

NNT :

THESE DE DOCTORAT
DE
L'UNIVERSITE PARIS-SACLAY
PREPAREE A
L'UNIVERSITE VERSAILLES SAINT-QUENTIN EN YVELINES
LABORATOIRE DE RECHERCHE EN MANAGEMENT LAREQUOI

ÉCOLE DOCTORALE N°578
Sciences de l'Homme et de la Société
Spécialité de doctorat : Sciences de Gestion

Par

Madame Nabila Sadli

**Le rôle des informations de santé en ligne sur le processus
décisionnel d'achat de médicaments d'automédication**

Thèse présentée et soutenue à Guyancourt, le mardi 13 décembre 2016

Composition du Jury :

Directeur de thèse :

Annie Bartoli, Professeur des Universités, Université de Versailles St-Quentin en Yvelines

Rapporteurs :

Isabelle Durand-Zaleski, Professeur des Universités, Université Paris Est

José Luis Guerrero, Professeur des Universités, Georgetown University, Washington DC

Suffragants :

Christophe Assens, Professeur des Universités, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de thèse, Madame Annie BARTOLI. Je lui serai éternellement reconnaissante pour sa bienveillance à mon égard, ainsi que pour l'assistance scientifique et institutionnelle qu'elle m'a offerte. Ses précieux conseils m'ont été salvateurs et m'ont guidée tout au long de ce projet. Sa confiance et son soutien ont constitué la clé de l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également tous les membres du laboratoire LAREQUOI, enseignants-chercheurs et thésards, pour les remarques judicieuses qu'ils m'ont adressées durant les échanges formels et informels que j'ai eu l'honneur et le plaisir d'entretenir avec eux. Je souhaiterais remercier plus particulièrement le professeur Christophe ASSENS qui animait les ateliers doctoraux et nous a fait grandement profiter de ses nombreuses critiques à l'égard des travaux en cours. Ses conseils avisés aux autres étudiants et moi-même ont résonné en moi tout au long de mon chemin d'apprentie chercheur. Je tiens à cette occasion à le remercier d'avoir accepté d'examiner ce travail. J'espère surtout que ce travail sera à la hauteur de l'investissement qu'il met en œuvre pour le laboratoire et dont j'ai pu bénéficier.

Mes plus sincères remerciements vont à Madame Isabelle DURAND-ZALESKI qui m'a fait l'honneur d'être rapporteur de cette thèse. Je me fais également un devoir d'exprimer ma gratitude à Monsieur José Luis GUERRERO pour l'intérêt qu'il a porté à la présente recherche.

Je souhaiterais également remercier Madame Yvette SALAUN pour l'aide précieuse qu'elle m'a prodiguée. Mes remerciements vont également à Mme Chantal Anne pour son assistance et ses encouragements.

Je tiens aussi à remercier la pierre angulaire de ce projet, mon mari, mes très chers parents ainsi que ma sœur et mon frère pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

Je remercie mon fils d'avoir illuminé ma vie.

Enfin, j'exprime ma gratitude à tous ceux qui m'ont encouragée et soutenue dans cette aventure.

Sommaire

SOMMAIRE	5
INTRODUCTION GENERALE	8
OBJECTIFS ET PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE:	8
CADRE THEORIQUE ET STRUCTURE DU TRAVAIL DE RECHERCHE :.....	11
APPROCHE METHODOLOGIQUE	16
PLAN DE LA THESE :	17
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	19
CHAPITRE 1 : DE « L'INFORMATION » A « L'INFORMATION DE SANTE » EN LIGNE	20
1. <i>L'Information sous ses diverses conceptions.....</i>	<i>21</i>
2. <i>L'information de santé en ligne :ISL</i>	<i>38</i>
CHAPITRE 2 : ISL, RISQUES ET DECISIONS D'ACHAT DE MEDICAMENTS.....	60
1. <i>Le processus de décision; les différentes approches.....</i>	<i>61</i>
2. <i>Le rôle des ISL dans la reconnaissance du besoin :</i>	<i>73</i>
3. <i>La recherche d'informations à l'ère des technologies numériques</i>	<i>84</i>
4. <i>L'évaluation des alternatives : entre maximisation d'utilité et « économie cognitive »</i>	<i>101</i>
CHAPITRE 3 : L'AUTOMEDICATION, LE COMPORTEMENT ET LES PRODUITS.....	120
1. <i>L'automédication; le comportement en matière de santé</i>	<i>121</i>
2. <i>L'automédication ; les produits</i>	<i>128</i>
3. <i>L'automédication idéale et l'automédication réelle :</i>	<i>144</i>
SECONDE PARTIE	- 147 -
SYNTHESE DES PRINCIPAUX APPORTS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE.....	- 148 -
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	- 155 -
<i>Notre posture épistémologique.....</i>	<i>- 156 -</i>
<i>Recueil et analyse des données</i>	<i>- 164 -</i>
CHAPITRE 4 : RESULTATS	185
1. <i>Les connaissances sur les questions en rapport avec la santé</i>	<i>186</i>

2. <i>Le risque perçu à l'égard des médicaments d'automédication</i>	193
3. <i>Le comportement en officine</i> :.....	208
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	215
1. <i>La recherche d'ISL et l'achat de médicaments</i> :	216
2. <i>ISL, identification du problème de santé et de ses solutions</i> :	223
CONCLUSION GENERALE	242
BIBLIOGRAPHIE	249
SIGLES ET ABREVIATIONS	261
INDEX DES FIGURES	263
ANNEXES	266
TABLE DES MATIERES	281

Introduction générale

Objectifs et problématique de recherche:

L'un des aspects les plus remarquables de l'environnement informationnel dans lequel nous évoluons est la facilité avec laquelle les consommateurs-patients acquièrent l'information de santé. L'information médicale, réputée pour sa complexité, n'est plus mise à disposition aux seuls praticiens de santé. Les progrès techniques survenus ces dernières années, ont, en effet, permis de rendre accessible aux consommateurs de biens de santé une masse d'informations considérable; des informations à la fois accessibles à tout moment, sous tous les formats (texte, vidéo, image...Etc.) et disponibles non seulement dans toutes les langues, mais aussi, en langage savant et en langage courant. Effectivement, jusqu'à une date récente, il était extrêmement difficile pour les profanes de rechercher des informations de santé. À l'apparition d'« une soif de données plus détaillées » particulièrement visible dans le domaine médical et conséquence de l'accroissement des niveaux de qualification, d'éducation et de vulgarisation des connaissances (Bartoli 2005, 70), s'ajoute le rôle d'internet qui a favorisé comme jamais l'accès aux informations de santé pour les consommateurs (Jadad AR et Gagliardi A 1998).

Les questions se multiplient dans l'ambition de comprendre les modifications introduites par une mise en accès facile d'informations restées longtemps l'apanage des professionnels de santé. Face aux marchés électroniques où les consommateurs sont régulièrement confrontés à un grand volume d'informations et de produits de santé, il est tout à fait légitime de se poser des questions sur l'impact des usages des technologies numériques de l'information sur les prises de décisions relatives à la santé. C'est à ce niveau que se situe notre ambition, celle de contribuer à améliorer les connaissances sur le processus de prise de décision d'achat tel qu'il se produit dans l'environnement informationnel actuel. Ce thème de recherche est naissant, d'autant plus que l'intérêt ici

porte sur un domaine spécifique, celui de la santé. Plus précisément, notre étude s'intéresse à l'une des facettes de ce domaine concerné par de nombreux changements, l'achat de médicaments d'automédication¹.

Globalement deux approches se sont affrontées au sujet de l'étude du processus de décision en matière de consommation. La première approche s'est basée sur l'apport des enseignements de la micro-économie. Dans cette optique, l'homme certain, complètement informé « *dépense ses revenus sur les produits qui lui apportent le maximum d'utilité* »(Brée 2012). Cette approche s'est montrée insuffisante pour décrire la majorité des actes courants d'achats réalisés par un consommateur. Elle néglige d'une part de prendre en compte les limites liées aux capacités de traitement de l'information chez l'acheteur décideur(A. Simon 1955; A. Simon 1986), et ignore d'autre part, l'impact des facteurs psychologiques et sociologiques qui expliquent entre autres, la formation des préférences pour le produit et/ou la marque(Payne, Bettman, et Johnson 1993). De nombreuses contributions se sont succédé en vue d'étudier le processus de décision d'achat, cette fois-ci, en situation d'information imparfaite. À la lumière des travaux de Kahneman et d'autres chercheurs dans le champ de la psychologie cognitive(Kahneman et Tversky 1984; Tversky et Kahneman 1981; Tversky et Kahneman 1974; Kahneman, Slovic, et Tversky 1982), il a aussi été démontré que les choix opérés par les acheteurs sont tributaires de la présentation des informations qui concernent le produit(Pham 1996). En modifiant cette présentation, et non pas le contenu des informations elles-mêmes, il serait possible d'influencer le consommateur et inverser l'ordre de ses préférences pour les produits(Pham 1996).

Notre étude s'inscrit directement dans le prolongement des ces travaux, tout en tenant compte d'une part, des caractéristiques des médicaments en vente libre, et d'autre part de l'offre du marché ainsi que de l'environnement informationnel actuels. Selon l'approche économique, l'homo-economicus est bien informé des conditions du marché et totalement rationnel. D'une part, il est en mesure de considérer l'éventail des alternatives avec toutes les conséquences qui résultent de tous les choix envisagés. D'autre part, il est capable de les hiérarchiser sur une échelle de préférence et de choisir la solution qui procure l'utilité maximale.

¹ La définition de l'automédication et des produits utilisés à cette fin ne fait pas l'unanimité. Nous reviendrons longuement sur ce point au chapitre III.

Nous n'avons nullement l'intention ici d'affirmer que les capacités de traitement de l'information de l'humain ont changé avec les innombrables applications qu'offrent les technologies numériques. Loin de nous aussi l'idée que les choix des consommateurs peuvent être décrits suivant le modèle de l'agent rationnel de l'analyse économique. Néanmoins, avec les évolutions du contexte informationnel, les consommateurs peuvent disposer rapidement de connaissances plus larges sur les médicaments et autres alternatives thérapeutiques. En effet, force est de reconnaître que les innombrables applications qu'offrent les technologies numériques facilitent largement la recherche, le tri et le stockage des informations relatives aux médicaments, et ce, au-delà des nombreux obstacles qui se sont posés dans le passé.

C'est de là qu'apparaît la nécessité de comprendre les effets des informations de Santé en Ligne² (ISL) sur les préférences des consommateurs-patients en matière d'automédication. L'intérêt ici est de comprendre dans quelle mesure le contexte informationnel digital peut améliorer la cohérence entre les objectifs initiaux d'un consommateur-patient et son choix final d'une solution thérapeutique qui satisfasse son besoin. Ce travail de recherche ambitionne de proposer une compréhension de l'impact des ISL sur les prises de décisions relatives à l'achat de médicaments d'automédication. La question centrale qui en découle est de savoir comment les consommateurs prennent leurs décisions d'achat qui sous-entendent un choix parmi les différentes solutions thérapeutiques possibles dans ce nouveau contexte informationnel.

Dans cette perspective, les objectifs de notre recherche se sont structurés autour de deux axes :

1. En premier lieu, nous tâcherons de comprendre les évolutions actuelles engendrées par les technologies numériques sur la circulation de l'information (en lien avec les médicaments) et la dynamique de transformation des connaissances le concernant.

² Nous proposons de désigner tout au long de ce travail « les informations de santé en ligne » par l'acronyme ISL.

2. En second lieu, nous tâcherons de comprendre dans quelle mesure ces évolutions ont une influence sur le processus de prise de décision relative à l'achat de médicaments d'automédication.

Cadre théorique et structure du travail de recherche :

Pour répondre à nos questions de recherche qui sont de type exploratoire, notre recherche s'est déroulée en deux étapes. La première, dont les résultats sont exposés dans la première partie, consiste à analyser la littérature se rapportant à ce sujet, suivie d'une enquête de terrain dont les résultats seront abordés dans une seconde partie. Trois chapitres constituent la première partie théorique. Notre attention a été particulièrement interpellée par la fragmentation des contributions des différents champs disciplinaires qui ont appréhendé la question de consommation des médicaments en vente libre. En réunissant différents travaux, nous avons souhaité dépasser ce problème de fragmentation et proposer une lecture plus globale du processus décisionnel d'achat de cette catégorie de produit.

« *Le comportement rationnel humain est façonné par une paire de ciseaux dont les deux lames sont: la structure de l'environnement de la tâche et les capacités de calcul de l'acteur*³ »(Herbert A. Simon 1990).

C'est ainsi que dans le **premier** chapitre de la présente thèse, nous focalisons notre attention sur *la structure de l'environnement de la tâche*, précisément l'environnement informationnel actuel caractérisant le domaine de la santé. Dans le premier chapitre intitulé : ① **de « l'information » à « l'information de santé » en ligne**, nous nous penchons sur l'analyse de la dynamique de production, de reproduction et de communication des informations de santé en ligne. Il devient ainsi nécessaire de définir les acteurs ainsi que leurs apports respectifs sur le processus de production des connaissances relatives aux médicaments. Cela nous conduit incontestablement à

³ Traduction libre: "human rational behavior is shaped by a scissors whose two blades are the structure of task environments and the computational capabilities of the actor."

cerner d'une part, la notion d'information dans sa globalité (section 1) avant de nous pencher sur l'information spécifique aux médicaments (section2).

Bien que notre étude se focalise sur les médicaments d'automédication, il n'est guère possible d'isoler l'information directement liée à cette catégorie de produits des autres informations d'ordre général telles que celles qui ont un lien avec les pathologies et le diagnostic de ces dernières ou même avec les autres médicaments. D'ailleurs, Ankrigans son travail de synthèse intitulé « médicaments et santé publique », entame son article publié par le HCSP⁴, par l'interrogation suivante : « *peut-on isoler le médicament de la pathologie qu'il est censé traiter ? Peut-on parler du médicament comme si celui-ci était unique ?... Peut-on regarder le médicament autrement qu'en pharmacologue ou qu'en thérapeute ?* »⁵.

Il est tout à fait évident que l'étude du devenir de ces produits dans le corps humain une fois consommés (c'est à dire « *l'après-achat de médicament d'automédication* ») revêt une importance capitale, aussi bien pour le fabricant que pour les organismes publics réglementaires ou pour le simple consommateur. Ceci, en raison des risques que cela peut engendrer sur la santé publique. C'est dans cette perspective que le recours aux spécialités médicales (physiopathologie, pharmacie galénique, biochimie...etc.) apporte un lot de réponses sur les risques étroitement liés aux effets pharmacologiques et toxicologiques consécutifs à la consommation de cette catégorie de produits.

Or, s'intéresser à l'usage que feront les consommateurs⁶ de biens de santé des ISL, c'est aussi s'interroger sur l'avant-consommation de médicaments d'automédication, en particulier « *l'avant-achat de cette catégorie de produit* ». Pour tout achat, il ya un processus de décision, même si, d'apparence, il est rudimentaire et non complexe. " *The consumer does not purchase stochastically; very few shoppers would be willing to stand in*

⁴Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est une instance d'expertise, consultée par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

⁵Ankri, J. (1999). Dossier médicament et santé publique. *ADSP*, 27, 20-64.

⁶ Dans la mesure où nous étudions le comportement d'achat de médicament d'automédication qui n'est autre qu'un comportement humain, nous utiliseront indifféremment dans cette étude pour qualifier l'acteur décideur, les termes génériques d'individu, acheteur, patient, client ou bien consommateur.

front of display and select a brand blindfolded. Consumers do have reasons for their selections; they may not be elaborate reasons, but they do think about their purchases" (Antil 1984). Ceci est encore vrai lorsque la question du choix porte sur des médicaments dont les effets sur la santé peuvent être délétères et immédiats. À ce titre, nous rappelons qu'il est traditionnel de désigner l'ensemble des étapes préalables et postérieures à l'achat de: « processus de décision d'achat ». Celui-ci se présente selon le modèle EKB (Engel, Blackwell & Kollat) comme une succession de cinq phases⁷ dont les trois premières (préalables à l'achat) feront l'objet de notre étude.

Sur ce point Peter et Olson rappellent que la résolution d'un problème de consommation (d'un médicament par exemple) est un flux continu d'interactions entre des facteurs environnementaux, des processus cognitifs et affectifs et d'actions comportementales. C'est ainsi que les chercheurs peuvent diviser ce flux en étapes et sous-processus distincts pour simplifier l'analyse et faciliter la compréhension d'un tel processus (Peter et Olson 2009, 163). Dans le cadre de la présente recherche, nous nous sommes référée au modèle EKB pour désigner les étapes caractéristiques d'un processus de décision d'achat. Ce modèle générique peut nous aider à comprendre comment les ISL affectent les étapes de la reconnaissance du besoin, de la recherche d'informations, et l'évaluation des solutions de rechange.

Effectivement, l'étude des modalités décisionnelles ou «*la séquence d'opérations mentales et effectrices (actions sur l'environnement*⁸), utilisées pour transformer un état initial de connaissance en un état final de connaissance où le décideur conçoit le problème de décision particulier comme étant résolu⁹ »(Payne, Bettman, et Johnson 1993), fera l'objet du **second** chapitre : **⊗ISL, risques et décisions d'achat de médicaments.**

Nous nous interrogeons à ce stade sur les décisions qu'élabore un individu par la suite d' une consultation d'ISL afin de résoudre un problème de santé. Prendre une décision, c'est« *choisir des actions qui peuvent avoir des conséquences réelles en situation d'incertitude réelle* »(Anderson 2014, 279) ; consulter un médecin ou non ? Acheter

⁷ Nous revenons en détail sur ce modèle théorique dans les prochaines sections.

⁸ Cela inclut pour les auteurs des opérations telles que l'acquisition d'information de l'environnement extérieur.

⁹ Traduction libre : "*sequence of mental and effector (actions on the environment) operations used to transform an initial state of knowledge into a final goal state of knowledge where the decision maker views the particular decision problem as solved.*"

quel(s) produit (s), quel médicament(s), le consommer pendant combien de temps et comment ?...etc. L'approche cognitive¹⁰ de la décision qui met l'accent sur le traitement de l'information nous semble appropriée lorsqu'on cherche à comprendre la manière dont sont exploitées les ISL dans le processus de décision et donc leurs éventuels impacts sur l'orientation et l'évaluation des choix relatifs à l'automédication. Nous considérons la prise de décision des consommateurs relative à l'achat de produits d'automédication, comme un processus de résolution de problème de santé. Le plus souvent, les processus de résolution de problèmes impliquent de multiples problèmes et donc de multiples décisions (Peter et Olson 2009). La représentation d'un problème d'achat de médicaments d'automédication implique à son tour plusieurs sous-problèmes interdépendants. Nous revenons davantage sur le problème particulier de l'autodiagnostic et du choix de la solution thérapeutique au problème de santé perçu. De façon singulière, d'autres problèmes sous-jacents seront évoqués ; quel type de produit ? Quelle marque ? dans quel point de vente...etc. ?

Par ailleurs, Tversky et Fox soulignent que « *les décisions sont généralement prises sans connaissances précises de leurs conséquences* ¹¹ » (Tversky et Fox 1995). Ceci est encore vrai lorsqu'il s'agit de décisions d'achat de médicaments. Le choix de ce produit comporte un risque car il est fait sans connaissances précises de toutes ses conséquences. Celles-ci dépendent d'événements incertains tels que la tolérance individuelle vis-à-vis des substances composant le médicament, son efficacité pour le problème identifié ou l'évolution de la pathologie elle-même. Lors d'une séance commune des Académies nationales de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie intitulée « Autodiagnostic et automédication », Godeau¹² a affirmé que « *toute décision diagnostique — sauf rarissimes exceptions — n'est jamais qu'une approximation. Il n'y a pas de vérité vraie et la spécificité d'un tout n'est jamais de 100 %.* ». Du point de vue de GIROUD, un autre professeur en médecine « *Il n'existe aucune information officielle sur la réelle efficacité des médicaments d'automédication et les sources*

¹⁰ L'approche cognitive est une « orientation théorique centrée sur les structures et les processus mentaux » (Matlin 2001, 18)

¹¹ Traduction libre de « *Decisions are generally made without definite knowledge of their consequences* » (Fox et Tversky 1995)

¹² Le professeur Pierre Godeau est un médecin hospitalo-universitaire, ancien membre de l'académie de médecine. Il est l'auteur d'un livre largement utilisé par les étudiants en science médicales *Traité de médecine* surnommé « Le Godeau ». Op.cit 50

d'information existantes sont rarement indépendantes »¹³. Enfin, dans un article relatif à la publicité pour les médicaments auprès du public, il est mentionné « *une publicité pour un médicament auprès du public ne peut comporter aucun élément qui : a)... b) suggérerait que l'effet du médicament est assuré, qu'il est sans effets indésirables, ou qu'il est supérieur ou égal à celui d'un autre traitement ou médicament ;* »(Code de la santé publique - Article R5046).

Dans ce cas, « *le choix d'un acte peut être interprété comme l'acceptation d'un pari qui peut donner des résultats différents avec des probabilités différentes* »(Kahneman et Tversky 1984). Il va de soi que la prise de décision d'achat de médicament soit étudiée comme une décision faite en situation de risque¹⁴. Les caractéristiques des problèmes et des solutions en lien avec la santé, appuient ainsi notre choix d'intégrer la notion du risque (réel et perçu) dans l'étude des modalités décisionnelles pour lesquelles opte un consommateur-patient et qui déterminent le choix d'une alternative thérapeutique plutôt qu'une autre.

Enfin, Touitou¹⁵ a parfaitement souligné le rapport qui pourrait exister entre les ISL et l'automédication; « *bien qu'existant de longue date, l'autodiagnostic et l'automédication sont deux comportements dont l'actualité est très présente en raison de la facilité avec laquelle Internet répond sur tout sujet de santé.... Deux points deviennent alors cruciaux : la fiabilité des informations recueillies par le patient et ce que ce dernier en fera...* ». C'est ainsi que dans le dernier chapitre de cette première partie, nous ferons le point sur le cas d'étude spécifique que nous examinons ; **③l'automédication ; le comportement et les produits.** À travers ce chapitre, nous passerons en revue les différentes conceptions de l'automédication et des produits utilisés à cet effet.

¹³ Il s'agit du professeur (membre de l'académie de médecine) Jean-Paul GIROUD. Ibid. bulltins

¹⁴ Dans une lettre qu'a adressé le professeur Queneau au ministre de l'éducation Nationale et qu'il a publiée dans son livre : *Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine*(Queneau et Mascret 2004, 300), le professeur Queneau intitulait une de ses sections : « *Au secours, Hippocrate ! La médecine se prend pour une science exacte !* ». L'usage de cette expression témoigne à notre sens, une fois de plus, du degré d'incertitude qui caractérise l'exercice de la médecine, entre autres, le choix de médicaments.

¹⁵Yvan Touitou est professeur émérite des universités et auteur de nombreux livres en pharmacologie et en chronobiologie. Il est l'ancien président de l'Académie nationale de pharmacie. Voire : Yvan (Touitou, s. d.)

Pour rappel, les Bulletins de l'Académie nationale de médecine/ pharmacie auxquels nous ferons référence fréquemment dans le cadre de cette recherche, rassemblent notamment les communications scientifiques présentées en séance publique ainsi que les textes exprimant l'avis rendu par les Académies.

Approche méthodologique

À l'issue de la première partie, nous sommes parvenue à mieux cerner la notion d'information de santé ainsi que le comportement et les produits objet de notre recherche: l'automédication. Nous avons essayé de passer en revue les différents travaux effectués dans le champ du processus de décision d'achat. Toutefois, ce dernier s'avère mal exploré sur le plan théorique et empirique lorsque cela concerne le médicament en vente libre, encore moins, si l'on tient compte du contexte informationnel actuel. Dans le cadre de notre activité professionnelle en officine (pharmacienne¹⁶), nous avons observé de très près les changements dans les comportements des clients d'officine. La bibliographie traitant du processus de prise de décision d'achat s'est avérée, à notre sens, pas assez représentative de ce dernier. Elle omet notamment de tenir compte des caractéristiques de cette catégorie de produits, des problèmes qu'ils sont censés résoudre et surtout des effets des ISL sur le comportement d'un consommateur-patient.

Une enquête de terrain est requise pour reconstituer cette connaissance et se rapprocher de la réalité. Pour ce faire, nous nous appuyons sur une observation participante¹⁷d'une longue durée réalisée dans deux officines (de 2011 à 2015), durant laquelle nous avons examiné les façons dont les clients se procurent les différents produits de santé. Tout au long de cette période, nous avons considéré avec attention la variabilité des clients dans la manière avec laquelle ils reconnaissent leurs besoins d'achat, dans l'orientation et l'intensité de leurs recherches d'informations, et enfin

¹⁶ Après avoir obtenu un diplôme de pharmacie, nous avons suivi une formation en management (master professionnel) durant laquelle nous nous sommes familiarisée avec ce champ d'études. À l'instar de deux amis ayant suivi des études dans des domaines techniques, nous avons souhaité améliorer nos compétences en gestion en vue de bien mener notre projet professionnel (poste de manager d'équipes, d'institutions de santé..etc.). C'est à ce moment qu'un projet de recherche en sciences de gestion appuyée par des acquis en science médicale est né. Nous nous sommes lancée dans cette aventure parallèlement à notre activité professionnelle, encouragée par notre conjoint lui même thésard. Il s'est avéré indispensable pour mener notre projet à terme de suivre une formation d'initiation à la recherche en Sciences de Gestion. À cet égard, une fois de plus, nous remercions l'ensemble du corps professoral du master ETOSet toute l'équipe du laboratoire Larequoi qui nous ont ouvert la porte et accompagné tout au long de notre parcours de recherche.

¹⁷Nous avons eu l'opportunité de réaliser observation participantedans le cadre de notre activité professionnelle successivement au sein de 2 officines. La première est proche de Paris, située à Saint-Mandé la Tourelle (94160), la seconde se trouve en banlieue parisienne à Montigny le Bretonneau (78180). Nous avons eu également l'occasion de faire des observations dans une pharmacie parisienne (Paris 19^e).

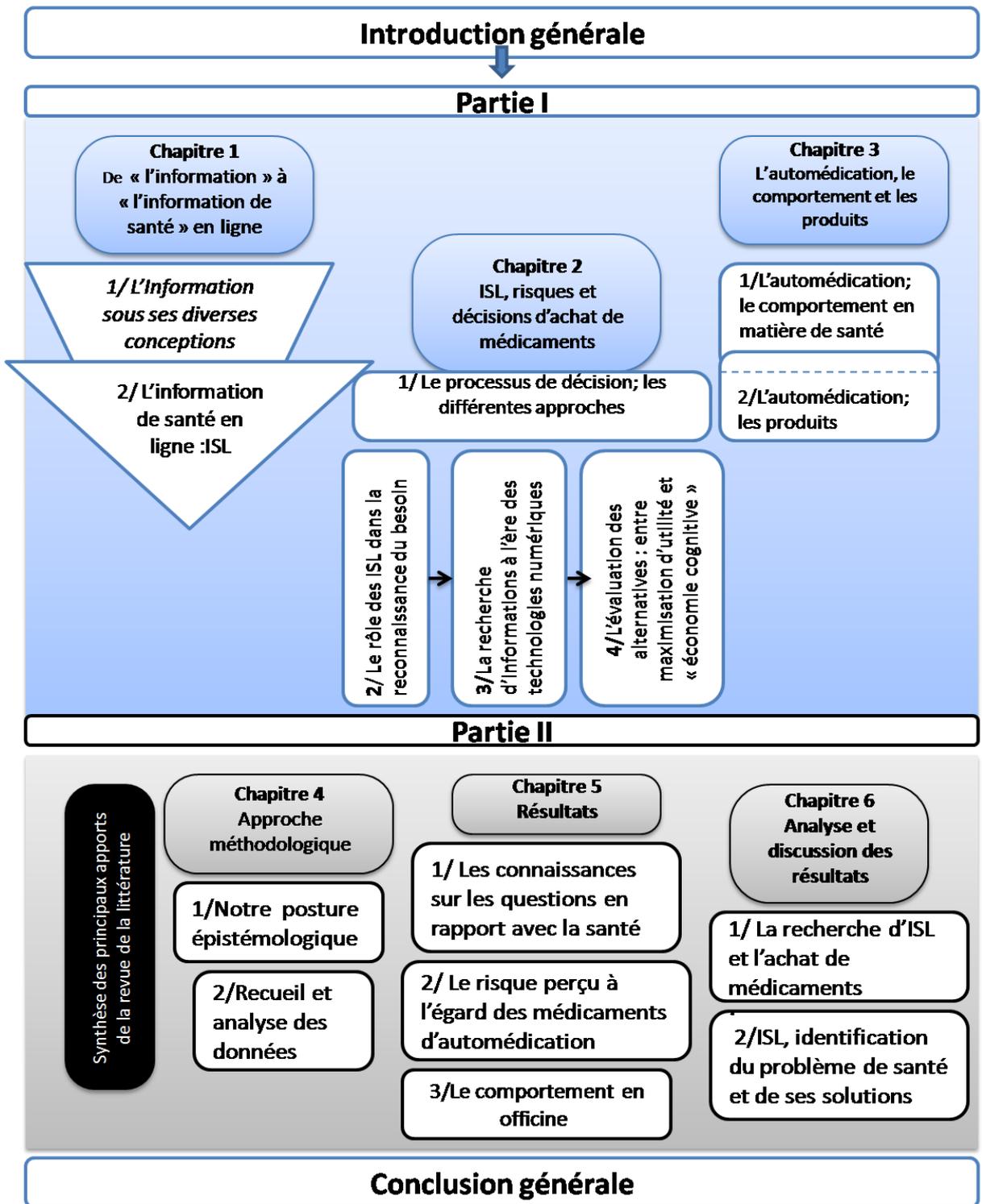
dans la cohérence entre leurs objectifs initiaux et leurs choix finaux. Après avoir recueilli les interrogations, les attitudes, les propos et les observations de ces clients, nous proposons de reconstituer ce processus décisionnel d'achat. Dans le cadre de cette approche qualitative, nous avons mobilisé une riche bibliographie issue de différents champs disciplinaires des sciences de gestions et médicales. Nous avons également collecté de nombreuses données issues d'entretiens approfondis semi-directifs auprès d'acteurs exerçant aux contact des utilisateurs finaux de médicaments (26 pharmaciens) dont l'analyse thématique vient compléter les données issues de nos observations. Enfin, une quantité de données issues d' une analyse documentaire (sites web, textes de loi sur la santé, articles de journaux...etc.) nous ont servi à améliorer la compréhension de la décision d'achat de médicaments par un patient connecté.

Plan de la thèse :

La présente thèse est composée de 6 chapitres. Les trois premiers chapitres qui constituent la première partie théorique sont consacrés à la revue de littérature. Dans la seconde partie empirique, qui comporte à son tour trois chapitres, nous aborderons successivement l'approche méthodologique suivie, les résultats de notre enquête, pour ensuite les analyser de près.

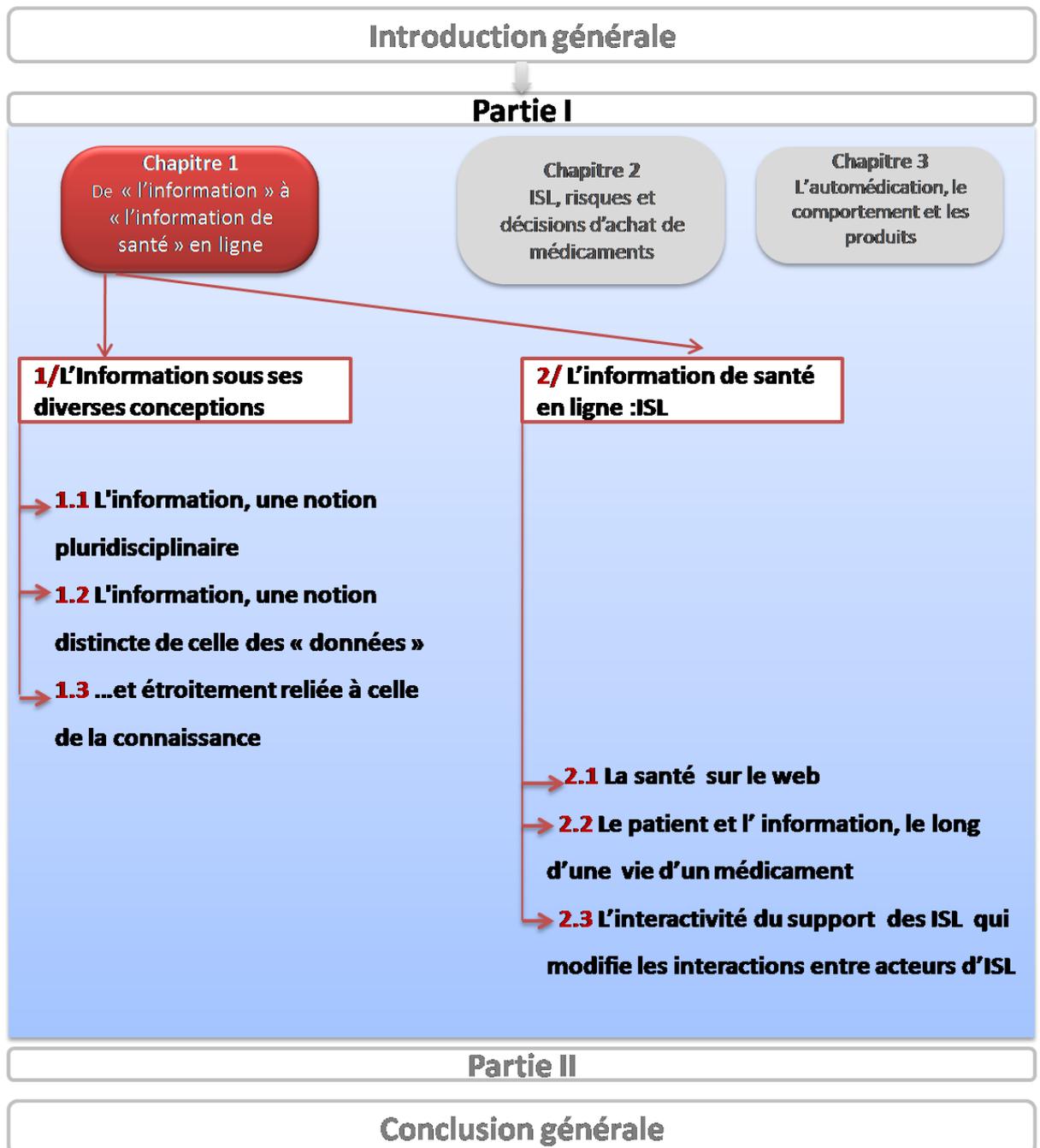
Nous en proposons un aperçu dans l'encadré suivant :

Encadré 1: Présentation du plan général de la thèse
ISL : Informations de Santé en Ligne



PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

Chapitre 1 : De « l'information » à « l'information de santé » en ligne



Encadré 2: Présentation du plan du chapitre I

1. L'Information sous ses diverses conceptions

1.1 L'information, une notion pluridisciplinaire

La notion de l'information fait l'objet d'une littérature abondante, les innombrables définitions qui lui sont attribuées en témoignent¹⁸. Néanmoins, tel que le constatent Willett et Dube suite à leur revue de littérature d'un ensemble de définitions proposées par les différentes disciplines (la sociologie, la biologie, la linguistique...etc.), aucun consensus n'a été établi pour parvenir à une définition communément acceptée(Willett 1992). Pour Buckland, qui avoue être confronté à de nombreuses difficultés dans sa démarche visant à explorer la notion de l'information, « *il est ironique de constater que le terme « information » est ambigu et qu'il est utilisé de différentes façons. Alors que l'information est censée réduire l'incertitude et l'ignorance du sujet informé*»(Buckland 1991). De son côté, Lhuillier relève à son sujet des visions variables, dans la mesure où les spécialistes de différentes disciplines proposent leurs propres définitions. Il constate que chaque domaine scientifique utilise le concept d'information dans son propre contexte et l'intègre à des phénomènes spécifiques(Lhuillier 2005).

Cela ne semble pas étrange pour Floridi. Pour cet auteur, l'information met en rapport des phénomènes hétérogènes (d'ordre génétique, électronique, cognitif, affectif.. ; etc.), faisant appel à des corpus théoriques variables, et de ce fait, elle ne peut être analysée convenablement en dehors d'un domaine d'application spécifique.(Floridi 2005).Shannon qui a apporté au grand public une première formalisation des problèmes d'information, a lui aussi, constaté la multitude de conceptions autour de cette notion¹⁹.Pour cet auteur,« *the word 'information' has been given different meanings by various writers in the general field of information theory.... It is hardly to be expected that a single concept of information would satisfactorily account for the numerous possible applications of this general field* »(Claude Elwood Shannon et al. 1993, 180). D'ailleurs, les notions utilisées dans sa théorie d'information(C. E. Shannon 1948)ont largement

¹⁸ Nombreux sont les ouvrages et les articles qui analysent de façon détaillée les différentes définitions de la notion d'information par des spécialistes de la communication, philosophes, linguistes, sociologues...etc. on peut citer par exemple: (Prax 2012, 65; Schrader 1984; Machlup et Mansfield 1983, 15)

¹⁹ Voir: Bartoli, A. (1994). *Communication et organisation: pour une politique générale cohérente*. Les Editions d'Organisation.

influencé la biologie, en particulier la génétique qui a emprunté les termes : code, signal, transmission, information, messenger(Yockey 2005, 6).

Comme le rappelle Balmisse, « *Il est difficile de donner une définition unique de l'information. En effet, la notion d'information n'est pas la même d'une discipline à l'autre et suivant la perspective dans laquelle on se place, on accordera des propriétés très différentes à l'information* » (Balmisse 2007, 67). Le fait d'axer notre étude sur les informations de santé nous autorise à entamer notre analyse de cette notion par la définition de l'information, telle qu'elle est établie d'un point de vue de santé publique. Dans ce domaine, celle-ci est considérée comme un « *élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières qui a pour but la conservation, l'analyse ou la communication. Le terme " données " n'est pas un synonyme d'information* »²⁰. Il nous faut à présent confronter cette définition avec celles qui sont proposées par d'autres auteurs. On peut d'ores et déjà retenir trois éléments en ce qui concerne la notion d'information en santé publique:

- L'information, une notion distincte de celle des « données » ;
- L'information, une notion reliée à celle de la connaissance²¹ ;
- L'information est une connaissance mise en forme que l'on peut transférer.

²⁰ À l'initiative de la commission européenne, des experts de 15 pays de l'Union Européenne ont participé à l'élaboration d'un glossaire sur des termes de santé publique
<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

²¹ Pour simplifier, nous conviendrons d'englober dans la notion de « connaissance », les notions de compétence et d'expertise. D'ailleurs, pour Bouchez, les compétences « *sont proches des connaissances, les compétences s'en différencient généralement dans la mesure où elles prennent plus en compte l'expérience et se centrent plus délibérément vers l'action* ». Selon le point de vue de cet auteur, les compétences représentent l'ensemble des connaissances acquises par un individu dans le temps. S'agissant de la compétence, elle n'est autre qu'un « *degré approfondi d'une compétence, généralement centré sur un champ particulier* ». (Bouchez 2008, 251)

Dans le cadre de cette thèse, nous utilisons également la notion de connaissances pour désigner la compréhension subjective des consommateurs de l'information produite par les processus d'interprétation.

1.2 L'information, une notion distincte de celle des « données »

1.2.1 Les données, un point de départ commun pour définir l'information :

Si cette définition insiste sur la distinction entre l'information et les données, elle n'explique pas le lien qui peut exister entre les deux notions. Bien au contraire, lorsqu'on examine la littérature sur cette relation, on constate rapidement qu'il est extrêmement courant de définir l'information comme une combinaison de données ayant un sens. À l'instar de Peter Drucker qui le résume bien : "*information is data endowed with relevance and purpose*" (Drucker 2011), Prax considère l'information comme : « *une collection de données organisées dans le but de délivrer un message, le plus souvent sous une forme visible, imagée, écrite ou orale.* » (Prax 2012, 67)

La définition de Davis et Olson s'inscrit dans ce même ordre d'idées. Pour ces derniers, l'information est « *un ensemble de données façonnées sous une forme portant un sens pour son destinataire et ayant une valeur réelle ou perçue pour ce dernier, et ce, afin qu'il puisse mettre en œuvre des actions ou des décisions prévues pour le moment ou dans le futur* »²² (Davis et Olson 1985, 200). À son tour, James A. O'Brien définit l'information comme « *des données ayant été converties sous une forme qui répond aux besoins d'utilisateurs particuliers* » (O'Brien 1995, 21). Enfin, pour Checkland and Scholes, l'information n'est autre que « *le résultat d'une attribution d'un sens aux données* »²³ (Checkland et Scholes 1990, 84)

Ce consensus autour de la définition de l'information comme étant « données + sens » s'explique vraisemblablement, d'après Floridi, par la commodité de séparer les deux notions en vue d'obtenir une définition opérationnelle de l'information. Il avance également un autre argument. Selon le même auteur, le concept de donnée est « obscur », moins riche sur le plan sémantique que celui de l'information, et donc plus

²² Traduction libre de « *data that has been processed into a form that is meaningful to the recipient and is of real or perceived value in current or prospective actions or decisions* »

²³ Traduction libre de « *is obtained as a result of attributing meaning to data* »

facile à manipuler. Il constitue par conséquent un bon point de départ pour définir l'information²⁴.

1.2.2 Qu'est-ce qu'une donnée ?

James O'Brien indique qu'une donnée est « *une observation ou un fait brut qui se rapporte habituellement à un phénomène physique ou une opération technique ou commerciale...plus précisément, les données sont des mesures des attributs* »(O'Brien 1995, 21). De façon similaire, Prax considère une donnée comme « *un fait discret, brut ; elle résulte d'une observation, d'une acquisition ou d'une mesure effectuée par un instrument naturel ou artificiel. Elle peut être qualitative (il fait beau) ou quantitative (la température est de 24°C). Il n'y a normalement pas d'intention dans la donnée, c'est ce qui lui confère son caractère d'objectivité* »(Prax 2012, 66). Selon ce raisonnement, un changement de la température corporelle ou de l'aspect externe de la peau ou bien la tendance à saigner par la suite de l'administration de l'aspirine, constituent des données. C'est du moins ce qu'on peut lire du circuit d'informations sanitaires que Tessier et al ont élaboré. Ces derniers insistent sur la nécessité de « *distinguer les données, chiffres bruts recueillis lors des actes qui n'ont pas de sens, des informations qui résultent de l'organisation de ces données, de leurs interprétations pour leurs donner une signification* »(Tessier, Andreys, et Ribeiro 2004, 78).

Du reste, c'est ce qu'on peut lire de la définition de la notion de donnée en santé publique qui est semblable aux précédentes : « *la notion de donnée possède deux significations :*

- *Fait élémentaire, statistique ou élément d'information.*
- *Représentation (quantitative ou qualitative) d'un événement. La même information, un diagnostic par exemple, peut être représentée sur un papier de*

²⁴Luciano Floridi, Philosophical Conceptions of Information, in(Sommaruga 2009, 16)

deux manières, constituant ainsi deux données : par des lettres de l'alphabet, un " infarctus du myocarde ", ou par un code d'une classification, " 410 "25.

Au-delà de l'objectivité des « données » qui peut être controversée²⁶, on peut constater, en référence aux définitions précédentes, que celles-ci représentent les caractéristiques d'entités, sans que l'on sache les liens qui les unissent ni la signification. Par exemple, les patients ayant consommé excessivement le chewing-gum renfermant de l'aspirine que leur a préconisé le Dr Lawrence Craven, (oto-rhino-laryngologiste) dans le but d'atténuer les maux de gorge²⁷, n'avaient pas établis le lien entre ce qu'ils observaient comme saignement excessif et les propriétés anti coagulantes de l'aspirine ainsi découvertes(Bohuon et Monneret 2012, 25-26).

C'est en réalité grâce à un (ou ce) mécanisme d'interprétation permettant de comprendre les relations qui existent entre plusieurs données, que l'information est née(Balmisse 2002, 266). Selon le raisonnement adopté par Peter. Drucker, le passage d'un concept à l'autre fait appel à la connaissance : « *Converting data into information thus requires knowledge*”(Drucker 2011). Dr Lawrence Craven, avait attribué grâce à ses connaissances médicales, les données constatées à l'effet anti coagulant de l'aspirine. Il l'a même prescrit à ses patients dans un but prophylactique des pathologies cardiovasculaires à la fin des années 40(Lawrence L. Craven 1950), et ce, avant que les travaux du prix Nobel en médecine (1982) John Vane aient démontré l'effet anti agrégeant plaquettaire de l'aspirine(Vane 1971).

Par ailleurs, les chercheurs ayant synthétisé le citrate de sildenafil (VIAGRA®), avaient initialement conçu cette molécule en vue de traiter une maladie cardiaque (l'angine de poitrine). Seulement, les résultats des premiers essais cliniques n'étaient pas prometteurs pour l'affection ciblée. Les hommes qui avaient consommé ce médicament avaient tout de même signalé aux pharmaco-chimistes une forte tendance à présenter un état érectile(Bohuon et Monneret 2012, 125). À ce stade, il s'agissait de

²⁵ Glossaire de santé publique, sur la base de données de santé publique française (BDSP) : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

²⁶ Les données sont réputées comme étant objectives, l'instrument, lui ne l'est pas toujours, de même que l'intentionnalité de l'observateur qui peut être tellement forte qu'elle fausse la fiabilité de l'acquisition, à moins que les données soient acquises avec un instrument normalisé, alors, elles peuvent être considérées comme étant objectives. Voir : (Prax 2012, 66)

²⁷ Le médecin l'indiquait à la suite d'une ablation des amygdales, fréquemment pratiquée à cette époque.

données « *inertes et inactives* » selon l'expression de Dominique Foray. Ce dernier conçoit en effet l'information comme « *un ensemble de données, structurées et formatées, mais inertes et inactives tant qu'elles ne sont pas utilisées par ceux qui ont la connaissance pour les interpréter et les manipuler.* » (FORAY 2010) Ces données ont ensuite été « *utilisées par ceux qui ont la connaissance* », c'est-à-dire l'ensemble des chercheurs de Pfizer. Ils les ont interprétées et manipulées pour générer l'information suivante : le VIAGRA est indiqué pour « le traitement des hommes présentant des troubles de l'érection »²⁸. Ils en ont fait ainsi un médicament blockbuster, c'est-à-dire un médicament qui génère un chiffre d'affaires de plus d'un milliard de dollars par an.

Dès lors, on voit apparaître une nouvelle notion qu'il est nécessaire de définir, car elle relie les données en leur attribuant un sens pour en faire une information. Il s'agit en l'occurrence de la notion de « connaissance », d'autant plus qu'elle est clairement énoncée dans la définition qui fait l'objet de notre analyse²⁹.

1.3 ...et étroitement reliée à celle de la connaissance

Au regard de la définition selon laquelle l'information est « *un élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières* », deux remarques peuvent être faites. D'abord, cette définition distingue, au moins implicitement, le concept de connaissance de celui de l'information. Il convient de préciser que la distinction des deux notions n'est pas aussi évidente. Pour Alavi et Leidner par exemple, l'information et la connaissance ne sont pas des notions radicalement différentes ; l'information est convertie en connaissance une fois qu'elle est traitée par le cerveau et la connaissance devient information une fois que l'individu l'articule et la présente sous forme de textes, graphiques, mots ou autres symboles (Alavi et Leidner 2001, 10). Cette conception rappelle celle de Horn qui conçoit l'information comme un « *élément central d'un processus de communication de connaissance, directe ou*

²⁸ Ceci constitue l'indication thérapeutique du VIAGRA, telle qu'elle apparaît dans son RCP (Résumé Des Caractéristiques Du Produit).

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0218848.htm>

²⁹ Il s'agit, pour rappel, de la définition de l'information de santé selon la BDSP : « *un élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières...* »

médiée »³⁰. Cela nous conduit à évoquer la réflexion de Machlup qui soulève parfaitement bien l'ambiguïté qui caractérise le lien entre les concepts d'information et de connaissance³¹ ; elle fait apparaître le rôle du processus cognitif individuel à travers lequel la connaissance et l'information sont converties, stockées et interprétées. Machlup souligne ; «*The semanticist will note that the verbs "to inform" and "to know" have different meanings: informing is a process or activity, whereas knowing is a state of mind. To be consistent, one would use the noun "information" to denote the process or activity, and the noun "knowledge" for the state of knowing. On the other hand, both nouns are used also for the contents (the sense, not the size) of what people know or are being informed about. With reference to the contents, dictionaries define "information" as certain kinds of knowledge, but never "knowledge" as a kind of information. Thus, one speaks of general and enduring knowledge but of particular (concrete) or timely information, often of only transitory relevance. Some writers who dislike subtle distinctions use the two words as equivalents. Others would prefer to speak of stocks of knowledge and flows of information, a usage more in conformance with the verb forms of the words.*»(Machlup 2014, 5).

Ensuite, dire que l'information est « l'élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières », laisse entendre qu'il existe d'autres « formes » de connaissances. Effectivement, qu'elle soit étudiée dans sa dimension humaine de nature individuelle ou organisationnelle, ou dans sa dimension artificielle, la littérature décrit différentes formes de connaissances coexistantes³². Compte tenu de l'objet de notre étude, nous nous intéressons particulièrement à la conception de la connaissance individuelle appliquée à l'étude du comportement du consommateur³³. Par

³⁰ Horn évoque un « processus de communication direct de la connaissance » en situation « de face à face entre émetteur et récepteur ». À l'inverse, « le processus de communication médié de la connaissance a lieu dans le cas où un média s'interpose entre l'émetteur et le récepteur. »(Horn 2000, 23-26).

³¹ Machlup indique dans son introduction qu'il utilise le terme « information » occasionnellement pour qualifier « la connaissance ». Pareillement, George P. Huber indique qu'il utilise indifféremment les termes information et connaissance.

(Machlup 1962, 8) ; George P. Huber, *Organizational learning: an examination of the contributing processes and the literatures*, Organization Science 1991, Vol. 2, pp. 88-115.

³² Dans un long article, Maryam Alavi et Dorothy E. Leidner, synthétisent et discutent les différentes définitions et taxonomies de connaissances. Voir : (Alavi et Leidner 2001, 7-21) Jean-Noël Lhuillier consacre un chapitre entier aux différentes approches de la connaissance enseignées par les différentes disciplines(Lhuillier 2005, chap. 2)

³³ L'étude de la connaissance individuelle fait l'objet d'analyse de nombreux champs disciplinaires, tels que la pédagogie, la psychologie...etc. Nous signalons d'emblée que nous nous intéressons aux recherches ayant étudié la connaissance individuelle dans le cadre du comportement du consommateur.

ailleurs, nous rappelons une typologie classique largement reprise dans la littérature ; celle de Michel Polanyi qui a introduit la distinction entre connaissances explicites et connaissances tacites.

1.3.1 Les connaissances : ce que nous savons et ce que nous croyons savoir

L'étude de la connaissance individuelle en lien avec l'achat des produits revient fréquemment dans la littérature sur le comportement du consommateur. Si les premières tentatives de modélisation des processus de décision des consommateurs incluait de manière implicite le concept de la connaissance³⁴, les travaux plus récents portant sur ce domaine l'évoquent de façon plus explicite. Il faut dire que le regain d'intérêt à l'étude de ce concept, s'explique par le rôle qu'elle joue en tant que variable individuelle tout au long du processus de décision d'achat (Bettman et Park 1980; Rao et Monroe 1988; Engel, Miniard, et Blackwell 1993; Raju, Lonial, et Mangold 1995; J. W. Alba et Hutchinson 2000), notamment au cours de la phase de la recherche d'information³⁵.

Par ailleurs, une conception multidimensionnelle de la connaissance a permis d'apporter une meilleure compréhension des effets variables des dimensions identifiées sur le processus de décision (Brucks 1985; Brucks 1986; J. W. Alba et Hutchinson 1987; J. W. Alba et Hutchinson 2000; Feick, Park, et Mothersbaugh 1992; Park, Mothersbaugh, et Feick 1994; Beatty et Smith 1987; Moorman et al. 2004; Korchia 2001). Bruck par exemple, distingue entre « les connaissances objectives » qui correspondent aux connaissances réelles d'un consommateur résultant de l'interprétation des informations stockées dans sa mémoire, des « connaissances subjectives » (SK= subjective knowledge), qui se réfèrent à la perception individuelle de ses propres connaissances résultant de l'évaluation que celui-ci se fait de ses propres connaissances : *“there is a conceptual distinction between objective and subjective knowledge. Subjective knowledge can be thought of as including an individual's degree of confidence in his/her knowledge,*

³⁴ Par exemple, en référence aux informations stockées en mémoire, Korchia rappelle que Howard et Sheth emploient le terme de *compréhension*. Quant à Engel et al., ils utilisent le terme *croyance*. (Korchia 2001).

³⁵ Nous reviendrons de façon plus détaillée sur la phase de recherche d'information préachat au cours du second chapitre.

while objective knowledge refers only to what an individual actually knows."(Brucks 1985a).

En d'autres termes, la connaissance objective reflète ce que nous savons, la connaissance subjective reflète ce que nous croyons savoir. Par exemple, les connaissances objectives d'un consommateur 'A' en ce qui concerne les indications thérapeutiques de l'aspirine se limitent à son effet antalgique (antidouleur). Pour un consommateur 'B', l'aspirine peut être indiquée non seulement pour son effet antalgique, mais également, pour son action anti agrégeant plaquettaire (anticoagulant). Il nous est possible d'estimer les connaissances objectives du consommateur 'B' comme étant supérieures par rapport au consommateur 'A' sur l'attribut en question. Toutefois, le consommateur 'A' peut avoir des connaissances subjectives supérieures au consommateur 'B' parce qu'il estime qu'il connaît toutes les indications thérapeutiques de l'aspirine. Dès lors, la connaissance subjective se distingue de la connaissance objective quand l'individu surestime ou à l'inverse, sous-estime son niveau de connaissance de la catégorie de produit (Alba et Hutchinson 2000).

Il est pertinent de préciser que les relations théoriques et empiriques établies entre les connaissances objectives et les connaissances subjectives sont variables dans la littérature, en particulier en raison des différentes méthodes employées pour les mesurer (Park, Mothersbaugh, et Feick 1994; Flynn et Goldsmith 1999). Cela nous conduit à évoquer la difficulté de la mesure des connaissances objectives qui semble être plus complexe que celle de la connaissance subjective (Flynn et Goldsmith 1999).

En effet, évaluer les connaissances subjectives revient à demander aux individus d'évaluer leur niveau de connaissance d'un produit. Cela s'effectue généralement à l'aide d'une échelle constituée de plusieurs items où l'on demande aux personnes d'évaluer leurs connaissances relatives au(x) produit(s) sujet(s) d'étude. Par exemple, afin de mesurer les connaissances subjectives des consommateurs liées aux lecteurs CD, Park, Mothersbaugh et Feick, ont utilisé 3 items (échelle à 9 points : du plus faible au plus grand), où ils demandaient aux répondants d'évaluer leurs connaissances comparativement à des amis, des experts et des gens qu'ils connaissent ($\alpha = 0,91$) (Park, Mothersbaugh, et Feick 1994).

Par ailleurs, l'évaluation des connaissances objectives revient à mesurer les connaissances relatives à des éléments bien précis en rapport avec le produit objet d'étude. Par exemple, la fonction d'un produit (l'aspirine soulage les maux de tête, non recommandé en cas d'allergie aux AINS³⁶), le prix, les marques (ASPEGIC®, Aspirine du Rhône®, aspirine UPSA®), mais aussi, les connaissances en lien avec l'utilisation de ce produit dans des contextes variés, c'est-à-dire la manière particulière avec laquelle l'individu sélectionne et utilise ses connaissances (l'adaptation de la posologie en cas de prise d'autres médicaments, ou dans des situations cliniques particulières). D'où toute la difficulté de mesurer les connaissances objectives, car tel qu'on peut le constater, il ne s'agit pas d'évaluer les seules connaissances formelles d'un individu en rapport avec un produit, mais également celles de ce qu'il est, des différentes applications dans les différentes situations d'usage de ce dernier.

Pour mieux appréhender les connaissances objectives, il convient de rappeler l'autre catégorisation de la connaissance qui est largement acceptée en psychologie cognitive (Anderson 1983) et qui a été transposée à l'étude du comportement du consommateur (Ladwein 1995; Korchia 2000). Il s'agit en l'occurrence de la dichotomie des connaissances en déclaratives et procédurales. Les connaissances déclaratives se réfèrent au savoir d'un individu, autrement dit, ses connaissances formelles, et ce, indépendamment de leurs usages. Les connaissances procédurales quant à elles, renvoient au savoir-faire individuel, cela concerne « *un ensemble d'actions ou de plans d'actions (opérations physiques ou mentales) permettant d'exécuter une tâche précise* » (Chanquoy et Negro 2004).

Le passage d'une forme de connaissance à l'autre forme est dit : procéduralisation, qui se réfère, selon Anderson, « *au processus par lequel les gens passent d'une utilisation explicite de connaissances déclaratives à une mise en application directe des connaissances procédurales, ce qui leur permet d'effectuer une tâche sans y penser* »³⁷. Ainsi, un médecin peut diagnostiquer correctement un cas clinique, mais quand on lui demande, il peut ne pas être en mesure d'avancer l'explication qui appuie

³⁶ AINS: anti-inflammatoire non stéroïdien.

³⁷ Traduction libre de : "proceduralization refers to the process by which people switch from explicit use of declarative knowledge to direct application of procedural knowledge, which enables them to perform the task without thinking about it." (Anderson 2014b, 217)

son diagnostic (Joseph et Patel 1990). Ce dernier peut reconnaître les différences très subtiles entre deux problèmes médicaux, même ayant des tableaux cliniques très proches. À l'inverse, un médecin novice doit réfléchir longuement, établir de nombreuses hypothèses, pour arriver enfin à établir le bon diagnostic (Patel et Groen 1991; Patel, Arocha, et Kaufman 1999).

À l'opposé d'Anderson, qui décrit le passage d'une forme de connaissance à l'autre forme de façon linéaire, pour Nonaka, la conversion de ces deux formes de connaissances s'effectue en spirale³⁸. Sur ce point, il est important de préciser que les connaissances déclaratives correspondent aux connaissances explicites dans la théorie de conversion de connaissance de Nonaka, alors que les connaissances procédurales correspondent aux connaissances tacites (Nonaka et Takeuchi 1997a, 82). Avant de nous pencher sur la théorie de conversion de connaissance de Nonaka, une précision s'impose en ce qui concerne des notions largement utilisées par cet auteur: les connaissances tacites et explicites.

1.3.2 Les connaissances : tacites ou explicites

Pour Michel Polanyi, « we can know more than we can tell » (Polanyi 1967). Il illustre son idée avec l'exemple de la conduite d'un vélo dont on est capable de faire l'usage sans pour autant pouvoir en parler pour décrire toutes les théories de la Physique auxquelles la conduite d'une bicyclette fait appel. Les connaissances non dites, et donc tacites, sont « *profondément enracinées dans l'action et l'expérience d'un individu autant que dans ses idéaux, ses valeurs et ses émotions* » (Nonaka et Takeuchi 1997, 4). Dès lors, les connaissances tacites se trouvent être intrinsèques à chaque individu, du fait qu'elles sont liées aux expériences de celui qui les possède³⁹.

³⁸ Nonaka avance : « *l'idée de conversion de connaissance peut avoir une ressemblance particulière avec le modèle ACT développé en psychologie cognitive (Anderson 1983, Singley et Anderson 1989) . Ce modèle suppose que les aptitudes cognitives peuvent se développer si toute connaissance déclarative, qui correspond à la connaissance explicite dans notre théorie, est transformée en connaissance procédurale, qui correspond à la connaissance tacite utilisée dans des activités telles que rouler à vélo ou jouer du piano* ». Voir : (Nonaka et Takeuchi 1997, 82)

³⁹ Au sujet de la connaissance tacite, Harry Collins avance un autre exemple pointu, car il décrit de façon subtile ce qu'est la connaissance tacite. Il avance que « *ce qui permet de comprendre le talent dans la plupart des sports et des autres activités physiques, c'est bel et bien la connaissance tacite. C'est cette*

À l'opposé de la connaissance explicite dite aussi codifiée, qui est « *plus aisément accessible* »(Bouchez 2008, 258) car elle peut être formalisée et donc transférée d'un individu à un autre par le biais d'un discours, « *une fois connus les règles syntaxiques du langage retenu et les concepts représentatifs de la sémantique de ce langage* »(Reix 1995), le transfert de la connaissance tacite s'avère plus difficile. Les connaissances tacites « *attachées aux personnes et difficilement formalisables et codifiables* »(Bouchez 2008, 256), se révèlent en effet comme étant fortement subjectives et intrinsèques aux individus(Mayère 1997, 134).Leurs richesses sémantiques proviennent du fait que « *leurs significations sont multiples, étroitement dépendantes du contexte matériel et humain dans lesquelles elles sont appliquées, et des autres connaissances notamment implicites du détenteur de ces connaissances.* »(Horn 2004)

Comme le soutiennent Nonaka et Takeuchi, les connaissances tacites recouvrent, en plus des connaissances intériorisées et devenues inconscientes au fur et à mesure de leur assimilation, les talents particuliers des individus, l'art, mais également, les impressions individuelles et les intuitions (Nonaka et Takeuchi 1997, 7). Elles ont donc une dimension technique (compétences et aptitudes concrètes), mais aussi, une importante dimension cognitive (modèles, schémas mentaux, croyances et perceptions). Ainsi, les professionnels de santé dans leur pratique au chevet du patient, font appel aussi bien aux sciences médicales enseignées dans les bancs des facultés qu'à l'art de la médecine pour reprendre les propos de Patel, Arocha et Kaufman (Patel, Arocha, et Kaufman 1999). Selon ces auteurs, il est traditionnel de considérer la dimension scientifique de l'exercice médical comme une application de connaissances médicales explicites. Quant à la dimension artistique de cet exercice, elle s'appuie plutôt sur la connaissance tacite des professionnels de santé, et ce, dans la mesure où elle implique l'utilisation de l'intuition, l'expérience et les perceptions globales dans des décisions cliniques ainsi que pour l'ensemble des prestations des soins(Patel et Groen 1991; Patel, Arocha, et Kaufman 1999).

De leur côté, Ash et Cohendet soulignent, « *c'est grâce à la connaissance tacite que les gens sont en mesure de résoudre des problèmes spécifiques, en particulier quand*

même connaissance tacite qui a permis également de poser le sourire sur le visage de la Joconde. ». Voir: (Collins 2010, 1)

ils ne disposent pas de méthodes rationnelles optimales permettant de trouver ni des solutions, ni d'une compréhension explicite des raisons de ces mêmes problèmes... il s'agit de compétences ou de savoir-faire qui sont associés à un exercice routinier ou bien des procédures qui peuvent être partagées par l'apprentissage, l'imitation, et des exemples pratiques, plutôt que par des explications, des manuels.»⁴⁰. Les médecins qualifiés d'experts par Patel, Arocha et Kaufman, sont capables de résoudre des problèmes médicaux complexes, et ce, en dépit des lacunes susceptibles d'être présentes dans les symptômes que présente le cas clinique concerné. Ces compétences en matière de diagnostic ne peuvent être expliquées par la seule maîtrise de procédures enseignées dans les manuels biomédicaux. Elles constituent l'exemple même de la dimension tacite des connaissances que les professionnels de santé acquièrent par l'exercice (Patel, Arocha, et Kaufman 1999).

Par ailleurs, Nonaka considère que la connaissance tacite et la connaissance explicite sont complémentaires et dans une certaine mesure, sont mutuellement transformables. Il propose, à travers son modèle SECI⁴¹, de décrire la dynamique de conversion des connaissances (individuelles ou collectives) sous une forme de spirale : d'abord de tacite à tacite (la socialisation). La deuxième façon est de tacite vers l'explicite (l'externalisation), vient ensuite l'explicite à l'explicite (combinaison), et enfin, la quatrième, qui est de l'explicite vers le tacite (intérieurisation) :

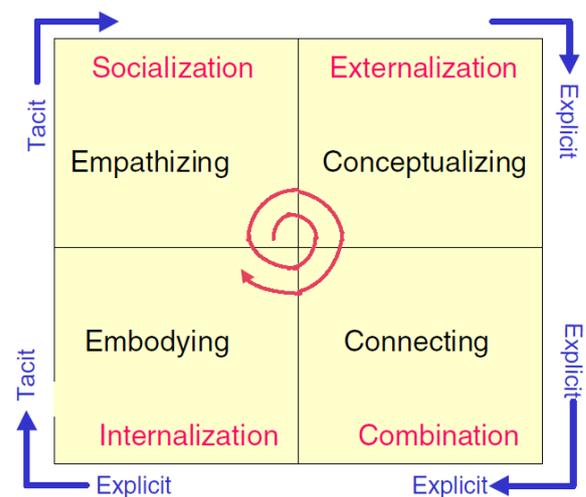


Figure 1: Le modèle SECI de conversion de connaissance (Ikujiro Nonaka et Nishiguchi 2001, 18)

⁴⁰ Pour ces auteurs, les connaissances tacites combinent à la fois, le savoir-faire acquis par l'exercice, la maîtrise de la langue acquise par la pratique de la communication dans un domaine spécialisé, ainsi que la « représentation du monde » acquise par un cumul de sagesse. Voir : (Amin et Cohendet 2004, 40)

⁴¹ Nonaka a publié une série d'articles et de livres dans lesquels il présente le modèle SECI. On peut citer par exemple :

“A theory of organizational knowledge creation : Understanding the dynamic process of creating knowledge”. In (Dierkes, Child, et Nonaka 2003, 491-517); (Nonaka 1994; Nonaka, Umemoto, et Senoo 1996; Nonaka, Toyama, et Konno 2000; Nonaka et Konno 2005)

Nonaka nomme *combinaison*, la conversion des connaissances explicites en connaissances explicites, ce qui évoque un processus de « systématisation de concepts en un système de connaissances »(Nonaka et Takeuchi 1997). Quant à *l'intériorisation*, elle représente le processus d'incarnation des connaissances explicites dans des séquences pouvant atteindre le stade du réflexe et de l'automatisme. S'agissant de la *socialisation*, c'est le mode de conversion des connaissances tacites en connaissances tacites. Ce processus permet d'acquérir des connaissances tacites à travers le partage d'expérience (l'observation, l'imitation et la pratique), sans utiliser le langage.

Enfin, *l'extériorisation* est un processus d'articulation des connaissances tacites en connaissances explicites. Ce processus exige de l'individu de transformer ses connaissances tacites en une forme permanente qui peut être capturée par d'autres grâce à l'utilisation des images, des mots, des figures ou bien des métaphores⁴². L'extériorisation constitue pour Nonaka la clé de la création de la connaissance, du fait qu'à travers ce mode, la connaissance tacite comportant une importante composante cognitive qu'il est difficile de formaliser et de communiquer est convertie en une connaissance articulable, et donc transmissible(Nonaka et Takeuchi 1997b, 258). Pour David et Foray, l'extériorisation fait appel à une activité de codification qui « *détache la connaissance de l'individu* »(David et Foray 2002) et produit « *une représentation de la connaissance qui permet de l'inscrire sur un support* »(David et Foray 2002). Ainsi, la connaissance devient transférable indépendamment du transfert d'autres ressources, telle que les personnes qui détenaient la connaissance tacite(FORAY 2010, 54).

Par ailleurs, l'extériorisation telle qu'elle est désignée par Nonaka, correspond dans l'analyse de Cowan et Foray au processus de codification de la connaissance. Celui-ci est défini par ces auteurs comme étant un « *processus de conversion de la connaissance en messages qui peuvent être traités comme étant des informations* » (Cowan et Foray 1997). À son tour Balmisse affirme que « la partie visible de la connaissance se présente donc sous la forme d'une information. Et c'est sous cette forme qu'elle est transmise. »(Balmisse 2007, 69).

⁴² Pour Nonaka, une métaphore est une « *façon de percevoir ou de comprendre intuitivement une chose en imaginant symboliquement une autre chose* ». Voir : (Nonaka et Takeuchi 1997a, 87)

Avant de revenir sur le lien qui peut exister entre la codification et la notion d'information, il convient de rappeler que la codification de la connaissance se trouve amplifiée ces dernières années, allant jusqu'à modifier « *la part du savoir codifié et du savoir tacite dans le fonds global de savoir de l'économie* »(OCDE 1996, 13). C'est en effet la démocratisation de l'usage des technologies numériques qui est à l'origine de ce phénomène.

Les progrès techniques fournissent non seulement une multitude d'outils simplifiant la codification des connaissances, tels que les images, les vidéos, affichages graphiques... etc., mais aussi favorisent une transmission accélérée des connaissances codifiées sur de longues distances et à un coût très réduit(Amin et Cohendet 2004, 37-38; FORAY 2010, 56). Toutefois, en ce qui concerne les sciences du vivant, David et Foray regrettent que les conditions technologiques actuelles n'aient pas été suffisamment exploitées pour codifier le savoir dans ce domaine. Pour ces auteurs « *On s'efforce de créer une rareté artificielle dans un domaine où l'abondance est la règle naturelle. Cela génère d'énormes gaspillages* ».(David et Foray 2002)

1.3.3 L'information, une mise en forme de la connaissance que l'on peut transférer .

Définir l'information comme étant un « *élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières, qui a pour but la conservation, l'analyse ou la communication* », cadre parfaitement avec la définition adoptée par Callon. Du point de vue de ce dernier, l'information est « *une connaissance mise en forme, c'est-à-dire inscrite dans un support, plus ou moins durable, qui permet sa transmission.* »⁴³. Cette conception reçoit l'appui de Dessimoz qui note que l'information « *décrit des connaissances, c'est-à-dire qu'elle représente des structures et/ou des procédures cognitives qui, une fois réalisées et mises en œuvre, génèrent enfin les éléments d'informations utiles au récepteur* »⁴⁴.

⁴³(Michel et recherche 1993) In (Waast et France) 1996, 155)

⁴⁴ Jean-Daniel Dessimoz, « Estimation quantitative et évaluation économique des informations et des connaissances », in (Mayère 1997)

Manifestement, le point commun entre ces définitions réside en une conception de l'information comme étant une entité résultant de la codification de la connaissance, préalable à toute opération de capture et de diffusion de cette dernière. L'information porte la connaissance ou, comme le décrit Balmissé, l'information est un « *support de transfert de connaissance* »(Balmissé 2007, 69).

	Intangible	Tangible
Entité	Information : connaissance	L'information objet (documents)
Processus	Information processus (Etre informé)	Information traitée (traitement des données)

Tableau 1: Les quatre aspects de l'information selon Buckland(Buckland 1991)

D'ailleurs, pour Nonaka, l'information n'est autre qu'un « *moyen ou un matériau permettant de découvrir et de construire la connaissance.* »(Nonaka et Takeuchi 1997b) ou bien dans la conception de Bouchez, «*une matière première de la connaissance* »(Bouchez 2004, 231). De son côté, Buckland avait constaté, après avoir analysé la littérature portant sur la notion d'information, que l'emploi de cette notion (information) renvoie principalement à une entité qui décrit la connaissance(Buckland 1991).

Selon Ash et Cohendet, cette façon de lier la notion de l'information à la codification des connaissances émane des travaux des économistes. Pour ces derniers en effet, la codification permet de traiter la connaissance selon les outils standards de l'économie ; elle en fait un bien économique qu'on peut échanger, faire circuler, et d'engager dans des transactions commerciales(Amin et Cohendet 2004, 37). Aussi pour Foray, la codification permet à la connaissance de « *se rapprocher des caractéristiques d'une marchandise. Elle est désormais décrite et clairement identifiée* »(FORAY 2010, 54). D'autres économistes suivent ce même raisonnement, tels Dasgupta et David qui conçoivent l'information comme « *une connaissance réduite en messages qui peuvent être transmis à des agents de décision.* »⁴⁵. Pareillement, le rapport de l'OCDE décrit l'information comme une forme réduite de connaissance; on peut lire

⁴⁵ Traduction libre de "Information is knowledge reduced to messages that can be transmitted to decision agents" (Partha et David 1994)

« Toutes les connaissances de nature à être codifiées et réduites à des informations peuvent désormais être transmises sur de longues distances pour un coût très abordable »(OCDE 1996, 13).

L'emploi du vocable « réduite » mérite une attention particulière. En effet, telles qu'elles sont conceptualisées, les connaissances tacites ne sont pas formalisables. Par conséquent, toute opération de codification exclut une partie du contexte qui ne peut être modélisé⁴⁶. D'où le constat selon lequel, l'output de la codification est différent de l'input (Amin et Cohendet 2004, 23; OCDE 1996, 12-13), au point que Dominique FORAY affirme que « *la codification mutile la connaissance* »(FORAY 2010, 54). D'ailleurs, c'est ce qui explique pourquoi Nonaka, lorsqu'il décrit le processus de conversion de connaissance, considère les connaissances tacites et explicites comme étant complémentaires et non pas substituables.

De plus, la codification mobilise des connaissances détenues par un individu et qui sont, selon David et Foray, fondamentalement une capacité cognitive. (David et Foray 2002). À cela s'ajoute le fait que les connaissances tacites requises pour la codification intègrent aussi bien les croyances et le savoir-faire individuel que le cumul d'habitudes acquises via l'apprentissage. Dès lors, l'influence du processus cognitif individuel à travers lequel la connaissance est convertie et interprétée ne peut être négligée. Tout d'abord, celui-ci façonne la manière dont la connaissance codifiée est produite et donc l'information qui en résulte(Amin et Cohendet 2004, 24). Ensuite, les connaissances individuelles qui se réfèrent à un domaine, influencent le traitement de nouvelles informations en rapport avec ce même domaine(Brucks 1986). « *le monde académique s'accorde à dire que la connaissance est le résultat de l'interprétation d'une information dans un référentiel ... le sens qu'un individu accorde à une information est susceptible d'être différent chez un autre individu , du fait de son propre « référentiel » .*

⁴⁶ Dominique Foray et Lundvall Bengt-Ake parlent de « l'incomplétude de la connaissance codifiée ». Voir : (Foray et Lundvall 1997, 28)

Par ailleurs, dans son poème ; le Roc (the Rock), le prix Nobel de littérature (1948) Thomas Stearns Eliot, s'interrogeait :

« *Où est passée la sagesse que nous avons perdue dans la connaissance?*

Où est la connaissance que nous avons perdue dans l'information ? »

Traduction libre de :

"Where is the wisdom we have lost in knowledge?

Where is the knowledge we have lost in information ?"

(Eliot 2014, 81)

Différents individus ont différentes cultures , différentes connaissances, ce qui fait qu'ils n'ont pas la même interprétation de l'information »(Balmisse 2007, 69).

L'information s'apparente donc à une mise en forme réduite de la connaissance de surcroît, l'information « *étant intimement liée à l'individu ou au groupe qui la compose* »(Bouchez 2004), ne peut être considérée indépendamment des caractéristiques individuelles de celui qui la crée (codification de la connaissance), mais également de celui qui l'acquiert.

2. L'information de santé en ligne:ISL

2.1 La santé sur le web

2.1.1 Du e-commerce à la e-santé

Avant de définir ce qu'est une « information de santé en ligne » (ISL), il nous semble utile de rappeler ce qu'est « la santé en ligne ». À l'instar de ; « cybersanté », « télésanté » ou « e-santé », la « santé en ligne » fait partie des expressions apparues consécutivement au large développement des applications TIC⁴⁷ dans le domaine de la santé. Selon Eysenbach, le terme e-santé n'était pas utilisé initialement par les universitaires, mais plutôt par des spécialistes du marketing. En calquant le terme e-santé sur celui du e-commerce, ces derniers ambitionnaient de mettre en avant les opportunités qu'offre internet au domaine de la santé, notamment la mise en relation directe des entreprises pharmaceutiques avec leurs clients (consommateurs) (G Eysenbach 2001).

Pour cet auteur, la e-santé est « *un domaine émergent issu du croisement de l'informatique médicale, de la santé publique et du business. Elle se réfère à l'ensemble des prestations de santé ainsi qu'aux informations fournies ou bien améliorées grâce à Internet et des technologies connexes. Dans un sens plus large, le terme caractérise non seulement un développement technique, mais aussi un état d'esprit, une façon de penser, une attitude et un engagement pour un travail en réseau, une pensée globale visant*

⁴⁷ TIC : technologies d'informations et de communication.

l'amélioration des soins de santé au niveau local, régional, et dans le monde par le biais des technologies d'information »⁴⁸. De son côté, le portail de santé publique de l'Union européenne, tout en précisant que l'expression «santé en ligne » ou «télésanté» («eHealth» en anglais) sont similaires, propose une définition analogue à la précédente. La e-santé «*recouvre les différents instruments qui s'appuient sur des technologies de l'information et de la communication pour faciliter et améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médical ainsi que la gestion de la santé et de mode de vie* ». ⁴⁹

2.1.2 Information de santé ou information médicale ?

H. Romeyer⁵⁰ distingue deux catégories d'informations relatives à des questions de santé sur internet, « l'information de santé » et « l'information médicale ». La première est destinée au grand public et est diffusée sur Internet. Sa production, selon cet auteur, échappe à tout contrôle de l'État et du secteur médical. La deuxième est produite par des spécialistes et répond aux critères et au fonctionnement de l'information publique scientifique. On constate ainsi que la typologie que propose H. Romeyer, se base sur la source et la cible de l'information, de même que sur la présence ou non de mécanisme de contrôle de cette information.

En revanche, dans son analyse de la qualité d'information médicale sur internet, D. Ollat ne fait pas de distinction entre information médicale et information de santé, il se contente de parler d' « information médicale sur internet », qui inclut, à la lecture de son analyse, les deux types d'informations désignés par H. Romeyer. En effet, pour cet auteur, les IM (informations médicales) sont destinées aussi bien à un large public, qu'à un public plus spécialisé. Il définit l'information médicale sur internet comme « tout site, ou tout document électronique en ligne, où les sujets abordés ont un impact sur la

⁴⁸ Traduction libre de "e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology."

(G Eysenbach 2001)

⁴⁹ http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_fr.htm

⁵⁰ Hélène ROMEYER. TIC et santé : entre information médicale et information de santé. Tic et société ; Vol. 2, n° 1 |2008.

santé au sens large, ou concernent les produits ou services liés à ce domaine »(Ollat et al. 2009).

Afin de déterminer notre position par rapport à ce qui a été proposé, il nous semble nécessaire de revenir sur les définitions étymologiques des termes « médical » et « santé ». En effet, le terme « médical » désigne tout ce « qui concerne la médecine »⁵¹, qui est une science avec ses propres techniques et pratiques. Ainsi, parler d'information médicale renvoie, comme l'a précisé H. Romeyer à un discours scientifique établi par et destiné à des professionnels, ce qui implique l'utilisation d'un langage savant, à priori difficilement compréhensible par les profanes de la profession médicale. Il s'agit donc d'informations faites par des professionnels pour des professionnels. Quant à la notion de « santé », nous nous référons à la définition de l'OMS⁵² qui la désigne comme: « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». On remarque ainsi que la notion « santé » est plus générale, multidimensionnelle et ne se limite pas à la seule dimension physique (état physiologique), incluant aussi d'autres dimensions psychologiques ou sociales. Il en résulte donc que les informations de santé ne se limitent pas aux informations médicales, et vont au-delà, en incluant ainsi toutes autres informations sur les nombreux domaines touchant la santé.

Par conséquent, nous nous appuyerons ici sur la définition de D. Ollat, pour désigner comme « informations de santé en ligne = ISL » tout site, ou tout document électronique où les sujets abordés ont un impact sur la santé au sens large ou concernent les produits ou services liés à ce domaine.

2.1.3 Proposition d'une catégorisation des ISL :

Les ISL mises à disposition des patients-consommateurs sont donc nombreuses et extrêmement hétérogènes aussi bien par la forme (texte en langage savant ou non, vidéo, image.. .etc.), que par le fond. Il existe en effet un grand nombre de domaines d'informations: les pathologies et leurs thérapeutiques, informations relatives à des professionnels de santé, les organismes et institutions sanitaires, l'industrie

⁵¹ Page 1597. LE PETIT ROBERT

⁵²<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

pharmaceutique, portails web thématiques., etc. Quant aux objectifs de ces informations, elles sont également diverses : l'enseignement (conférences, articles scientifiques), la promotion des produits de santé (publicités), partage d'expériences ...etc.

Au regard de la définition des ISL que nous venons d'adopter, la typologie des informations de santé proposée par Romeyer n'est pas d'actualité. Cet auteur considère en effet que seules les informations médicales sont soumises à un contrôle de l'État et du secteur médical (Romeyer 2008). Or, nombreuses sont les instances publiques qui diffusent via les technologies numériques des informations de santé à destination de profanes qui, contrairement à ce qu'affirme cet auteur, sont produites par des spécialistes. De notre point de vue, on peut distinguer par rapport à deux critères qui sont la source (émetteur) et la cible (récepteur), les deux catégories d'informations suivantes (Figure 2):

- **Les informations médicales « IM »** : produites par des personnes à la fois identifiables et reconnues pour leurs compétences dans la spécialité concernée, par des instances officielles, et qui sont adressées à un public expert en la matière. Il s'agit par exemple de livres ou articles universitaires, des vidéos de conférences animées par des experts...etc.
- **Les informations de santé grand public « ISGP »** : sont destinées à un public non spécialisé en médecine, et provenant de diverses sources qualifiées (le portail grand public de la haute autorité de santé en France⁵³, le site d'information de l'assurance maladie en France⁵⁴), ou non qualifiées (par exemple, les groupes de discussions, les sites internet personnels...etc.).

⁵³http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5071/grand-public

On y trouve par exemple :

Un guide sur la prise en charge des leucémies aiguës : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1254542/ald-n-30-la-prise-en-charge-des-leucemies-aigues-de-l-adulte?xtmc=&xtcr=1

Un document d'informations, destiné aux femmes enceintes sur la césarienne programmée à terme : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1233744/la-cesarienne-programmee-a-terme-document-dinformation-destine-aux-femmes-enceintes?xtmc=&xtcr=3

⁵⁴<http://www.ameli-sante.fr/>

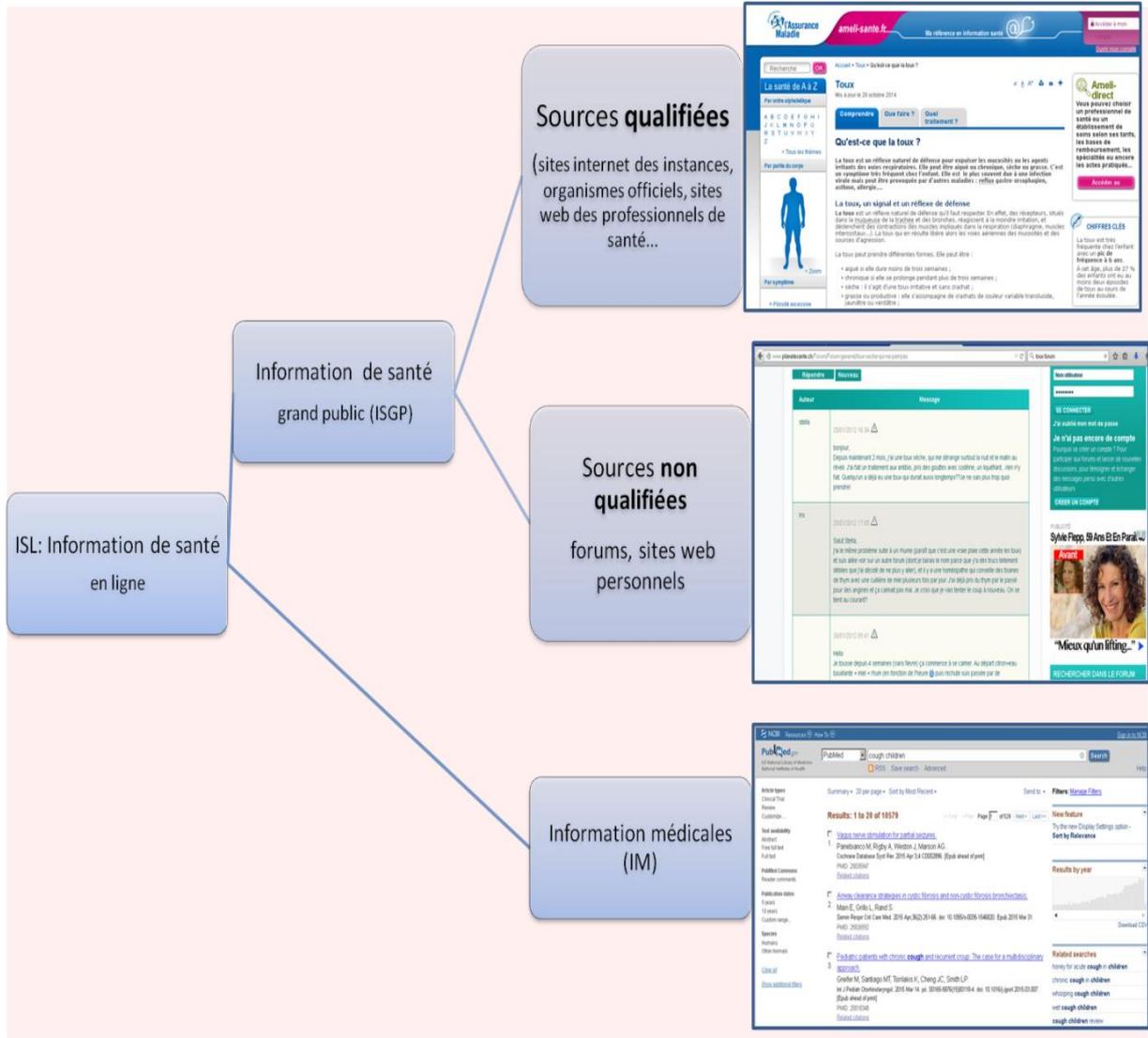


Figure 2: Typologie des informations de santé en ligne (ISL)

2.2 *Le patient et l'information, le long d'une vie d'un médicament :*

Afin d'appréhender la place du patient-consommateur dans la chaîne de production et la circulation de l'information (en lien avec les médicaments), il nous semble utile de rappeler le parcours de cette même information le long d'une vie d'un médicament. Pour y parvenir, nous allons essayer de suivre le cheminement de l'information liée à un médicament à travers la chronologie de son histoire, et ce, depuis la découverte de la (les) molécule(s) ayant une activité physiologique jusqu'à sa mise sur le marché pour une utilisation thérapeutique, tout en passant par les nombreuses épreuves auxquelles il est soumis.

Nous rappelons que les Académies nationales de Médecine et de Pharmacie considèrent le RCP⁵⁵ comme « un document officiel d'information »(ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE 2014a). Dès lors, on peut considérer les informations qui naissent et qui se développent en dehors du circuit officiel du médicament à l'origine du RCP, comme étant des informations informelles. Tel qu'on le verra dans les prochaines sections, il existe de fortes interactions entre toutes les informations en rapport avec les médicaments, qu'elles soient de nature formelle ou informelle. Toutefois, il nous semble plus facile d'opérer une distinction entre ces deux types d'informations.

Compte tenu de la diversité des acteurs qui interviennent lors d'une vie d'un médicament, nous désignons par le terme « instance réglementaire publique », l'organisme public chargé d'évaluer les demandes d'AMM (ANSM⁵⁶ ou EMA⁵⁷), ainsi que l'ensemble des structures qui lui sont attachées⁵⁸.

⁵⁵ RCP: Résumé des caractéristiques des produits. Il s'agit d'un document d'information officiel fixé par l'ANSM et dont l'essentiel des informations est présenté dans un format accessible – la notice-, destiné aux patients.

⁵⁶ ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) est l'établissement public (placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé) responsable de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits biologiques.

⁵⁷ EMA : European Medicines Agency est l'autorité de santé pour l'ensemble des procédures européennes d'évaluation des médicaments.

⁵⁸ Voir annexe pour la représentation du circuit de médicament d'après le ministère de la Santé en France.

2.2.1 L'information formelle :

2.2.1.1 Le patient, à l'origine de la découverte d'un "médicament "

À l'instar de la pénicilline dont la découverte des propriétés antibiotiques est liée à « une négligence du savant »⁵⁹, nombreux sont les médicaments dont la découverte est associée à la sérendipité. La synthèse chimique de molécules dotées de propriétés thérapeutiques constitue également une autre voie de découverte de médicament. Les exemples abondent, néanmoins celui de l'aspirine nous semble particulièrement illustratif. Comme le rapporte Dillemann dans la revue d'histoire de pharmacie, il est généralement admis que le chimiste Charles-Frédéric Gerhardt est le premier à avoir préparé en 1853, de l'acide acétylsalicylique (substance active dans l'aspirine)(Dillemann 1977). Non seulement « Gerhardt avait fait de l'aspirine sans le savoir et sans le vouloir »⁶⁰, mais il ignorait également les propriétés physiologiques ou thérapeutiques de cette molécule. C'est un autre chimiste du laboratoire Bayer (Félix Hoffmann,) qui a songé à tester l'acide acétylsalicylique comme médicament anti rhumatismal⁶¹.

Il existe tout de même une autre voie qui a permis de découvrir des médicaments en dehors des laboratoires. Il s'agit de données ou d'informations communiquées par le patient-consommateur lui-même :

- Celui-ci constitue une source d'informations révélant l'existence d'effets thérapeutiques d'une substance naturelle (par opposition aux substances issues de synthèse chimique). Ainsi, comme le rappelle Tillequin, lors de la conquête

⁵⁹ Comme le rapportent Bohuon et Monneret, le bactériologue Alexandre Fleming parti en vacances en juillet 1928, avait oublié une boîte de Petri contenant des bactéries (staphylococcies) derrière une fenêtre. À son retour, il avait remarqué que des moisissures (en fait il s'agissait des champignons - du genre *Penicillium*-qui produisent la pénicilline), avaient envahi cette boîte de Petri, mais surtout qu'au contact des moisissures avec les colonies de bactéries, celles-ci étaient détruites. La pénicilline s'est montrée d'une extrême utilité sur diverses maladies infectieuses, notamment au cours de la Seconde Guerre mondiale. D'ailleurs, Alexander Fleming a eu le prix Nobel de médecine en 1945, récompensant ses travaux se rapportant aux effets de la pénicilline. (Bohuon et Monneret 2012, 98)

⁶⁰ Delépine (M): Rapport scientifique annexé à une des lettres du 4 octobre 1943 adressée au P^R. Paul, directeur des établissements Rhône-Poulenc.

⁶¹ À cette époque, pour soulager les douleurs, on utilisait l'acide salicylique synthétisé à partir de la salicine (extraite d'une plante : l'écorce de saule). Hoffmann souhaitant soulager son père souffrant d'arthrite et qui tolérait mal l'acide salicylique, avait pensé à tester l'acide acétylsalicylique. La marque Aspirine du laboratoire Bayer est ainsi née le 1er février 1899. (Lafont 2007)

espagnole de l'Amérique du Sud, les missionnaires jésuites avaient appris auprès des Indiens que la poudre de l'écorce d'un arbre (le quinquina), est efficace pour traiter les fièvres palustres(Tillequin 2015). Cette poudre connue par la suite sous le nom « poudre des jésuites » a été importée en Europe où elle a fait l'objet d'une multitude d'études aboutissant à isoler la quinine (substance active pour le traitement de la malaria)(Rovillé 2015). Cette substance a servi comme modèle sur lequel d'autres antipaludéens de synthèse ont vu le jour, mais reste tout de même d'aujourd'hui le seul traitement efficace en cas d'accès sévère⁶².

- La digoxine (DIGOXINE NATIVELLE ®) est également un exemple de découverte de médicament qui s'est faite grâce à des informations communiquées par une patiente. Selon le professeur Philippe Meyer, « *en 1775, une vieille femme native du Shropshire confie au docteur William Withering, praticien de renommée de Birmingham, une recette familiale et secrète traitant l'hydropisie et d'autres œdèmes. Il s'agit d'une infusion préparée avec une vingtaine de plantes. L'une d'elles, la foglove (appelée en France digitale pourpre), paraît suffisamment insolite à Withering pour qu'il lui attribue la responsabilité de l'effet diurétique.* »(Meyer 1984) Sur la base de ces informations, le docteur William Withering avait entamé ses investigations et ses expériences qui ont abouti à la découverte de la digoxine. Celle-ci continue d'être commercialisée et constitue le médicament inotrope⁶³ (administré par voie orale) le plus largement utilisé pour le traitement des insuffisances cardiaques⁶⁴.
- Le patient- consommateur ouvre la voie d'une recherche dirigée en vue d'explorer les activités thérapeutiques méconnues d'une molécule déjà commercialisée, et ce, en rapportant des effets indésirables (données) non décelés avant la commercialisation d'un médicament. Ces effets indésirables sont, à ce stade, de simples faits isolés. C'est au moment où de tels faits sont placés dans un contexte et structurés par ceux qui ont la connaissance nécessaire, que l'information émerge. Pour rappel, c'est par ce biais-là que l'effet

⁶² Plusieurs antipaludiques de synthèses ont été développés sur le modèle de la molécule initiale : la quinine entre 1930 et 1970. Seulement, les souches de *Plasmodium*, l'agent parasite responsable de cette affection, sont devenues résistantes aux antipaludiques de synthèse.

⁶³ Inotrope : modifie la contractilité cardiaque

⁶⁴(Tan et al. 1986)(Erdmann, Greeff, et Skou 2013, 455)

anti agrégeant-plaquettaire de l'aspirine fut découvert. Cette propriété thérapeutique présente jusqu'à maintenant un intérêt majeur dans la prévention des complications des pathologies cardiovasculaires. Une fois de plus donc, nous revenons à l'exemple de l'aspirine dont « le fabuleux destin reste un exemple de la découverte et de la vie d'un médicament »(Lafont 2007). Ce médicament était commercialisé depuis 1899, pour ses propriétés analgésiques, antipyrétiques et antinévralgiques. Ainsi, un médecin ORL, le docteur Craven, conseillait à ses patients de mâcher un chewing-gum riche en aspirine, et ce, dans le but de soulager les douleurs postopératoires (par la suite d'une amygdalite). Ces derniers se plaignaient auprès de leur médecin d'un saignement excessif. Il pense alors que l'aspirine est dotée de propriétés anti coagulantes, et le préconise à ses patients afin de prévenir les risques cardiaques(L. L. Craven 1953). Les résultats de ses expériences ont été publiés dès 1950(Lawrence L. Craven 1950), mais n'ont eu d'intérêt que lorsque les maladies cardiaques sont devenues un problème de santé publique majeur. Des études de grande ampleur ont eu lieu par la suite, aboutissant à démontrer l'effet anti coagulant de l'aspirine⁶⁵.

À ce stade, les données ou informations relatives aux effets physiologiques d'une molécule, n'en font pas un médicament. Il s'ensuit toute une chaîne d'études précliniques et cliniques⁶⁶ effectuées par l'industriel avant d'obtenir l'accord de commercialisation du médicament auprès des instances réglementaires publiques habilitées.

2.2.1.2 Le patient; source de données façonnées sous une forme portant un sens pour les autorités publiques...:

Après avoir identifié une entité chimique susceptible d'être développée en un médicament, l'industriel entame une série de tests obligatoires en vue d'obtenir une

⁶⁵ John Vane, prix Nobel en 1982, avait démontré en 1971 que l'aspirine agit en inhibant la production de prostaglandins, et ce, en bloquant la cyclo-oxygénase. (Vane 1971), op.cit.

⁶⁶ Les études précliniques couvrent l'ensemble des expérimentations de la molécule objet d'étude, s'effectuant auprès des animaux. À l'issue de cette première étape, si la substance active semble intéressante et non toxique, on passe aux essais cliniques qui s'effectuent lors de cette étape chez l'Homme. (Waller 2011, 30-31)

AMM (autorisation de mise sur le marché)⁶⁷. Lors de cette phase expérimentale, « *le patient*⁶⁸ *est au service du médicament* » pour reprendre l'expression d'Hélène Sainte-Marie (Bail et al. 2005, 122). En effet, à l'issue d'une phase préclinique concluante (auprès des animaux)⁶⁹, l'industriel effectue après autorisation des instances réglementaires publiques, des essais cliniques cette fois-ci chez l'homme (ANSM 2015).

Lors des essais cliniques, l'industriel collecte un ensemble de données auprès de sujets volontaires non malades dans un premier temps, puis sur des sujets atteints de la maladie (cible du traitement). L'industriel organise et structure ces données pour générer une information dans des formats et des environnements normalisés (dossier d'AMM). Les données ainsi collectées lors des trois phases cliniques⁷⁰ seront « *façonnées sous une forme portant un sens pour son destinataire* »⁷¹, qui n'est autre que l'ANSM dans le cas d'évaluation d'un médicament en France. C'est ainsi que les informations médicales relatives au médicament sont nées. L'ANSM précise : « *Toutes ces informations vont constituer le dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM), déposé par les entreprises* » (ANSM 2015a). L'industriel réunit les informations dans un dossier d'AMM qu'il soumet aux instances réglementaires publiques afin que celles-ci puissent « *mettre en œuvre des actions ou des décisions prévues pour le moment ou dans le futur* » relatives à la délivrance (ou la modification, si le médicament est déjà commercialisé) d'une AMM.

L'ANSM précise également que le dossier d'AMM conçu par l'industriel est accompagné des documents d'informations destinés aux professionnels de santé (RCP)

⁶⁷ Le médicament est un produit qui nécessite avant sa commercialisation, une autorisation de mise sur le marché (AMM) préalable. C'est ce que stipule l'article 6 de la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, tel que transposé à l'article L.5121-8 du code de la santé publique (CSP). La directive 2001/83/CE (modifiée par la directive 2004/27/CE) est disponible sur le site internet de la Commission européenne à l'adresse suivante :

http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83/2001_83_ec_en.pdf

⁶⁸ En réalité, les essais cliniques s'effectuent aussi bien auprès d'individus sains que de patients (cibles du traitement).

⁶⁹ Il s'agit d'une série d'expérimentations auprès des animaux ayant pour but essentiellement de déterminer les caractéristiques de l'effet principal de la molécule active ainsi que ses éventuels effets indésirables.

(Cobert 2011)

⁷⁰ Les essais cliniques d'un médicament se déroulent en 4 phases :

Les trois premières s'effectuent avant sa commercialisation (population restreinte)

La quatrième phase commence après sa commercialisation, et concerne donc des études à grande échelle.

⁷¹ Nous reprenons la définition de l'information telle qu'elle est établie par Davis et Olson. Pour ces auteurs, l'information est « *un ensemble de données façonnées sous une forme portant un sens pour son destinataire et ayant une valeur réelle ou perçue pour ce dernier, et ce, afin qu'il puisse mettre en œuvre des actions ou des décisions prévues pour le moment ou dans le futur* »

(Davis et Olson 1985, 200)

et aux patients (la notice). Non seulement le RCP ne transmet qu'une partie des connaissances relatives à un médicament (ce n'est, en fait, qu'un résumé des caractéristiques du produit), mais même cette connaissance est vraisemblablement méconnue par les professionnels de santé, comme le constatent les Académies nationales de Médecine et de Pharmacie⁷².

Il est important également de préciser que même lorsqu'il est commercialisé et que l'information officielle est délivrée aux professionnels de santé (et donc aux patients), l'ensemble des connaissances relatives aux effets physiologiques des substances constituant le médicament, n'est pas toujours à disposition des organismes réglementaires. Les essais cliniques s'effectuent auprès d'un nombre restreint de patients, dès lors, les informations relatives aux effets indésirables communiquées dans le dossier d'AMM sont élaborées sur la base d'observations (données) limitées⁷³. Ankri rappelle sur ce point que *« les essais cliniques qui ont lieu avant commercialisation d'un nouveau médicament sont conçus essentiellement pour évaluer l'efficacité. Ils donnent également certaines indications sur les effets indésirables ...Il est cependant peu probable que des effets indésirables graves soient détectés à ce stade...un effet indésirable grave a une chance sur dix mille d'apparaître, ce n'est pas lors d'études pré- AMM qu'il pourra être dépisté car le nombre des sujets dans ces études sera au mieux de l'ordre du millier »*(Ankri 1999). Par conséquent, on ne peut déceler tous les effets du médicament qu'au moment où celui-ci est commercialisé à grande échelle. Commence alors la quatrième phase des essais cliniques où les données rapportées par les patients trancheront sur la continuation ou l'arrêt de la vie d'un médicament⁷⁴.

⁷² Un rapport publié le 27 octobre 2014, destiné aux Pouvoirs Publics ainsi qu'aux Ordres Professionnels de Santé, précise que « les professionnels de santé ont une connaissance manifestement insuffisante des RCP »

Académie Nationale De Pharmacie, « Recommandations conjointes des Académies nationales de Médecine et de Pharmacie sur le respect de l'information officielle du médicament. ».

⁷³ À cela s'ajoute la difficulté d'extrapoler les résultats relatifs à l'étude de l'effet tératogène (les répercussions sur le développement d'un embryon) de l'animal à l'homme, sans oublier que certains effets ne se manifestent pas chez l'animal (troubles psychiques, allergie...). Enfin, les informations relatives à la toxicité chronique (à long terme), communiquées dans le dossier d'AMM, sont faites sur la base de données collectées (auprès des animaux), sur une durée limitée de 6 mois (12 mois aux USA). Or, certains médicaments sont administrés pour des traitements ayant une durée supérieure à un an. (Waller 2011)

⁷⁴ Par exemple, les effets indésirables à l'origine du retrait de benfluorex (MEDIATOR®), ont été découverts bien après sa commercialisation.

2.2.1.3... qui conditionnent la poursuite ou l'arrêt de commercialisation d'un médicament

Le médicament ayant obtenu une AMM, il est commercialisé et consommé par des millions d'individus. Lors de cette phase, le processus de création de connaissances relatives à un médicament se poursuit. En effet, les patients communiquent des données (observations d'effets indésirables) à des praticiens de santé, qui, par le biais de leur connaissance font la liaison (soupçonner la relation de cause à effet, ou non) au médicament signalé⁷⁵. Au même titre que certaines maladies infectieuses, les praticiens de santé sont tenus de communiquer aux instances publiques⁷⁶ toute information relative à un effet indésirable inattendu (non indiqué dans le RCP)⁷⁷. Bégaud signale que « *ce recueil d'informations n'est pas très bien réalisé. Les médecins, s'ils sont concernés par les effets secondaires des produits, sont peu enclins à « faire monter » les informations.* »(Bégaud 1999). Selon le même auteur, les praticiens de santé « *ne perçoivent pas précisément l'importance de cette vigilance ou parce qu'ils considèrent qu'il s'agit d'une paperasserie et d'une tracasserie supplémentaire* »(Bégaud 1999). Les Académies nationales de Médecine et de Pharmacie ont fait le même constat. Ils avaient d'ailleurs recommandé aux Pouvoirs publics ainsi qu'aux Ordres Professionnels de Santé « *de rappeler aux professionnels de santé toute l'importance d'identifier la survenue d'effets indésirables et leurs obligations de notification* »(ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE 2014b). Notons que depuis le 10 juin 2011, les patients et les associations de patients ont la possibilité de communiquer directement des données (effets indésirables) aux centres agréés, et ce, sans l'intermédiaire du praticien de santé.

⁷⁵Ankri rappelle la complexité de réaliser une imputabilité convenable, c'est-à-dire une « évaluation de la relation causale entre un effet et un médicament ... Imputer un effet dépisté à un médicament dépend également du mode de recueil de l'information qui peut constituer un des facteurs limitants. Il est également souvent difficile de définir la fréquence de l'effet secondaire observé compte tenu de la méconnaissance du dénominateur que constitue la population exposée». (Ankri 1999)

⁷⁶ L'organisation de système de pharmacovigilance est variable d'un pays à un autre. Il existe en France 31 centres régionaux de pharmacovigilance qui reçoivent les déclarations des praticiens de santé ainsi que celles émanant de patients ou associations de patients. Il les transmettent par la suite à un comité technique de pharmacovigilance au sein de l'ANSM.

⁷⁷ « Le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. » (Code de la santé publique - Article R5121-161 2015)

De leur côté, les entreprises pharmaceutiques doivent transmettre aux autorités publiques des rapports périodiques⁷⁸ détaillés sur l'ensemble des « observations individuelles d'effets indésirables survenues en France »(ANSM 2012), mais également dans l'Union européenne (graves et non graves) et hors Union européenne (uniquement ceux considérés comme graves).

Les données et les informations ainsi recueillies par les instances publiques habilitées, font l'objet d'une analyse. C'est ainsi que de nouvelles connaissances sont créées et de nouvelles informations officielles sur le médicament communiquées aux patients directement ou indirectement. À la lumière de ces connaissances, se décide la poursuite ou non de la commercialisation du médicament (pour une ou plusieurs indications).

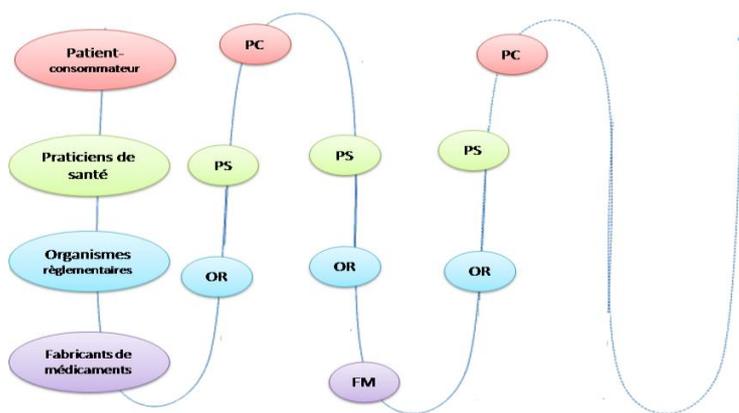


Figure 3: La chaîne de production de l'information officielle sur le médicament

2.2.2 L'information informelle :

2.2.2.1 Au près des médecins :

Parallèlement à l'information officielle communiquée -par le biais du RCP- aux praticiens de santé concernant le médicament, subsiste un autre type d'informations non officielles et donc « informelles ». On peut citer l'exemple des informations relatives à des indications thérapeutiques non prévues dans l'AMM, et sur lesquelles les

⁷⁸ Directive 2010/84/ue du parlement européen et du conseil (du 15 décembre 2010) modifiant, en ce qui concerne la pharmacovigilance, la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

praticiens de santé s'appuient pour prendre des décisions relatives au traitement des patients. Collin affirme qu' au-delà « *des indications médicales, nombre de facteurs sont susceptibles d'influencer la prescription et de la faire dévier d'une rationalité scientifique à laquelle on souhaiterait qu'elle soit tout entière soumise* »⁷⁹.

Selon Collin, la prescription qu'il qualifie de « non appropriée », correspond à un profil sociodémographique particulier chez les médecins. Elle serait « *plus fréquente chez les médecins plus âgés, qui n'ont pas d'affiliation universitaire ou hospitalière . Outre la formation initiale, les connaissances par rapport aux propriétés des médicaments et à leurs effets chez certains groupes de patients sont également évoquées parmi les causes de prescriptions inadéquates* ».

En France, les Académies de Médecine et de Pharmacie avaient recommandé aux praticiens « *de limiter les pratiques hors AMM aux cas spécifiques les justifiant, en les débutant si possible en milieu hospitalier ...informer, dans la mesure du possible, le patient de ce choix et des raisons le motivant* »(Académie Nationale De Pharmacie 2014). Notons tout de même que l'usage irrationnel des médicaments, tel qu' il est désigné par l'OMS, est un problème mondial majeur(OMS 2015). Sur ce point, l'OMS signale « *la non-conformité des pratiques de prescription aux directives thérapeutiques* »(OMS 2015), estimant même que « *plus de la moitié de l'ensemble des médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée* »(OMS 2015). Ces informations sont donc le résultat de partage et de transfert des modèles mentaux et des expériences, autrement dit, un produit de la socialisation telle qu'elle est définie par Nonaka.

C'est le cas par exemple du clonazépam (Rivotril®) indiqué pour traiter l'épilepsie⁸⁰, et que les médecins en France prescrivait pour d'autres indications (la

⁷⁹Selon Collin, la prescription qu'il qualifie de « non appropriée », correspond à un profil sociodémographique particulier chez les médecins . Elle serait « plus fréquente chez les médecins plus âgés, qui n'ont pas d'affiliation universitaire ou hospitalière . Outre la formation initiale, les connaissances par rapport aux propriétés des médicaments et à leurs effets chez certains groupes de patients sont également évoquées parmi les causes de prescriptions inadéquates ».
(Collin 1999)

⁸⁰ L'indication exacte est : « traitement des épilepsies généralisées ou partielles chez l'enfant (forme buvable) ou chez l'adulte et enfant (forme comprimé) soit en monothérapie temporaire, soit en association à un autre traitement antiépileptique. La forme injectable est indiquée dans le traitement d'urgence de l'état de mal épileptique de l'adulte et de l'enfant. »

prise en charge de la douleur)⁸¹. Il en est de même pour le misoprostol(Cytotec®), indiqué selon son RCP pour le traitement de l'ulcère gastrique, et que les médecins obstétriciens prescrivait en vue de déclencher l'accouchement à partir de 37 semaines d'aménorrhée⁸².

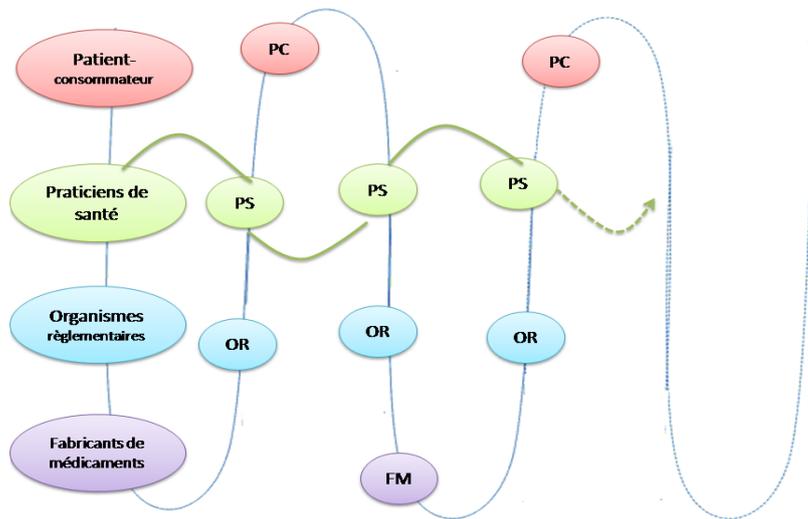


Figure 4: L'information informelle auprès des médecins

2.2.2.2 Entre patients :

Les informations non officielles relatives aux médicaments ne sont pas produites et ne circulent pas uniquement auprès des praticiens de santé. Les patients-consommateurs se partagent également des informations informelles qui n'ont parfois jamais figuré dans le RCP. Vraisemblablement, il s'agit d'informations créées sur la base d'expériences personnelles. C'est ce qu'affirme Wood : « *Si les professionnels de santé se partagent des connaissances issues de leurs formations académiques et de leurs expériences, pour les profanes, les notions de santé et de maladie leur sont inculquées par leurs univers culturels et sociaux. Celles-ci sont acquises auprès de sources formelles et*

⁸¹Le rivotril est commercialisé en France depuis le 01/07/1998. En 2012, les conditions de sa prescription et de sa délivrance ont été modifiées (plus strictes).

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rivotril-R-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Point-d-information>

⁸² Point d'information de l'ANSM du 25/02/2013 : Mise en garde sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du Cytotec (misoprostol) dans le déclenchement de l'accouchement et toute autre utilisation gynécologique -

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Mise-en-garde-sur-les-risques-potentiels-lies-a-l-utilisation-hors-AMM-du-Cytotec-misoprostol-dans-le-declenchement-de-l-accouchement-et-toute-autre-utilisation-gynecologique-Point-d-information>

informelles(par exemple, l'exposition des médias) et des expériences personnelles uniques.»(Wood 1990). En ce sens, les multiples applications des technologies numériques contribuent à cet égard à favoriser l'extériorisation des connaissances tacites qui émergent d'expériences personnelles d'usages de médicaments auprès des consommateurs-patients.

Les exemples sont nombreux, celui de la « préparation H » nous semble parfaitement illustratif. Il s'agit en effet d'une crème rectale ayant obtenu une AMM en 1995, dont l'information officielle

relative à son usage est « indiquée pour le traitement de la crise hémorroïdaire »⁸³. L'autre information en lien avec ce médicament est que celui-ci serait efficace pour le traitement des cernes et des poches sous l'œil ! D'ailleurs, *Le Parisien* rapporte même que « la préparation H » est le secret anticernes de célèbres actrices (*Le Parisien* 2010).

Même si ce médicament n'est plus commercialisé en France depuis le 31/03/2007, l'information relative à son effet anticernes continue de circuler particulièrement via les technologies numériques. Tel qu'on peut le constater sur le web, une blogeuse suggère d'utiliser des produits de la même classe thérapeutique que la préparation H,(traitements veinotoniques) pour contourner l'interdiction de son usage en France. Tandis que d'autres se partagent des informations de santé en ligne sur les modalités d'achats de ce produit en dehors du circuit de distribution officiel.



Figure 5: Source informelle d'ISL

Source : capture d'écran

<http://www.leparisien.fr/laparisienne/beaute/sandra-bullock-jennifer-garner-la-preparation-h-comme-secret-anti-cernes-21-12-2010-1200903.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr>

⁸³La préparation H ayant obtenu une AMM en 1995, n'est plus commercialisée au sein des officines françaises depuis 31/03/2007.

<http://www.ansm.sante.fr/searchengine/detail/%28cis%29/61993844>

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=61993844>

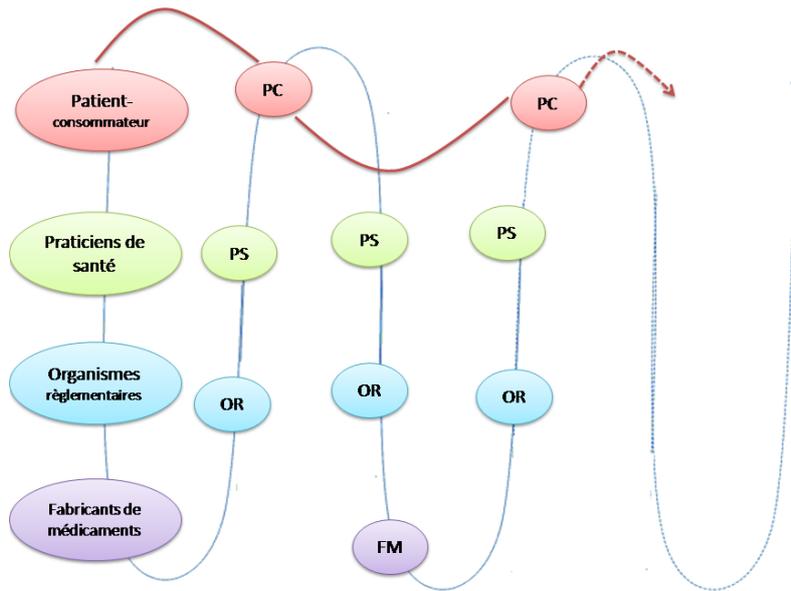


Figure 6: L'information informelle auprès des patients- consommateurs

Cernes et préparation h est ce dangereux et où l'acheter?

Je vais en parapharmacie ce soir pour acheter oneobiot regard mais je voudrais également préparation H vais je le trouver? merci

par : celine113731
posté le 26/05/05 à 13:20

Préparation h
je l'ai trouver sur www.vitapharme.com a 19.90 euros par tube de 57 gr.

chantal18103
posté le 4/01/11 à 02:21

Sit
par : solitude100
sit,je voulais savoir si tu l'avais achete?si oui combien de temps a pris la livraison et surtout a til fonctionné sr tes cernes?

posté le 18/03/11 à 14:18

Préparation h
Cette creme se trouve uniquement aux etats unis. Je l'ai commander sur un site americain www.vitapharme.com Pas dangereux - A utiliser en toute petite quantite sous les yeux avant le coucher

candy181018

Parce que ressembler à un panda c'est so 2011... J'ai décidé de partager avec vous mon petit secret (un peu honteux je l'avoue) mais qui fonctionne plutôt bien contre les cernes et le contact.

Ce n'est pas réellement un secret puisque c'est une astuce que l'on retrouve régulièrement dans les magazines féminins : la crème anti-hémorroïde. Voilà le mot est lâché.

Oui oui j'ai essayé et validé ce détournement de produit.

Son petit nom ? Hirucrème

Car pour ceux qui ne le savent pas la préparation H (vous savez cette fameuse pub avec le tabouret « aie aie aie... ») n'est plus commercialisée donc inutile de vous orienter vers elle. J'ai donc opté pour l'une de ses remplaçantes à savoir la crème anti hémorroïdes Hirucrème. Vendue 3 euros en pharmacie elle est sans anesthésiant et ne m'a déclenché aucun effet secondaire (heureusement). Bien entendu tout réside dans sa façon de l'appliquer car vous pensez bien que l'on évite de mettre n'importe quoi si près des yeux.

Figure 7: Un exemple d'information informelle relative à un médicament sur internet (blog et forum)

http://forum.aufeminin.com/forum/beaute1/_f64032_beaute1-Cernes-et-preparation-h-est-ce-dangereux-et-ou-l-acheter.html

<http://www.tite-asuka.fr/mon-secret-contre-les-cernes-et-les-poches-sous-les-yeux/>

2.3L'interactivité du support des ISL qui modifie les interactions entre acteurs d'ISL :

Si pour Bateson, l'information est la « *difference which makes a difference* » (Bateson 1972, 315), pour d'autres auteurs, il semblerait que c'est la différence d'internet en tant que média comparé aux médias traditionnels qui fait toute la différence des ISL. Les spécificités d'internet en tant que support d'information

avaient déterminé en effet le choix de nombreux auteurs, de procéder à effectuer une comparaison entre les ISL et les informations véhiculées via les médias traditionnels⁸⁴. Par exemple, Eysenbach et al, affirment que “ *ce sont les caractéristiques d'internet qui font que l'information et la communication à travers ce média soient “ spéciales”* ”⁸⁵ ».

La principale caractéristique d'internet réside incontestablement dans son « interactivité ». Celle-ci donne aux utilisateurs du web le contrôle sur le flux d'information. Les consommateurs peuvent en effet décider du temps de la consultation et des informations à rechercher (dans l'ordre souhaité) et ce, en recourant à différentes formes de présentation (vidéo, texte standard, audio.. ; etc.)(Ariely 2000). S'agissant d'ISL, Robinson et al., évoquent des « *informations «sur mesure» aux besoins ou aux caractéristiques des individus ou groupes d'utilisateurs spécifiques* »(Robinson et al. 1998).

Effectivement, le web donne aux patients accès à des milliers de pages d'informations de santé, produites et échangées par différents acteurs (Impicciatore et al. 1997). D'ailleurs, Jadad et Gagliardi en font une caractéristique distinctive des ISL⁸⁶. Ces auteurs affirment que ce qui distingue les ISL des informations de santé relayées par les médias traditionnels réside dans le fait qu'elles sont « produites et échangées par différents groupes de personnes ». Néanmoins, Eysenbach et al, observent que bien avant l'ère des réseaux sociaux et des communautés virtuelles, les patients consommateurs se regroupaient et s'échangeaient des informations de santé d'intérêt commun, par exemple au sein des associations(Gunther Eysenbach et al. 2004). Il en est de même des autres acteurs de la production des informations de santé, qu'il s'agisse de praticiens de santé ou d'institutions publiques (académiques ou non),ou bien de l'industrie pharmaceutique. En effet, l'ensemble de ces acteurs contribuait bien avant l'expansion d'internet à la production et la diffusion des informations de santé. En réalité, Internet occupe une place grandissante dans la transformation des modalités

⁸⁴(Jadad AR et Gagliardi A 1998; Robinson et al. 1998; Robins, Holmes, et Stansbury 2010)(Bakker 2013)

⁸⁵ Traduction libre de “*« Characteristics of internet that make information and communication over this medium “special”*”
(Gunther Eysenbach et al. 1998)

⁸⁶ Jadad AR et Gagliardi A définissent 4 caractéristiques des ISL:

- 1- L'information sur Internet est produite et échangée par différents groupes de personnes : les professionnels de la santé, les consommateurs, les fournisseurs, etc.),
 - 2- elles sont présentées sous de multiples formats(par exemple, texte, vidéo, son).
 - 3- Elles sont modifiées à un rythme rapide et imprévisible.
 - 4- Elles sont liées les unes aux autres dans un réseau très élaboré et complexe de sites Internet. »
- (Jadad AR et Gagliardi A 1998)

d'échanges et de diffusion des connaissances entre l'ensemble d'acteurs. Risk et Dzenowagis, évoquent « un changement radical dans les relations des différents acteurs dans ce domaine ». (Risk et Dzenowagis 2001)

Robinson et al., observent que la mise en réseau, moyennant internet, amplifie l'interaction des patients avec les professionnels de santé, mais aussi entre eux, et ce, en dépit des éventuels obstacles à leur communication (distance, âge, sexe...etc.) (Robinson et al. 1998). Le caractère « international » de l'information de santé est pointé par Eysenbach, Risk et Dzenowagis ainsi que Coiera, d'autant plus que certaines informations sont valides dans un État, et ne le sont pas dans un autre⁸⁷. Dès lors, fournir des informations sur la santé n'est plus du ressort exclusif des instances gouvernementales nationales ni de celui des professionnels de santé (Coiera 1996).

Culver et al., avaient démontré également, dans leur analyse de la qualité des informations médicales sur le web, que les ISL sont produites et échangées dans les groupes de discussions en ligne par des non- professionnels, ce qui sous-entend les patients-consommateurs. Risk et Dzenowagis rapportent « *Les innombrables contributions individuelles des citoyens, les patients et les professionnels de la santé.* » (Risk et Dzenowagis 2001) dans les échanges relatifs au domaine de la santé.

Ces éléments nous permettent de constater que le poids du patient consommateur dans la chaîne de production des informations de santé a changé avec internet. Les individus peuvent en effet participer à la production et la reproduction de la connaissance de façon plus intense. D'une part, le patient consommateur est plus actif aussi bien dans la production (partage d'expériences) (Coulter, Entwistle, et Gilbert 1999) que dans la diffusion des ISL, comme en témoigne l'étendue de l'échange des ISL qui se trouve augmenté (Robinson et al. 1998). D'autre part, il interagit davantage, sans l'intermédiaire des professionnels de santé, aussi bien avec les industriels pharmaceutiques, qu'avec les instances publiques de santé (Wickramasinghe et Gupta 2005, 113).

⁸⁷Evidence-based Patient Choice and Consumer health informatics in the Internet age.

Peer-to-peer healthcare

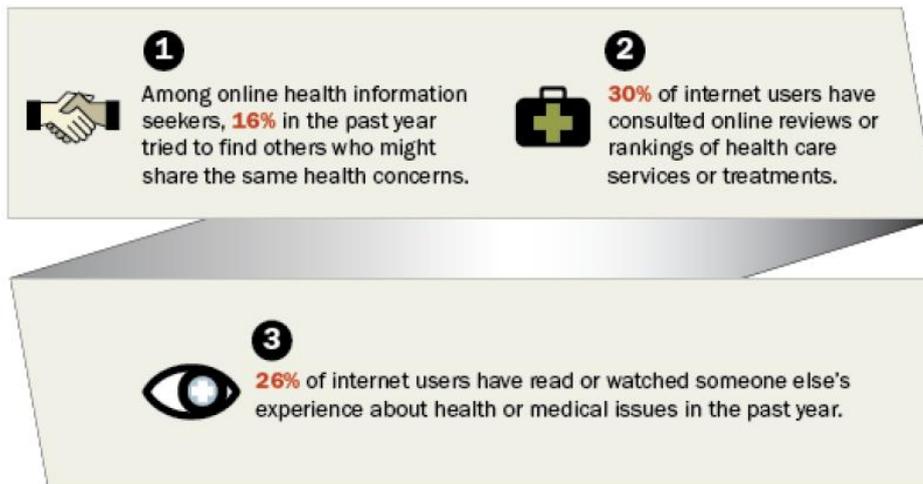


Figure 8: Illustration des échanges d'ISL de « particulier à particulier » aux USA

Source : le rapport *Health Online 2013* par Pew Research Center's Internet & American Life Project :

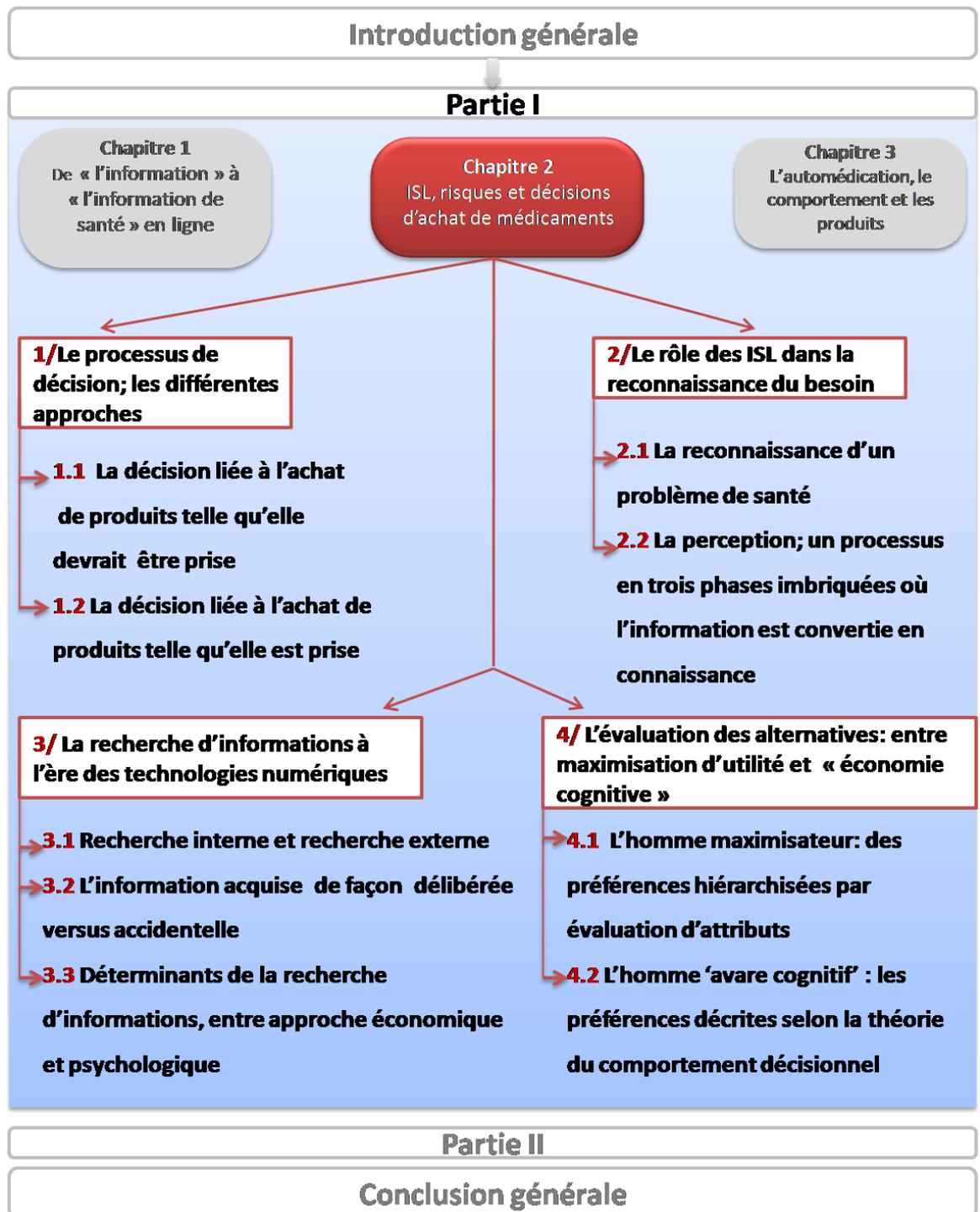
Source: <http://pewinternet.org/Reports/2013/Health-online.aspx>

Nous avons tenté d'apporter une analyse des évolutions qu'ont engendrées les technologies numériques sur les informations de santé en ligne (ISL). Après avoir rappelé les différentes conceptions de la notion de l'information ainsi que les liens qui l'unissent avec des notions proches telles que « les données » et « la connaissance », nous nous sommes penchée sur l'analyse du processus relatif à la production des informations, cette fois-ci, spécifique aux médicaments. Nous avons par ailleurs souligné les principales évolutions survenues sur l'information de santé et engendrées par les technologies numériques, notamment en ce qui concerne l'accroissement du rôle du patient actif tant pour la production que pour la reproduction de connaissances dans le domaine de la santé⁸⁸. Le constat que nous avons dégagé en consultant la littérature s'approche de celui d' Ashman, Solomon, et Wolny, pour qui, le consommateur a accru sa prise en main des informations et du pouvoir, rivalisant ainsi avec les entreprises et d'autres organisations (Ashman, Solomon, et Wolny 2015). Nous rejoignons aussi Tuten et Solomon qui évoquent « une révolution horizontale » dans la mesure où l'information ne circule plus à partir des entreprises ou des gouvernements vers le citoyen consommateur (Tuten et Solomon 2014).

Volontairement ou pas, ce dernier se trouve confronté d'une façon sans précédent, à une quantité considérable d'ISL. L'influence de ces dernières sur les décisions d'achat du consommateur reste à explorer, du moins, en ce qui concerne l'automédication.

⁸⁸ Une des illustrations de la hausse d'influence du consommateur sur la circulation de l'information via les nouvelles technologies des médias, en particulier Internet, est l'attribution du titre de la « *Person of the Year* » du Time Magazine, décerné en 2006 simplement à «YOU»(Han 2012).

Chapitre 2 : ISL, risques et décisions d'achat de médicaments



Encadré 3: Présentation du plan du chapitre II

« Les gens prennent des décisions tout le temps... on ne s'étonnera pas alors que l'étude du thème de la prise de décision soit partagée par de nombreuses disciplines, des mathématiques et des statistiques, par l'économie et la science politique, à la sociologie et la psychologie »(Kahneman et Tversky 2000).

1. Le processus de décision; les différentes approches

Raiffa souligne que la littérature qui se rapporte à l'étude de la prise de décision est généralement divisée en deux courants : la décision «est» versus la décision «devrait»(Raiffa 1994) :

- D'une part, il y a le courant qui étudie la décision telle qu'elle «devrait» : c'est le courant normatif qui s'inspire de l'économie⁸⁹et qui met l'accent sur la rationalité et les calculs logiques qu'opère un individu en vue de prendre une décision.
- D'autre part, le courant descriptif⁹⁰ qui s'appuie essentiellement sur l'apport de la sociologie et de la psychologie cognitive lorsqu'il s'agit d'analyser les choix qu'élabore un acteur. Ce courant tient compte des croyances et des préférences de l'acteur et étudie donc sa décision telle qu'elle est, et non pas telle qu'elle le devrait (Kahneman et Tversky 2000).

⁸⁹ Case et Fair définissent l'économie comme étant « l'étude de la manière dont les individus et les sociétés choisissent d'utiliser les rares ressources que la nature et les générations précédentes leur ont fournies. **Le mot clé de cette définition est choisir**....de façon générale, c'est l'étude de la façon dont les gens font des choix. Les choix que font les gens une fois additionnés, traduisent des choix sociétaux. ». Il est classique de diviser les champs d'étude d'économie en micro et macroéconomie. La macroéconomie s'intéresse à l'étude des grandes unités et des marchés (monnaie, régulation de prix, concurrence...etc.). En revanche, la microéconomie se penche sur l'analyse de l'économie des comportements individuels où l'on trouve la notion de rationalité et d'utilité qui ont largement influencé initialement l'étude du comportement du consommateur.

Traduction libre du texte suivant: " Economics is the study of how individuals and societies choose to use the scarce resources that nature and previous generations have provided. The key word in this definitions is choose....In large measure, it is the study of how people"(Case, Fair, et Oster 2011, 2).

⁹⁰ Thaler évoque un nouveau modèle descriptif de choix en situation d'incertitude qui incorpore la théorie des perspectives(Thaler 1980)

Sur cette base nous allons étudier dans les prochaines sections : dans un premier temps, la décision d'achat telle qu'elle *devrait* être prise ; nous examinerons dans un deuxième temps la décision liée à l'achat de produits telle qu'elle *est* prise.

1.1 La décision liée à l'achat de produits telle qu'elle devrait être prise:

Brée rappelle que l'étude du processus de décision en matière de consommation s'est basée initialement sur l'approche microéconomique (Brée 2012). Selon la théorie de l'utilité espérée développée au cours des années 40 et 50 par les économistes néoclassiques (Neumann et Morgenstern 1944), « *en situation de risque, le comportement du décideur est entièrement déterminé par ses préférences sur les distributions de probabilités concernant les conséquences de ses actions* » (Kast 2002). La théorie économique classique de la décision « *donne donc les moyens aux décideurs, non seulement d'analyser leurs problèmes, mais aussi de pouvoir justifier les solutions proposées: elles sont rationnelles...* » (Kast 2002). L'approche économique offre par conséquent une perspective principalement normative de la prise de décision, et ce, dans la mesure où elle conçoit la décision d'achat comme le résultat de calculs rationnels et conscients (Pham 1996).

Selon Bazerman et Moore, décrire les différentes étapes du processus de prise de décision suivant une approche rationnelle, revient à décrire les étapes suivantes⁹¹ ; (1) les décideurs définissent parfaitement le problème (2) identifient tous les critères (3) pèsent avec précision tous les critères en fonction de leurs préférences (4) ont une parfaite connaissance de toutes les alternatives pertinentes (5) évaluent avec précision chaque alternative en fonction de chaque critère et enfin (6) calculent avec précision pour choisir l'alternative ayant obtenu la valeur perçue la plus élevée (Bazerman et Moore 2008, 2-3). Appliqué dans le contexte de la consommation individuelle des médicaments d'automédication, cela revient à dire que :

⁹¹ Nous tenons à préciser que l'analyse de Bazerman et Moore dans leur livre *judgment in managerial decision making* étudie essentiellement la décision dans le contexte des organisations (chefs d'entreprises, auditeurs, politiciens, vendeurs...etc.) et non celui de la consommation individuelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qu'ils avancent restent valables et peuvent être appliqués dans le cadre de l'analyse de la prise de décision individuelle relative à la consommation de biens.

- Le consommateur connaît parfaitement son problème de santé; constatant une rougeur oculaire qu'il identifie comme une conjonctivite virale, il ne manifeste aucun doute quant à la pertinence de l'autodiagnostic qu' il a fait ;
- Il cherche autant d'informations que possible et les intègre soigneusement avec ce qu'il sait déjà sur les produits (médicaments ou autres) représentant pour lui des pistes d'action possibles pour résoudre le problème de santé identifié. Une recherche optimale suivant l'approche rationnelle se poursuit jusqu'à ce que le coût de la recherche devienne supérieur à la valeur de l'information ajoutée. Le consommateur acquiert et traite l'information jusqu'à ce que le coût marginal (*marginal cost*) de la recherche d'information dépasse le bénéfice marginal (*marginal benefit*) attendu de cette recherche.
- Il pèse ensuite minutieusement les avantages et les inconvénients de chaque solution, ce qui requiert d'une part, la connaissance de l'ensemble de substances présentées comme dotées d'efficacité thérapeutique pour le problème de santé perçu, et d'autre part la connaissance du rapport bénéfice /risque de chaque alternative sur le plan physiologique (efficacité/ effets secondaires) et économique (temps d'acquisition – points de vente- et d'action du médicament, prix des différents médicaments dans les différents points de vente).
 - Le consommateur est en mesure de se projeter dans le futur et prévoir d'éventuels événements. Autrement dit, un décideur rationnel évalue attentivement l'ensemble des conséquences possibles pour chacun des critères de sélection identifiés(prix, efficacité, proximité de point de vente, type de médicament ; sirop, comprimé...etc.), et ce, par rapport à chacune des solutions ou alternatives. Pour une douleur par exemple, il évalue les critères précédemment cités sur chaque médicament antalgique: aspirine, ibuprofène, paracétamol, claradol® prantaligine®...etc.

Ce processus rationnel ne représente pas avec exactitude un bon nombre de nos décisions d'achat(Olshavsky et Granbois 1979). Un consommateur ne passe pas systématiquement par cette séquence complexe à chaque fois qu' il achète un produit.

Or, comme le souligne Thaler, les économistes tracent rarement la frontière entre les modèles normatifs de choix des consommateurs et les modèles descriptifs; « *bien que leurs théories se fondent sur une approche normative (elle décrivent ce que les consommateurs rationnels devraient faire) ... les économistes soutiennent qu'elles servent également comme théorie descriptive (elle prédit ce que les consommateurs font réellement)*⁹² »(Thaler 1980). Selon Tversky et Kahneman, plutôt que décrire les comportements des individus en vrai « *real people* », cette approche est conçue pour décrire un décideur idéal “*idealized decision maker*”(Tversky et Kahneman 1981).

1.2 La décisionnée à l'achat de produits telle qu'elle est prise :

1.2.1 Des limites de l'approche normative :

Raiffa souligne qu'en l'état actuel des connaissances, les chercheurs ont démontré de façon convaincante que, le plus souvent, les gens réels (par opposition à des gens « super-rationnels ») dans des situations réelles, ne se comportent pas selon la façon décrite par la théorie normative⁹³(Raiffa 1994). Stanovich & West soutiennent également que les réponses humaines s'écartent de la performance 'normative' avancée par les différents modèles de prise de décision et de jugement rationnel(Stanovich & West2000).

L'analyse économique s'est avérée en effet trop réductrice voire même inadaptée, pour décrire la majorité des actes courants d'achats réalisés par un consommateur.«*La capacité du cerveau humain quant à la formulation et la résolution des problèmes complexes est très faible relativement à l'étendue des problèmes qui doivent être résolus pour établir un comportement objectivement rationnel dans le monde réel – voire même une approximation raisonnable d'une rationalité objective*-⁹⁴ »(Simon 1957, 198) a conclu Simon qui a été parmi les premiers à faire comprendre aux économistes que les êtres

⁹² Traduction libre du texte suivant : “Although the theory is normatively based (it describes what rational consumers should do)...economists argue that it also serves well as a descriptive theory (it predicts what consumers in fact do).” (Thaler 1980)

⁹³ Traduction libre de: « *real people, in real situations, often do not behave in ways that normative theory say they should behave*”.

⁹⁴ Traduction libre du texte suivant : “*The capacity of the human mind for formulating and solving complex problems is very small compared with the size of the problems whose solution is required for objectively rational behavior in the real world -- or even for a reasonable approximation to such objective rationality.*”(H.A Simon 1957, 198)

humains sont incapables de se comporter comme des individus que l'on pourrait représenter à travers des modèles de choix rationnels standards.

Simon a en effet démontré qu'un acteur décideur ne peut avoir une connaissance exhaustive des choix possibles. De plus, ce dernier dispose de capacités de calcul limitées. D'ailleurs, même si celles-ci sont supposées infinies, il serait coûteux pour un individu de les mobiliser, ne serait ce qu' en termes de temps et d'effort cognitif ! Compte tenu des informations et des capacités dont il dispose, tout acteur opte pour une stratégie de choix qui minimise l'effort cognitif (Newell, Simon, et autres 1972), sa rationalité ne peut donc être que limitée. Simon considère que l'acteur décideur est contraint de se contenter d'une décision satisfaisante, plutôt que d'une décision optimale. Il indique à ce sujet qu'il est " *impossible que le comportement d'un individu seul et isolé atteigne un haut niveau de rationalité. Le nombre d'alternatives qu'il doit explorer est si élevé, l'information dont il aurait besoin pour les évaluer est si vaste qu'il est difficile de concevoir même un rapprochement de la rationalité objective*".(Herbert A. Simon 1983).

Si cette approche néglige les limites liées aux capacités de traitement de l'information chez l'acheteur décideur, dont on sait qu'elles restreignent sa rationalité (Herbert A. Simon 1955; Herbert A. Simon 1986), cette approche ignore également l'impact des facteurs psychologiques et sociologiques sur l'orientation de sa conduite, qui expliquent entre autres la formation des préférences pour le produit et/ou la marque. Pour Antil: « *Is it reasonable to suggest that consumers select products with absolutely no thought process and do not form any preference? This view, I believe, is absurd.*” (Antil 1984).

Selon Thaler par exemple, peu de temps après que la théorie de l'utilité espérée fut formulée par Von Neumann et Morgenstern (1944), nombreuses questions ont été soulevées autour de sa valeur en tant que modèle descriptif, et ce en faisant référence à Allais(Thaler 1980). Effectivement, bien avant Simon, dans un article paru en 1953 ;*Le Comportement de l'Homme Rationnel devant le Risque: Critique des Postulats et Axiomes de l'Ecole Americaine*, Allais signalait que « *l'erreur fondamentale de toute l'école*

américaine⁹⁵, c'est de négliger indirectement et inconsciemment, la dispersion des valeurs psychologiques. Quel que soit le système d'axiomes dont elle part, il y a toujours quelque part un axiome qui repose sur une pseudo-évidence et dont la signification psychologique a été insuffisamment pensée »(Allais 1953).

Enfin, pour Payne, Bettman, et Johnson qui défendent l'hypothèse de la flexibilité des décisions, les décisions ne sont pas faites dans un vide social (*social vacuum*). Ils soutiennent que le comportement décisionnel d'un acteur est contingent ; variant avec les changements dans le contexte (l'environnement de la tâche). Les caractéristiques du contexte social par exemple, peuvent influencer sur la détermination de la stratégie décisionnelle qu'adopte un acteur(Payne, Bettman, et Johnson 1993). La figure suivante illustre les trois grandes catégories de facteurs qui, pour les auteurs, influencent la stratégie utilisée pour résoudre un problème de décision notamment: les caractéristiques du problème de décision, les caractéristiques de la personne et enfin les caractéristiques du contexte social.

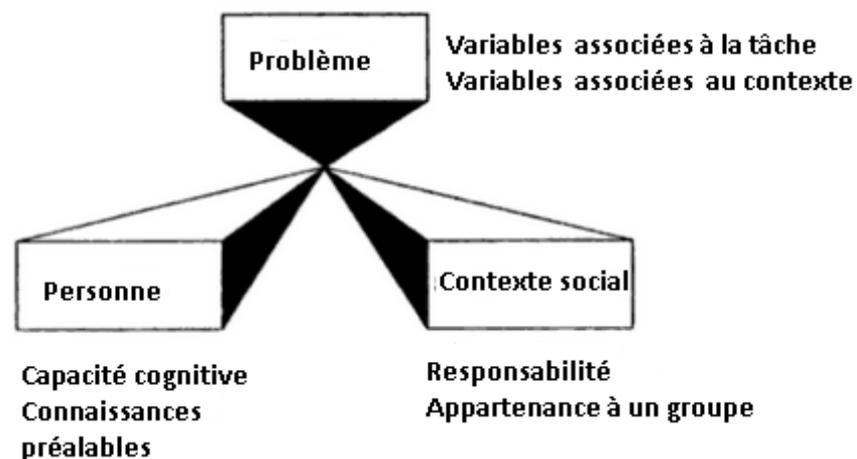


Figure 9: La sélection d'une stratégie décisionnelle contingente

Source : Payne, J. W., Bettman, J. R., & Johnson, E. J. (1993). *The adaptive decision maker*. Cambridge University Press.

Traduction libre : "Cognitive Ability", "Accountability" , "Prior Knowledge", "group Membership" , « task variables » , « context variables »

⁹⁵ Par école américaine, Allais précisait qu'il faisait référence aux travaux de Friedman, Marschak, Neumann-Morgenstern, Samuelson, et Savage.

1.2.2 Apport de la psychologie cognitive :

De nombreuses disciplines se sont greffées sur l'étude de la décision et ont ainsi apporté, des éléments de réponses en ce qui concerne la prise de décision d'achat. Parallèlement, la psychologie cognitive⁹⁶ a connu une croissance rapide à partir des années 1950, influençant à la fois et réciproquement la théorie de l'information, l'intelligence artificielle et la linguistique (Anderson 2014a, 8). Newell et Simon soulignaient par exemple l'intérêt qu'il faut accorder aux structures mentales et aux processus impliqués dans l'attribution de l'attention vis-à-vis d'un stimuli et sa compréhension; *"the new emphasis was not the investigation of problem solving, but rather the exploration of complex processes and the acceptance of the need to be explicit about internal, symbolic mechanisms"*(Newell, Simon, et others 1972, 104:4).

Durant les années soixante et soixante-dix, une nouvelle approche de l'étude de la décision d'achat s'est développée avec *« une volonté appuyée de comprendre et de retracer le cheminement suivi par l'individu en vue d'apporter une solution optimale à ses problèmes »* (Brée 2012). L'approche cognitive⁹⁷ qui étudie le fonctionnement mental et ses résultantes a amplement enrichi l'étude du processus décisionnel d'achat (Ladwein 2003, 28). Engel, Kollat et Blackwell et d'autres théoriciens ont tenté d'identifier et de décrire les grandes étapes qui sous-tendent le processus complexe qu'est le comportement des consommateurs. Désormais, l'achat est le résultat d'un processus de décision, qui a pour objectif de produire une utilité procurée par les attributs de l'objet désiré par un consommateur. La prise de décision par un consommateur est étudiée en tant qu'un ensemble de *« processus cognitifs par lesquels les consommateurs interprètent l'information relative aux produits et intègrent ces connaissances pour faire des choix entre les alternatives »*⁹⁸ (Peter et Olson 2009, 523). La décision d'achat est donc l'aboutissement d'un processus de traitement d'information, qu'Amine définit

⁹⁶ Ladwein souligne : *« ...les recours théoriques nécessaires à l'étude du comportement du consommateur et de l'acheteur sont très diversifiés et oscillent entre l'économie, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie.... Si chacune de ces disciplines a apporté sa contribution dans la compréhension et la définition du comportement du consommateur et de l'acheteur, certaines d'entre elles comme la psychologie ou l'anthropologie occupent aujourd'hui une position dominante »* (Ladwein 1999, 18)

⁹⁷ La cognition ou « activité mentale, comprend l'acquisition, le stockage, la transformation et l'utilisation des connaissances...elle inclut un large éventail de processus mentaux qu'elle met en œuvre chaque fois qu'une information est reçue, stockée, transformée et utilisée »(Matlin 2001, 17)

⁹⁸ Traduction libre: *"the cognitive processes by which consumers interpret product information and integrate that knowledge to make choices among alternatives."*

comme étant « le cheminement psychologique poursuivi par le consommateur à partir de sa prise de conscience de l'existence d'un besoin non assouvi jusqu'à la résolution du problème de choix, l'utilisation du bien et l'évaluation des performances de ce dernier » (Amine 1999, 68). Pour Peter et Olson, le traitement d'informations est un ensemble de « processus cognitifs par lesquels les consommateurs interprètent et intègrent des informations de l'environnement⁹⁹ » (Peter et Olson 2009,

523). Dans l'analyse du processus décisionnel d'achat, les limites des capacités de la mémoire de travail et des capacités de calcul du décideur sont prises en considération (Bettman, Luce, et Payne 1998).

Sous l'influence du paradigme traditionnel S-O-R (Stimulus-Organisme-Réponse), le système de traitement de l'information a été divisé en trois phases. L'information est le premier stade, (première étape), son traitement constitue la seconde étape. Enfin, la troisième étape, en l'occurrence la sortie du système qui correspond à l'achat, avait peu d'intérêt conceptuel selon Chestnut et Jacoby (Chestnut et Jacoby 1978). Le processus de consommation tel qu'il est conçu par Brée présente également le processus de consommation selon trois étapes analogues aux précédentes

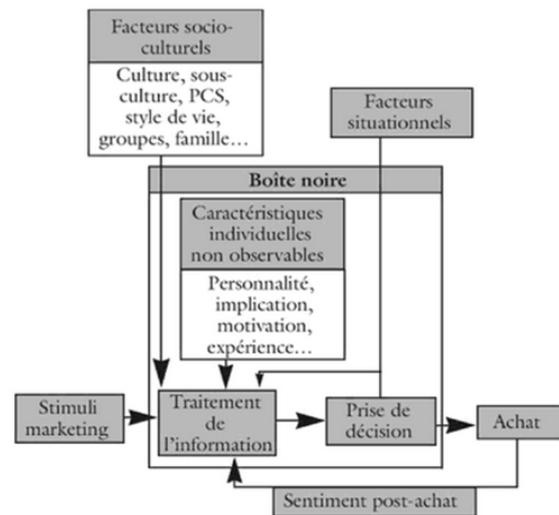


Figure 10: Schéma de base du processus de consommation
 Source : Brée, Joël. *Le comportement du consommateur-3e édition*. Dunod, 2012.

⁹⁹ Traduction libre: "consumer information processing : The cognitive processes by which consumers interpret and integrate information from the environment."

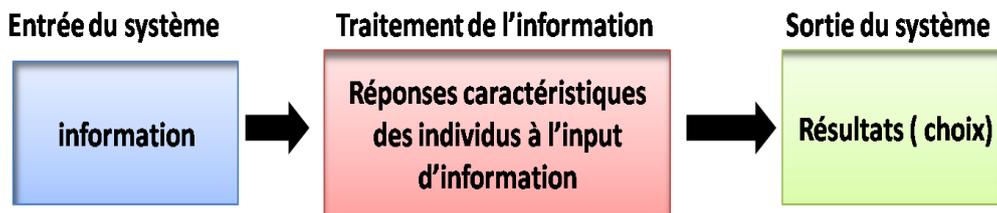


Figure 11: Une première approximation du « CIPS » selon Chestnut et Jacoby

CIPS : Consumer Information Processing system

Source : Chestnut, R. W., & Jacoby, J. (1978). *Consumer information processing: Emerging theory and findings*. Graduate School of Business, Columbia University.

1.2.3 Le modèle EKB :

Engel, Blackwell et Kollat (EKB) développent en 1968 un modèle qui indique le cheminement de l'information entre le moment de l'exposition et le comportement d'achat qui l'a suivi. Le modèle EKB met l'accent sur le traitement de l'information, et désigne les composantes qui expliquent le raisonnement d'un consommateur avant la décision finale d'achat, à savoir: les informations reçues sur les produits, les composantes cognitives mobilisées dans le traitement de ces dernières, les variables qui influencent le processus de décision, et enfin, l'ensemble des caractéristiques individuelles et environnementales formant l'entourage du consommateur¹⁰⁰.



Figure 12: Les étapes du processus de décision tel qu'il est décrit par Engel, Blackwell et Kollat (1968 ; Engel, Blackwell et Miniard, 1990).

Pour qu'une information puisse influencer sur les décisions des consommateurs, elle doit être traitée (captée, interprétée et utilisée) par leurs systèmes cognitifs. Pour

¹⁰⁰ Le modèle est passé par de nombreuses révisions et modifications, avec un dernier modèle proposé en 1990, connu sous le nom Engel, Blackwell et Miniard (EBM). Les auteurs de ce modèle précisent qu'un consommateur ne passe pas par toutes les cinq étapes; cela dépend du type de problème d'achat.

expliquer comment le système cognitif traite l'information, les chercheurs ont développé des modèles de traitement d'informations. Ces modèles identifient une séquence de processus cognitifs qui transforment ou modifient l'information et la transmettent à l'étape suivante, où des opérations supplémentaires ont lieu. Le traitement d'informations selon ce modèle est décrit comme une succession d'étapes : l'exposition à l'information, l'attention, la compréhension, et enfin la mémorisation de celle-ci. La figure suivante illustre un modèle de traitement d'informations sommaire présentant les quatre grandes étapes qui le caractérisent: l'exposition, l'attention, de l'interprétation ainsi que la mémoire.

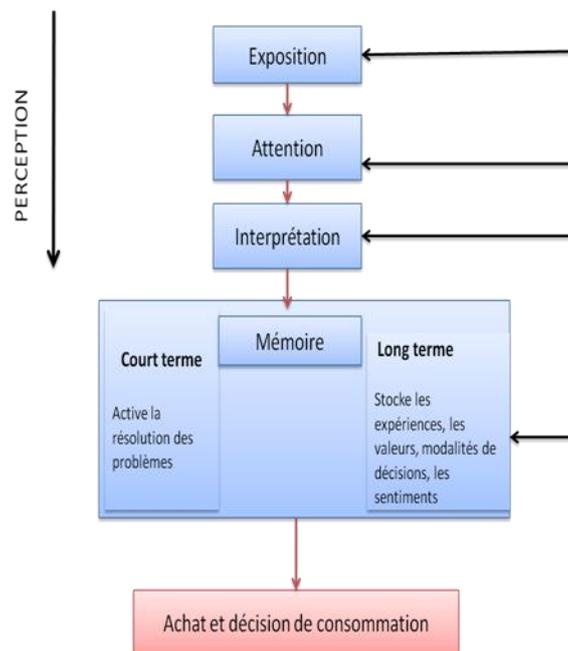


Figure 13: Traitement de l'information lors du processus décisionnel du consommateur (adapté de Consumer Behavior : Building Marketing Strategy(Hawkins, Mothersbaugh, et Best 2015, 274)

Simonson et al. soulignent que l'hypothèse implicite dominant cette période est que le comportement de l'acheteur peut être saisi dans un modèle global¹⁰¹ ou en une

¹⁰¹ Simonson et al. soulignent également queles différents modèles proposés se sont inspirés essentiellement du behaviorisme, ce courant de psychologie qui suggère d'appréhender un acheteur comme un système qui développe des réponses en conséquence des stimulations marketing. Par ailleurs, les facteurs influençant les consommateurs sont tellement multiples et variés que de nombreuses modélisations du comportement du consommateur sont apparues, faisant l'objet d'un grand nombre de travaux. Les travaux de recherche se sont détournés de l'objectif d'une évaluation empirique de ces

«grande théorie »(Simonson et al. 2001). Par ailleurs, l'importance accordée à ces modèles globaux de comportement de l'acheteur a considérablement diminué au cours des années 1980, ce qui semble être une progression naturelle pour le domaine selon le même auteur. Le comportement des consommateurs est un comportement humain, il est par conséquent trop complexe pour être saisi de façon significative à travers un seul modèle¹⁰².

Le modèle EKB décompose le processus de décision d'achat en 5 étapes qui ont fait l'objet, souligne Filser, d'un large consensus dans la littérature(Filser 1994, 221). Il s'agit en l'occurrence de: ①la reconnaissance du problème de consommation, ②recherche d'informations, ③évaluation des possibilités, ④achat et ⑤évaluation du résultat d'achat. Les trois premières étapes, préalables à l'acte d'achat, sont désignées par Filser comme les phases cognitives relatives à la prise de décision. Elles feront l'objet de la présente recherche et nous y revenons dans les prochaines sections. Cet auteur, entend pour rappel, par comportement de consommateur: « *le processus par lequel l'individu élabore une réponse à un besoin, ce processus combinera des phases essentiellement cognitives (la prise de décision) et des phases d'action (l'achat et la consommation proprement dite)* »(Filser 1996).

Rappelons que le modèle EKB n'a jamais fait l'objet d'une validation intégrale expérimentale. La seule prise en compte de l'ensemble des influences des facteurs de l'environnement sur les différentes étapes du processus de décision, est empiriquement irréalisable. En revanche, la décomposition du processus d'achat telle qu'elle figure dans le modèle EKB ainsi que les relations entre les étapes des processus identifiées par ce modèle, ont servi de base à un grand nombre d'études consacrées à l'explication du comportement d'achat d'un consommateur(Filser 1996). La prise de décision selon Brée par exemple, peut être scindée en cinq étapes majeures :

modèles, au détriment du développement de théories intermédiaires qui expliquent chaque étape ou chaque processus dans le comportement de l'acheteur.

¹⁰² Simonson et al. soulignent « ..Après tout, la psychologie du consommateur fait appel à la psychologie humaine, qui ne peut être véritablement appréhendée dans un seul modèle. Bien que les modèles dit 'intégrateurs' de comportement de l'acheteur aient servi à certains égards, à la définition du champ, ils ne peuvent pas être efficacement testés, d'autant plus que l'importance de leur apport est encore sujette à débat »(Simonson et al. 2001)

- 1) La reconnaissance d'un problème: le sentiment d'un écart important entre un état actuel et un état souhaité ;
- 2) La recherche d'information: le désir de résoudre ce problème débouche d'abord sur une analyse des informations stockées en mémoire, qui est complétée si besoin par une recherche externe active ;
- 3) L'évaluation des alternatives en concurrence: se fait ensuite en confrontant les éléments disponibles avec les critères personnels que l'acheteur s'est fixés ;
- 4) Le choix de l'une de ces alternatives: constitue la conséquence logique de l'étape précédente. Néanmoins, des facteurs situationnels concernant le point de vente (disponibilité, prix, amabilité du vendeur...) peuvent agir à ce niveau en amenant même une reconsidération du processus évaluatif ;
- 5) L'analyse post-achat, enfin, vise à apprécier l'adéquation de la solution retenue au problème initial (Brée 2012).

Nous tenons tout de même à préciser que de nombreuses contributions émanant de chercheurs en psychologie cognitive ont été intégrées progressivement dans l'étude du processus décisionnel. Après un bref rappel des principaux apports du courant BDT (behavioral decision theory), nous proposerons d'en discuter les implications pour la décision prise par un consommateur sur l'achat de médicaments , et ce, au fur et mesure que nous évoquerons les étapes préalables à l'achat décrites suivant le modèle EKB ;

Influencés par les travaux de Simon, à leur tour, Tversky et Kahneman ont démontré les limites de la théorie économique de la décision. En effet, les nombreuses expériences qu'ils avaient réalisées ont apporté une preuve empirique que les choix n'obéissent pas aux critères de l'utilité espérée. C'est ainsi qu'à la jonction des deux courants, descriptif et normatif, Tversky et Kahneman ont fortement contribué à développer une troisième approche, celle de la théorie du comportement décisionnel(Tversky et Kahneman 1974; Tversky et Kahneman 1981; Kahneman, Slovic, et Tversky 1982). Leur théorie propose d'identifier les écarts (ou biais décisionnels) constatés entre les décisions réelles observées par la psychologie cognitive et les

comportements rationnels décrits par les normes prescrites d'après la théorie économique classique, et d'en expliquer la raison.

Les travaux de Tversky et Kahneman ont démontré que des biais cognitifs affectent le processus décisionnel de toute personne confrontée à une situation d'incertitude. L'expérience de Levin et Gaeth est une illustration des biais décisionnels qui accompagnent l'acte d'achat. Ils avaient demandé en effet à des consommateurs, s'ils préféreraient du bœuf « 75% maigre » ou bien du bœuf « 25% gras ». Ces derniers exprimaient une forte préférence pour le bœuf « 75% maigre ». Pourtant, selon la théorie économique, il ne devrait pas y avoir de différence de préférence entre les deux alternatives (Levin et Gaeth 1988) !

2. Le rôle des ISL dans la reconnaissance du besoin :

2.1 La reconnaissance d'un problème de santé

L'activation du processus décisionnel d'achat résulte de l'éveil d'un besoin que Filser définit comme « *la **perception** par l'individu d'un décalage entre un état souhaité et un état ressenti* »(Filser 1994, 221) ». Dans la présente étude, cela correspond à la phase au cours de laquelle l'individu *perçoit* un problème en rapport avec sa santé. La représentation du problème de santé résulte de l'intégration des connaissances activées à partir de la mémoire aux informations de l'environnement externe. Quatre points sont à préciser :

- Dans le cas des pathologies, les états émotionnels suscités par un problème de santé perçu (peur, confusion, inquiétude...etc.) constituent des informations qui peuvent influencer les décisions des malades (Gorn, Pham, et Sin 2001). De nombreuses réactions affectives se développent durant l'enfance à travers les expériences de socialisation. Cet apprentissage explique la variation des réponses affectives des consommateurs-patients vis-à-vis d'un stimuli (symptômes de maladie)selon les différentes cultures, subcultures, ou autres groupes sociaux. Ainsi, les systèmes

affectifs des personnes sont susceptibles de réagir de manières assez différentes à un même stimulus¹⁰³.

- Le décalage que l'on peut qualifier de déséquilibre, peut être d'ordre *physiologique* telle que la douleur abdominale, *psychologique* tel que le stress, l'insomnie...etc., ou bien *psychosociologique* dans la mesure où un individu cherche à renvoyer une image de soi qui s'accorde (se conforme) avec les normes sociales: aspect des phanères(ongles, peau, cheveux). L'individu identifie une situation qui ne le satisfait pas, à partir du moment où ce décalage dépasse un certain seuil qui caractérise l'écart entre la situation perçue comme étant idéale et la situation actuelle. Le rôle de la dimension psychologique est moins apparent lorsqu'on évoque la douleur. Or, les physiologistes¹⁰⁴ eux-mêmes reconnaissent la part de subjectivité dans l'évaluation de cette dernière. C'est du moins ce qu'on peut lire dans la définition que l'on lui attribue : « *sensation désagréable, **expérience émotionnelle**, associées à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou bien **décrite en termes d'un tel dommage**»(Barrett et al. 2015, 168).*
- La notion de problème de santé dans la présente étude renvoie au décalage entre un état de santé actuel et un état de santé souhaité du point de vue du patient¹⁰⁵. Il s'agit d'une représentation que se fait un individu d'un problème. Selon Coupey, un

¹⁰³ Par exemple, l'anthropologue Sylvie Fainzang affirme que « *l'automédication avait une image différente selon l'origine culturelle et religieuse des individus. Sur ce point, on observait une tendance plus forte à pratiquer et surtout à valoriser l'automédication dans certains groupes, et au contraire à s'en défendre et à la réprouver dans d'autres, tant le refus ou le choix de la pratiquer est une attitude socialement et culturellement conditionnée. On remarquait ainsi que, conformément aux valeurs diffusées dans leur milieu familial, l'automédication avait un statut différent selon les caractéristiques sociales et culturelles des individus..* »

Voir : Fainzang, S. (2015). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Presses universitaires de France.

¹⁰⁴ " Dans le « Guide pratique du traitement des douleurs » par exemple, Binoche et Martineau rappellent les nombreuses échelles validées pour évaluer l'intensité de la douleur qu'ils qualifient d « *élément subjectif par excellence* ». Ainsi, les échelles dites psychoaffectives sont utiles afin « *d'estimer et suivre le niveau d'anxiété et de dépression dont on connaît les interférences avec la perception douloureuse* »(Binoche et Martineau 2005).

¹⁰⁵ Nous nous situons en effet, du côté du « malade » - et non du côté du professionnel de santé qui repère et interprète des informations lui indiquant d'éventuels symptômes d'un problème. Il faut rappeler que ce qui relève de la pathologie d'un point de vue d'un individu peut être considéré comme physiologique et donc « normal » aux yeux d'un professionnel de santé. Par exemple, un consommateur peut considérer la hausse de la température corporelle de son enfant suite à une vaccination, comme étant pathologique. Cependant, pour un professionnel de santé, il s'agit d'un processus physiologique lié aux réactions de défense de l'organisme.

consommateur peut développer des représentations de problèmes par la structuration ou la restructuration de l'information disponible(Coupey 1994).

Les éléments cités précédemment nous conduisent à nous interroger sur le rôle du processus perceptuel des ISL dans la détermination et la reconnaissance de problème de santé et donc l'activation du besoin de le résoudre. Mechanic qui a étudié le syndrome des étudiants en médecine (SEM)¹⁰⁶, a démontré que l'exposition à des informations de santé, fournit aux individus un nouveau cadre de référence pour identifier et donner un sens à des symptômes qui auparavant auraient été négligés (Mechanic 1972). Il a constaté que l'acquisition de nouveaux enseignements médicaux conduit les étudiants en médecine à accorder plus d'attention aux phénomènes qui s'opèrent au niveau de leurs corps(Mechanic 1972). En outre, comme il existe une similarité entre les symptômes de pathologies « graves » et d'autres pathologies plus courantes, l'étudiant en médecine interprète ses symptômes à la lumière des nouvelles connaissances acquises lors du cursus sur les pathologies « graves » ; Il peut associer un mal de tête à une fatigue ou à une tumeur cérébrale !

Effectivement, la compréhension du mécanisme de la perception devient fondamentale. C'est par ce biais qu'un individu appréhende et construit des significations aux informations dans son environnement (ISL ou signaux corporels indicateurs de symptômes) qui d'une part, interviennent à la reconnaissance du besoin, et d'autre part, peuvent lui servir de socle en vue d'évaluer les alternatives thérapeutiques.

¹⁰⁶ Il arrive que les étudiants en médecine, en particulier lors des premières années d'études universitaires, s'auto-diagnostiquent des maladies au fur et à mesure que leurs enseignants les abordent pendant leur cursus. Ce phénomène appelé syndrome des étudiants de médecine est assez fréquent, touchant 70% des étudiants(Mechanic 1972).

Ce syndrome est également connu auprès d'étudiants en psychologie, témoigne le professeur Margaret W. Matlin qui utilise la même expression : « *il arrive fréquemment que des étudiants qui suivent un cours de psychologie pathologique soient atteints du « syndrome de étudiants en médecine »- la plupart des troubles psychologiques semblant soudain les concerner directement ! le professeur décrit la manière dont une personne déprimée exprime son pessimisme face à l'avenir et d'un seul coup, des dizaines d'étudiants se demandent si leur propre pessimisme signifie qu'ils sont, eux aussi, cliniquement déprimés* »(Matlin 2001, 120)

2.2 La perception ; un processus en trois phases imbriquées où l'information est convertie en connaissance

Selon Alavi et Leidner , ce qui distingue l'information et la connaissance, c'est le support. Ce qui sert de support pour la connaissance, c'est assurément le cerveau humain, mais une fois que celle-ci est articulée et présentée sous forme de textes, graphiques, mots ou autres symboles, elle est convertie en information (Alavi et Leidner 2001, 10). De leur côté, Engel, Blackwell, et Miniard définissent la connaissance comme étant « *the information stored within memory* » (Engel, Blackwell, et Miniard 1990, 281). Enfin, pour Brucks, « *The content of knowledge refers to the subject matter of information stored in memory* » (Brucks 1986). Or, le consommateur est exposé à un nombre indéterminé d'informations, il ne peut accorder une attention et donc attribuer un sens qu'à une quantité limitée de ces dernières. C'est ainsi que le processus perceptuel présenté comme une succession de trois étapes ; l'exposition, l'attention et l'interprétation, constitue la passerelle entre l'information et la connaissance.

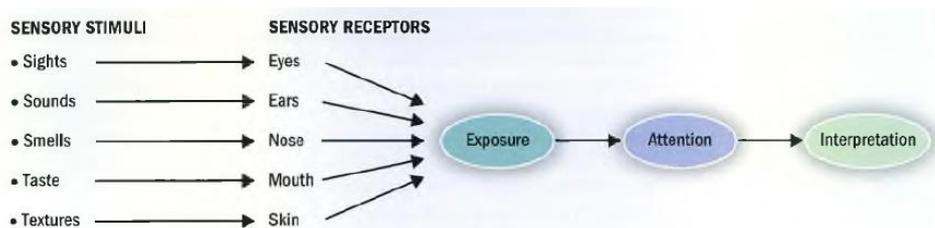


Figure 14: Le processus perceptuel d'après Soloman (Solomon 2014, 71)

À cet égard, Kotler propose une définition qui reste jusqu'à nos jours largement répondue dans la littérature¹⁰⁷. Elle stipule que la perception est un « *processus par lequel un individu sélectionne, organise et interprète les informations lui permettant de créer une image significative du monde* » (Kotler 2000, 94). Dès lors, le contenu des connaissances que le consommateur mobilise lors de son processus décisionnel, est un miroir des informations qu'il a déjà aperçues et mémorisées sur les marques et les

¹⁰⁷ Kotler souligne qu'il s'est basé sur la définition de Berelson et Steiner parue dans leur livre : *Human Behavior: An Inventory of Scientific Findings*. Il s'agit en fait de la définition suivante: "*the more complex process by which people, select, organize, and interpret sensory stimulation into a meaningful and coherent picture of the world*" (Berelson et Steiner 1964, 88)

entreprises, sur les catégories de produits, ou les modalités d'usages des produits. Nous examinons dans ce qui suit chacune des étapes décrivant le processus perceptuel, à savoir : l'exposition, l'attention et enfin l'interprétation.

Registre sensoriel	Exemples d'informations détectées
Visuel	Formes simples, profondeur, couleurs, textures
Auditif	Intensité, fréquence, tonalité
Tactile	Pression, dureté, rugosité
Gutatif	Sucré, salé, acide
Olfactif	Odeur primaires : brûlé, camphré, musqué florale

Table 1: : les registres sensoriels selon Ladwein (Ladwein 2003, 129)

2.2.1 Exposition :

2.2.1.1 La réception sensorielle à l'origine du processus perceptuel : Qu'est-ce qu'un stimulus ?

La sensation tout d'abord..

Le processus perceptuel est déclenché lorsqu'un récepteur (capteur) sensoriel détecte un stimulus. Il ya donc d'abord une sensation qui pour Berelson et Steiner, se réfère à « *l'appréhension immédiate et directe de simples stimuli-la réponse des organes de sens vis-à-vis de la lumière, du son, de la pression... etc. - ou le résultat d'expériences de ce processus, par exemple, nous ressentons ou avons des sensations de chaleur, luminosité, couleurs, forme ,volume, ..etc.* »¹⁰⁸.

Les organes sensoriels qui jouent un rôle dans la transmission d'informations sont les « 5 sens ». Explicitement, Solomon considère la sensation comme « *la réponse immédiate de nos récepteurs sensoriels(yeux, oreilles, nez, la bouche, les doigts, la peau) à*

¹⁰⁸ Traduction libre de: "sensation: the immediate and direct apprehension of simple stimuli- the response of the sens organs to light, sound, pressure, and the like- or the experienced result of that process. So, for exemple, we sense or have sensations of colors, brightness, shape, loudness, pitch, and so one"(Berelson et Steiner 1964, 88)

des stimuli de base tels que la lumière, la couleur, le son, l'odeur et la texture »(Solomon 2014, 70).

Vraisemblablement cette définition sous-entend les stimuli marketing tels que les informations sur les produits ou les marques. Il s'agit par exemple, de la vision pour la détection d'informations au niveau des emballages, affichages publicitaires, ou de l'odorat lorsque il s'agit d'aliments, parfums (Ladwein 2003, 129).

De façon plus précise, Kardes et al, définissent la sensation comme « *une première et immédiate réponse du corps à un stimulus* »(Kardes, Cronley, et Cline 2010, 64). Celle-ci implique la collecte de données provenant des organes de sens mais aussi d'autres structures rattachées au système nerveux pour les envoyer vers le cerveau qui se charge du traitement et de l'interprétation de ces données. Cependant, ils admettent que, même s'ils considèrent la perception comme « *un processus de réception, de sélection et d'interprétation des stimuli environnementaux impliquant les cinq sens* »(Kardes, Cronley, et Cline 2010, 63) - en l'occurrence: la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher- d'autres récepteurs sensoriels sont impliqués dans la transmission des sensations et donc dans l'activation du processus perceptuel.

Si la douleur constitue l'un des principaux motifs de consultation médicale (et de consommation de médicaments en France¹⁰⁹), elle est aussi susceptible d'activer d'autres récepteurs sensoriels et ne peut, par conséquent, être appréhendée uniquement par les seuls 5 sens (une douleur abdominale par exemple) auxquels font référence la majorité des travaux traitant du processus perceptuel(Barrett et al. 2015)

Le célèbre physiologiste d'Harvard William Ganong, s'est d'ailleurs lui aussi montré intrigué par cette question: « *l'école primaire nous apprend qu' il ya « 5 sens », mais il suffit de dresser la liste des principales modalités sensorielles et de leur récepteurs chez l'humain pour se rendre compte que cela est inexact* »(Ganong 2005, 113).Les

¹⁰⁹Les produits contenant les substances antalgiques (anti-douleur) en vente libre se trouvent dans la liste des trente médicaments les plus vendus en France. Il s'agit des substances suivantes : paracétamol, ibuprofène, codéine en association, diclofénac. Voir le rapport publié par l'ANSM en juin 2014 : « Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 »

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf

physiologistes Barrett et al avancent que l'idée qui repose sur les « 5 sens » ne prend en considération que les récepteurs sensoriels qui renseignent le système nerveux central sur les milieux externes : odeur, lumière , degré de chaleur, toucher- pression...etc. Elle écarte ainsi les autres récepteurs dont les informations concernent cette fois-ci les milieux internes : teneur en oxygène dans le sang, pression artérielle, niveau d'acidité – PH- du liquide céphalo-rachidien...etc.)(Barrett et al. 2015, 159).

...Mais à partir d'un certain seuil !

Nos organes des sens sont exposés à de nombreuses stimulations activant de nombreux récepteurs sensoriels au même instant. Toutefois, « *même si le système sensoriel a la capacité de réagir à un stimulus, un stimulus trop faible peut ne pas être perçu* »(Westen 2000, 164). Il existe en effet un seuil absolu ou un seuil de détection, en dessous duquel un stimulus ne peut être perçu. Il 'agit d'une grandeur qui mesure : « *le niveau minimum de stimulation requis pour sentir un stimulus* »(Westen 2000, 166). Parmi les seuils absolus estimés chez l'homme, on peut citer par exemple concernant l'ouïe ; la goutte de parfum déposée dans une maison de 6 pièces, ou bien encore cette fois-ci, concernant le goût, la cuillère à café de sucre diluée dans 10 litres d'eau.

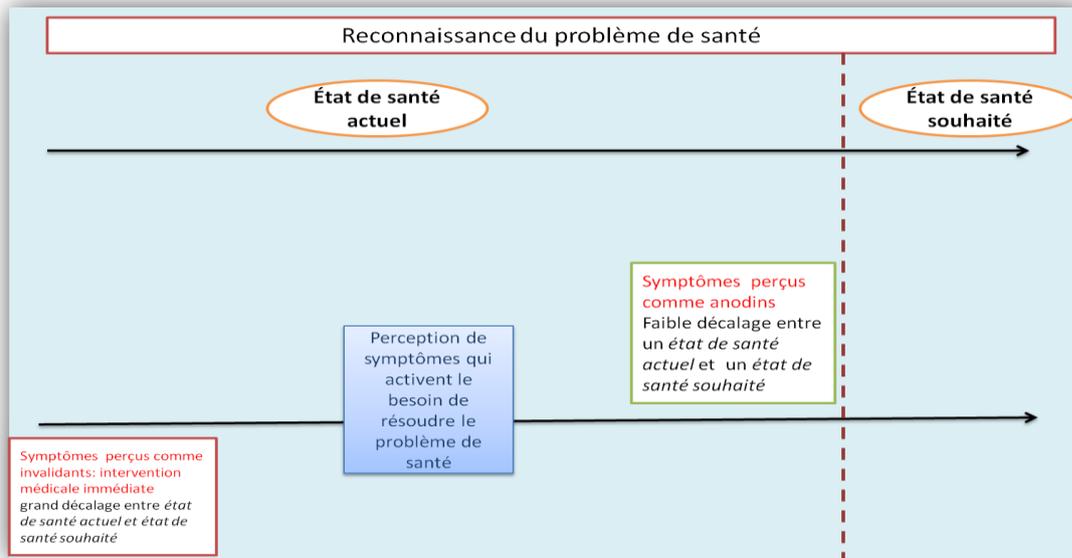
Par ailleurs, un autre seuil sensoriel, le seuil différentiel permet de comprendre la capacité d'un individu de déceler les changements dans les niveaux relatifs des stimuli. Il s'agit du « *niveau minimum de stimulation requis pour percevoir qu'il y a eu un changement de stimulation* »(Westen 2000, 166), ou selon la définition proposée par Kardes et al ;« *l'importance du changement supplémentaire requise pour qu'une personne puisse détecter une différence entre deux stimuli similaires* »(Kardes, Cronley, et Cline 2010, 67). Selon la loi Weber¹¹⁰, plus le stimulus initial est important, plus l'intensité supplémentaire requise pour le second stimulus doit être forte ; et ce, afin que le stimulus puisse être remarqué ou être perçu comme différent par rapport au stimulus d'origine.

La perception d'informations (environnement interne – symptômes- ou externe – ISL-) n'est donc pas une condition suffisante pour activer le besoin de résoudre le problème identifié. Il s'avère que certains symptômes sont si douloureux, voire même

¹¹⁰En référence aupsycho physiologisteErnst HeinrichWeber (1795–1878).

invalidants, qu'ils conduisent nécessairement à une intervention médicale sans que l'individu s'étale dans des interrogations (fracture du *tibia par exemple*) , tandis que d'autres semblent insuffisants pour activer le besoin de résoudre le problème constaté. Nous proposons de représenter l'activation du besoin de résoudre un problème de santé perçu comme suit :

Figure 15: L'activation du besoin de résoudre un problème de santé perçu



Exposition: aléatoire et intentionnelle :

Pour qu'un stimulus puisse affecter les consommateurs, ces derniers doivent y être exposés. L'exposition décrit la phase au cours de laquelle un stimulus est placé dans l'environnement d'une personne, autrement dit, à la portée de ses récepteurs sensoriels (Hawkins, Mothersbaugh, et Best 2015, 275). Elle se réfère par conséquent au processus par lequel le consommateur entre en contact physique avec un stimulus (Hoyer et MacInnis 2008, 70). Pour Hoyer et MacInnis, l'exposition aux stimuli est sélective du fait qu'elle est contrôlée par l'individu lui-même. En d'autres termes, les consommateurs peuvent activement chercher à s'exposer à certains stimuli et à éviter d'autres (Hoyer et MacInnis 2008, 72). Hawkins et al, définissent deux modalités d'exposition : l'exposition intentionnelle et l'exposition aléatoire

L'exposition intentionnelle :

Elle est déterminée par l'individu lui-même dans la mesure où celui-ci cherche délibérément à être exposé à certains stimuli et à en éviter d'autres. L'exposition est volontaire dans la mesure où les consommateurs cherchent activement des informations susceptibles de les aider à atteindre leurs objectifs en allant par exemple sur le site internet d'un fabricant pour diverses raisons, telles le divertissement et l'information.

L'exposition aléatoire :

Il existe de nombreux stimuli auxquels les gens sont exposés de façon aléatoire au cours de leurs activités quotidiennes ; l'attention dans ce cas va être sélective. (Hawkins, Mothersbaugh, et Best 2015, 275). Hawkins, Mothersbaugh, et Best donnent un exemple simple, celui des publicités auxquelles sont exposés les consommateurs. L'exposition donne aux consommateurs la possibilité de prêter attention aux informations disponibles, mais en aucun cas ne garantit que le consommateur y prêter attention. Nous ne remarquons en effet, qu'un très petit nombre de stimuli dans notre environnement. Le degré d'activité mentale que consacre un consommateur à un stimulus est décrit par la seconde phase du processus perceptuel, l'attention.

2.2.2 Attention :

Elle est sélective, ...

L'homme est exposé à un nombre potentiellement écrasant de stimuli. L'abondance d'informations est d'autant plus importante que la codification de connaissance s'est accélérée avec la progression de l'usage de technologie numérique. En raison des limites de ses capacités cognitives, ou de ses capacités à prêter attention à l'information à laquelle il est exposé, l'homme a tendance à « *select inputs, or filter information* » (Kahneman 1973, 112). L'attention signifie qu'un individu privilégie d'affecter un effort mental¹¹¹ au traitement d'un ou plusieurs stimulus auxquels il est exposé au détriment d'autres (Kahneman 1973, 135). Des stimulus (données ou informations) auxquels est exposé un individu, l'attention permet donc de limiter ceux qui vont être traités.

¹¹¹L'activité mentale renvoie aux activités des centres nerveux.

L'attention est fondamentalement très sélective: « *the organism selectively attends to some stimuli, or aspects of stimulation, in preference to others* » (Kahneman 1973, 2-3). L'environnement informationnel est encombré par des milliers de stimuli auxquels les consommateurs ne peuvent pas prêter attention à un même instant. Pour composer avec cet état de surcharge sensorielle, l'individu cherche à avoir le contrôle de ce sur quoi il veut se concentrer à tout moment: « *the organism appears to control the choice of stimuli that will be allowed, in turn, to control its behavior* » (Kahneman 1973, 2-3).

...volontaire ou involontaire :

Selon Kahneman, l'attention peut être volontaire ou involontaire. Elle est en premier lieu involontaire lorsqu'elle est provoquée par les propriétés du stimulus : surprenant, nouveau, inattendu, potentiellement menaçant...etc. C'est le cas par exemple de certains symptômes : une tache pigmentaire aux contours irréguliers qui apparaît soudainement au centre de l'abdomen. C'est le cas également de certaines informations de santé, telles que la remise en cause de l'efficacité d'un traitement en cours, de « nouveaux » éléments concernant les effets secondaires à long terme d'un médicament pris dans le passé, des modifications relatives au prix d'un médicament consommé de façon régulière.

En second lieu, l'attention peut être volontaire: un sujet peut s'orienter vers un stimuli parce que celui-ci est pertinent pour la tâche qu'il a choisi d'effectuer (information perçue comme pertinente pour la réalisation des objectifs actuels) et non par rapport au degré d'éveil (*arousing quality*) qu'il susciterait ; l'attention dans ce cas est volontaire (Kahneman 1973, 2-3, 42). C'est le cas d'un consommateur qui engage ses ressources mentales en vue d'obtenir des informations relatives aux attributs d'un médicament (efficacité, prix, marques...etc.).

Les consommateurs ne prêtent attention qu'à certaines informations relatives aux produits auxquels ils sont exposés. L'attention est variable en fonction du stimulus lui-même (design de la page web, caractère physique du stimulus : couleur, taille...etc.), mais également de facteurs situationnels (les contraintes de temps, l'ambiance dans le magasin...etc.) ou individuel (motivation liée à l'intérêt et aux besoins des consommateurs, capacité de traiter l'information elle-même reliée à la connaissance et à

la familiarité avec le produit). Dès lors, un même individu peut avoir des niveaux variables d'attention à un même stimulus dans différentes situations.

2.2.3 Interprétation :

La dernière étape dans le processus de perception consiste à attribuer un sens aux données sensorielles avec lesquelles l'individu est en contact (symptômes ou ISL). L'interprétation (ou compréhension) implique des interactions entre les connaissances stockées dans la mémoire et l'information de l'environnement externe afin de donner du sens au stimulus et créer donc de nouvelles connaissances (des significations ou croyances au sujet d'un produit par exemple). Une nouvelle information est interprétée en fonction des connaissances antérieures activées à partir de la mémoire individuelle de l'un ou l'autre, ce qui donne un sens subjectif à un stimulus. En effet, lorsqu'un individu accorde une attention à des stimuli environnementaux spécifiques, des connaissances sont activées à partir de sa mémoire à long terme. Ces dernières fournissent un cadre mental qui détermine le traitement de la nouvelle information et donc la compréhension de celle-ci (Peter et Olson 2009).

Solomon décrit l'interprétation comme étant un processus relatif plutôt qu'absolu. Il rappelle qu'il est souvent difficile pour les hommes de faire des interprétations en l'absence d'un point de référence. L'individu interprète ainsi le sens d'un stimulus d'une manière compatible avec ses propres préjugés (connaissances), ses besoins et ses expériences (Solomon 2014, 70). Pour Kardes, Cronley, et Cline, l'homme interprète toute nouvelle information en la rapportant à ses connaissances déjà stockées dans la mémoire. Ces auteurs rejoignent Solomon en affirmant que « *les nouveaux stimuli environnementaux sont catégorisés, interprétés et influencés par les connaissances auparavant acquises* » (Kardes, Cronley, et Cline 2010, 65)

Par ailleurs, l'interprétation tend à être subjective et ouverte à une multitude de biais psychologiques. La nature subjective de l'interprétation se perçoit à travers la distinction entre: le sens sémantique attribué à un mot tel qu'on le trouve dans le dictionnaire, et la signification psychologique qui est la signification spécifique attribuée

à un mot par un individu sur la base de ses expériences, de ses attentes, et du contexte dans lequel le terme est utilisé (Hawkins, Mothersbaugh, et Best 2015, 289).

Cela semble être compatible avec le constat des physiologistes et des sociologues qui s'accordent sur le fait que la sensation de la douleur (interprétation des données = symptômes) et donc la reconnaissance d'un même problème de santé varie d'un individu à un autre (Diefenbach et Leventhal 1996; Leventhal, Diefenbach, et Leventhal 1992). Sur ce point, Mechanic dresse un ensemble de facteurs pouvant expliquer les variations constatées dans l'interprétation de « la maladie ». Parmi lesquels, on peut citer:

- La visibilité, le caractère reconnaissable, ou globalement la perception des signes et des symptômes anormaux;
- La perception de la gravité des symptômes, qui traduit l'estimation personnelle des dangers probables dans le présent et dans le futur;
- Le degré de perturbation que causent les symptômes pour la famille, le travail et d'autres activités sociales;
- La fréquence d'apparition des symptômes, ou leur persistance dans le temps ;
- Le seuil de tolérance aux symptômes des personnes exposées;
- Les informations disponibles, les connaissances et les préjugés culturels de la personne concernée;
- La disponibilité de moyens de traitement ainsi que les coûts psychologiques et monétaires que ceux-là impliquent. Cela inclut les contraintes en termes de temps et d'efforts, mais aussi le sentiment de stigmatisation ou d'humiliation résultant de certaines pathologies (Mechanic 1978)

3. La recherche d'informations à l'ère des technologies numériques

La reconnaissance d'un problème peut constituer un élément moteur activant le processus de décision, et ce, afin de trouver les réponses adaptées à ce même besoin. Le processus de décision se poursuit ainsi par une recherche d'informations¹¹². Celle-ci est

¹¹²De nombreuses recherches s'attachent à étudier la manière dont les gens recherchent et utilisent l'information, les canaux qu'ils utilisent pour y accéder ainsi que les facteurs qui les inhibent ou au contraire, les encouragent à l'utiliser. Parmi ces thématiques, on peut citer: la prise de décision au sein des organisations, l'étude de la personnalité en psychologie, l'étude du comportement des consommateurs;

conceptualisé selon le modèle EKB comme une étape succédant à la reconnaissance d'un problème suffisamment important et se produisant avant que le consommateur ne fasse son choix final et passe à l'achat effectif. Il s'agit d'un processus par lequel le consommateur examine son environnement afin de collecter les données appropriées lui permettant de prendre une décision raisonnable (Solomon et al. 2013). Pour Schmidt et Spreng, c'est une des étapes du processus de décision au cours duquel les consommateurs collectent activement l'information afin de prendre la meilleure décision d'achat parmi les possibilités¹¹³ offertes (Schmidt et Spreng 1996). Enfin Bettman et Kakkar soulignent que l'étude des stratégies d'acquisition d'informations par un consommateur constitue une étape importante dans la compréhension de la façon dont les consommateurs font des choix (Bettman et Kakkar 1977). Globalement, il est possible de définir 2 modalités d'acquisition d'informations

- L'information acquise par la suite d'une activité de recherche interne et externe ;
- L'information acquise de façon délibérée versus accidentelle ;

3.1 Recherche interne et recherche externe :

Un consommateur peut obtenir de l'information à partir de deux sources. La première source, communément appelée «connaissances préalables» fait référence à l'inventaire des informations acquises avant la situation d'achat et stockées au niveau de la mémoire. La deuxième source d'information incarne les sources extérieures à la mémoire, telles que des visites de magasins, des amis et des publicités. (Srinivasan et Agrawal 1988). On admet qu'un consommateur n'a recours à la recherche externe (média, amis, vendeurs...etc.) qu'à partir du moment où la recherche interne s'effectuant au niveau de la mémoire s'avère infructueuse (Schmidt et Spreng 1996; Punj et Brookes 2001)

études de communication dans le domaine de la santé...etc. Voir « *Information behaviour: an interdisciplinary Perspective* » (Wilson 1997)

¹¹³ les propos exacts : « ..to make potentially better purchase decisions... » (Schmidt et Spreng 1996)

3.1.1 Recherche interne :

Tout consommateur dispose d'une certaine connaissance en rapport avec de nombreux produits qu'il a déjà expérimentés ou non. Lorsqu'il est confronté à une décision d'achat, il effectue une recherche interne en balayant les informations stockées au niveau de sa mémoire en vue d'identifier ; 1) les critères d'évaluation pertinents, 2) les caractéristiques des solutions potentielles, 3) les expériences passées avec des marques, 4) différentes alternatives de solutions (Bettman 1979; Punj et Brookes 2001). Elle aboutit à la reproduction du comportement déjà adopté dans une situation similaire et ce, en cas de satisfaction antérieure. Dans le cas contraire, l'individu aurait tendance à éviter un comportement analogue (Filser 1994, 226). Il peut s'engager dans une recherche d'information externe.

3.1.2 Recherche externe : Internet et média sociaux, un usage en progression:

Si par la suite d'une recherche interne, le consommateur ne parvient pas à trouver des informations appropriées pour résoudre le problème posé, celui-ci entame une recherche d'informations active auprès de sources externes. Les sources consultées en vue d'obtenir des conseils sont variables. Elles peuvent être des sources personnelles (par exemple, des amis et des parents), des sources commerciales telles que des publicités et des brochures, ou bien, des rapports publiés par des revues ou associations de consommateurs...etc. Depuis quelques années, internet a rejoint d'autres sources traditionnelles, devenu une source majeure d'informations sur de nombreux produits et services. On estime même qu'internet sera de plus en plus utilisé comme la première source d'information comparée aux autres sources, réduisant entre autres le recours aux médias traditionnels (Peterson and Merino, 2003). En ce qui concerne la prise de décision d'achat, les top influenceurs « *top Influencers* » parus dans *Consumer Behavior 2014*, sont :

- *Un conseil personnalisé d'amis ou de membres de la famille: 59%*
- *Les journaux d'information et émissions télévisées : 40%*
- ***Les moteurs de recherche: 39%***
- *les publicités à la télévision: 36%*

- journaux et magazines: 33% Journaux et magazines annonces: 3
- **Les articles vus en ligne: 28%**

Selon la même revue, en référence à une enquête menée par la société Nielsen (*Global Online Consumer Survey*), 70% des répondants déclarent qu'ils font confiance aux recommandations et avis des consommateurs publiés en ligne. La revue cite également une autre étude réalisée par Edelman qui concerne « la confiance dans les recommandations d'achat ». Celle-ci conclut que 70% des répondants considèrent que les universitaires et experts sont une source crédible d'informations relatives à des produits ou des sociétés.

Sur ce point, un cas survenu récemment en France mérite d'être rappelé. Un professeur universitaire de renommée¹¹⁴ avait publié une vidéo sur un réseau social qui se propose de signaler des effets néfastes liés à la vaccination, non communiqués par l'information officielle. Il s'en est suivi une pétition en ligne rassemblant 1 million de signataires. La ministre de la santé a même réagi pour démentir les informations véhiculées à travers cette vidéo et a incité l'ensemble des professionnels de santé à rappeler l'information officielle relative à ce vaccin.

En outre, les plates-formes des médias sociaux jouent désormais un rôle majeur dans le processus de recherche d'information. Pour Tuten les media sociaux se réfèrent à « *des communautés en ligne à la fois participatives, interactives et fluides. Ces communautés permettent à leurs membres de produire, de publier, de valider, critiquer, hiérarchiser et d'interagir au sujet d'informations en ligne..... L'expression des médias sociaux est une expression générique pour l'ensemble des sites qui englobent les réseaux*

- comment le vaccin contre l'hépatite B soupçonné d'un lien avec la sclérose en plaque ;
- et coûte jusqu'à 7 fois plus que les autres vaccins.

En outre, vacciner les enfants contre 6 maladies graves d'un coup est en soi un geste médical risqué, qui peut déclencher une réaction immunitaire incontrôlée (choc anaphylactique), ainsi qu'augmenter le risque de maladie auto-immune sur le long terme.

Des centaines de milliers d'enfants sont concernés, et de nombreux accidents iatrogènes pourraient avoir lieu du fait de cette situation.

C'est pourquoi parents, patients, citoyens et professionnels de santé se tournent massivement vers vous, Madame la Ministre, pour vous demander d'intervenir de toute urgence pour que le simple vaccin DTPolio sans aluminium pour nourrissons soit de nouveau rendu disponible.

Nous vous demandons de prendre toutes les mesures nécessaires pour aboutir le plus rapidement possible à une résolution de ce dossier. Vous êtes le seul espoir pour les parents et les enfants qui sont mis actuellement dans une situation impossible.

Veuillez agréer Madame la Ministre de la Santé, l'expression de mes salutations respectueuses.

Nombre de signatures :

1 048 697

Figure 16: ISL produites par un expert

Capture d'écran d'un extrait d'une pétition en ligne.

Source : <http://petitions.ipnsn.eu/penurie-vaccin-dt-polio/index.php>

¹¹⁴ Le professeur Henri Joyeux a été radié de l'ordre des médecins selon l'Agence Presse Médicale (08 juillet 2016), et ce, « en raison de ses propos sur la vaccination » rapporte l'agence.

sociaux, sites de bookmarking, wikis, forums et sites d'opinion...etc. »(Tuten 2008, 20). La définition proposée par Oxford Dictionaries sur le réseau social (social network) intègre, en plus des sites internet, les applications largement utilisées via les smartphones : le réseau social est de la sorte : « *un site web ou autre application qui permettent aux utilisateurs de communiquer entre eux en postant des informations, des commentaires, des messages, des images, etc.* »¹¹⁵. Enfin, Simonson et Rosen affirment que les consommateurs contribuent, à titre individuel ou collectif, via les nouveaux médias, à toutes les activités de la chaîne de valeur d'un produit(Simonson et Rosen 2014). Ces auteurs désignent comme nouveau média ; les sites Web et d'autres canaux de communication et d'information numériques dans lesquels les consommateurs actifs (*active consumers*) adoptent des comportements qui peuvent être perçus par d'autres, à la fois en temps réel et en différé, et ce, indépendamment de leur localisation géographique(Simonson et Rosen 2014).

Selon une étude menée par GroupM et comScore sur la relation entre l'exposition aux médias sociaux et les comportements de recherche, environ 60 % des consommateurs commencent leur processus de recherche en ligne en tapant leurs requêtes dans un moteur de recherche comme Google ou Bing, alors que 40 % poursuivent leurs quêtes sur d'autres plates-formes de médias sociaux comme les blogs, YouTube, Twitter et Facebook . À travers la recherche d'informations par le biais des médias sociaux, leur but n'est pas de collecter plus d'informations relatives à la performance des produits sur le plan technique, mais plutôt de recueillir les opinions des autres contributeurs en ligne au sujet des alternatives éventuelles existantes dans une catégorie de produits. Cela leur permet également d'éliminer certaines marques en fonction de critiques tenues par les internautes(« Search + Social Media Increases CTR By 94 Percent: Report » 2011).

¹¹⁵ Traduction libre: « *A dedicated website or other application which enables users to communicate with each other by posting information, comments, messages, images, etc.* »
Source : <http://www.oxforddictionaries.com/fr/definition/anglais/social-network>

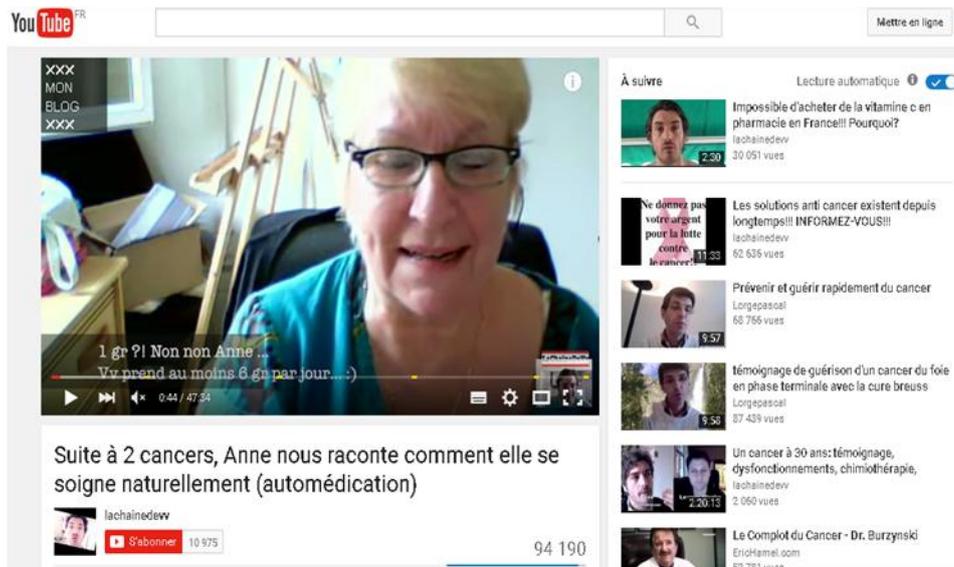


Figure 17: : Illustration de partage d'ISL via les réseaux sociaux

Source: capture d'écran de YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=pBbV88s26yI>

Ces réseaux sociaux sont classés dans la catégorie de source d'informations personnelles au même titre que le bouche-à-oreille¹¹⁶(Chatterjee 2001; Bickart et Schindler 2001). Ce dernier a longtemps été reconnu comme une source particulièrement influente sur les comportements des consommateurs. Si le bouche-à-oreille fait appel au partage d'informations en face-à-face essentiellement par le biais de la parole, les discussions en ligne via les médias sociaux impliquent l'usage de la parole (vidéo en ligne) et de la parole écrite (forums, commentaires), qu'un individu peut acquérir, discuter et transmettre à son rythme de façon anonyme ou non. Les résultats d'une expérience menée par Bickart et Schindler, montrent que les commentaires et avis postés sur des forums (discussions en ligne) ont un potentiel de persuasion important, influençant davantage que les sources d'informations en lignes provenant des entreprises (Bickart et Schindler 2001)

¹¹⁶ Le bouche à oreille est défini comme une communication orale où le receveur considère l'emetteur comme étant une source d'informations non commercial au sujet d'une marque,d' un produit, un service ou un fournisseur(Chatterjee 2001)

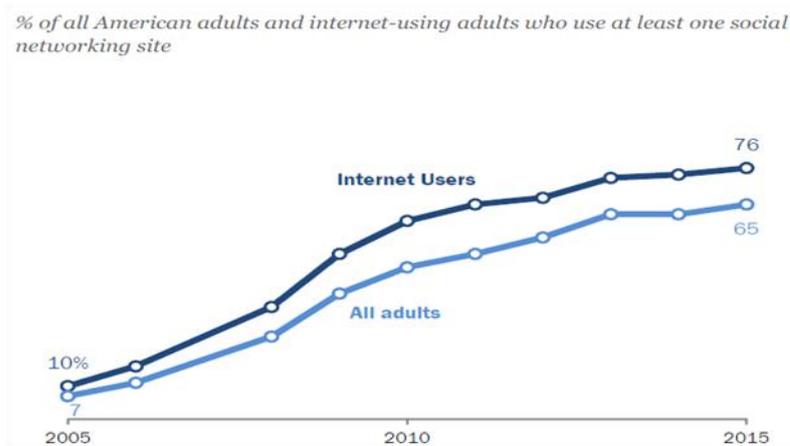


Figure 18: évolution du nombre d'utilisateurs américains d'internet et des réseaux sociaux entre 2005 et 2015 :

Source : Social Media Usage: 2005-2015 ; 65% of adults now use social networking sites – a nearly tenfold jump in the past decade
http://www.pewinternet.org/files/2015/10/PI_2015-10-08_Social-Networking-Usage-2005-2015_FINAL.pdf

Par ailleurs, l'influence des médias sociaux se développe au fur et à mesure que les gens rejoignent les communautés en ligne, particulièrement via les connexions depuis un mobile. Près des deux tiers des adultes américains (65%) utilisent des médias sociaux selon le rapport de Pew Research (Andrew Perrin 2015). Facebook, un réseau social très prisé, fréquenté par plus d'un milliard d'internautes, a franchi le cap record du milliard d'utilisateurs sur une même journée. Celui-ci offre des possibilités d'interactions synchrones (celles qui se produisent en temps réel) et d'interactions asynchrones (celles qui ne nécessitent pas que tous les participants répondent immédiatement, par exemple lorsqu'on envoie un message texte à un ami et qu'on n'obtient une réponse qu'ultérieurement), de partage de fichiers média, de jeux en réseaux, de e-commerce ..etc.



Figure 19: un milliard d'utilisateurs se sont connectés à Facebook en une même journée le 27/08/2015

Source : capture d'écran
<https://amp.twimg.com/v/8f78272d-e9c5-4d1c-8469-533ecf806fb9>

3.2 L'information acquise de façon délibérée versus accidentelle :

Le consommateur dispose de deux alternatives lui permettant d'acquérir l'information ; Il peut s'engager dans une recherche active, ou bien il peut l'acquérir de façon passive (Beales et al. 1981). Xia et Monroe soulignent que la littérature s'est davantage penchée sur la recherche d'information **délibérée** (la recherche d'informations préachat), qu'elle soit liée ou non à un achat spécifique, en omettant de rendre compte des effets d'acquisition d'information **accidentelle** (Xia et Monroe 2005). Aux connaissances acquises par la suite d'une recherche d'informations active, viennent s'ajouter des connaissances acquises de façon non intentionnelle. Celles-ci sont acquises en dehors de toute intention de recherche d'informations et indépendamment de l'intérêt qu'un consommateur manifeste à un produit au moment de l'exposition (Solomon et al. 2013, 343). C'est le cas par exemple des messages publicitaires, ou bien lors d'un clic sur un "mauvais" lien en ligne.

S'agissant de la recherche d'information délibérée, Bloch, Sherrell, et Ridgway, établissent en fonction de la finalité poursuivie lors de la recherche d'informations, une distinction entre la recherche d'information orientée vers un objectif d'amélioration de connaissances dans un domaine spécifique, et une recherche d'informations orientée vers un objectif d'achat (Bloch, Sherrell, et Ridgway 1986). Plus précisément, il s'agit de :

- La recherche d'informations permanente : il est question dans ce cas, de faire une recherche générale, continue, sans but précis lié à un achat particulier. Cette tendance durable à rechercher des informations est motivée essentiellement par l'intérêt que porte le consommateur à un domaine déterminé ou à une catégorie spécifique de produit.
- La recherche d'informations liée à une décision d'achat : celle-ci est directement liée à un achat spécifique pour lequel la recherche d'informations interne s'est avérée insuffisante pour résoudre le problème identifié.

Le tableau suivant décrit quelques différences entre ces deux modalités de recherche :

Tableau 2: les deux modalités de recherche d'informations (Bloch, Sherrell, et Ridgway 1986)

Source : BLOCH, Peter H., SHERRELL, Daniel L., et RIDGWAY, Nancy M. Consumer search: An extended framework. *Journal of consumer research*, 1986, p. 119-126.

	La recherche d'informations <i>préachat</i>	La recherche d'informations <i>permanente</i>
Déterminants	<ul style="list-style-type: none"> • Implication liée à l'achat • Environnement de marché • Les facteurs situationnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication liée au produit • Environnement de marché • Les facteurs situationnels
Motivations	Prendre la meilleure décision d'achat	<ul style="list-style-type: none"> • Construire une banque d'informations qui servira pour une utilisation future • Le plaisir et amusement que procure l'activité de recherche
Conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des connaissances sur les produits et sur le marché • De meilleures décisions d'achat • Augmentation de la satisfaction par suite d'un d'achat 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des connaissances sur le produit et sur le marché, conduisant à : <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer l'efficacité de futurs achats ○ Influence effective sur d'autres personnes • Augmentation des achats d'impulsion • Augmentation de la satisfaction de l'activité de recherche d'informations

3.3 Déterminants de la recherche d'informations, entre approches économique et psychologique

Srinivasan et Ratchford ont identifié une soixantaine de variables qui affectent le comportement de recherche externe. Celles-ci englobent les caractéristiques individuelles (par exemple, niveau d'instruction, connaissances préalables), des variables situationnelles (par exemple, la satisfaction antérieure, les contraintes du temps, le risque perçu) ainsi que des variables de l'environnement (par exemple, nombre et complexité des alternatives) (Srinivasan et Ratchford 1991).

Selon Srinivasan, la recherche d'information par les consommateurs est traitée dans la littérature sur la base de trois grands courants théoriques. Le premier courant correspond à l'approche psychologique qui incorpore des variables individuelles, la classe de produit et les variables reliées à la tâche pour analyser le comportement de recherche préachat. Le second courant intègre l'analyse économique en se basant sur le cadre coûts-avantages pour étudier la recherche d'information. Rappelons que la prémisse fondamentale de la théorie économique est que la recherche d'information

augmente à mesure que les coûts de recherche décroissent (Stigler, 1961). Enfin, le troisième courant correspond au paradigme de traitement d'information qui traite les processus cognitifs qui se produisent après une exposition à un stimulus et la réponse comportementale manifeste à ce stimulus. L'approche du traitement d'information se focalise davantage sur la mémoire ainsi que les limitations cognitives du traitement de l'information par l'humain (Srinivasan et Ratchford 1991).

Schmidt et Spreng soutiennent que la théorie du traitement de l'information peut être intégrée à l'approche psychologique (Schmidt et Spreng 1996). Plutôt que de considérer les deux fondements théoriques comme étant concurrents, ces deux approches doivent être envisagées comme étant complémentaires (Moorthy, Ratchford, et Talukdar 1997).

Selon Bettman et Park l'approche psychologique s'appuie sur un arbitrage entre les motivations et les capacités à rechercher des informations pour expliquer le degré d'engagement d'un individu dans une recherche externe (Bettman et Park 1980). D'ailleurs, Schmidt et Spreng proposent un modèle théorique intégrant aussi bien les variables empruntées de l'approche psychologique, et ce, en appréhendant la capacité et la motivation à faire des recherches, que des variables empruntées de l'approche économique incluant les bénéfices perçus et les coûts relatifs à la recherche. Ils stipulent dans leur modèle que la capacité et la motivation à faire des recherches auront un impact positif sur le comportement de recherche externe. Par ailleurs les bénéfices perçus de la recherche augmenteraient la motivation à faire des recherches, alors que les coûts perçus de recherche font diminuer la motivation.

La capacité à faire des recherches est définie comme la capacité cognitive à effectuer une recherche et un traitement d'informations. Elle inclut aussi bien les compétences cognitives de traitement d'informations que la connaissance des procédures de recherche sur des sources d'informations (MacInnis, Moorman, et Jaworski 1991). Schmidt et Spreng postulent que la recherche d'information externe augmente au fur et à mesure que l'aptitude à faire des recherches s'accroît.

La motivation à faire des recherches est la volonté manifestée par un consommateur de déployer des efforts dans la collecte et le traitement de l'information.

Les deux auteurs notent qu'un niveau élevé de motivation accroît l'activité de recherche d'information. Cette motivation est influencée par plusieurs variables individuelles, en l'occurrence, l'implication durable, le besoin de cognition¹¹⁷ et l'enthousiasme au shopping. Avec cela, comme indiqué plus haut, les coûts perçus (dépenses monétaires, temporelles et psychologiques¹¹⁸ perçus) et les bénéfices perçus de recherche, ont leur impact sur la recherche d'information externe, en influençant la motivation à faire des recherches ; étant donné qu'une baisse des coûts de recherche et/ou une augmentation des bénéfices perçus peuvent intensifier la motivation à faire des recherches, alors que la hausse des coûts de recherche et/ou la baisse des bénéfices perçus, peuvent réduire la motivation à faire des recherches.

3.3.1 Connaissances antérieures et recherche d'informations :

L'intensité de la recherche externe :

Bettman et Park ont démontré que les consommateurs disposant de connaissances modérées analysent plus d'informations relatives à une classe de produits, en comparaison avec des groupes de consommateurs ayant un faible niveau ou à l'inverse un niveau élevé de connaissances sur la classe de produits considérée (Bettman et Park 1980). Les résultats de Bettman et Park sont confirmés par Johnson et Russo qui ont établi une relation sous forme d'un U inversé entre la connaissance et l'intensité de recherche

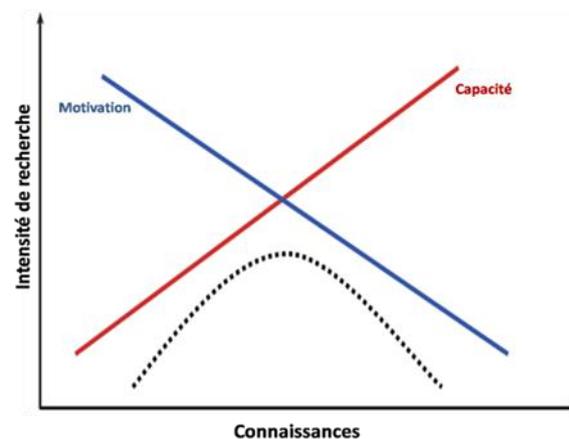


Figure 20: Intensité de recherche d'informations et connaissances de produits ; une relation en U inversé
 Source : adaptée de Frank R. Kardes, Maria L. Cronley, et Thomas W. Cline, *Consumer Behavior*, 1^{re} éd. (Mason, OH: South Western Educational Publishing, 2010).

¹¹⁷ Les auteurs définissent le besoin de cognition comme une tendance individuelle à réfléchir et à expliquer un événement, à la recherche de la réalité. Il traduit la disposition des individus à s'engager et à effectuer des efforts cognitifs dans une activité de réflexion. Ainsi, l'individu ayant un fort besoin de cognition, éprouve un certain plaisir à s'engager dans un processus de traitement d'informations, tandis qu'un individu ayant un faible besoin de cognition aura tendance à éviter les tâches nécessitant un effort cognitif.

¹¹⁸ Les coûts ou tensions psychologiques se rapportent globalement à l'effort émotionnel et intellectuel que requièrent l'acquisition d'informations (Srinivasan et Ratchford 1991).

externe (E. J. Johnson et Russo 1984). Les individus ayant un faible degré de connaissances sur un produit sont susceptibles d'être motivés pour collecter de nouvelles informations, mais ils sont freinés par leurs faible habileté à traiter celles-ci. Dès lors, la tâche de recherche d'informations est perçue comme étant pénible et elle est susceptible d'être abandonnée. De leur côté, les individus plus familiers avec une catégorie de produits et qui ont donc un degré de connaissance élevé relativement aux précédents, estiment qu'ils sont parfaitement capables d'attribuer un sens aux données collectées, mais ils sont faiblement motivés à approfondir leur recherche. Les bénéfices qu'apporte une nouvelle recherche en effet sont insuffisants pour accepter des coûts que requiert une recherche d'informations.

L'orientation de la recherche :

Brucks a démontré que le niveau de connaissances objectives (CO) et de connaissances subjectives (CS) affecte différemment le comportement de recherche d'information. Elle a constaté que la CO augmente le nombre d'attributs examinés, tandis que la CS n'a eu aucun effet sur ce dernier. Un niveau élevé de CO, augmente en effet la capacité à s'engager dans une recherche externe d'informations pour deux raisons. D'abord, les sujets ayant un faible niveau de connaissance sur une catégorie de produits se posent peu de questions et reconnaissent leur inaptitude à comprendre les éventuelles réponses. Ensuite, avoir un niveau élevé de CO facilite le traitement de nouvelles informations et par conséquent, la capacité à faire des recherches externes.

Inversement, ceux qui ont un niveau élevé de CS, ont tendance à s'appuyer davantage sur leurs propres évaluations plutôt que de se référer aux recommandations des vendeurs, alors que le niveau de CO n'a montré aucun effet sur le recours aux conseils des commerciaux (Brucks 1985). Les individus qui estiment que leurs connaissances au sujet d'un domaine de produits sont riches, sont ceux qui croient qu'ils ont suffisamment d'informations stockées en mémoire et ne voient donc pas la nécessité de chercher d'amples d'informations. Cela peut expliquer la corrélation négative constatée entre le niveau de connaissances subjectives, et le degré de recours aux recommandations d'un vendeur (Urbany, Dickson, et Wilkie 1989).

Par ailleurs, le type de recherche entrepris par des personnes ayant différents niveaux d'expertise diffère aussi. Les experts sont en mesure d'identifier l'information pertinente concernant leur décision. Ils s'engagent donc dans une recherche d'informations sélective, ce qui signifie que leurs efforts sont plus ciblés et que leurs recherches sont plus efficaces. Quant aux novices, ils comptent davantage sur les opinions des autres et se basent ainsi sur la recherche d'informations relatives à des attributs non fonctionnels, tels que le nom de la marque et le prix, afin d'établir une distinction entre les alternatives.(Alba et Hutchinson 1987; Urbany, Dickson, et Wilkie 1989)

La recherche d'informations par le maximisateur et le satisfiseur

Selon le modèle basé sur l'économie d'information(Stigler 1961), les consommateurs acquièrent des informations sur un produit désiré jusqu'à ce que le bénéfice marginal résultant de l'acquisition des informations supplémentaires soit inférieur ou égal au coût marginal de l'acquisition de cette information. Pourtant, les consommateurs ne s'engagent pas systématiquement dans un processus de recherche poussé où ils cherchent à identifier soigneusement toutes les alternatives avant de choisir celle qu'ils préfèrent. En effet, en dépit du fait que les consommateurs sont motivés à recueillir davantage d'informations, l'intensité de la recherche externe à laquelle ils se livrent est étonnamment faible lors des processus de décision d'achat relatif à une majorité des produits(Gobb et Hoyer 1985). Les clients ayant de faibles revenus et qui ont plus à perdre en faisant un mauvais achat par exemple, effectuent une recherche d'informations préachat moins intense comparé à ce que font des individus relativement plus aisés(Gobb et Hoyer 1985; Newman et Staelin 1972).

L'approche coût-bénéfice, même appuyée par des concepts psychologiques, s'est montrée insuffisante pour expliquer un comportement aussi complexe que celui de la recherche d'information. L'homme dispose en effet rarement de ressources (en particulier le temps) pour pouvoir réfléchir et mesurer les conséquences de toutes les solutions d'un problème, il se contente le plus souvent d'une solution qui est juste acceptable(Simon 1955). En se basant sur les travaux de Simon qui soutenait que le but présumé de maximisation (ou d'optimisation) est presque toujours irréalisable dans la vie réelle, tant à cause de la complexité de l'environnement humain que des limites du

traitement de l'information, Schwartz et al., identifient deux types d'individus : le maximisateur ' *maximizer* ' et le satisfaisseur ' *satisficer* ' (Schwartz et al. 2002).

L'individu qualifié de satisfaisseur vise tout simplement à identifier une solution adéquate, considérée comme un moyen de réduire les coûts liés à une prise de décision. Pour ce dernier, peu importe si de meilleures solutions existent, il se contente de choisir une solution acceptable. En revanche, le maximisateur vise toujours à choisir la meilleure alternative (maximisation). En conséquence de sa quête de perfection, comparé au satisfaisseur, le maximisateur alloue beaucoup plus de temps et d'efforts dans ses processus de recherche d'informations lié à ses achats. Il consulte ainsi une variété de sources pour amasser le plus d'informations possible.

D'ailleurs, Carrillat, Ladik et Legoux démontrent que le maximisateur dans sa quête de perfection peut être si précautionneux qu'il ne tient même pas compte de ses connaissances acquises suite à des expériences passées pour guider ses choix. Ces chercheurs assimilent le maximisateur à Sisyphé¹¹⁹ car pour chaque décision qu'il doit entreprendre, il commence presque à partir de zéro en vue d'évaluer les options possibles (Carrillat, Ladik, et Legoux 2011).

3.3.2 Risque perçu et recherche d'informations

Plusieurs chercheurs ont montré que la recherche d'informations est l'un des moyens que privilégient les consommateurs en vue de réduire le risque perçu lié à l'achat (Cox 1967; Dowling 1986; Urbany, Dickson, et Wilkie 1989; Dowling et Staelin 1994). Mitchell et McGoldrick ont à leur tour analysé 124 travaux d'études et recensé 37 stratégies différentes de réduction des risques. Un prix élevé, ou bien la marque ou l'image de l'enseigne par exemple, constituent d'autres alternatives auxquelles le consommateur a recours pour réduire le risque perçu (Mitchell et McGoldrick 1996). La recherche d'informations reste tout de même le centre de ces stratégies : interroger sa famille et ses amis (30 études/124), s'informer par les publicités (études 33/124), interroger un vendeur (10 études/124). Par ailleurs, le risque perçu constitue un des

¹¹⁹ Le rocher de Sisyphé est une métaphore de la mythologie Grecque au sujet d'un personnage qui tente de remonter sans cesse une immense pierre au sommet, laquelle retombe aussitôt. Elle symbolise une tâche interminable imposée par les dieux d'Olympe à Sisyphé en raison de sa désobéissance.

principaux déterminants de l'intensité de la recherche d'informations (Volle 1995; Urbany, Dickson, et Wilkie 1989).

Le risque, une perception d'incertitude

La notion du risque est souvent étudiée dans le cadre des théories traitant des choix humains. Dowling et Staelin rapportent que le concept du "risque" est devenu populaire dans le domaine de l'économie à partir des années 1920. Il a été intégré par la suite dans de nombreux domaines, dont les théories de la prise de décision et la finance (Dowling et Staelin 1994). Parce que les conséquences futures d'un choix ne peuvent être parfaitement connues, le consommateur est obligé de faire face à l'incertitude (J. W. Taylor 1974), son intégration aux études analysant les choix des consommateurs s'est avérée nécessaire (Bauer 1960). Bauer fait remarquer que : « *tout comportement de consommateur implique un risque dans le sens où toute action d'un consommateur va engendrer des conséquences qu'il ne peut pas anticiper avec certitude et que certaines d'entre elles, sont susceptibles d'être désagréables* ¹²⁰ » (Bauer 1960).

Le risque perçu concerne les conséquences indésirables qu'un consommateur cherche à éviter lorsqu'il achète et utilise des produits. Une variété de conséquences négatives pourrait se produire. Toutefois, lorsqu'on intègre la notion du risque au processus de décision relatif à l'achat de médicaments d'automédication, c'est le risque de santé qui se dégage et ce dernier qui revient le plus dans la littérature médicale. Par ses propriétés pharmacologiques, tout médicament est potentiellement dangereux, son usage fait de ce danger un risque dont la perception est variable d'un individu à un autre. Il est largement admis qu'un médicament peut être remède et poison à la fois, et que tout dépend du dosage (facteurs intrinsèques¹²¹) et de l'usage de ce dernier

¹²⁰ Traduction libre de "consumer behavior involves risk in the sense that any action of a consumer will produce consequences which he cannot anticipate with anything approximating certainty, and some of which at least are likely to be unpleasant"

¹²¹ Le degré de toxicité des médicaments n'est pas le même. Certains médicaments ont un index thérapeutique faible (les digitaliques – médicaments qui agissent sur le cœur-) comparé à d'autres (la vitamine C est l'un des médicaments ayant un index thérapeutique élevé) L'index thérapeutique est le rapport DL50/DE50. Plus l'index thérapeutique est élevé, plus la marge de sécurité d'un médicament est grande

DL50 = la dose d'un médicament qui tue (50% des animaux) / **DE50** (la dose qui produit l'effet pharmacologique désiré chez 50% des animaux (Chaumet-Riffaud et Chaumet-Riffaud 1993, 18)

(facteurs humains¹²²) ! Paracelse l'a bien résumé dans sa fameuse citation « *Tout est poison et rien n'est sans poison; la dose seule fait que quelque chose n'est pas un poison.* »¹²³. À cet égard, Bauer a insisté sur la distinction entre le risque *objectif* qui est difficile voire impossible à évaluer avec précision en situation d'achat par un consommateur et le risque *perçu*. C'est ce dernier qui affecte réellement le processus de décision d'un individu, il représente les impressions subjectives¹²⁴ ou la lecture personnelle que le consommateur fait sur un produit (Bauer 1960).

S'agissant du risque de santé d'un médicament, il convient de distinguer :

- Le risque *réel* : c'est le risque qui se rapproche du risque objectif. Il s'agit d' *une estimation des probabilités d'efficacité et de dommages systémiques*, évaluée par des experts sur la base de leurs savoirs, en l'occurrence, leurs connaissances tacites/explicites acquises via une formation académique, leurs expériences, ainsi que l'analyse des résultats des essais cliniques et d'autres études post-commercialisation.
- Le risque *perçu* (risque subjectif suivant la logique de Bauer) par le consommateur profane des sciences médicales qui traduit le degré d'incertitude quant à l'évaluation des critères et des alternatives à choisir. C'est une construction mentale résultant de l'interprétation faite par un consommateur sur la base d'indices qu'il recueille dans son environnement. L'estimation des conséquences désagréables dépend de facteurs individuels (personnalité, expériences avec la maladie ou le médicament, connaissance de la catégorie des produits...etc.) ou situationnels (pression du temps). Abelson et Levi avaient démontré par exemple que les consommateurs qui manquent de temps, accordent plus d'importance aux informations négatives, ce qui influe sur la perception du risque (Abelson et Levi 1985). Le risque perçu peut être surestimé, ou sous-estimé par rapport au risque réel tel qu'il est évalué par des experts. Ainsi, le degré de gravité d'un effet indésirable lié à un médicament peut

¹²² Un médicament peut être relativement peu toxique, seulement, une inadéquation de son usage peut en faire un produit extrêmement toxique. À titre d'exemple, une insuffisante hépatique peut s'observer après la prise de paracétamol à dose modérée (de l'ordre de 4 à 6g/j) (Makin, Wendon, et Williams 1995)

¹²³ Paracelse est un médecin renommé au XVI^e siècle (1493-1541). Voir : (Rosenzweig 2008, 7)

¹²⁴ En psychologie on parle de probabilité subjective (ou personnelle) qui est « une valeur qui traduit l'opinion personnelle d'un décideur quant aux chances qu'un événement incertain puisse se produire » (Kouabenan et al. 2006, 42)

être surestimé par rapport au risque réel. À l'inverse, dans un autre sens, il peut être considéré comme étant peu significatif comparé au risque réel.

Le risque, un concept à deux composantes et aux multiples dimensions

En ce qui concerne le processus d'achat, Moulin affirme qu'en dépit des différentes définitions du concept de risque perçu, un certain consensus semble se faire sur ses deux composantes initialement proposées par Bauer (Moulin 2004). Bauer était en effet le premier à définir les deux composantes du risque perçu attaché à l'acquisition et à l'utilisation des produits et qui sont largement reprises dans la littérature, à savoir : l'incertitude et les conséquences négatives (Bauer 1960). Il s'agit tout d'abord de l'incertitude liée à la décision d'achat en ce qui concerne l'aptitude du produit à répondre aux attentes du consommateur. La seconde composante est l'importance qu'accorde le consommateur aux conséquences (rapport: bénéfices espérés/ pertes envisagées) associées à leur achat.

Pour Volle, le risque «*consiste en la perception d'une incertitude relative aux conséquences négatives potentiellement associées à une alternative de choix*» (Volle 1995). Il souligne tout de même que «*la décomposition du risque en deux composantes est avant tout heuristique. En fait, les questions de recherche essentielles se posent plutôt par rapport au risque global : quelles en sont les dimensions (quelles sont les pertes effectivement prises en compte par le consommateur dans son choix), quel en est le niveau de perception (le consommateur perçoit-il un risque global, ou au contraire un risque finement décomposé selon les dimensions?)*» (Volle 1995). Effectivement, dans une situation de choix, le risque est perçu en termes de pertes possibles (importance et probabilité de perte). Le concept englobe donc divers types de pertes qui peuvent être d'ordre fonctionnel / économique et/ou psycho/sociale (J. W. Taylor 1974). Plusieurs dimensions du risque global sont identifiées à savoir, le risque physique, risque de performance, risque social, risque financier, psychologique, psychosocial (Bauer 1960; Jacoby et Kaplan 1972; Derbaix 1983)

4. L'évaluation des alternatives : entre maximisation d'utilité et « économie cognitive »¹²⁵

4.1 L'homme maximisateur: des préférences hiérarchisées par évaluation d'attributs

L'étape suivant le recueil d'informations consiste en l'évaluation des solutions. Selon la théorie du choix rationnel, rappelle Frank, le choix d'un consommateur dépend de son revenu, du prix des biens mais également de ses préférences. Compte tenu de ses ressources financières limitées, il s'attache à allouer au mieux ses revenus pour acheter l'ensemble de biens correspondant à ses préférences. Il doit donc faire un arbitrage pour choisir parmi les combinaisons possibles, le produit qu'il préfère parmi d'autres alternatives (Frank 2007, 56). Par ailleurs, les préférences sont appréhendées selon le principe de l'utilité qui représente « *the satisfaction a product yields* » (Case, Fair, et Oster 2010, 126), en d'autres termes, la satisfaction que procure la consommation d'un bien à un individu. Pour Simon : « *la théorie économique dominante assume courageusement que les gens prennent leurs décisions de manière à maximiser leur utilité... Accepter cette hypothèse permet à l'économie de prédire un grand nombre de comportements (correctement ou incorrectement) sans jamais faire des études empiriques des acteurs humains* »¹²⁶. (Herbert A. Simon 1990). Les économistes affirment en effet qu'un consommateur préfère un produit par rapport à un second, si le premier apporte plus d'utilité que le deuxième (Case, Fair, et Oster 2010, 126).

Plutôt que de considérer le produit sous un angle holistique, Lancaster a proposé de le considérer comme un panier d'attributs où chaque attribut procure une utilité (Lancaster 1966). Ainsi, les préférences des consommateurs se font sur la base d'évaluation des attributs (prix, confort, fiabilité...etc.) qui caractérisent les produits en concurrence. Ces attributs peuvent être tangibles, tels que la performance d'un produit (dosage d'un médicament : paracétamol 500mg/ paracétamol 1000mg), son odeur ou son goût (Strepsil® miel citron/ menthe fraîche) ou non tangibles, par exemple la marque. Par ailleurs, le nombre de critères pris en compte est variable en fonction du type de

¹²⁵ Taylor utilise le vocable d'avare cognitif « cognitive miser » pour expliquer la nécessaire avarice/ économie « stinginess » dans l'attribution d'attention et de temps de traitement aux stimuli dans le monde réel (Fiske et Taylor 2013, 206)

¹²⁶ Traduction libre de : « Modern mainstream economic theory bravely assumes that people make their decisions in such a way as to maximize their utility (Simon 1979). Accepting this assumption enables economics to predict a great deal of behavior (correctly or incorrectly) without ever making empirical studies of human actors. »

produit ; il est réduit pour des produits relativement simples comme le dentifrice ou le savon. En revanche, il est plus élevé pour des produits plus complexes et plus impliquants, dans le cas de l'achat d'une maison, d'un ordinateur ou d'une voiture. Les caractéristiques individuelles telles que la familiarité avec le produit (connaissances) et l'âge du consommateur ainsi que les caractéristiques situationnelles affectent également le nombre de critères d'évaluation considérés (Hansen et Helgeson 2001; McDonald 1993; Loewenstein 2001). La pression de temps par exemple, réduit le nombre d'attributs pris en compte (Bettman, Luce, et Payne 1998).

Ainsi, lors de cette troisième phase du processus décisionnel, le consommateur détermine les critères les plus importants, affine progressivement les alternatives des solutions (produit) en un nombre acceptable, pour finalement choisir une plutôt que d'autres (Putsis Jr et Srinivasan 1994). L'évaluation des attributs se fait selon :

- Des modèles de choix compensatoires : le principe général de ces modèles est que les attributs peuvent se compenser pour aboutir à une évaluation globale. Il s'agit de modèles complexes qui requièrent un effort mental important. Les consommateurs font appel à ces règles de choix dans le cas d'achats fort impliquants caractérisés par un risque perçu considérable (Russo et Leclerc 1994).
- Des modèles de choix non compensatoires : à la différence des modèles compensatoires, la performance d'un attribut ne compense pas la faiblesse d'un autre attribut. Par exemple, suivant le modèle lexicographique, le consommateur procède par la sélection des alternatives optimales. Il choisit le produit ou la marque ayant la meilleure évaluation sur l'attribut le plus important. Lorsque deux ou plusieurs produits (marques) sont tous aussi bons sur cet attribut, le consommateur les compare ensuite par rapport au second attribut le plus important et ainsi de suite. Ce processus de sélection se poursuit jusqu'à ce que l'égalité soit rompue. Dans des situations d'achat de faible implication associée à un faible risque perçu, le consommateur tente de minimiser le coût que requiert le traitement d'informations lors de ce processus décisionnel. Dès lors, il fait appel à ces règles de décision relativement simples (Coupey 1994)

Tableau 3: Les principales règles de décision

Source : La Décision : une approche pluridisciplinaire des processus de choix, Bruxelles, De Boeck, 2005. Ouvrage collectif dirigé par B, Vidaillet, V d'Estaintot, P. Abecassis

Règles de décision non compensatoires			
<i>Conjonctive</i>	<i>Disjonctive</i>	<i>Lexicographique</i>	<i>Élimination par aspect</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Le décideur fixe une valeur minimale pour chaque attribut. • Si une alternative n'obtient pas la «valeur minimale» sur toutes les dimensions, elle est rejetée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le décideur fixe une valeur minimale pour chaque attribut. • Si une alternative atteint la valeur minimale exigée sur au moins un attribut, elle est sélectionnée. Une alternative n'est donc rejetée que si elle n'atteint la valeur minimale sur aucun attribut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les attributs sont classés par ordre d'importance (ordre lexicographique). • L'alternative ayant la valeur la plus élevée sur le critère le plus important sera choisie. • Si deux alternatives ont ex aequo sur le premier critère, elles sont comparées sur le second critère et ainsi de suite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les attributs ont un poids relatif à leur importance. • Les attributs sont sélectionnés avec une probabilité proportionnelle à leur importance. • Les alternatives, dont les valeurs ne sont pas satisfaisantes sur un attribut sélectionné, sont éliminées. Un autre attribut est sélectionné et le processus est répété jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une seule alternative.
Règle de décision compensatoire			
<ul style="list-style-type: none"> • Les valeurs prises sur un attribut sont compensées par ou ajoutées aux valeurs prises sur un autre attribut. • Une valeur globale est attribuée à chaque alternative en tenant compte des valeurs prises sur chaque attribut et de l'importance relative de chaque attribut. 			

4.2 L'homme 'avare cognitif' : les préférences décrites selon la théorie du comportement décisionnel :

Selon Simon, deux conditions favorisent le choix d'une alternative satisfaisante plutôt qu' une alternative optimale. En premier lieu, un nombre énorme, voire potentiellement infini d'alternatives à comparer ; en second lieu, la structure du problème lorsqu'elle est peu connue(Herbert A. Simon 1990). Ces deux conditions sont

manifestement réunies dans le cas du choix des solutions des problèmes de santé. La première condition est tout à fait analogue à l'état des marchés des produits de santé actuels dans la mesure où pour tout problème de santé identifié, un hyper choix de produits s'offre pour les managers des institutions sanitaires, pour les praticiens et pour le patient. Quant à la seconde condition, Godeau affirme que « *toute décision diagnostique — sauf rarissimes exceptions — n'est jamais qu'une approximation. Il n'y a pas de vérité vraie et la spécificité d'un tout n'est jamais de 100 %* »¹²⁷. Par ailleurs, les alternatives relatives à de nombreuses décisions en santé publique, présentent des incertitudes en ce qui concerne leurs avantages/risques, leurs coûts, et enfin, leur faisabilité. Dans la mesure où les virus constituent une cible « mouvante » qui évolue et qui change, les pathologies virales et leurs traitements constituent un parfait exemple d'un problème dont la structure n'est jamais parfaitement connue. En effet, face à une éventuelle pandémie, des décisions politiques doivent être prises souvent en l'absence d'une connaissance complète des caractéristiques des futurs virus¹²⁸ (structure, transmissions...etc.).

Simon souligne qu'une solution satisfaisante « Satisficing » résout également le problème commun de faire un choix lorsque les alternatives sont incommensurables (Herbert A. Simon 1990) ;

¹²⁷ Pierre Godeau. Op.cit

¹²⁸ Nombreuses questions s'imposent en ce qui concerne la vaccination pour éviter une pandémie: faut-il vacciner ou non? Qui vacciner et surtout, qui vacciner dans les premiers jours de la pandémie lorsque la disponibilité des vaccins est limitée...etc. En 2009, les autorités publiques françaises se sont préparées à une éventuelle pandémie de grippe avec une méconnaissance de l'évolution du virus H1N1.

La ministre de la santé déclarait dans une Interview du 27 juillet 2009 dans *Le Figaro* : « *Comme la propagation du virus **va vraisemblablement** s'accélérer à l'automne, une période qui lui est plus favorable, il est normal que le gouvernement prenne des mesures pour faire face, dans tous les cas.* »

Source : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2009/07/27/9682-bachelot-face-grippe-vigilance-simpose>

l'OMS déclarait le 24 février 2010 : « *chaque année, il y a des gripes saisonnières et des mutations des virus, mais une grande partie de la population a tout de même une certaine immunité contre les virus en circulation...En revanche, le virus de la grippe pandémique A(H1N1) était nouveau, de sorte que l'immense majorité de la population humaine n'avait que peu ou pas d'immunité* »

Voir : « Qu'est-ce que le virus de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 ? »

Source : http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/fr/

- Soit parce que leurs valeurs ont plusieurs dimensions qui ne peuvent être comparées entre elles, ce qui est le cas de la médecine chinoise/ médecine occidentale, ou bien de l'allopathie/ homéopathie/ aromathérapie....etc.
- Soit parce qu'elle ont des conséquences incertaines qui peuvent être plus ou moins favorables ou défavorables, ce qui est une règle plus qu'une exception dans le cas des médicaments.



Figure 21: la multitude des alternatives thérapeutique : perfusion, méditation, acupuncture ... etc.

Source : Croibier, A. (2005). *Diagnostic ostéopathique général*. Elsevier Masson.

Étudier les préférences d'un consommateur (ou tout agent décideur) sur la base de la théorie de l'utilité espérée qui a « régné pendant plusieurs décennies comme le modèle normatif et descriptif dominant de la décision¹²⁹ » (Tversky et Kahneman 1992), présente des limites non négligeables aussi bien dans le cas où cela concerne les biens de santé que d'autres produits¹³⁰. Pham et al, l'illustrent très simplement à travers l'exemple d'une marque choisie, non pas par rapport à ses attributs (prix, style, caractéristiques fonctionnelles), mais parce qu'« elle me fait du bien» ou «mes amis vont l'aimer»(Pham et al. 2001). Pour Payne, Bettman et Johnson, les choix qu'effectue un individu parmi les solutions, et l'évaluation de l'incertitude peuvent être affectés par des changements mineurs dans l'environnement. En outre, les réactions à un problème donné peuvent être modifiées par une multitude de variables individuelles.(Payne, Bettman, et Johnson 1993, 3).

¹²⁹ Traduction libre: "expected utility theory reigned for several decades as the dominant normative and descriptive model of decision making under uncertainty" (Tversky et Kahneman 1992)

¹³⁰ Sur ce point, Volle souligne: « des modifications axiomatiques de la théorie de l'utilité espérée ont été proposées afin d'intégrer les travaux empiriques qui modèrent l'hypothèse fondamentale selon laquelle le consommateur essaie de maximiser l'utilité attendue d'un ensemble de résultats, pondérés par leur probabilité d'occurrence»(Volle 1995)

Tversky et Kahneman affirment qu'il est : «*généralement admis de nos jours, que cette théorie ne donne pas une description adéquate du choix individuel: un important corpus de preuves montre que les décideurs violent systématiquement ses principes de base*¹³¹ » (Tversky et Kahneman 1992). Ces derniers ont d'ailleurs proposé une nouvelle théorie alternative au modèle normatif de l'utilité espérée: **la théorie de perspective** « prospect theory »(Kahneman et Tversky 1979).

Par ailleurs, les expériences menées par Kahneman et Tversky révèlent que les gens ne suivent pas systématiquement les principes statistiques lorsqu' ils calculent la probabilité ou la fréquence d'un événement en situation d'incertitude(Kahneman et Tversky 1973). Ils emploient en effet des **heuristiques** pour simplifier leurs choix. Celles-ci donnent lieu à des jugements raisonnables, mais conduisent parfois à des erreurs. Ceci contredit le principe de la théorie de l'utilité espérée qui suppose que l'individu traite l'information parfaitement, et donc ne fait pas d'erreurs dans l'évaluation des probabilités.

4.2.1 La théorie des perspectives

4.2.1.1 Les grandes lignes de la théorie:

La théorie des perspectives¹³² distingue deux phases dans le processus de choix« *choice process* »: 1) une phase de structuration « *phase of editing* » et 2) une phase de valorisation« *valuation* ». Les perspectives offertes sont analysées dans un premier temps pour obtenir une représentation plus simple de celles-ci. Par la suite, les perspectives ainsi éditées sont évaluées et celle présentant la plus grande utilité subjective est choisie :

¹³¹ Traduction libre de : " *there is now general agreement that the theory does not provide an adequate description of individual choice: a substantial body of evidence shows that decision makers systematically violate its basic tenets* "(Tversky et Kahneman 1992)

¹³² Pour les démonstrations mathématiques détaillées, voire : Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 263-291.

- Lors de la première phase, le décideur établit une représentation des actes, des contingences et des résultats qui sont pertinents pour la décision. L'objectif durant cette phase est « *d'organiser et de reformuler les options afin de simplifier leur évaluation ultérieure, et le choix* ¹³³ » (Kahneman et Tversky 1979). Le décideur

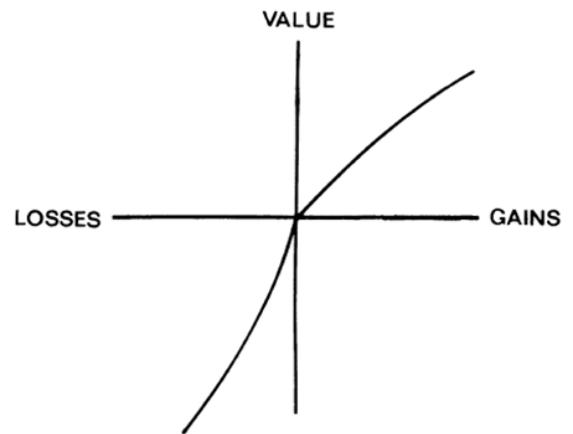


Figure 22: Fonction de valeur de la théorie des prospectifs

Source KAHNEMAN, Daniel et TVERSKY, Amos. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1979, p. 263-291.

structure ainsi mentalement les options en termes de gains ou de pertes. Tversky et Kahneman désignent cette représentation mentale par *decision frame* « cadre de décision ». Elle fait référence selon ses auteurs à « *la conception que fait un décideur des actes, des résultats et des risques associés à un choix particulier. Le cadre qu'un décideur adopte dépend, d'une part, de la formulation du problème et d'autre part, des normes, des habitudes et des caractéristiques personnelles du décideur* » (Tversky et Kahneman 1981).

- Au cours de la phase d'évaluation, le preneur de décision attribue une valeur à chaque prospect(option)et effectue le choix de l'option qui présente la valeur la plus élevée. En d'autres termes, il procède au positionnement des options sur l'axe horizontal. Les gains ont une valeur subjective positive (liée à la notion de plaisir) et sont donc situés à droite. Les pertes qui ont une valeur subjective négative(liée à la notion de souffrance)apparaissent à gauche de l'origine. La valeur subjective de ces options résulte de leur projection sur une fonction de valeur asymétrique (Kahneman et Tversky79; Tversky et Kahneman 1992).

Appliquée dans le domaine de l'étude du consommateur et de l'acheteur, Pham propose de décliner le processus de décision en trois phases :

¹³³ Traduction libre « organize and reformulate the options so as to simplify subsequent évaluation and choice ».

- Une phase de prédictions, d'estimations et de formation des croyances,
- Une phase de structuration où le preneur de décision construit une représentation mentale du problème qui lui est soumis,
- Enfin, une phase d'évaluation des options(Pham 1996).

Par ailleurs, Tversky et Kahneman avancent que les deux principaux éléments clés de la théorie des perspectives sont (Tversky et Kahneman 1992):

1. En ce qui concerne la 'fonction de valeur' :

1.1 Elle est concave pour les gains, convexe pour les pertes :cette forme en 'S' indique que les décideurs traitent les gains et les pertes de façon asymétrique.

1.2 Cette fonction est également plus raide dans le domaine des pertes que pour le domaine des gains. Cette propriété mathématique se traduit par le fait que les preneurs de décisions accordent aux pertes un poids plus lourd dans leurs décisions que pour les gains (le sentiment qu'une perte provoque plus de douleur que le bonheur résultant par un gain du même ordre de grandeur.)

2. En ce qui concerne la 'fonction de pondération' (weighting function) :

Une transformation non linéaire caractérise l'échelle de probabilité, qui surévalue les événements faiblement probables et sous-évalue les événements plus probables(Tversky et Kahneman 1992). Pour les auteurs de cette théorie « *la simplification des perspectives dans la phase d'édition peut conduire l'individu à rejeter les événements d'une très faible probabilité et à traiter les*

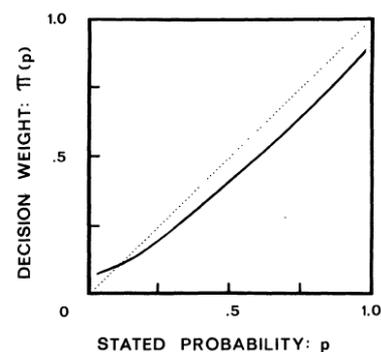


Figure 23: fonction du poids décisionnel hypothétique

Stated probability : probabilité donnée

Décision weight : poids décisionnel

Source KAHNEMAN, Daniel et TVERSKY, Amos. Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1979, p. 263-291.

*événements de probabilité extrêmement élevée comme s'ils étaient certains*¹³⁴»(Kahneman et Tversky 1979). Cette théorie explique ainsi le comportement vis-à-vis du risque qui n'est pas identique selon que les prospects soient structurés dans le domaine de gains, ou dans le domaine de pertes :

➤ Domaine des gains :

- Une préférence pour le risque : cas des petites probabilités.
- Une aversion pour le risque : cas des moyennes et grandes probabilités.

➤ Domaine des pertes :

- Une préférence pour le risque: cas des moyennes et grandes probabilités.
- Une aversion pour le risque : cas des petites probabilités.

Nous présentons dans la prochaine section un exemple proposé par Frank qui illustre les différences fondamentales entre la théorie du choix rationnel et la théorie des perspectives (Frank 2007, 239-40). Puis dans la section suivante, nous aborderons les applications de cette théorie, et ce, à travers deux expérimentations en lien avec les préférences en matière de traitements médicaux. Le premier exemple concerne le consommateur-patient à titre individuel, confronté à faire un choix entre deux alternatives thérapeutiques(McNeil et al. 1982). Il s'agit d'une expérience menée par un médecin¹³⁵ avec la collaboration de nombreux chercheurs, dont le coauteur de la théorie des perspectives Amos Tversky. Le second exemple peut s'appliquer à un manager d'une institution sanitaire face à une situation de choix d'alternatives thérapeutique (vaccins) dont les conséquences, cette fois-ci, concernent toute une population(Tversky et Kahneman 1981).

¹³⁴ Traduction libre : « *the simplification of prospects in the editing phase can lead the individual to discard events of extremely low probability and to treat events of extremely high probability as if they were certain* »

¹³⁵ Professeur de radiologie (Harvard Medical School).

4.2.1.2 Évaluation des alternatives selon les deux approches :

Supposons que A est l'événement selon lequel un individu obtient un cadeau inattendu de 100 \$. B est l'événement selon lequel ce dernier revient de vacances pour trouver une facture de 80\$. Celle-ci est adressée par la ville pour la réparation d'une conduite d'eau cassée sur sa propriété durant ses vacances. Selon le modèle du choix rationnel, il devrait considérer la présence de ces deux événements comme une bonne chose, parce que leur effet net sur sa richesse totale est une augmentation de 20 \$.

Le modèle de choix rationnel affirme que les gens devraient évaluer les événements en fonction de leur effet global sur la richesse totale. Ainsi, si sa richesse initiale est de M_0 , l'effet combiné de A (un gain de 100 \$) et B (une perte de 80 \$) est d'augmenter sa richesse à $M_0 + 20$ \$. Puisque l'utilité est une fonction croissante de la richesse totale $U(W)$, les deux événements pris ensemble entraînent une augmentation de l'utilité qui passe de U_0 à U_1 , comme le montre la figure ci-dessous :

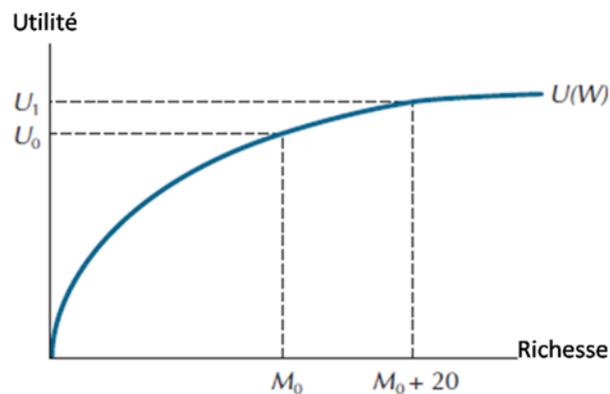


Figure 24: L'utilité d'une paire d'événements qui augmentent la richesse totale

Selon le modèle du choix rationnel, toute combinaison d'événements qui augmentent la richesse totale permettra également d'augmenter l'utilité totale

Selon la théorie des perspectives, les gens évaluent chaque élément d'une série d'événements de façon séparée (non combinée comme fut le cas précédemment). Dès lors, le cadeau de 100 \$ est placé sur la fonction de valeur du coté droit (gains), alors que la facture d'un montant de 80 \$, adressée par la mairie, est placée du coté gauche sur celle-ci (pertes). Compte tenu de caractéristiques de cette fonction, la valeur absolue de $V(100)$ est nettement plus petite que celle de $V(-80)$. Par conséquent, la somme algébrique des deux valeurs est inférieure à zéro, la paire des deux événements A et B n'est pas bénéfique pour le preneur de décision, même si leur effet net sur la richesse totale est une augmentation de la richesse totale de 20 \$.

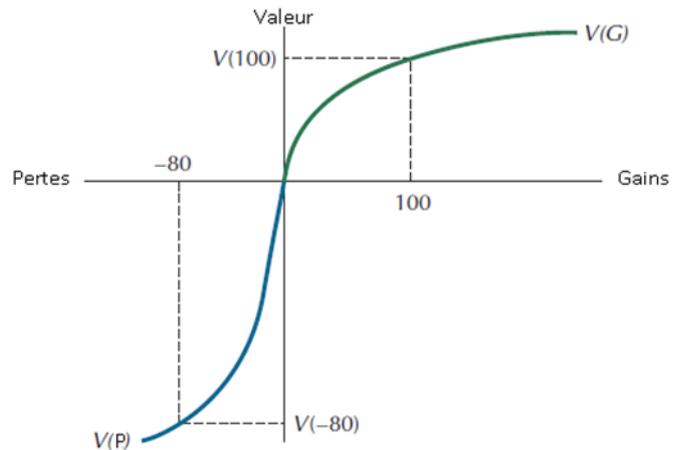


Figure 25: : La fonction de valeur selon Kahneman-Tversky

4.2.1.3 Applications dans le domaine médical

Exemple 1 :(McNeil et al. 1982).

Énoncé du problème : Lors de cette expérience, les répondants ont eu des informations au sujet de deux options de traitements du cancer du poumon. L'échantillon est constitué de patients, mais également de médecins - expérimentés dans l'analyse de données médicales- et d'étudiants maîtrisant les statistiques. Les mêmes données statistiques ont été présentées à un groupe de répondants en termes de taux de mortalité et à un autre groupe en termes de taux de survie. Les répondants ont ensuite indiqué leur traitement préféré. Les informations ont été présentées comme suit:

Problème 1 (taux de survie) :

Chirurgie: Sur 100 personnes ayant subi une chirurgie, 90 sont vivants après la période postopératoire, 68 sont en vie à la fin de la première année et 34 sont en vie à la fin des cinq ans suivant la chirurgie.

Radiothérapie: sur 100 personnes ayant subi une radiothérapie, tous sont vivants suite au traitement, 77 sont en vie à la fin de la première année et 22 sont en vie à la fin des cinq ans suivant la radiothérapie.

Quel traitement préféreriez- vous ?

Problème 2 (taux de mortalité):

Chirurgie : parmi les 100 personnes ayant subi une chirurgie, 10 meurent au cours de l'opération ou durant la période postopératoire. 32 meurent à la fin de la première année et 66 meurent à la fin de la cinquième année.

Radiothérapie: parmi les 100 personnes ayant subi une radiothérapie, aucun mort signalé au cours du traitement, 23 meurent à la fin de la première année et 78 meurent à la fin de la cinquième année.

Quel traitement préféreriez - vous ?

Résultats: la différence négligeable dans la formulation du problème a eu un effet remarquable sur les préférences des répondants. Nous précisons que selon la théorie des perspectives, le problème 1 est formulé de telle manière que la plupart des preneurs de décisions le perçoivent en termes de gains (taux de survie) et qu'ils auraient par conséquent une aversion au risque. S'agissant du problème 2, il est structuré de manière à ce qu'il ait davantage de chance d'être encodé en termes de pertes (taux de mortalité). La théorie des perspectives prédit dans ce dernier cas, que les décideurs auraient une préférence pour le risque. Effectivement, le pourcentage global de répondants qui étaient favorables à la radiothérapie est passé de 18% dans le cadre où le résultat se présente en termes de taux de survie (N = 217) à 44,1% dans le cadre où le résultat se présente en terme de taux de la mortalité (N = 336). L'avantage de la radiothérapie sur la chirurgie apparaît évidemment plus grand, lorsqu'il est énoncé comme une réduction du risque de mort immédiate de 10 % à 0 %, que lorsqu'il est présenté comme une augmentation de 90 % à 100% de taux de survie. McNeil et al.,

notent : « *Much to our surprise, the effect was not generally smaller for the physicians (who had considerable experience in evaluating medical data) or for the graduate students (who had received statistical training) than for the patients (who had neither).* » Ces résultats démontrent que les choix des malades peuvent être fortement influencés par le contexte de l'élaboration de l'offre, ce qui soulève de nombreuses interrogations d'ordre économique, mais surtout éthique d'après les auteurs de l'article.

Exemple 2 : (Tversky et Kahneman 1981).

Énoncé du problème : deux groupes d'étudiants de l'Université de *Stanford* et de l'*University of British Columbia* avaient répondu à un questionnaire dans lequel un même problème est formulé de façon différente. Les deux problèmes posés sont formellement identiques. La seule différence entre les deux est que les résultats sont décrits dans le problème 1 en terme de nombre de vies sauvées (version gain) alors que dans le problème 2, ils sont décrits en terme de nombre de vies perdues (version perte). Le nombre total des sujets pour chaque problème est désigné par N. Le pourcentage de ceux qui ont choisi chaque option est indiqué entre parenthèses.

Problème 1 [N = 152]:

Imaginez que les États-Unis doivent se préparer à l'arrivée d'une maladie asiatique mal connue qui devrait entraîner la mort de 600 personnes. Deux programmes alternatifs ont été proposés pour combattre cette maladie. On suppose que l'estimation scientifique exacte des conséquences de ces programmes est la suivante:

Si le programme **A** est adopté, 200 personnes seront sauvées. [72 %]

Si le programme **B** est adopté, il y a 1 chance sur 3 de sauver les 600 personnes, et 2 chances sur 3 de n'en sauver aucune. [28%].

Lequel des deux programmes privilégieriez-vous?

Problème 2 [N = 155]:

Si le programme C est adopté 400 personnes vont mourir. [22 %]

Si programme D est adopté, il y a 1 chance sur 3 que personne ne meure, et 2 chances sur 3 que 600 personnes meurent.[78%]

Lequel des deux programmes privilégieriez-vous?

Résultats : les résultats observés répondent exactement à ce que la fonction de valeur en forme de 'S' prédit. Dans le problème 1, notons que le choix se situe entre un gain certain, et une loterie dont les résultats possibles sont non négatifs. Étant donné que la fonction de valeur est concave du côté des gains, et que la valeur attendue de la loterie est légèrement plus grande que l'alternative sûre, cette théorie prévoit le choix de cette dernière. En revanche dans le problème 2, il était question de choisir entre d'une part, une perte certaine, et d'autre part, une loterie dont chacun des résultats est une perte. Dans la mesure où la fonction de valeur est convexe au niveau des pertes, la théorie prédit la recherche du risque pour faire le choix entre les alternatives possibles. Kahneman et Tversky ont expliqué que le premier groupe a encodé "vies sauvées " comme des gains, d'où une aversion du risque dans le choix entre A et B. De même, le deuxième groupe a structuré les décès comme des pertes, ce qui les a conduits à une recherche de risque dans le choix entre C et D(Kahneman et Tversky 1984).

Par ailleurs, ces expérimentations constituent pour Tversky et Kahneman, une preuve empirique de la violation du principe d'invariance défendu par la théorie du choix rationnel. Ce principe pour rappel, stipule que la préférence entre les options devrait être indépendante de leur description(Tversky et Kahneman 1989). Or, une variation dans la présentation des informations a entraîné un renversement dans l'ordre des préférences (Tversky and Kahneman, 1986).

4.2.2 Heuristiques et biais de jugement :

Tversky et Kahneman affirment que les gens ont souvent recours à des règles empiriques afin de déterminer la probabilité d'un événement incertain. Ces heuristiques¹³⁶ dites aussi « raccourcis cognitifs », leur permettent en effet, de simplifier l'évaluation des différentes alternatives (Kahneman, Slovic, et Tversky 1982, 3). Deux des principales heuristiques identifiées par ces auteurs qui expliquent pourquoi les preneurs de décision négligent une partie d'informations dans l'estimation des probabilités des événements, dont la prise en compte produirait des changements de leurs préférences, nous intéressent particulièrement: il s'agit de l'heuristique de la représentativité et de l'heuristique de la disponibilité.

Biais de représentativité

Par cette heuristique, un événement est jugé probable dans la mesure où il représente les propriétés essentielles de sa population d'origine. Ainsi, pour estimer la probabilité d'un événement par la représentativité, un individu compare les caractéristiques essentielles de l'événement à celles de la structure dont il est issu (Tversky et Kahneman 1973). Avec cette heuristique par exemple, le consommateur-patient procède en classant des symptômes (observations) dans une catégorie (maladie) parce qu'ils présentent des analogies avec la classe en question : une diarrhée qu' il classe dans la catégorie des gastroentérites aiguës (banales) , et pour laquelle il utilise des médicaments d'automédication destinés à résoudre le problème identifié.

La représentativité permet de catégoriser rapidement un événement (une maladie, un produit), mais elle reste tributaire des expériences individuelles. En effet, bien que dans certains cas, des événements plus probables apparaissent également comme étant plus représentatifs (taux d'incidence élevé de gastroentérite à certaines périodes de l'année), cette heuristique peut induire à des erreurs qui dépendent des connaissances individuelles. Si l'individu en question dispose de connaissances peu larges sur l'étiologie (causes) de la maladie, il peut passer à côté d'une autre maladie qui

¹³⁶ Il faut préciser que l'étude de la notion d'heuristique a été approfondie par Kahneman et Tversky, mais qu'elle a été introduite par Simon. Cet auteur note par exemple: "*When a great space of possibilities is to be explored (and humans commonly balk at searching spaces when the possibilities number even in the hundreds), search becomes very selective. It is then guided by various rules of thumb, or heuristics*" (Newell & Simon 1972).

nécessite une prise en charge médicale plus importante. Ceci est dû au fait que la catégorie de sa maladie réelle n'est pas disponible dans sa mémoire. En revanche, un patient ayant reçu un éventail d'informations sur la pathologie gastrique peut classer une diarrhée (banale) dans une catégorie de maladies plus graves.

Ainsi, le recours à la représentativité d'un événement comme un indicateur de probabilité peut introduire deux types d'erreurs systématiques dans le jugement :

- Tout d'abord, elle peut donner une influence indue « *undue influence* » à des variables qui influent certes sur la représentativité d'un événement, mais pas sur sa probabilité (Tversky et Kahneman 1974). Une rougeur cutanée accompagnée de démangeaisons est représentative de pathologies allergiques. Or sa probabilité d'occurrence (incidence) chez l'individu en question est en fonction de nombreuses variables (facteurs génétiques, âge, activité professionnelle...etc.).
- Deuxièmement, elle peut réduire l'importance des variables qui sont cruciales pour déterminer la probabilité de l'événement, mais ne sont pas liées à la représentativité de ce dernier (Tversky et Kahneman 1974). C'est le cas par exemple, pour un individu qui classe des produits labélisés « naturels » dans la catégorie des produits pas ou peu dangereux. Or, lorsqu'on analyse la composition chimique du produit en question, celui-ci contient des ingrédients allergisants (de synthèse chimique ou non).

Biais de disponibilité (availability) :

La disponibilité 'availability' est l'heuristique selon laquelle l'individu a tendance à estimer la fréquence d'événements ainsi que leur probabilité selon « *la facilité avec laquelle des exemples pertinents lui viennent à l'esprit* »¹³⁷ (Tversky et Kahneman 1973). Une personne, qui utilise cette heuristique, estime donc qu'un événement est fort probable ou fréquent si des cas similaires à cet événement sont faciles à imaginer ou à récupérer de sa mémoire. Cela conduit à des biais prévisibles parce que la fréquence réelle n'est pas le seul facteur qui régit la façon dont on se rappelle les exemples, mais aussi, et surtout, de la facilité avec laquelle on peut se remémorer un fait similaire.

¹³⁷ Traduction libre de : "the ease with which relevant instances come to mind" (Tversky et Kahneman 1973)

Selon Slovic, Fischhoff, et Lichtenstein, on estime par erreur que la fréquence de décès par homicides est plus élevée que celle qui est liée à des cancers de l'estomac ou au diabète¹³⁸. Il en est de même des fréquences de mortalité ayant comme origine le botulisme, les tornades, et la grossesse qui se trouvent également fortement surestimés (P. Slovic, Fischhoff, et Lichtenstein 1979). Pour Kahneman et Tversky, on aurait tendance à penser qu'il ya plus homicides, parce que les meurtres sont plus "disponibles" en mémoire. Ils démontrent qu'il est beaucoup plus facile de se rappeler un événement d'autant qu' il est sensationnel (*sensational*). Dès lors, même si l'on entend parler à la fois de diabète et de meurtres, il est probable que l'on se rappelle plus rapidement les meurtres que les diabètes.

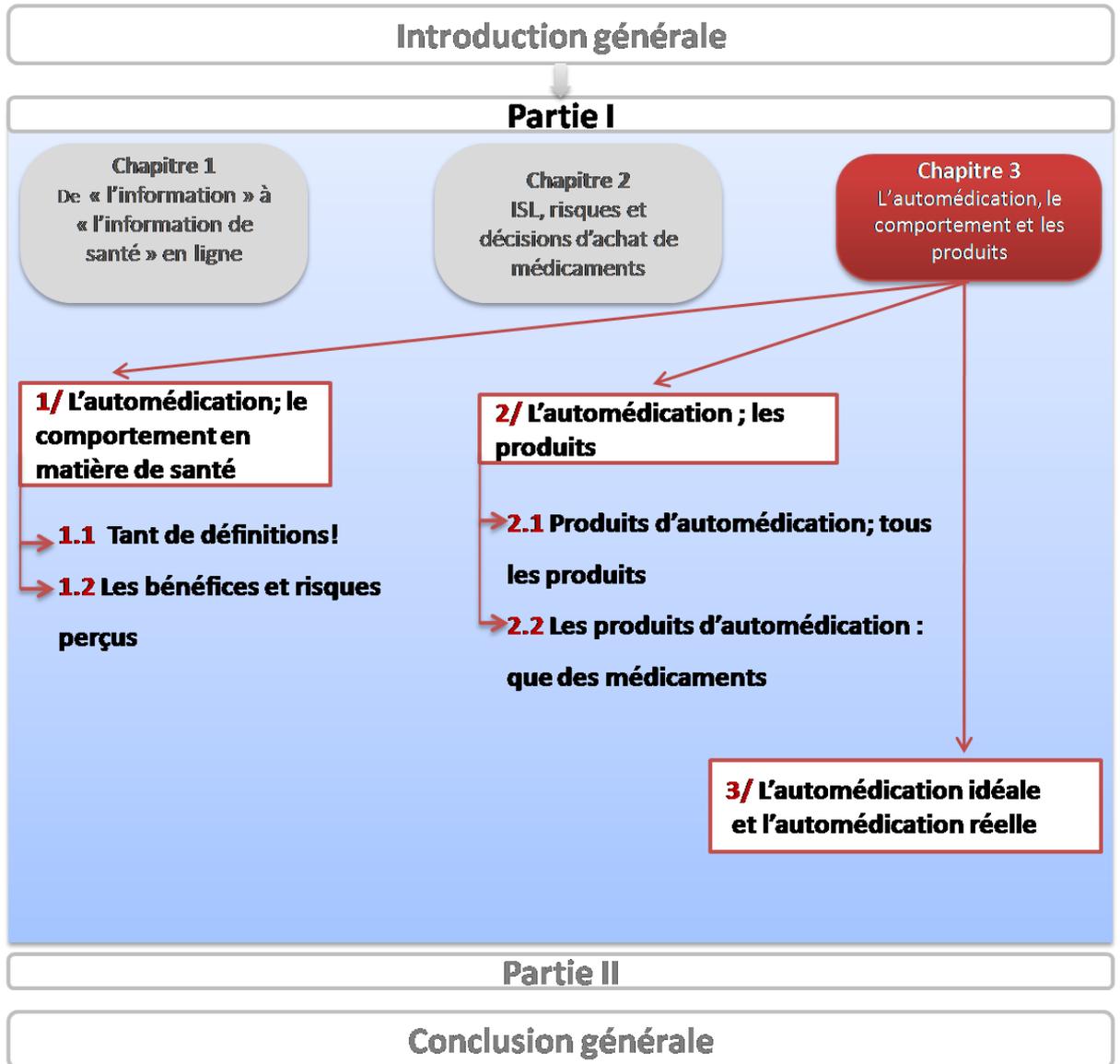
On peut ainsi supposer que l'usage d'internet comme source d'information augmente la disponibilité mentale d'événements qui se révèlent négatifs ou déplaisants consécutivement à la consommation d'un médicament. C'est ainsi que l'heuristique de disponibilité peut exercer une influence sur l'estimation de risques de ce même médicament par rapport à d'autres (dans la même catégorie – classe thérapeutique-) et dont on parle moins, quoiqu'aussi (ou plus) dangereux.

Slovic et Fischhoff soulignent qu'une des conséquences particulièrement importantes de l'heuristique de disponibilité est que le débat (par exemple via les supports média) sur des événements caractérisés par un risque de faible probabilité, peut augmenter leur mémorisation et leur imagination. Ainsi le risque perçu de l'événement en question augmente, et ce, indépendamment de ce que révèlent les données empiriques obtenues grâce aux analyses réalisées par les spécialistes (F. Slovic et Fischhoff 1982). Par exemple : lorsque les effets secondaires des médicaments (événements de faible probabilité) sont très médiatisés, nous nous rappelons plus aisément ces événements lorsque nous établissons des estimations des bénéfices / risques de ces produits. Cela donne l'impression que le nombre d' effets secondaires liés au médicament est plus élevé qu' il ne l'est en réalité.

¹³⁸ Nous précisons qu'il s'agit de résultats obtenus à la fin des années 70. Le contexte informationnel actuel et l'évolution de l'incidence ainsi que des traitements relatifs à ces pathologies, laissent supposer qu'un changement dans l'estimation relative à ces événements est fort envisageable.

Enfin, Tversky et Kahneman affirment que l'estimation qu'établit un individu de la probabilité d'un événement est fonction de l'occurrence récente d'événements de la même catégorie. Ainsi, les gens ont tendance à attribuer trop d'importance à l'information récente lors de l'évaluation des probabilités des événements. Sur ce point, Lemaire a constaté que pendant les grandes campagnes contre le sida, les gens estiment que le nombre de décès que cause cette maladie est plus élevé que ceux qui sont provoqués par des accidents vasculaires cérébraux (AVC)(Lemaire 1999, 242).

Chapitre 3 : L'automédication, le comportement et les produits



Encadré 4: Présentation du plan du chapitre III

1. L'automédication; le comportement en matière de santé

1.1 Tant de définitions !

Selon l'OMS, un *comportement en matière de santé* est une activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but¹³⁹. Les comportements en matière de santé sont nombreux¹⁴⁰, l'automédication « *self medication* », en est un exemple. Celle-ci consiste, selon la même institution¹⁴¹ en « *the selection and use of medicines by individuals to treat self-recognised illness or symptoms* »¹⁴². L'OMS précise que l'automédication

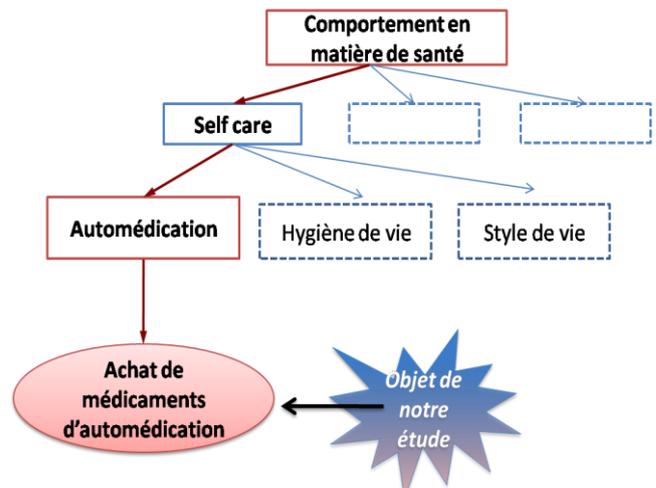


Figure 26: L'achat de médicaments d'automédication : un comportement en matière de santé

constitue une des facettes du « selfcare »¹⁴³, ou « la prise en charge de sa santé par l'individu lui-même »¹⁴⁴, qui comprend entre autres: hygiène de vie, hygiène

¹³⁹ Traduction libre: "any activity undertaken by an individual, regardless of actual or perceived health status for the purpose of promoting, protecting or maintaining health, whether or not such behaviour is objectively effective towards that end". Voir: Health Promotion Glossary (Page 18)

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

¹⁴⁰ L'OMS précise qu'effectivement, presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé. Dans ce cas, il est utile d'établir une distinction entre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé (comme indiqué dans la définition du comportement en matière de santé) et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé.

¹⁴¹ Site officiel de l'OMS (Organisation mondiale de la santé):

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/jwhozip32e/3.2.html>

¹⁴² La traduction donnée sur le site de l'AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable) est la suivante: « L'automédication responsable consiste, pour les individus, à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées » :

<http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/304-qu-est-ce-que-l-automedication.aspx>

¹⁴³ Self-care is "what people do for themselves to establish and maintain health, prevent and deal with illness." Source, le site de l'OMS:

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/jwhozip32e/3.1.html>

alimentaire, style de vie...etc.¹⁴⁵ L'automédication se définit à la fois par un comportement : se soigner soi-même sans un avis médical de médecins et par les produits utilisés dans ce sens. Sur le plan législatif, Mascret, affirme que la notion d'automédication ne dispose pas, en tant que comportement et en tant que catégorie de médicaments, d'une définition juridique précise (Mascret 2009), elle est même absente du code de la santé publique¹⁴⁶. Sur ce point, nous avons identifié de nombreuses divergences quant à l'inclusion ou l'exclusion de produits catégorisés comme étant des produits d'automédication. Avant de revenir sur ce point dans la section suivante, nous proposons de décrire l'automédication en nous focalisant sur la dimension santé¹⁴⁷ de ce comportement. Peter et Olson désignent sous le vocable de comportement, toutes les actions physiques des consommateurs qui peuvent être directement observées et mesurées par d'autres. Un comportement pour ces auteurs peut être appelé *comportement manifeste* pour le distinguer des activités mentales, telles que la pensée,

Plus précisément, le Self-care est une pratique fréquente initiée et autogérée (self-managed) par le malade en réponse aux symptômes de maladie. Elle consiste essentiellement, pour un profane, à prévenir, détecter et traiter ses problèmes de santé. Ceci implique de prendre des mesures de prévention (telles que la consommation de suppléments de vitamines), l'auto-traitement des symptômes (tels que la prise des remèdes maison ou médicaments en vente libre) ainsi que la gestion des maladies chroniques diagnostiquées (par exemple, l'utilisation de l'insuline par un diabétique).

Voir: Cockerham, W. C. (2014). *Medical sociology*. John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁴⁴Traduction proposée par l'AFIPA ;

<http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/304-qu-est-ce-que-l-automedication.aspx>

¹⁴⁵ En utilisant l'expression « *to treat self-recognised illness or symptoms* », la définition qu'attribue l'OMS à l'automédication nous semble *partielle*. En effet, celle-ci souligne davantage l'usage curatif des médicaments (ou autres produits de santé). Or, l'achat de produits d'automédication est une réponse de santé pour des motifs curatif et/ou préventif. En effet, une partie des médicaments (et des produits de santé en général) est indiquée pour prévenir des pathologies et non pas pour les traiter. La législation française par exemple, définit le médicament comme « *..toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines...* » (Code de la santé publique - Article L5111-1). Lorsqu'on achète le vaccin contre la grippe par exemple, on ne traite pas les symptômes de la grippe, quand on sait que ce médicament est justement indiqué pour prévenir cette maladie.

¹⁴⁶Nous avons effectué une recherche du mot automédication dans le code de la santé publique disponible sur le site internet officiel légifrance.

Il n'y aucun résultat correspondant au mot « automédication » :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150401>

¹⁴⁷ Compte tenu de leurs enjeux économiques, politiques, et juridiques, les définitions générales de la santé et de la maladie soulèvent d'importantes difficultés. Nous convenons de considérer la santé comme un état positif tel que le suggère l'OMS ; quant à la maladie, elle se présente comme un état indésirable vécu par un sujet.

En outre, la définition de la « santé » n'est pas la même pour tous. Suivant une approche médicale, la santé est décrite sous l'angle physiopathologique. À cette définition, se juxtapose un ensemble de définitions qui s'inspirent des approches historico-culturelles, d'anthropologie, d'ethnologie...etc. Voir : Frédérique Desforges, "Histoire et Philosophie: Une Analyse de la notion de Santé," *Histoire, Économie et Société* 20, no. 3 (2001): 291-301.

qui ne peuvent pas être observées directement¹⁴⁸(Peter et Olson 2009, 22). Au sens large, l'achat de médicament dans le cadre de l'automédication est un comportement d'un individu vis-à-vis d'une maladie ¹⁴⁹.

À cet effet, Mechanic a proposé un modèle qui décrit le comportement d'un individu vis-à-vis d'une maladie(illness behavior¹⁵⁰). L'intérêt que nous accordons particulièrement à ce modèle vient des similitudes avec le modèle EKB auquel nous faisons référence, d'autant plus qu'il tient compte des caractéristiques d'un problème lorsque celui-ci est lié à la santé. Pour cet auteur, la réponse d'un individu vis-à-vis de symptômes (problème de santé perçu) dépend de son propre cadre de définition de ce même problème. Celui-ci peut être influencé par les définitions qu'attribuent d'autres personnes à ce problème, mais il est en grande partie façonné par l'apprentissage, la socialisation et les expériences passées, médiatisés par le contexte social et culturel d'une personne(Mechanic 1978)



Figure 27: : Le comportements vis-à-vis de la maladie, décrit par Mechanic (1972)

Nous tenons à préciser que pour Mechanic, l'évaluation d'une maladie se déroule en deux étapes. Dans la première étape, les personnes surveillent leurs corps afin d'apprécier la durée, l'intensité et la persistance du malaise. Dans la deuxième étape, qui peut se produire presque simultanément, ils cherchent des explications aux changements perçus. Dans le cas où ils ne trouvent aucune explication satisfaisante, les

¹⁴⁸ Traduction libre: "*behavior* refers to the physical actions of consumers that can be directly observed and measured by others. It is also called overt behavior to distinguish it from mental activities, such as thinking, that cannot be observed directly"

¹⁴⁹ Dans une telle situation, de nombreux comportements peuvent être observés; la recherche d'informations externe, le déplacement vers un lieu de vente, l'observation des produits disposés dans une officine...etc.

¹⁵⁰ « Illness behavior » est un concept introduit par David Mechanic en 1962. Par ce terme, ce dernier se réfère à la façon dont les gens perçoivent, évaluent leurs symptômes, ainsi que les décisions relatives au suivi (ou non suivi) du traitement. Il cherche à décrire la grande variabilité des réactions aux symptômes et à la maladie et identifier les différents facteurs socioculturels, environnementaux et psychologiques qui affectent les réactions des uns et des autres.

Traduction libre: "*the ways in which , "given symptoms" may be differentially perceived, evaluated, and acted (or not acted), upon by different kinds of persons.*"(Mechanic 1962)

individus se tournent vers leur environnement pour chercher de nouveaux indices et des explications. Les interprétations qui en résultent, à la lumière des connaissances personnelles, peuvent alors jouer un rôle dans l'initiation effective des soins (Mechanic 1972). Nous présentons graphiquement les relations entre ces deux modèles dans la figure suivante :

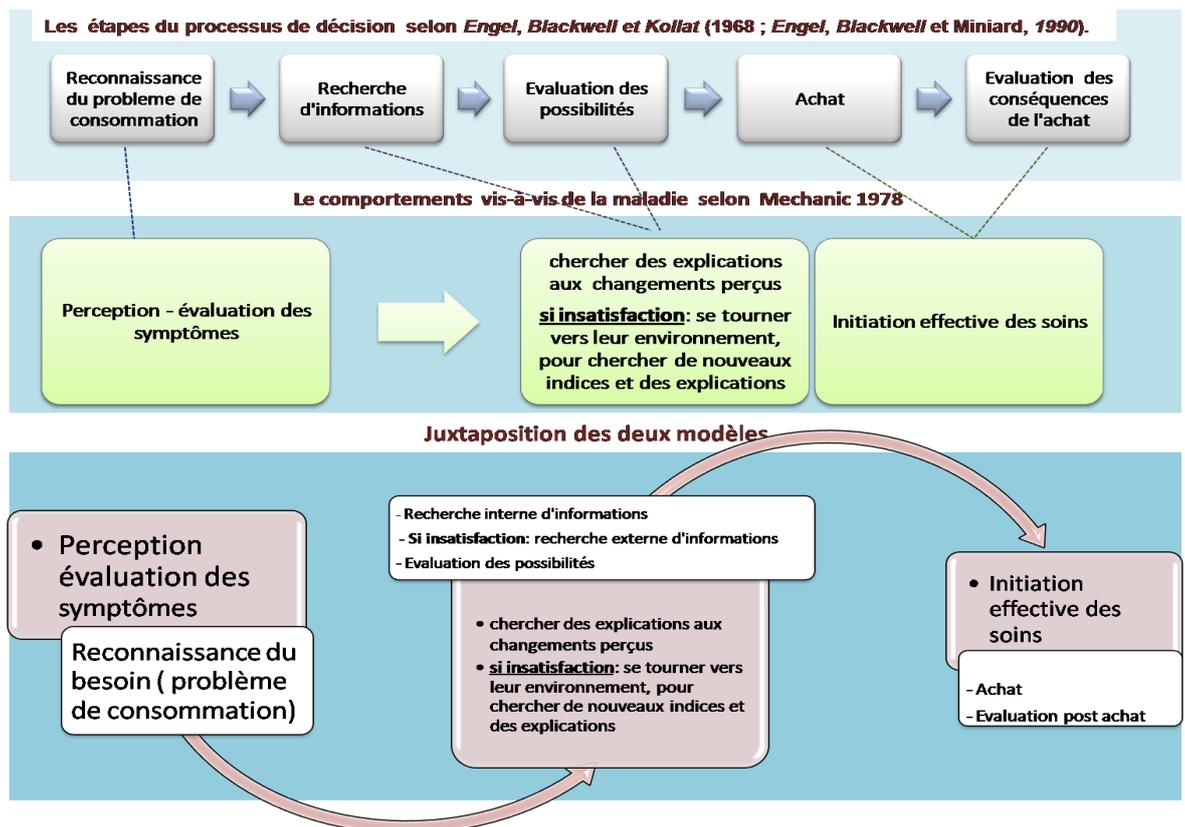


Figure 28: Similitude entre le processus de prise de décision (automédication = comportement de consommateur) et du modèle d'évaluation d'une maladie (automédication = comportement de santé)

1.2 Les bénéfices et risques perçus :

L'automédication est une pratique individuelle régie par une multitude de facteurs psychologiques, économiques et physiques (R. E. Johnson et Pope 1983; Bush et Rabin 1976). Un vice-président de l'ordre national des médecins va jusqu'à qualifier l'automédication de « *réalité culturelle, sociale*¹⁵¹ ». Fainzang souligne: « *l'automédication a fait l'objet de perceptions contrastées dans le temps, liées aux*

¹⁵¹ Voir: « Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins » février 2001
 Jean Pouillard est également membre de la Société française de l'Histoire de la Médecine.

implications sociales, économiques, thérapeutiques et culturelles de cette pratique »(Fainzang 2015). Il n'est guère étrange que l'intérêt et les inconvénients de cette pratique présentent des disparités auprès des différents acteurs. Nous avons repéré, sans pour autant dresser une liste exhaustive, les bénéfices et risques qui appuient notre compréhension du processus décisionnel d'achat de médicament d'automédication.

1.2.1 Bénéfices :

1.2.1.1 A titre individuel :

- En ce qui concerne la santé, l'automédication satisfait le besoin de soulagement rapide que recherchent les malades(Coulomb et Baumelou 2007, 10). De son côté, l'Ordre des médecins évoque que, par leur recours à l'automédication, les malades cherchent « *une amélioration personnelle **rapide** ou avec l'aide du pharmacien, ou par manque de temps réel ou fallacieusement invoqué, par impatience ou commodité* »(Pouillard 2001).
- Ceci nous conduit à évoquer une autre forme d'avantage économique recherchée par le recours à l'automédication, à savoir, le gain de temps par la réduction du besoin de consulter le médecin(Oster et al. 1990; Ryan et Yule 1990; Sleath et al. 2001). En effet, en référence aux deux derniers rapports français cités ci-dessus, la perception d'un faible risque lié au problème de santé perçu ainsi qu'aux médicaments, justifie aux yeux des malades de se dispenser d'une consultation médicale ou de la reporter. Pour l'ordre des médecins, « *Le besoin de "se traiter" correspond à la survenue des symptômes, maux en apparence bénins (...), dont l'intensité ou la gêne fonctionnelle n'est pas de nature à limiter les activités habituelles, en attente d'une éventuelle consultation médicale* »(Pouillard 2001). Il s'agit pour Baumelou, et Coulomb, de l'un des principaux motifs de recours à l'automédication en France : « *le fait que le problème est considéré comme bénin et ne nécessite pas de consultation médicale, et le fait qu'il s'agit d'un problème familier pour lequel le médicament est déjà connu.* »¹⁵²

¹⁵²(« Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs » 2015)

1.2.1.2 En termes de santé publique

Dans un rapport publié par l’OMS, les auteurs affirment que l’augmentation de la prévalence des maladies chroniques soulève non seulement des questions relatives à la qualité de vie des malades et aux coûts des soins relatifs, mais aussi, le problème de la disponibilité d’effectifs suffisants pour répondre aux besoins croissants des malades en matière de santé¹⁵³. Dans ce sens, l’automédication qui concerne des affections mineures, permet d’un côté, aux médecins de se libérer davantage afin de passer plus de temps pour répondre aux besoins de patients souffrant de maladies bien plus graves (Bennadi 2013; Ryan et Yule 1990; Wilkinson et Whitehead 2009), et d’un autre côté, de réduire les dépenses directes liées aux consultations médicales (Ryan et Yule 1990). L’automédication, toujours, quand il s’agit d’affections mineures, serait encore plus commode pour les populations qui vivent en zones rurales ou éloignées (Bennadi 2013), d’autant plus que la désertification médicale touche 2 millions de Français¹⁵⁴. Les auteurs du rapport « *situation de l’automédication en France et perspectives d’évolution* » affirment que l’automédication, au même titre que l’apprentissage de la prévention primaire, répond aux besoins de santé publique, dans la mesure où ce comportement responsabilise le patient et l’encourage à introduire des changements dans sa vie, pour le traitement ou la prévention des pathologies (Coulomb et Baumelou 2007). D’ailleurs, l’accès rapide aux médicaments par le recours à l’automédication¹⁵⁵ se révèle plus avantageux en termes de santé publique dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées (Camp, Wilkerson, et Raine 2003). Concernant le sevrage tabagique aux USA, Shiffman et Sweeney ont estimé, en se basant sur des données de ventes des substituts nicotiques, que le nombre de démarches personnelles de vouloir arrêter de fumer en utilisant ces substances, a plus que doublé, passant de 2,5 millions en 1995 (c’est à dire, avant que les substituts nicotiques ne soient vendus en OTC) à 5,8 millions en 1997 (après que les substituts nicotiques soient vendus en OTC). Pour ces auteurs, l’automédication, en employant des substituts nicotiques en PMF, a permis d’augmenter l’utilisation de ces produits (Shiffman et Sweeney 2008).

¹⁵³Voir: « WHO | Preventing chronic diseases: a vital investment », http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/presentation/en/.

¹⁵⁴ Voir: dossier en ligne : Garantir un accès aux soins équitable, la lutte contre les déserts médicaux <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>

¹⁵⁵ En France, c’est le levonogestrel (NORLEVO®) et ELLAONE® qui sont utilisés à cette fin.

1.2.2 Risques :

Bien que « l'automédication » dégage un ensemble de pratiques qui ne font pas consensus chez tous ceux qui l'ont étudiée, la littérature dominée par les sciences médicales décrit le risque associé à ces produits davantage en termes de risque pour la santé, et ce, à travers les conséquences toxico-pharmacologiques à court et à long terme de leurs usages. Elle rapporte en effet les différents accidents susceptibles d'être provoqués par l'automédication, ou qui ont déjà été observés (Oster et al. 1990)¹⁵⁶. Nous en proposons quelques exemples puisés durant notre observation en officine, et ce, en nous basant sur la classification de Queneau (Queneau 2008) :

- Les risques sans mésusage du médicament : l'emploi de Tiorfast 100mg¹⁵⁷ pour traiter une diarrhée aiguë, par une personne ayant des problèmes d'intolérance au lactose (le lactose est un excipient rentrant dans la composition de la gélule). Ou bien l'utilisation du bain de bouche : Hextril pour traiter un muguet !
- Les risques par mésusages médicamenteux : c'est le cas par exemple de l'utilisation de médicament pour une indication inappropriée, tel que l'usage de l'aciclovir pour le traitement des aphtes !
- Les risques par interactions médicamenteuses : notamment chez les malades traités en poly-thérapie. Exemple : l'emploi de Rhinadvil pour traiter un rhume chez une personne, qui est déjà traitée par un autre AINS¹⁵⁸.
- Les risques de retarder le diagnostic de la maladie en cause: traitement des remontées acides fréquentes par des IPP¹⁵⁹, qui peut retarder le diagnostic d'un ulcère gastroduodénal.

¹⁵⁶(Oster et al. 1990)

¹⁵⁷ Voir: le résumé des caractéristiques du produit :

http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0156765.htm#Rcp_6_1_ListeExcipients

¹⁵⁸ AINS (Anti-inflammatoires non-stéroïdiens): est une classe de médicaments utilisés notamment comme traitement de la douleur légère à modérée, mais également dans certains cas de métastases cancéreuses.

Voire : PAGE, Clive P. *Pharmacologie intégrée*. De Boeck Supérieur, 1999.

¹⁵⁹ IPP : *Inhibiteur de Pompe à Protons* : classe de médicaments utilisés notamment pour traiter les symptômes de l'ulcère peptique.

Voire : PAGE, Clive P. *Pharmacologie intégrée*. De Boeck Supérieur, 1999

La question du coût et donc des conséquences économiques, qui découlent d'un usage irrationnel de médicament de PMF, a été soulignée par l'OMS, comme un risque potentiel pour l'individu et pour la communauté. L'usage rationnel suppose, selon cette organisation, que « *les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité* »¹⁶⁰. Jaillon évoque aussi la question du coût. Pour cet auteur, le bon usage de médicament « *doit se faire dans l'optimisation des ressources de la communauté, de la nation, mises au service de la santé* »¹⁶¹.

2. L'automédication ; les produits

La délimitation des produits qualifiés de produits d'automédication ne fait pas l'unanimité¹⁶². Nous avons distingué en effet principalement deux groupes de produits :

2.1 Produits d'automédication; tous les produits

Au niveau de l'OMS, on parle plutôt de produits d'automédication qui sont définis comme l'ensemble des produits « *qui ne requièrent pas une prescription médicale; produits, distribués et vendus aux consommateurs principalement pour qu'ils soient utilisés de leur propre initiative et sous leur responsabilité, et ce, lorsqu'ils considèrent une telle utilisation comme convenable* »¹⁶³. La liste des produits entrant dans cette catégorie se trouve mal circonscrite car les produits d'automédication incluent aussi bien les médicaments que d'autres produits de médecines alternatives, des suppléments alimentaires, ...etc. On trouve la même conception dans la définition de Lecompte. Pour cette auteure, l'automédication est un comportement qui ne se limite pas à l'utilisation

¹⁶⁰ Voir: (« OMS | Usage rationnel des médicaments » 2015)
http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/

¹⁶¹ voir : Collectif, *Bon usage du médicament: responsabilité individuelle et collective* (John Libbey Eurotext, 1999), 5-6.

¹⁶² Nous avons effectivement constaté que les définitions de l'automédication (et des produits) sont déterminées en fonction de nombreux critères tels que le type de pathologie concernée (aiguë ou chronique), la présence ou non du conseil du pharmacien ou bien la classification des produits destinés à cette pratique. C'est cette dernière qui revient le plus souvent et que nous avons prise comme critère de classification des différents produits d'automédication.

¹⁶³(« WHO Drug Information Vol. 14, No. 1, 2000 », s. d., 20)

Traduction libre de : "as those not requiring a medical prescription and produced, distributed and sold primarily to consumers for use on their own initiative and responsibility when they consider such use appropriate".

des médicaments comme remède: «*l'automédication consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical ; la décision thérapeutique peut-être médicamenteuse ou autre* »(Lecomte 1999).

Nous soulignons que la définition qu'attribue cette auteure aux produits d'automédication manque de clarté :

- Dans un premier temps, cette classe de produits inclut aussi bien les médicaments que d'autres produits : «*la décision thérapeutique peut-être médicamenteuse ou autre* »
- Ensuite, l'auteure restreint l'automédication à l'usage exclusif des médicaments. Elle affirme en effet, dans la suite de sa définition, que l'automédication «*est une pratique extrêmement fréquente, le malade analyse ses symptômes, leur intensité, leur durée et décide en première intention de ne pas consulter un médecin, mais, soit d'utiliser un médicament dont il dispose dans sa pharmacie familiale, soit d'acquérir un médicament sans ordonnance* ».
- Enfin, elle réintègre à nouveau les produits non classés comme médicaments dans la liste des produits d'automédication. Pour l'auteure, l'automédication «*a un sens plus restreint, c'est ce mode de traitement : l'acquisition d'un produit sans ordonnance* ».

Pour Queneau et Ghasarossian les produits d'automédication englobent tous les produits qu'un malade peut utiliser pour traiter une pathologie. Il s'agit de médicaments qui « *dans le meilleur des cas... spécialités d'automédication : médicaments ayant l'AMM et adaptés au traitement personnel de certains troubles mineurs ... ou de situations clairement définies sans le recours nécessaire au conseil d'un médecin.* »(Bouget 2013). Ils signalent tout de même que la liste des médicaments d'automédication inclut également :

- L'ensemble des anciens médicaments gardés dans l'armoire à pharmacie et antérieurement prescrits à soi-même (pour la même ou pour une autre maladie) ou à un tiers¹⁶⁴.
- Et tout traitement « non médicamenteux tel que les bracelets de cuivre ainsi que le recours à « des pratiques charlatanesque diverses ».

Dans le même sillage, Degos élargit la liste de produits d'automédication aux produits du self-care. Du point de vue de cet auteur : « *L'automédication désigne également l'utilisation de nouveaux appareils qui font appel à la pratique automédiquée. Ainsi, la prise de la tension artérielle ou encore, le dosage personnel de la glycémie par les diabétiques sont-ils entrés dans la pratique courante chez soi.* »(Degos 2007).

2.2 Produits d'automédication: que des médicaments

Dans les définitions qui vont suivre, les auteurs réservent l'appellation « produits d'automédication » aux seuls produits qui portent la mention « médicament ». Par ailleurs, il y a ceux qui spécifient les seuls médicaments de PMF (prescription médicale facultative) comme étant des médicaments d'automédication et ceux qui ne font pas de distinction entre les médicaments de PMF et les autres médicaments. Il convient tout d'abord, de faire un bref rappel des caractéristiques des médicaments comparés aux autres produits d'automédication ainsi que leur classification. Compte tenu de l'objet de notre étude, nous nous intéressons particulièrement à la classification de médicaments basée sur leurs modalités de délivrance en officine (on écarte les classifications pharmacologiques, chimiques, galéniques..etc.).

2.2.1 Médicaments PMF et médicament PMO

2.2.1.1 Médicaments et autres produits :

Le médicament est un bien industriel dont la production et la commercialisation sont soumises à une réglementation rigoureuse. D'un côté, sa production doit suivre les

¹⁶⁴A ce titre, Baumlou exclut du champ de l'automédication « les déviations d'usage : usage de substances ne répondant pas aux exigences d'une autorisation de mise sur le marché, réutilisation de médicaments antérieurement prescrits, usage hors indications de médicaments non listés »(Baumelou 2007)
A Baumlou (ancien président du groupe de travail : prescription médicale facultative de l'Afssaps et coauteur du rapport « situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution »).

bonnes pratiques de fabrication, édictées par des agences nationales, tels l'ANSM en France, ou le FDA (Federal Drug Administration) pour les États-Unis, mais également des agences internationales telles que l'EMA (European Medicines Agency). D'un autre côté, la réglementation concerne aussi sa commercialisation, qui dépend en grande partie des professionnels de santé, notamment les médecins et les pharmaciens¹⁶⁵. À la différence des autres produits utilisés dans le cadre du self-care, tels que les compléments alimentaires¹⁶⁶, les médicaments ne peuvent être commercialisés dans le circuit officiel, sans AMM, ou vendus en dehors des officines (virtuelles ou réelles). Serre et Wallet-Wodka rappellent que la prescription, ainsi que la délivrance de cette catégorie de produits sont considérées comme des actes médicaux, qui doivent également suivre les règles de la déontologie et du code de la santé publique (Serre et Wallet-Wodka 2014).

À ce propos, les médicaments font partie des produits pour lesquels le rôle des prescripteurs dans l'orientation des choix des consommateurs est important, d'autant plus que la législation préconise expressément de les consulter. Aussi bien à l'échelle Européenne¹⁶⁷ qu'en France, la recommandation de consulter un médecin ou un pharmacien pour toute précision ou conseil relatif à l'utilisation du produit est obligatoire sur toutes les notices des médicaments. L'Article. R. 5121-149 du code de la santé publique stipule clairement : « *La notice est établie en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit... Elle comporte également, dans l'ordre, les indications suivantes : h) La recommandation de consulter un médecin ou un pharmacien pour toute précision ou conseil relatif à l'utilisation du produit ; ...* »¹⁶⁸.

¹⁶⁵ D'autres professionnels de santé tels que les dentistes, les sages femmes et les vétérinaires disposent du droit de prescription de médicaments dans leurs domaines d'activités.

¹⁶⁶ La directive 2002/46/CE du Parlement Européen, transposée en France par le décret du 20 mars 2006 donne la définition suivante aux produits désignés comme compléments alimentaires: « on entend par compléments alimentaires les denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés... ».

¹⁶⁷ Voir : « DIRECTIVE 2004/27/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 31 mars 2004 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain »

http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2004_27/dir_2004_27_fr.pdf

¹⁶⁸ Voir : Code de la santé publique - Article R5121-149

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914901&dateTexte=&categorieLien=cid>

2.2.1.2 Le pharmacien et l'orientation des choix relatifs à l'achat de médicaments

La littérature évoque davantage le conseil qui détermine le choix des alternatives thérapeutiques à travers l'évolution de la relation médecin-patient, passant à côté des décisions prises au sein des officines, impliquant l'intervention directe du pharmacien et non pas celle du médecin¹⁶⁹. Concernant la relation médecin-patient, son caractère asymétrique est parfaitement illustré dans une fameuse citation de Louis Portes (ancien président du Conseil de l'Ordre des Médecins). Pour ce dernier, « *face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir affaire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper (...) un enfant à consoler (...) ou simplement à guérir. L'acte médical normal n'est essentiellement qu'une confiance qui rejoint librement une conscience.* » (Portes 1954). En effet, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la décision relative aux alternatives thérapeutiques était une affaire de médecins. Ces derniers estimaient en effet, qu'eux seuls possédaient le savoir ainsi que la distance nécessaire pour juger, tandis que le patient embrouillé par sa souffrance, ne connaît de sa maladie que ses symptômes.

Le modèle relationnel «paternaliste» auquel fait référence l'auteur était fondé sur le principe de bienfaisance à l'égard du malade assimilé à un « mineur » affaibli par sa pathologie (Rameix 1997) et qui faisait confiance au médecin comme l'enfant à ses parents. Le médecin devait donc soutenir et protéger le patient et surtout le libérer de la responsabilité de décision. Ainsi, les décisions ne pouvaient et ne devaient être prises – pour des raisons morales – que par des médecins guidés par leur conscience professionnelle. La réflexion sur le diagnostic (identification du problème de santé) et le traitement (alternatives), appartenait avant tout au médecin selon le modèle paternaliste dans sa version la plus traditionnelle (d'où le vocabulaire : « l'ordonnance », « prescription »), du fait qu'on considérait que le patient n'est pas en état de délibérer.

¹⁶⁹ De notre point de vue, cette omission est justifiée par la « banalité » des pathologies évoquées au niveau des pharmacies, relativement aux problèmes de santé « compliqués » observés au niveau des hôpitaux ou à un niveau inférieur, dans les cabinets médicaux. Les pharmaciens ne peuvent pas délivrer les médicaments de PMO sans l'autorisation d'un médecin ou d'un autre professionnel habilité. Ils représentent tout de même la principale source d'information pour les médicaments en vente libre (Cockerham 2015).

L'Ordre des pharmaciens compte 22134 officines réparties en France.

La médicalisation de la société a fait du médicament un outil thérapeutique central. La notion du consumérisme des biens de santé qui fait son apparition selon Lupton dès les années 70, stipule que les « malades » évoluent vers une approche plus « consumériste » lorsqu'ils cherchent à obtenir des biens de santé (Lupton 1997). Pour Roland, « *la personne malade n'est plus la même. Elle sollicite ou elle exige une information précise sur son état... Il est loin le temps de la consultation où le malade ne s'exprimait que pour décrire ses symptômes et où il se satisfaisait d'informations tronquées* » (Roland 2007). L'OMS par exemple, décrit les individus qui ont recours à l'automédication de consommateur : « *Self-medication involves the use of medicinal products by the consumer to treat self-recognized disorders or symptoms...* »¹⁷⁰. Le pouvoir décisionnel n'appartient plus exclusivement au médecin et autres professionnels de santé. La relation médecin-malade s'est « *considérablement modifiée en transformant un rapport dont la hiérarchie était basée sur la supériorité "technique" du praticien, (rapport considéré comme paternaliste), en un partenariat.* » (Roland 2007).

C'est ce qui ressort de la loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui stipule : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »¹⁷¹. La directivité du médecin se trouve aujourd'hui diminuée dans la mesure où le consentement éclairé du patient est exigé à chaque fois que cela est possible. Sous l'effet des ISL, Roland souligne que « *le médecin traitant a donc perdu l'exclusivité de la fourniture et de la détention des informations qui concernent le citoyen-patient* » (Roland 2007). De son côté Degos affirme qu'avec internet « *le patient est progressivement devenu acteur de sa santé et acteur de son soin, en ayant davantage accès à l'information, au savoir médical et même au savoir-faire médical dans certains cas* » (Degos 2007). Pour ce médecin, le rôle de ses confrères doit se diriger vers « *l'accompagnement et l'acquisition du savoir* » pour reprendre ses propos et les incite à « *être partenaire dans un partage de décision* » (Degos 2007).

En officine, Parrot et Delaveau observent la même tendance dans l'évolution de la relation pharmacien-patient : « *on constate une volonté croissante des citoyens d'être des*

¹⁷⁰Voir: WHO Drug Information Vol. 14, No. 1, 2000 », s. d., 20

¹⁷¹ Code de la santé publique l'article L. 1111-4 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>

acteurs de leur santé et de leur traitement. D'aucuns présentent ainsi le développement de l'automédication comme une réponse à un besoin accru d'autonomie des patients. Cette tendance est indéniable »(Parrot et Delaveau 2007).

Comparé aux professionnels de santé sur le plan informationnel, internet permet aux consommateurs :

- D'accéder à une instruction sur mesure, où on peut demander autant de détails que l'on souhaite à n'importe quel moment. À cela s'ajoute le fait que les préférences des utilisateurs sont présentées sous différents angles, avec différentes langues, et une terminologie adaptée à différents niveaux de compréhension.
- De répéter un nombre de fois indéterminé (ou de revoir) des supports de différents formats : texte ou multimédias (tutoriel) par exemple.
- Enfin, grâce au feed-back et la flexibilité temporelle, interagir avec un nombre indéterminé d'utilisateurs et demander, rectifier ou commenter des informations, à leur rythme.

A partir des éléments cités précédemment, nous proposons d'illustrer dans le schéma ci-après, les modalités de communication de l'information relative aux médicaments, qu'elle soit formelle ou informelle. Avec les technologies numériques, la communication de l'information de santé s'effectue davantage en mode réseau entre consommateurs.

2.2.1.3 Classification générale

Lors de leur mise sur le marché français, les médicaments sont classés en fonction de leur toxicité sur des listes et ceci, afin de réglementer leur prescription et leur délivrance¹⁷². Certains médicaments, considérés comme bien tolérés, peuvent ne

¹⁷² Les termes : délivrance et prescription sont couramment utilisés par les professionnels de santé pour décrire l'acte d'*attribuer un médicament* à un consommateur

L'ANSM précise « un médicament est prescrit, dispensé ou délivré par un pharmacien, puis administré au patient...la *prescription* est « l'acte par lequel un professionnel de santé préconise un traitement médical à son patient (par ordonnance)» ; quant à la *dispensation* (ou délivrance), elle représente « l'acte par lequel

pas être placés sur une liste, ils sont alors dits hors liste. Ainsi, les médicaments qui ne sont pas classés sur une liste sont en vente libre en pharmacie, c'est-à-dire qu'ils peuvent être délivrés par le pharmacien sans présentation d'une ordonnance à la demande du consommateur-patient¹⁷³.

Les médicaments en vente libre sont désignés par l'ANSM comme étant des médicaments de PMF (prescription médicale facultative) auxquels elle donne une définition par défaut ; il s'agit de tous les médicaments ne présentant pas de critères d'inscription sur une liste (listes I, II, stupéfiants¹⁷⁴) et qui ne représentent pas de dangers directs ou indirects liés à la substance active, même sans surveillance médicale. Les médicaments listés sont les médicaments de PMO : prescription médicale obligatoire.

Le classement établi par l'ANSM peut ensuite être modifié si des éléments nouveaux le justifient, et c'est ainsi que certains médicaments sont délistés ou au contraire réintégré dans la catégorie de médicaments listés¹⁷⁵. Par exemple,

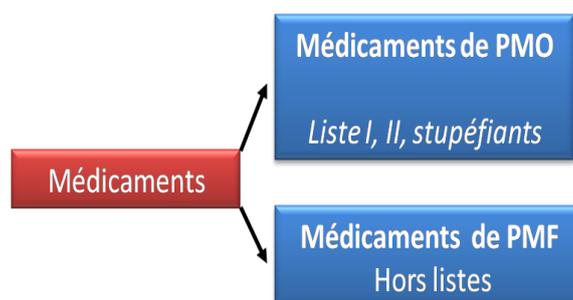


Figure 29: classification sommaire des médicaments

le pharmacien distribue le médicament au patient...La notion de dispensation implique un conseil, pas celle de délivrance »

Voir : « Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé »

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/medicaments-3.pdf>

¹⁷³ Bien entendu, ils peuvent être prescrits par les médecins.

¹⁷⁴ Liste I : médicaments dangereux à nocivité élevée, liste II : médicaments dangereux de moindres toxicités, les stupéfiants : sont les substances qui provoquent à la fois de l'euphorie et de la pharmacodépendance. .

¹⁷⁵ Le changement d'une liste d'un médicament requiert des producteurs pharmaceutiques d'adresser une demande aux autorités compétentes (ANSM en France, EMA au niveau européen, FDA aux États-Unis...etc.), qui fera l'objet d'une évaluation permettant d'estimer si le médicament en question peut être utilisé efficacement et sans danger par le patient en dehors du cadre médical. Au sein de l'ANSM, les évaluateurs suivent un document de référence qui précise les indications thérapeutiques qui conviennent à la PMF, ainsi qu'une liste de principes actifs reconnus comme adaptés à l'usage en PMF. Cette liste n'est pas figée, et peut être modifiée quand des nouveaux éléments le justifient. Ce document indique qu'une spécialité pharmaceutique doit répondre à certains critères (un conditionnement adapté à la posologie et à la durée prévue pour le traitement, la posologie et le mode d'administration doivent pouvoir être expliqués en termes simples, des explications qui permettent de connaître les signes dont la survenue doit inciter à demander l'avis d'un médecin....etc.), pour être adaptée à un usage hors contexte médical, en particulier une information aux patients, leur permettant de juger de l'opportunité du traitement, de comprendre leur mode d'utilisation. Les évaluateurs se réfèrent également à la réglementation européenne qui se trouve plus détaillée, et cela, même quand il s'agit de demandes d'AMM, ou de modification d'AMM, dans le cadre d'une procédure nationale.

Voir: Avis aux fabricants concernant les demandes d'autorisation de mise sur le marché des médicaments de la prescription médicale facultative. BO du 15/09/2005.

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080032.htm>

le consommateur ne pouvait acheter aucune des spécialités médicamenteuses contenant l'ESOMEPRAZOLE ou la TRIMEBUTINE car elles étaient toutes classées dans la catégorie de médicaments de PMO. Ces deux principes actifs ont été délistés respectivement en 2013¹⁷⁶ et en 2010¹⁷⁷, élargissant ainsi la liste des médicaments de PMF. Au contraire, l'ORLISTAT qui avait été délisté en 2009¹⁷⁸, a été réintégré à nouveau dans la liste de médicaments de PMO en 2012.

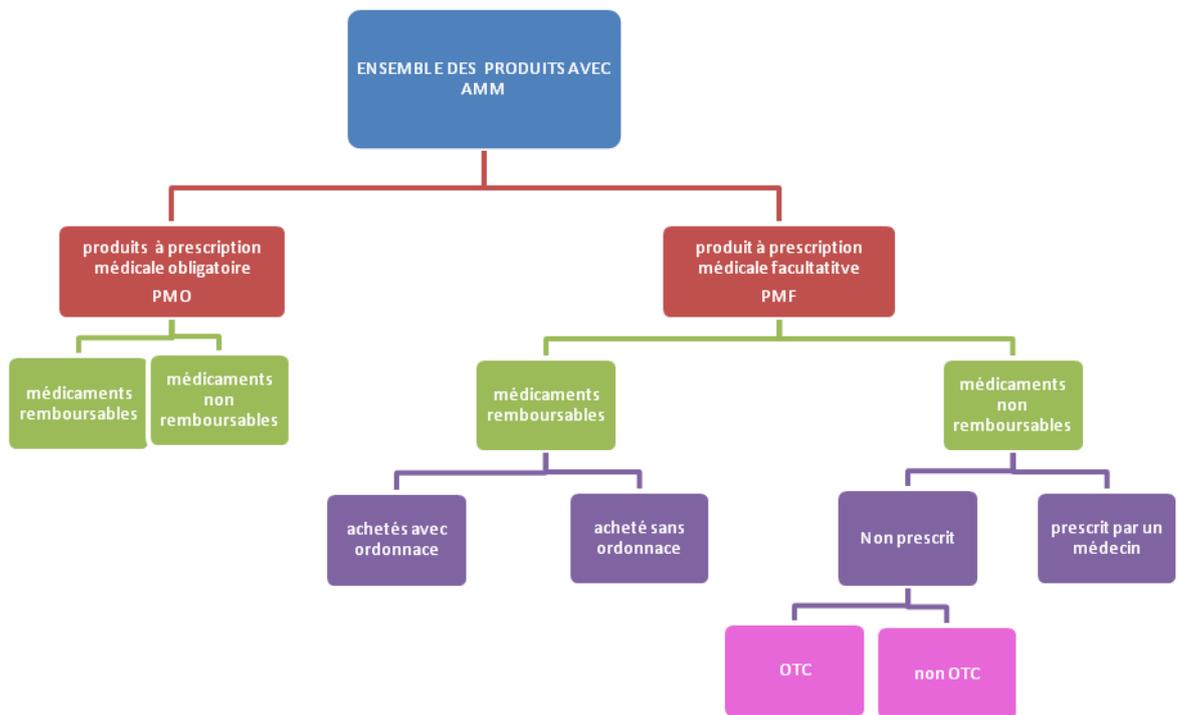


Figure 30: Classification des médicaments

Le médicaments ; quelles spécificités ?

Nous présentons dans le tableau suivant quelques caractéristiques des 4P des médicaments de PMF, tout en soulignant d'une part leurs caractéristiques communes

¹⁷⁶(Arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine 2015)

¹⁷⁷(Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine 2015)

¹⁷⁸ Arrêté du 22 avril 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine | Legifrance »

avec les médicament de PMO, et d'autre part, avec les produits de consommation courante. Des exemples seront donnés en guise d'illustration de produits appartenant à ces trois catégories de produits.

	Produits de consommation courante	Médicaments d'automédication (PMF)	Médicaments de PMO
Produit	<p><u>Sans AMM</u> (Autorisation de mise sur le marché)</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les <i>pastilles</i> pour la gorge Oropolis • Complément alimentaire indiqué en cas de « baisse de la forme » : SUPRADYN INTENSIA® 	<p><u>Avec AMM</u></p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les <i>pastilles</i> pour la gorge Lysopaïne, • Médicament: indiqué en cas de « fatigue passagère » : BEROCCA • <i>Pilule contraceptive (pilule du lendemain)</i> : Norlevo • <i>Médicament antalgique</i> : CODOLIPRANE 400 mg/20 mg (paracétamol + codéine) 	<p><u>Avec AMM</u></p> <p>Suivi obligatoire de protocoles précis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour démontrer les propriétés thérapeutiques mises en avant par le fabricant • pour la production « Les bonnes pratiques de fabrication »* • relativement à la composition du contenant**, • toutes mentions sur l'emballage*** • suivi post commercialisation(pharmacovigilance)...etc. <p>Tout changement fait l'objet d'une modification d'AMM (ANSM ou EMA)</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pilule contraceptive</i> : Jaminelle, • <i>Médicament antalgique</i> : CODOLIPRANE 500 mg/30 mg(paracétamol + codéine)
Prix	<p>Fixé librement par les distributeurs</p>	<p>Médicaments remboursés : fixé par les pouvoirs publics</p> <p>Exemple :</p> <p>Pilule contraceptive (pilule du lendemain) : Norlevo</p>	<p>Fixé par les pouvoirs publics</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CODOLIPRANE 400 mg/20 mg (paracétamol + codéine)

			<ul style="list-style-type: none"> <i>CODOLIPRANE 500 mg/30 mg(paracétamol + codéine)</i>
		Médicaments non remboursés : libre Exemple : <i>Les pastilles pour la gorge Lysopaïne,</i>	
Publicité ¹⁷⁹	Autorisée pour le grand public (GP)	Autorisée pour le grand public si Visa GP (ANSM) Exemple : Médicament: <i>indiqué en cas de « fatigue passagère » : BEROCCA</i>	
		Autorisée uniquement pour les professionnels de santé, après l'accord des autorités publiques (ANSM) Exemple :Médicament antalgique : : <i>CODOLIPRANE 400 mg/20 mg (paracétamol + codéine)</i>	Autorisée uniquement pour les professionnels de santé, après l'accord des autorités publiques**** (ANSM) Exemple : Médicament antalgique : : <i>CODOLIPRANE 500 mg/30 mg(paracétamol + codéine)</i>
Distribution	<ul style="list-style-type: none"> <i>Officine, GMS, parapharmacie, magasins spécialisés...etc.</i> <i>Vente sur internet</i> <i>La consultation du prescripteur n'est pas une obligation pour se procurer le produit</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Uniquement en officine</i> <i>Vente sur internet (pour les non remboursés)</i> <i>Le recours aux prescripteurs pour le choix des médicaments n'est pas obligatoire + OTC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Uniquement en officine</i> <i>Vente sur internet interdite</i> <i>Le recours aux prescripteurs pour le choix des médicaments est obligatoire.</i>

¹⁷⁹ Selon l'Article L.5122-1 du code de la santé publique : « On entend par publicité pour les médicaments à usage humain toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de ces médicaments, à l'exception de l'information dispensée, dans le cadre de leurs fonctions, par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur ». Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689929&dateTexte=&categorieLien=cid>

Tableau 4 : Caractéristiques de médicaments de PMF comparés aux produits de consommation courante et les autres médicaments (PMO), selon les 4 P.

* Les BPL constituent un mode d'organisation -détaillée à l'Arrêté **du 10 août 2004 du code de la santé publique-** couvrant l'ensemble des aspects organisationnels et opérationnels liés à la réalisation des essais de sécurité non cliniques sur les produits chimiques. Ils ont pour but de garantir la qualité, la reproductibilité et l'intégrité des données générées à des fins réglementaires, afin que celles-ci puissent être reconnues au niveau international sans qu'il soit nécessaire de reproduire les études.

La composition d'un médicament figure dans l'AMM, et tout laboratoire qui le fabrique est tenu obligatoirement de le produire selon les indications qui se trouvent dans l'AMM. Les fabricants doivent notamment se référer à un référentiel scientifique qui décrit la composition, les critères de pureté des matières premières ou des préparations entrant dans la fabrication des médicaments, et les méthodes d'analyses à utiliser pour assurer leur contrôle. Ces éléments sont minutieusement précisés dans un ouvrage réglementaire, qui est **la pharmacopée (La Pharmacopée américaine (ou USP) et la Pharmacopée japonaise (ou JP) sont avec la Pharmacopée européenne les trois référentiels intégrés dans le système d'harmonisation internationale des normes.), dont les textes sont rendus obligatoires dans chaque pays par des arrêtés ministériels.

*** L'emballage du médicament est constitué de trois éléments : le récipient, l'étui, et la notice. Le premier, l'emballage primaire, est directement en contact avec le produit pharmaceutique. Il fait partie intégrante du médicament, et en est indissociable. Son comportement doit être étudié très rigoureusement, en matière d'hygiène, de compatibilité contenant -contenu, de stabilité..etc. Son rôle initial était d'assurer la protection du médicament, sa composition figure également dans l'AMM. Tandis que l'étui est considéré comme un emballage secondaire, et contient la notice, le médicament et les mentions obligatoires, soulignant que la notice doit suivre les obligations d'étiquetage, et les informations nécessaires pour la préservation de la santé du consommateur.

Le packaging des médicaments doit assurer une identification infaillible de la DCI (Dénomination Commune internationale d'un médicament faite par l'OMS), et du dosage du médicament, ainsi que la forme pharmaceutique et le contenu (poids, volume, unités). Voir : Le portail de l'Union Européenne, la directive 92-27 concernant la notice et l'étiquetage des médicaments à usage humain:

http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/pharmaceutical_and_cosmetic_products/l21230_fr.htm

Toutefois, dans le souci d'en faire un facteur de compétitivité, on en fait un élément de différenciation des autres produits, soit appartenant à la même classe thérapeutique, soit des médicaments génériques. C'est ainsi qu'on y ajoute d'autres biens facultatifs- autorisés par la législation-, qui facilitent le travail du pharmacien, et/ou améliorent l'observance du traitement par le malade.

**** Seuls deux pays autorisent la publicité grand public pour les médicaments de PMO (prescription médicale obligatoire): il s'agit des USA, et de la nouvelle Zélande.

2.2.2 Produits d'automédication; les médicaments PMO et de PMF

Selon Parrot¹⁸⁰ : l'automédication est un comportement du patient, «*qui est indépendant du statut du médicament(soumis à prescription obligatoire ou non)*». L'automédication peut ainsi avoir lieu en utilisant tous les médicaments dispensés en officine, qu'ils soient soumis à prescription ou non, ou achetés par Internet ». Il intègre par exemple le VIAGRA dans la liste des produits d'automédication. Ce médicament rappelons-le, figure dans la liste des médicaments de prescription médicale obligatoire (PMO).

Touitou partage le point de vue de Parrot. Il souligne: «*le patient s'automédique en s'approvisionnant dans les nombreuses filières non contrôlées d'Internet qui proposent les médicaments les plus divers, depuis l'aspirine jusqu'aux hormones, en passant par les psychotropes...* ». Ces propos laissent entendre que les médicaments d'automédication ne se limitent pas aux seuls médicaments de PMF. En effet, les hormones et les psychotropes cités ci-dessus font partie de la classe des médicaments de PMO.

2.2.3 Produit d'automédication; que les médicaments de PMF

2.2.3.1 Produits d'automédication : les médicaments de PMF non remboursés en cas de prescription

L'économiste LePen utilise l'expression «*médicaments adaptés à un usage de l'automédication* ». Il définit clairement les produits appartenant à cette classe par les seuls médicaments. Cet auteur tient compte du mode de financement de ces médicaments pour délimiter leur liste. Il s'agit des «*... médicaments qui ne nécessitent pas un suivi médical particulier et qui sont choisis et financés directement par l'acheteur, le cas échéant sur le conseil du pharmacien* ». En outre, il considère que seuls les médicaments en vente libre, et qui sont non remboursables (même en cas de prescription médicale), pourront être considérés comme médicaments d'automédication (Le Pen 2003). Il exclut ainsi de la liste des médicaments

¹⁸⁰ Jean PARROT est un ancien président de Fédération internationale pharmaceutique ainsi que du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

d'automédication les médicaments de PMF remboursables en cas de prescription. suivant cette logique, le Doliprane® par exemple, ne peut être inclus dans la liste des médicaments d'automédication puisqu'il est remboursé en cas de prescription.

2.2.3.2 Produit d'automédication ; tous les produits de PMF (remboursés ou non, en cas de prescription)

Hughes, McElnay, et Fleming définissent l'automédication comme étant un domaine de la santé où « *le patient assume une plus grande responsabilité dans sa gestion des affections mineures, et ce, en utilisant un produit pharmaceutique qui est disponible sans ordonnance. ... L'automédication a été largement associée à l'utilisation de médicaments délivrés en dehors d'une prescription médicale*¹⁸¹ »(Hughes, McElnay, et Fleming 2001). C'est également le cas de Du et Knopf qui considèrent que les médicaments d'automédication sont ceux qui sont disponibles sans ordonnance et utilisés habituellement en vue de traiter certaines affections «mineures»(Du et Knopf 2009).

En France, dans la définition adoptée par l'ordre des médecins, Pouillard limite l'automédication à l'utilisation exclusive des médicaments de PMF, excluant tous les autres produits: « *l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens* ¹⁸²». Ceci dit, l'usage des médicaments en dehors des prescriptions médicales concerne deux possibilités en matière de médication selon le même auteur:

- l'automédication conseillée par le pharmacien: qui engage la responsabilité de ce dernier sur le plan pénal, civil, et déontologique.

¹⁸¹ Traduction libre de «Self medication represents an area of healthcare in which the patient assumes a greater degree of responsibility for the management of a minor ailment,using a pharmaceutical product that is available without a prescription... Self medication has been largely associated with the use of Non prescription drugs.»

¹⁸² Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins en février 2001

- l'automédication « réelle » : où c'est le consommateur qui prend l'initiative de choisir son médicament, qu'il soit en OTC¹⁸³, ou non.

Chez Tillement et Delaveau (membres de l'Académie nationale de pharmacie), les médicaments d'automédication sont ceux de la PMF : « *Il s'agit de médicaments considérés comme sans danger dans leurs conditions normales d'emploi. La plupart d'entre eux ne sont pas inscrits sur les listes officielles des autorités de santé ; lorsqu'ils le sont, ils sont proposés à des doses exonérées* »(Tillement et Delaveau 2007).

Le contexte économique du marché pharmaceutique actuel laisse transparaître des changements, suite à la modification des caractéristiques de l'offre et du mode de financement de cette classe de médicaments (PMF). Ceci résulte principalement de l'augmentation du nombre des maladies qui peuvent relever de l'auto-prise en charge des patients, ainsi que le nombre de médicaments associés. D'ailleurs, Blenkinsopp et Bradley constatent que l'utilisation des médicaments sans prescriptions de médecins (automédication) augmente à l'échelle internationale, et ce, parallèlement au changement de statut réglementaire de ces

Répartition des substances actives dans le marché 2011

En ville

>> En quantités...

Tableau n°4 classement des 30 substances actives les plus utilisées en ville par nombre d'unités vendues¹⁸³

Rang	Substance active	Classe RTC	Part du marché 2011 cumulée
1	Paracétamol	Analgésique	Les 3 premières : 18,2 %
2	Codéine en association	Analgésique	
3	Ibuprofène	Anti-inflammatoire et analgésique	
4	Tramadol en association	Analgésique	Les 6 premières : 21,3 %
5	Acide acétylsalicylique	Anti-thrombotique	
6	Phloroglucinol	Médicament pour les troubles fonct. gastro-intestinaux	
7	Lévothyroxine sodique	Préparation thyroïdienne	Les 9 premières : 23,9 %
8	Amoxicilline	Antibiotique	
9	Paracétamol en association	Analgésique	
10	Metformine	Hypoglycémiant oral	Les 12 premières : 26,3 %
11	Macrogol	Laxatif	
12	Zolpidem	Hypnotique	
13	Colécalcérol	Vitamine D	Les 15 premières : 28,3 %
14	Diclofénaç	Topique pour douleurs articulaires et musculaires	
15	Oméprazole	Anti-ulcéreux	
16	Alprazolam	Anxiolytique	Les 18 premières : 30,0 %
17	Méthadone	Médicament utilisé dans la dépendance aux opioïdes	
18	Furosémide	Diurétique	
19	Esomeprazole	Anti-ulcéreux	Les 21 premières : 31,6 %
20	Zopiclone	Hypnotique	
21	Atorvastatine	Hypolipémiant	
22	Larmes artificielles et autres préparations	Médicament ophtalmologique	Les 24 premières : 33,1 %
23	Dompéridone	Médicament pour les troubles fonct. gastro-intestinaux	
24	Amoxicilline et acide clavulanique	Antibiotique	
25	Desloratadine	Antihistaminique à usage systémique	Les 27 premières : 34,5 %
26	Diosmectite	Antidiarrhéique	
27	Acide acétylsalicylique	Analgésique	
28	Inimébutine	Médicament pour les troubles fonct. gastro-intestinaux	Les 30 premières : 35,8 %
29	Bisoprolol	Bétabloquant	
30	Associations (amides)	Anesthésique local	

Tableau 5: classement de l'ANSM des 30 substances actives les plus utilisées en ville par nombre d'unité vendue en 2011.

Ce tableau montre la part de marché de substances présentes dans certaines spécialités faisant partie des médicaments de prescription médicale facultative (sous certaines formes, certains dosages, un conditionnement adapté et pour certaines indications thérapeutiques) Voir : Analyse des ventes de médicaments en France en 2011 http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0e689f733291d5d5dbb09f0ccc93e438.pdf

¹⁸³ OTC: over the counter ; les médicaments en libre accès pour le consommateur, disposés devant le comptoir.

derniers, qui leur confère le statut de médicament en vente libre (Blenkinsopp et Bradley 1996).

<p>1. Troubles cutanés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etats pelliculaires du cuir chevelu de l'adulte - Poussées d'herpès labial localisé, appelé aussi "bouton de fièvre" -- Piqûres d'orties, piqûres d'insectes, coup de soleil localisés - Irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier (fesses rouges) du nourrisson - Chute de cheveux modérée (alopécie androgénétique) de l'adulte, homme ou femme -- Acnés mineures - Sécheresse cutanée accompagnant certaines dermatoses -- Verrues vulgaires (traitement local) - Cors, durillons, oeil-de-perdrix chez l'adulte - Intertrigo inter-digito-plantaire - Poux-Lentes ... 	<p>2. Troubles oculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irritation conjonctivale isolée ou répétitive - Sécheresse oculaire légère à modérée - Traitement de l'irritation de l'oeil (lavage oculaire) - Conjonctivite allergique saisonnière ou non saisonnière 	<p>3. Troubles gastrointestinaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées passagères (aiguës) chez l'adulte - Ballonnement abdominal et flatulences - Brûlures d'estomac, remontées acides - Constipation occasionnelle de l'adulte - Nausées et vomissements (sans fièvre) - Troubles dyspeptiques (lenteur à la digestion, ballonnements) - Crise hémorroïdaire - Mal des transports - Oxyures (petits vers blancs dans les selles) - Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires
<p>10. Autres</p> <p>Douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles - Médicament indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses - Migraine après au moins un avis médical <p>Addiction</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sevrage tabagique / Abstinence temporaire au tabac <p>Troubles du sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles mineurs du sommeil <p>Asthénie</p>	<p>4. Troubles de la sphère oto-rhino-laryngologique (orl)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mal de gorge peu intense et sans fièvre, - Irritations de la gorge, - Sensations de nez bouché (obstruction nasale) - Écoulement nasal clair - Epistaxis (traitement d'appoint des saignements du nez occasionnels) - Douleur de l'oreille en l'attente d'une consultation médicale -- Rhinite allergique saisonnière ou non saisonnière (écoulement nasal clair, éternuements à répétition, démangeaison (prurit) nasale et/ou oculaire) - Traitement au cours des rhumes de l'adulte : écoulement nasal clair, maux de tête et / ou fièvre, sensation de nez bouché 	<p>5. Troubles des voies aériennes supérieures</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toux sèches et toux d'irritation (toux non productive gênante) d'apparition récente ou non chez l'adulte ou chez l'enfant de plus de 6 ans (traitement de courte durée) -- Troubles de la sécrétion bronchique (affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration) chez l'adulte
		<p>7. Troubles gynécologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mycoses vulvo-vaginales - Contraception locale, spermicides - Toilettés, soins gynécologiques externes - Règles douloureuses
		<p>8. Troubles d'origine circulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veino-lymphatique : jambes lourdes - Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire

Figure 31: Liste (non exhaustive) des indications ou situations cliniques concernées par les médicaments de PMF

3. L'automédication idéale et l'automédication réelle :

A travers ce chapitre, nous avons passé en revue les différentes conceptions de l'automédication et des produits utilisés à cet effet, parues notamment dans la littérature francophone. Si l'accord est total sur le fait de considérer l'automédication comme une pratique fréquente qui consiste à se soigner sans l'intervention immédiate d'un médecin, le flou quant à la catégorie de produits utilisés à cet effet, demeure. Compte tenu des nombreuses spécificités des médicaments comparés à d'autres produits de santé utilisés pour la même finalité et que nous avons eu l'occasion de rappeler dans ce chapitre, nous proposons une classification des produits du selfcare en deux catégories : les médicaments et les non-médicaments. L'usage de médicaments pour se soigner dans ce cas, correspond à l'automédication. Par ailleurs, il est important de distinguer ; En premier lieu, l'automédication « responsable », telle qu'elle est désignée par l'AFIPA¹⁸⁴, « avec des médicaments

¹⁸⁴ AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable Voir :

autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées, avec le conseil du pharmacien» qui correspond selon nous, pour reprendre les propos de Kahneman, à l'automédication idéale (telle qu'elle devrait être). En second lieu et suivant la même logique, l'automédication décrite selon Parrot qui peut « avoir lieu en utilisant tous les médicaments dispensés en officine, qu'ils soient soumis à prescription ou non, ou achetés par Internet » et qui correspond pour nous à l'automédication réelle (telle qu'elle est).

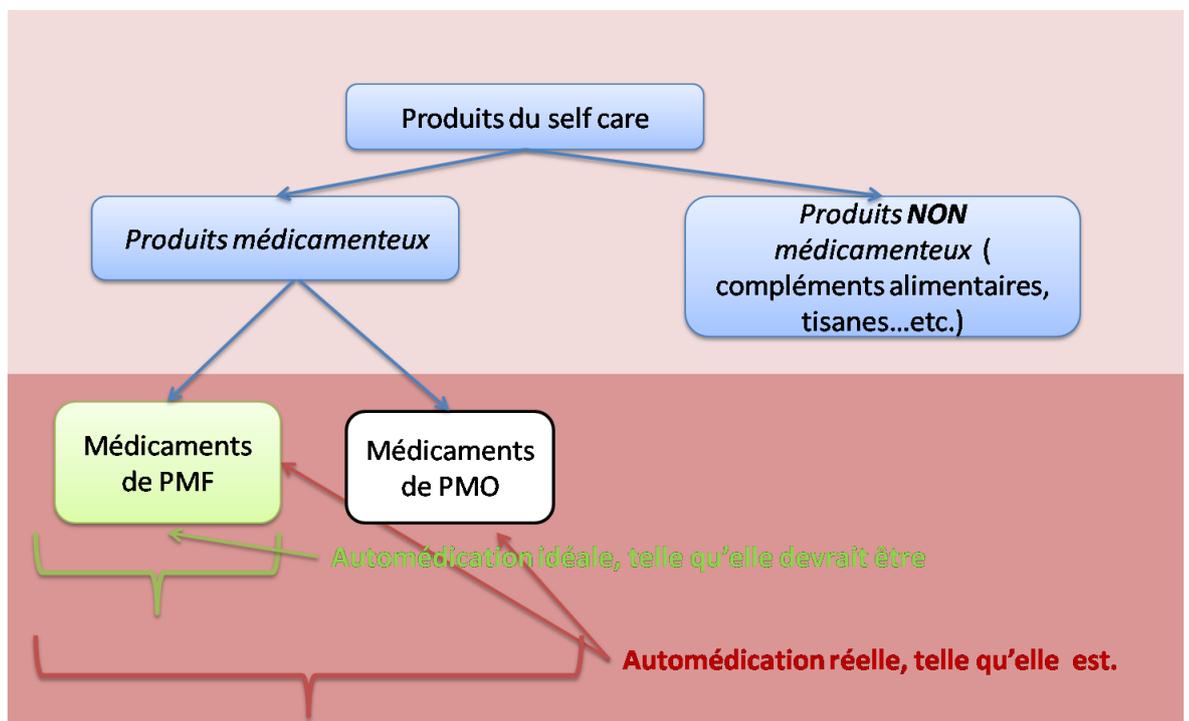


Figure 32: Proposition d'une typologie de l'automédication

SECONDE PARTIE

Synthèse des principaux apports de la revue de la littérature

En complément des enseignements réunis des trois précédents chapitres, nous avons réalisé une enquête de terrain dont les résultats sont exposés dans la seconde partie. L'objet de cette enquête est double ;

- d'une part, reconstituer le processus de décision d'achat de médicament d'automédication,
- d'autre part, comprendre les effets qu'auraient engendrés les usages des technologies numériques sur la perception du risque associé à cette catégorie de produits.

Avant de développer notre approche méthodologique (chapitre 4), les résultats de notre enquête (chapitre 5), pour ensuite les confronter aux travaux précédents (chapitre 6), il convient de rappeler les points clés retenus de la revue de littérature.

Le principal objectif de notre recherche est de comprendre le processus décisionnel d'achat de médicaments d'automédication dans le contexte actuel, marqué par une profusion d'informations de santé en ligne. L'information de santé est le premier thème central dans notre recherche. Il était donc important de commencer par l'analyse de la revue de la littérature qui traite de cette thématique (chapitre1). Le premier chapitre est essentiellement une exploration théorique au sens de Thietart¹⁸⁵. Nous nous sommes attachée ainsi, à confronter diverses contributions théoriques qui se rapportent d'une part à la notion d'information en général, et d'autre part, à l'information qui se rapporte spécifiquement aux médicaments, et ce dans le contexte actuel marqué par l'expansion de l'usage d'Internet et des technologies connexes.

A l'issue de cette revue de littérature, nous avons convenu d'appréhender l'information de santé en ligne comme étant une représentation d'une

¹⁸⁵ Pour Thietart, l'exploration théorique consiste « à opérer un lien entre deux champs théoriques- au minimum- jusqu'alors non liés dans des travaux antérieurs ou entre deux disciplines »(Thietart 2014, 90)

connaissance inscrite et transférée moyennant les technologies numériques et résultant de l'interprétation des relations qui lieraient un ensemble de données de santé (relatives à des phénomènes physiques ou bien psychologiques). Par ailleurs, la connaissance individuelle requise pour l'interprétation des données détermine la manière dont une nouvelle connaissance est à la fois produite et codifiée et donc, façonne l'information qui est générée¹⁸⁶.

Ces connaissances englobent, en plus des connaissances explicites formelles (véhiculées à titre d'exemples par le biais des livres numériques, notices de médicaments), d'autres types de connaissances qu'il est difficile, comparativement aux premières, de formaliser et donc de communiquer. Il s'agit en effet, des connaissances tacites intrinsèques à chaque individu, car celles-ci se trouvent intimement liées à un cumul d'habitudes acquises via l'apprentissage, au savoir-faire, ou généralement aux expériences individuelles. Même s'il est admis que seule la partie visible de la connaissance se présente sous la forme d'une information, et que c'est sous cette forme qu'elle est transmise, force est de reconnaître que les technologies numériques offrent à travers toutes leurs fonctionnalités, la possibilité d'augmenter l'étendue de cette partie visible de connaissance. Cela nous a conduit à relever les évolutions qu'ont engendrées les technologies numériques sur la circulation de l'information (en lien avec les médicaments), ainsi que sur la dynamique de transformations des connaissances les concernant. Tel qu'il ressort de l'analyse de la chaîne de production de connaissances relatives à des médicaments, la diffusion des informations formelles et informelles ne cesse d'augmenter. Par-dessus tout, le changement fondamental dans la production de connaissances relatives aux médicaments, réside dans l'accroissement considérable de la diffusion des informations de santé en ligne, produits de la socialisation et d'externalisation (selon la conception de Nonaka) et résultant de la codification des connaissances de profanes de la profession médicale.

¹⁸⁶ Dans le cadre de cette recherche, nous nous gardons d'opposer l'apparence à la réalité en soi. En d'autres termes, nous nous contenterons à la manière d'Edmund Husserl, d'étudier le phénomène tel qu'il se donne à voir. Il n'est pas de notre ressort en effet, dans le cadre de cette thèse, de juger de la validité ou de la non-validité scientifique d'une ISL. Le sens donné à cette dernière dépend de l'acteur qui se l'approprie, qu'il soit professionnel de santé ou profane de la profession médicale.

Voir : Patočka, J. (1992). *Introduction à la phénoménologie de Husserl*. Editions Jérôme Millon.

Le processus décisionnel, dans le domaine d'achat de médicaments dont l'acquisition est indéniablement associée au risque, est le deuxième thème central de notre recherche, faisant donc l'objet du second chapitre. Nous avons procédé par des allers-retours entre nos observations empiriques et différents courants théoriques qui ont alimenté la réflexion sur ce thème. Ainsi, nous avons puisé les concepts et les modèles qui nous ont permis de proposer une lecture théorique du rôle que pourraient jouer les ISL sur la perception du risque lors des phases essentiellement cognitives, c'est-à-dire la prise de décision. Rappelons que ces phases cognitives précèdent les phases d'action, en l'occurrence : l'achat et la consommation proprement dite de médicaments au sens de Filser¹⁸⁷.

Nous avons rappelé dans un premier temps, les apports des principaux courants théoriques qui ont alimenté l'étude de la prise de la décision et largement inspiré l'étude du processus décisionnel relatif à l'achat de biens. Nous avons présenté par la suite une revue de littérature dédiée spécifiquement aux trois phases qui font l'objet de notre étude et qui décrivent les étapes préalables à l'achat: la reconnaissance du besoin, la recherche d'informations et l'évaluation des alternatives.

La première étape du processus de décision d'achat selon le modèle EKB, est la reconnaissance du problème de consommation ou la reconnaissance du besoin. Au travers de la littérature, nous avons tenté de cerner plus précisément cette étape où le problème touche spécifiquement à la santé. Nous considérons ainsi que la reconnaissance du besoin, élément pouvant déclencher le processus décisionnel d'achat de médicaments ou déterminer la consommation d'autres biens de santé (consultation de médecin ou achat d'autres produits), se traduit dans le cas de notre étude par la perception d'une « maladie » qu'on cherche à prévenir et/ou à guérir. Le problème de santé (maladie) identifié est fortement dépendant de la formulation de ce dernier, elle-même tributaire des connaissances auparavant acquises qu'un individu

¹⁸⁷ Nous nous appuyons sur la définition de Filser qui subdivise le processus d'achat en phases principalement cognitives et phases d'action (Filser 1994)

mobilise pour donner un sens aux données ainsi qu'aux informations perçues. L'incertitude est inhérente à cette phase du processus décisionnel:

- Elle est associée, d'une part, à la délimitation du problème de santé identifié: par exemple, une chute de cheveux peut être liée à un soin de cheveux mal adapté, ou à une anémie dont l'étiologie peut aller d'une insuffisance d'apport de fer à un cancer digestif (Stevens et Lowe 2001, 286).
- D'autre part, l'incertitude découle de l'évolution future d'une maladie qui ne peut être parfaitement connue; une amygdalite virale (se traduisant par des maux de gorge), un symptôme fréquent d'un rhume, peut guérir spontanément, ou bien se compliquer en une pharyngite bactérienne nécessitant une antibiothérapie (Stevens et Lowe 2001, 203).

Les ISL (informations sur les symptômes ou les produits par exemple) lors de cette étape, peuvent façonner les représentations de problèmes de santé et générer une prise de conscience de l'existence d'un besoin, qui pourrait modifier ainsi la demande de soins (achat de médicament, consultation médicale..etc.). De plus, elles peuvent influencer l'estimation des probabilités d'occurrence qui concernent les conséquences des actions qu'un consommateur- malade envisage d'entreprendre.

Dans **un second temps**, nous avons traité la recherche d'information largement documentée dans la littérature, en soulignant davantage l'usage des technologies numériques en tant que source d'information dans le domaine de la santé. La recherche d'information est une modalité d'acquisition d'informations qui s'ajoute à l'acquisition passive de celles-ci. L'acquisition des informations officielles ou non officielles sur les médicaments - des thématiques en rapport avec la santé en général- qui s'effectue par le biais des médias sociaux, s'apparente à une acquisition d'informations par le biais du bouche à oreille, avec cette fois-ci, des frontières nationales, des frontières liées à l'âge, le sexe, la sensibilité du sujet abordé...etc., qui s'estompent progressivement.

L'évaluation des alternatives pour effectuer le choix de la solution au problème de santé identifié, constitue **la troisième phase** du processus décisionnel. Décrite selon une approche normative ou même descriptive, cette évaluation s'effectue selon des modèles qui établissent une hiérarchisation des alternatives (options d'achats par exemple) en fonction de leurs attributs respectifs, que ceux-là soient tangibles ou non tangibles. Cette approche affirme qu'un consommateur préfère une alternative par rapport à d'autres si celle-ci apporte le maximum d'utilité. Le risque perçu détermine, entre autres, le modèle de choix utilisé par le consommateur. Ce dernier privilégie les modèles de choix compensatoires qui requièrent un traitement d'informations intense lorsque le risque perçu est important. A l'inverse, lorsque le risque perçu est plutôt faible, il a tendance à évaluer les alternatives suivant des modèles de choix relativement simples ; les règles non compensatoires.

De son côté, la théorie du comportement décisionnel revendique un plus grand réalisme (souplesse) dans l'analyse de cette étape. Cette théorie considère en effet, que le décideur évalue les alternatives dans une situation d'information imparfaite. Ceci caractérise parfaitement le consommateur de biens de santé, pour qui, il est difficile, voire impossible de connaître avec une certitude absolue la délimitation de la maladie¹⁸⁸, son évolution ou bien les effets, à court et à long terme, de l'ensemble des substances qui composent les médicaments. Cette situation est susceptible de générer de nombreuses erreurs dans l'évaluation des choix associés au risque. Nous avons enfin discuté les implications des heuristiques de la représentativité et de la disponibilité sur la prise de décision relative à l'achat de médicaments. En modifiant les connaissances des consommateurs, les ISL sont susceptibles d'affecter l'estimation et la prédiction qu'établissent les malades sur les événements qui peuvent survenir, tels que l'efficacité d'un médicament, ou la survenue d'un effet indésirable.

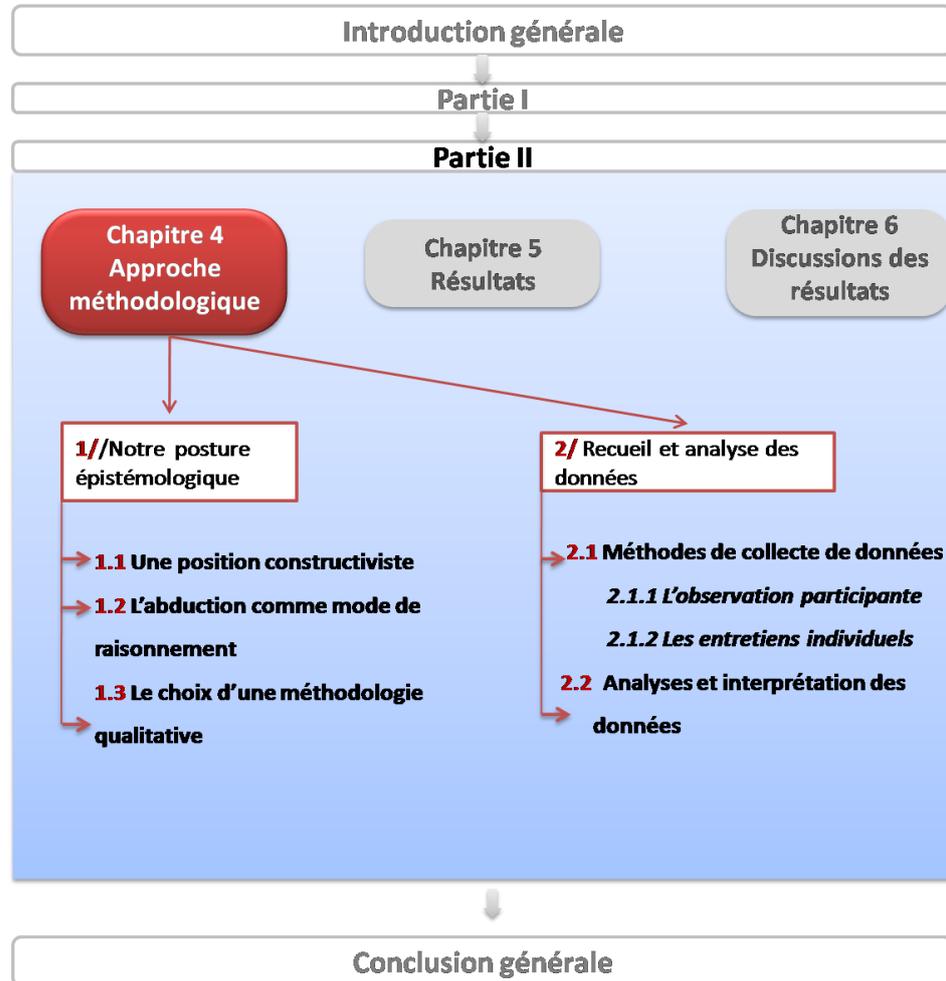
¹⁸⁸ Par exemple, Armengaud souligne la difficulté de délimiter certaines maladies pour les professionnels de santé eux-même. Il donne l'exemple des angines dont la délimitation entre virales et bactériennes, détermine le choix de l'alternative thérapeutique adaptée : antibiothérapie ou non. Il affirme que « *les critères de reconnaissance cliniques des angines bactériennes sont très imparfaits...l'angine se caractérise par l'association d'une douleur pharyngée spontanée.. un syndrome général...etc., qui cependant ne présume pas de manière absolue de la nature bactérienne ou virale de l'infection* »(Armengaud 2003, 453).

Enfin, le dernier chapitre était consacré au comportement et aux produits objet de notre recherche : l'automédication. A l'issue de cette revue de littérature, nous convenons de considérer l'automédication comme étant une modalité de gestion de la santé par soi-même. Dans le cadre de la présente thèse, seuls les médicaments de PMF¹⁸⁹ vendus dans le circuit officiel relèvent de notre champ d'étude. Notre choix de cette catégorie de produits est motivé par l'objectif de notre recherche qui vise à comprendre le processus décisionnel d'achat des médicaments relevant de décisions « autonomes » des consommateurs, ce qui sous entend les médicament en vente libre (PMF). En outre, il est plus pertinent, pour des raisons méthodologiques, de cibler une catégorie de produits bien délimitée et ne pas se perdre dans l'étude qui rassemble l'ensemble des produits, dont la liste n'est pas précise¹⁹⁰, et qui se prétendent pourvus de propriétés thérapeutiques (tisanes, aliments, compléments alimentaires, produits d'usage externe en dermatologie...etc.).

¹⁸⁹ Nous adoptons la même position que les auteurs d'un rapport mené à la demande du Ministre de la santé Xavier Bertrand. Coulomb et Baumelou ont convenu en effet, dans leur analyse, de limiter les produits d'automédication à la seule classe de médicaments de PMF. Ils précisent par ailleurs que « *Pour la cohérence du rapport nous excluons donc de ce champ la « fameuse » armoire à pharmacie qui pose un problème différent, celui du mésusage des produits de prescription obligatoire.* ». Voir: « situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs » (Coulomb et Baumelou 2007) <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/07400030/index.shtml>

¹⁹⁰ Il serait trop long de répertorier tous les produits à disposition des consommateurs, prétendant posséder des vertus thérapeutiques !

Chapitre4 : Approche méthodologique



Encadré 5: Présentation du plan du chapitre IV

Notre posture épistémologique

Une position constructiviste :

Que nous en soyons conscients ou non, nous sommes détenteurs d'une certaine croyance et de conceptions philosophiques diverses relatives à notre recherche, souligne Creswell (Creswell 2012, 15). Pour cet auteur, les fondements épistémologiques peuvent ne pas être énoncés explicitement par un chercheur, ils sont ainsi déduits par tout lecteur averti. A contrario, ils sont rendus explicites par d'autres chercheurs. Dans ce dernier cas, il est classique d'aborder l'ontologie et l'épistémologie dans une section spéciale, souvent dans la partie consacrée à l'approche méthodologique (Creswell 2012, 22). C'est cette dernière position que nous adoptons ici.

Nous rappelons que l'objet de notre recherche est le processus décisionnel d'achat de médicaments d'automédication. Cet objet de recherche est une représentation d'un fait que nous avons observé à travers nos interactions avec les clients des officines venus chercher des médicaments (ou autres produits de santé; des informations de santé par exemple). Nous avons observé l'objet de cette étude en officine, et ce, dans le contexte actuel marqué notamment par une profusion d'informations de santé qu'a entraîné la croissance d'usage des technologies numériques. Sur ce point, nous tenons à préciser que, selon Denzin, une observation peut être définie comme « *une inscription d'une unité ou d'unités de comportement survenant dans une situation sociale concrète. Le comportement qui est pris en compte peut être obtenu par le biais d'une interview. Il peut être produit expérimentalement, comme dans une expérience sociale. Il peut se produire naturellement et spontanément, comme dans une étude basée sur l'observation participante*¹⁹¹ » (Denzin 1978, 81).

À travers notre recherche, nous tentons de comprendre les effets qu'auraient engendrés les usages des technologies numériques en tant que

¹⁹¹ Traduction libre: "An observation may thus be defined as the recording of a unit or units of behavior occurring in a concrete social situation. The behavior which is recorded may be elicited, as in an interview. It may be experimentally produced, as in a social experiment. It may occur naturally and spontaneously, as in a participant-observation study."

source d'informations de santé sur le processus décisionnel d'achat de médicaments. Les échanges que nous avons eus avec les clients et équipes des officines nous ont permis d'une part, d'avoir une approche de la prise de décision relative à l'achat de médicaments par un consommateur-patient, et d'autre part, de discerner leurs réactions vis-à-vis des ISL. Notre attention était également portée sur la perception des différentes facettes du risque lors du processus décisionnel d'achat de médicaments. Rappelons que le contexte de prise de décision relative à l'achat de médicaments est marqué par une incertitude intrinsèque aux caractéristiques, et des problèmes de santé, et de cette catégorie de produits.

Pour revenir à la question d'ontologie, Denzin et Lincoln considèrent que celle-ci soulève des questions fondamentales sur la nature de la réalité et la nature de l'être humain dans le monde¹⁹²(Denzin et Lincoln 2011, 91). Au sens de Creswell, l'ontologie est l'étude de la nature de la réalité¹⁹³(Creswell 2012, 37). Représentée sur un continuum, cela donne¹⁹⁴;

- À une extrémité de l'échelle : la réalité est objective. Il y a des « vérités universelles » sur les réalités qui peuvent être connues. C'est du moins ce qu'on peut lire des propos de Hays et Singh qui évoquent : *"there is a universal truth that can be known (positivism) or approximated (post-positivism), and the researchers' findings correspond to that truth in varying degrees"*(Hays et Singh 2011, 40)
- À l'autre extrémité, *"multiple realities of a phenomenon exist"*(Hays et Singh 2011, 40), la réalité par conséquent, est subjective et contextuelle. Ainsi, toute compréhension universelle de la réalité ne peut être obtenue puisque celle-ci doit toujours être comprise dans les contextes où elle est intégrée.

¹⁹² Traduction libre: "How do I know the world?" "What is the relationship between the inquirer and the and the known?" *Ontology raises basic questions about the nature of reality and the nature of the human being in the world. Methodology focuses on the best means for gaining knowledge about the world.*

¹⁹³ Traduction libre : « *the nature of reality* »

¹⁹⁴ Nous nous sommes inspirés des représentations graphiques de Thiétart dans : Thiétart, Raymond-Alain. *Méthodes de recherche en management-4ème édition*. Dunod, 2014.

Creswell, qui inscrit cette position dans le constructivisme social,¹⁹⁵ affirme que dans ce cadre, un chercheur s'efforce de comprendre ou de donner du sens au monde dans lequel il vit et travaille (Creswell 2012, 24).

Par ailleurs, pour Denzin et Lincoln l'épistémologie s'intéresse aux questions de: Comment pourrais-je connaître le monde ? Et quelle est la relation entre le chercheur et la connaissance? (Denzin et Lincoln 2011, 91). Elle désigne pour Thietart « *une activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées* » (Thietart 2014, 15), ou plus simplement « comment la réalité est connue¹⁹⁶ » (Creswell 2012, 37).

Notre positionnement épistémologique est constructiviste au sens de Denzin et Lincoln, compte tenu de la manière dont nous avons procédé pour appréhender la connaissance de ce qui existe ainsi que de notre relation en tant que chercheur avec l'objet de notre recherche. Par ailleurs, nos interactions avec la réalité (influence mutuelle dans le cadre des échanges avec les clients et équipes officinales) sont à l'origine de la construction de notre compréhension d'une connaissance contextualisée. Rappelons que pour Denzin et Lincoln, le paradigme constructiviste assume « *une ontologie relativiste (il y a de multiples*

¹⁹⁵ Le « constructivisme social » est un concept introduit initialement par Peter Berger et Thomas Luckmann en 1966. En se basant sur les travaux de Schutz, Berger et Luckmann considèrent que la réalité est construite et que les connaissances et les significations qui en dérivent le sont également. La réalité et les connaissances sont socialement construites à travers les interactions sociales, les relations et les expériences. Ceci implique d'un point de vue ontologique que la réalité est étroitement liée au contexte et socialement relative, ce qui amène à penser que de nombreuses réalités peuvent exister simultanément.

Dans le même ordre d'idées, Le Moigne propose une métaphore parfaitement illustrative: « Rien n'est donné, tout est construit », « Marcheur, il n'y a pas de chemin, le chemin se construit en marchant », relevions-nous en lisant G. Bachelard et A. Machado nous invitant à concevoir un réel construit par l'acte de connaître plutôt que donné par la perception objective du monde. Ne pouvons-nous alors demander au poète espagnol Antonio Machado quelques vers qui nous inviteront à ces méditations, lorsque nous explorons les chemins de la connaissance (*Chant XXIX des Proverbes et Chansons, Champs de Castille, 1917, traduit de l'espagnol*).

« *Marcheur ce sont tes traces,
ce chemin, et rien de plus ;
Marcheur, il n'y a pas de chemin,
le chemin se construit en marchant...
Marcheur, il n'y a pas de chemin,
seulement des sillages sur la mer* »»

Voir : Peter, Berger, and Luckman Thomas. "La construction sociale de la réalité." *Paris, Armand Colin* (1996).

Le Moigne, Jean-Louis. *Les épistémologies constructivistes: Œ Que sais-je? Œ n° 2969*. Presses universitaires de France, 2012.

¹⁹⁶ Traduction libre : « how reality is known »

*réalités) et une épistémologie subjectiviste (le chercheur et ceux qu'il étudie créent mutuellement la compréhension de la réalité) »¹⁹⁷(Denzin et Lincoln 2011, 24). Les chercheurs qui suivent ce paradigme s'orientent, selon ces auteurs, vers une « *production de compréhensions reconstruites du monde social* ¹⁹⁸»(Denzin et Lincoln 2011, 92). En outre, notre recherche s'inscrit dans une position «constructiviste» dans la mesure où nous concevons notre objet de recherche comme une réalité dont l'existence est « *indépendante de notre propre volonté (nous ne pouvons pas la « souhaiter »)*»(Berger et Luckmann 2012), et qu'à travers cette étude, nous tentons d'en proposer une représentation.*

Après avoir abordé les questions relatives à notre positionnement épistémologique, nous préciserons dans la prochaine section, le mode de raisonnement mobilisé pour produire des connaissances dans le cadre de cette recherche.

L'abduction comme mode de raisonnement:

Avec l'induction et la déduction, l'abduction constitue une forme de raisonnement logique. Ensemble, avec l'observation, elles forment la base de toutes les recherches (Reichertz 2004, 123). Il ne s'agit pas des concepts, non plus de méthodes ou d'outils d'analyse de données, mais des moyens de connexion et de génération d'idées. Elles représentent les blocs de construction intellectuelle de toute recherche(Reichertz 2004, 123). La démarche abductive est le mode de raisonnement que nous avons mobilisé dans ce présent travail. Elle nous est apparue comme étant la plus adaptée pour répondre à notre question centrale de recherche. L'abduction est le raisonnement «*qui part de l'effet pour remonter à sa cause*»(Tiercelin 2013, 59-60). Plus précisément, il s'agit de « *revenir des conséquences d'un événement vers la cause ou l'antécédent de ce dernier. L'observateur prend connaissance d'un événement particulier, puis travaille dans le temps en s'efforçant de reconstruire les événements (causes) qui*

¹⁹⁷ Traduction libre de : « The constructive paradigm assumes a relativist ontology (there are multiples realities), a subjectivist epistemology (knower and respondent co-create understandings).»

¹⁹⁸ Traduction libre: "the production of reconstructed understandings of the social world"

*ont produit l'événement (conséquence) en question*¹⁹⁹.»(Denzin 1978, 110). Nous avons envisagé au commencement de notre projet de recherche, d'explorer le rôle de la communication média sur les décisions d'achat de médicaments d'automédication²⁰⁰. Nos lectures théoriques étaient initialement orientées vers ce thème. Cependant, tel que le souligne Schatzman et Strauss, «*lorsqu' un chercheur arrive sur le terrain, il héberge, sciemment ou non, beaucoup d'attentes, de conjectures et d'hypothèses qui lui fournissent des pensées et des directives le guidant sur ce qu'il faut chercher et sur quoi enquérir*²⁰¹»(Schatzman et Strauss 1973, 57). L'observation du phénomène étudié -2009-2011-, laissait entrevoir un changement général dans le mode de consommation des médicaments qui n'est pas particulièrement tributaire de la communication média. Nous nous doutions de la pertinence de l'orientation de nos observations²⁰². En effet, de plus en plus de clients en officines, mais aussi, de membres des équipes officinales, évoquent fréquemment tout ce qui s'apparente à des informations de santé, à internet et aux technologies connexes, aux comportements des acheteurs avant et après internet...etc. Sur ce point, Peirce affirme que les données empiriques constituent le point de départ de toute abduction : «*l'abduction fait ses débuts dans les faits*²⁰³».

¹⁹⁹ Traduction libre: "*from consequence back to cause or antecedent. The observer records the occurrence of a particular event, and then works back in time in an effort to reconstruct the events (causes) that produced the event (consequence) in question.*"

²⁰⁰ Rappelons qu'à partir du 01 juillet 2008, les consommateurs-patients français étaient pour la première fois autorisés à se procurer des médicaments à leur disposition en "libre accès". On se demandait principalement si cela affecterait le comportement de manière générale et le choix de médicaments par les patients-consommateurs en conséquence des changements de la communication média des fabricant de cette classe de produits (cibler davantage leurs opérations marketing vers les consommateurs).

Voir : décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019103892>

²⁰¹ Traduction libre: «*When the researcher enters the field, he harbors, wittingly or not, many expectations, conjectures, and hypotheses which provide him with thought and directives on what to look for and what to ask about. He has had a good start if he is at all aware of some of these hypotheses.*»

²⁰² Selon Tiercelin: «*nos impressions sensibles sont, en fait, des hypothèses, et le jugement perceptuel est un « cas limite d 'inférence abductive » (Tiercelin 2013, 60)... Si toute connaissance vient de l'observation , il n'y a pas d 'observation première qui ne présuppose déjà un cadre théorique antérieur*». (Tiercelin 2013, 60).

²⁰³ Traduction libre : "Abduction makes its start from the facts "

Voir: Peirce, C. S., & Houser, N. (1998). *The essential Peirce: selected philosophical writings* (Vol. 2). Indiana University Press.

Pour cette raison, nous nous sommes penchée sur des lectures théoriques qui portaient sur les thèmes généraux et qui pourraient nous guider à la fois, pour collecter des données et comprendre « ce qui se passe ». Nous avons constaté, dès la première immersion dans la revue de littérature, qu'il existe un nombre considérable d'études portant sur les questions relatives à l'entrée et l'usage d'internet dans le domaine de santé. Curieusement, peu de recherches ont exploré spécifiquement les répercussions qu'aurait entraînées la consultation d'information de santé en ligne sur le processus décisionnel d'achat des médicaments. Internet a en effet soulevé de nombreuses interrogations relatives aux modalités des échanges sécurisés et fiables des informations de santé. D'autres études se sont intéressées à la réglementation et au financement des prestations qu'offre internet. Côté patient, évoquant l'usage d'internet dans le domaine de santé, les études abordent davantage les affections chroniques (observance médicale, dossier personnalisé des malades, relation médecin-patient...etc.) ainsi que les comportements à risque (toxicomanie, achat de médicaments contrefaits en vente sur internet...etc.). Enfin, les études sur les répercussions d'internet sur la relation des médecins avec leurs patients sont largement documentées également²⁰⁴.

Afin de comprendre la réalité que nous observions (observation en immersion au cœur du phénomène étudié), nous avons procédé par un processus d'aller et retour entre le terrain où nous avons recueilli des données à travers nos interactions et les concepts et cadres théoriques mobilisés d'une part, pour donner du sens à ces faits observés, et d'autre part, pour affiner notre questionnement. L'ensemble de ces éléments nous permet d'inscrire notre raisonnement dans une logique abductive. En effet, nous avons procédé, tel que le décrivent Parnaudeau et Paulet, à « *une formation dynamique de la connaissance. L'hypothèse de travail est fondée sur des observations et des connaissances antérieures qui permettent de suggérer une proposition générale.* » (Parnaudeau et Paulet 2011, 210)

²⁰⁴Parmi ces travaux, il y'a de nombreux articles publiés dans les ouvrages collectifs suivants : (Street, Gold, et Manning 1997), (Rice et Katz 2000), (Harris 2013)

Le choix d'une méthodologie qualitative :

Pour Denzin et Lincoln, la méthodologie aborde la question des meilleurs moyens qu'un chercheur mobilise en vue d'acquérir des connaissances sur le monde (Denzin et Lincoln 2011, 91). En ce sens, une démarche qualitative s'est avérée le moyen le plus adéquat pour tenter d'apporter une réponse à notre question de recherche. À travers cette étude nous souhaitons contribuer à une amélioration de la compréhension du processus de prise de décision d'achat d'un produit présentant de nombreuses particularités comparé à d'autres produits, le médicament (voir chapitre 3), dans un contexte tout à fait nouveau (voir chapitre 1). A cet égard, l'étude du processus décisionnel d'achat de médicament ? qui intègre l'environnement informationnel actuel (sans précédent compte tenu de l'abondance des ISL) et les développements survenus sur le marché de cette catégorie de produit (réglementaires, offres de produits, réseaux de distribution..etc. Voir chapitre 3), émerge comme un domaine à explorer. Sur ce dernier point, Simonson et Rosen affirment que la révolution technologique « *still in its infancy* » (Simonson et Rosen 2014) et l'environnement informationnel actuel constituent « *un phénomène très nouveau dans l'histoire de l'espèce humaine. Il faudra probablement un certain temps avant que nous puissions comprendre pleinement ses implications*²⁰⁵ » (Simonson et Rosen 2014).

Appréhender la réalité d'un tel objet de recherche requiert une méthode ouverte et flexible qui permet de le cerner dans sa globalité. Dans ce cas, la méthode qualitative semble la plus appropriée, dans la mesure où elle accorde au chercheur l'opportunité de représenter l'objet de son étude dans son intégralité (sans le réduire à de simples variables), et ce, dans le contexte où il a lieu, sans un contrôle préalable des conditions dans lequel il se produit. Etant familière « au comptoir²⁰⁶ » et aux règles de déontologie à respecter auprès des clients, l'approche qualitative nous permet donc de relever et d'exploiter la richesse de l'ensemble des connaissances qui se dégagent à travers les pratiques

²⁰⁵ Traduction libre: "*is a very new phenomenon in the history of the human race, and it will probably take a while before we fully comprehend its implications*"

²⁰⁶ Dans le jargon de l'officine, le comptoir représente l'activité de servir les clients en face à face dans l'enceinte de la pharmacie

des informants et leurs échanges²⁰⁷ (clients et personnels exerçant en officines), au-delà du simple questionnaire ou d'expérimentation bien dirigés/ contrôlés. De plus, cette démarche nous donne l'occasion d'appréhender l'objet de notre recherche dans le contexte quotidien dans lequel il se produit, et non pas dans des situations artificielles conçues préalablement. A ce titre, le contact prolongé et/ou intense avec un terrain ou une situation de vie (Miles et Huberman 2003, 21-22), c'est-à-dire l'officine, constitue le procédé de recherche approprié qui permet de proposer une « *une conception pragmatique de la connaissance* » (Gavard-Perret et al. 2012, 25)

Enfin, même si notre thèse s'inscrit dans la cadre des Sciences de Gestion, l'intérêt de l'approche qualitative est manifeste notamment lorsqu'on se rappelle qu'un « *vieil adage médical dit que les meilleurs outils diagnostiques sont un interrogatoire et un examen clinique minutieux, et que l'utilisation la plus appropriée de l'imagerie et des examens de laboratoire sélectifs est la confirmation du diagnostic clinique...* » (Schill et al. 2008, 371). Ces auteurs laissent entendre donc que l'approche qualitative qui mobilise l'ensemble des connaissances des praticiens de santé (implicites et explicites ; intuitions, expériences du praticien, formations académiques) constitue le meilleur moyen pour comprendre un problème de santé (phénomène objet d'investigation dans ce cas). Les données quantitatives apportent une « *complémentarité au service d'une compréhension plus profonde du phénomène étudié* » (L'Écuyer 1990, 432). En effet, l'établissement et/ou l'orientation du diagnostic, en d'autres termes, l'identification et la circonscription du problème objet d'étude, sont tributaires de l'interprétation que les médecins accordent aux faits observés: l'examen clinique proprement dit (observation des faits dans notre cas) et les données communiquées par les informants (acteurs exerçant en officine et clients dans

²⁰⁷ Dans le même ordre d'idées et au sens de Denzin & Lincoln , la méthode qualitative permet au chercheur de « créer, donner un sens, et produire des représentations du monde qui rendent le monde visible » (Denzin & Lincoln, 2000). Traduction libre : « created and given meaning and produces representations of the world that make the world visible (Denzin & Lincoln, 2000).

ce cas) lors d'un interrogatoire. Les techniques quantitatives trouvent leur utilité pour « *la confirmation du diagnostic clinique.* »²⁰⁸(Schill et al. 2008, 371).

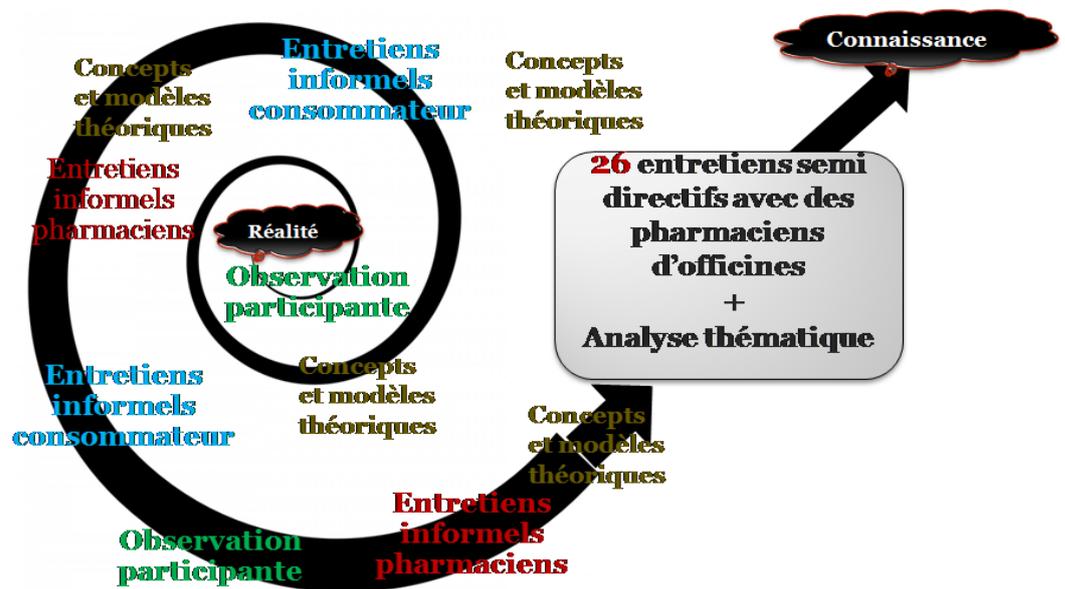


Figure 33: Représentation graphique sommaire de notre démarche méthodologique

Recueil et analyse des données

Méthodes de collecte de données

L'observation participante

L'observation participante selon Denzin est « *un engagement à adopter les perspectives des individus étudiés en partageant leurs expériences au jour le jour* »²⁰⁹(Denzin 1978, 182). L'intérêt de cette technique de collecte de données réside pour Waddington, dans sa capacité à fournir à l'observateur la possibilité d'étudier en première main, au jour le jour, les expériences et les

²⁰⁸ Les auteurs poursuivent : « *une autre méthode consiste à prescrire un grand nombre de tests sanguins de dépistage, d'IRM corps entier, etc.* » mais une telle approche peut conduire à de faux résultats anormaux, qui à leur tour pourront mener à des investigations coûteuses, parfois désagréables et potentiellement à risque pour le patient, et qui peuvent ne pas être nécessaires... » Voir : Schill, W. B., Miousset, R., Comhaire, F. H., & Hargreave, T. B. (2008). *Traité d'androgénologie à l'usage des cliniciens*. Springer Science & Business Media.

²⁰⁹ Traduction libre: "commitment to adopt the perspective of those studied by sharing in their day-to-day experiences"

comportements des individus dans des situations particulières(Waddington 1994, 154).

A cet effet, selon Denzin, les informants observés peuvent savoir qu'ils font l'objet d'une étude. L'enquêteur peut également dissimuler son rôle scientifique et tenter de devenir un membre « normal » de la communauté, l'organisation...etc., (Denzin 1978, 182). C'est cette posture que nous avons adoptée vis-à-vis des clients qui fréquentaient notre lieu de travail d'avril 2011 à janvier 2015²¹⁰. En ce qui concerne les équipes officinales avec lesquelles nous avons travaillé, nous leur avons communiqué, comme le préconisent Taylor et Bogdan, un résumé «*véridique, mais vague et imprécis*²¹¹»(S. J. Taylor et Bogdan 1984)des objectifs et du déroulement de l'observation, et ce, afin de réduire le risque de provoquer artificiellement un comportement selon les mêmes auteurs. Nos collègues avaient connaissance de notre travail de thèse en Sciences de Gestion en lien avec l'automédication, internet et les comportements des clients au comptoir. Manifestement, cela n'a pas altéré leur spontanéité durant leur travail ni les échanges que nous avons avec eux...etc. Bien au contraire, ils s'étonnaient (blaguaient par moment) du fait que nous accordions un intérêt à des situations jugées « banales » à leurs yeux.



Figure 34: Exemple de notes de terrain retranscrites

Source : capture d'écran sur smartphone personnel.

Nous avons pour l'occasion, inscrit nos notes de terrain²¹², largement issues d'observations directes ou d'entretiens informels, au niveau d'un mini-

²¹⁰ Notre choix de nous retirer du terrain d'étude, reposait davantage sur des impératifs pratiques, notamment pour pouvoir nous consacrer à la finalisation de la rédaction de la thèse.

²¹¹ Traduction libre: "*truthful, but vague and imprecise* »

²¹² Suite à une panne de notre vieux smartphone, on a dû se dépêcher pour transférer rapidement nos fichiers sur un nouveau smartphone. Accidentellement, lors de ce transfert, les dates réelles de l'enregistrement des mémo (et autres fichiers) ont été altérées. C'est pour cette raison que sur la capture d'écran que nous présentons, figurent les dates : dimanche 14/06/2015 (7 :19 et7 :20) pour 4 notes.

journal que nous avons créé sur notre Smartphone. Ces notes étaient rédigées souvent peu de temps après l'observation. Nous rapportons les situations que nous observions, mais également nos impressions; interrogations, liens avec d'autres situations ou avec des idées issues de la littérature, événements médiatisés...etc.

Au commencement, notre activité était délibérément non structurée de manière à nous permettre, comme le préconise Denzin, de maximiser la découverte et la vérification des propositions théoriques (Denzin 1978, 184). Nous n'avons pas préconçu de grille d'observation qui, à notre sens, aurait limité le recueil de données ou nous aurait rendue «*aveugle au site*» (Miles et Huberman 2003, 72). Ainsi, nous avons combiné simultanément des entrevues avec les informants - qui suivant les recommandations de Denzin étaient «*typiquement ouverts*²¹³» (Denzin 1978, 183)-et l'observation directe des interactions de l'équipe officinale et des clients. A l'occasion d'un dialogue avec un client en officine, lorsque ce dernier semblait ouvert à une discussion, nous notions ses attitudes spontanées ainsi que les réactions que suscitaient nos questions. Globalement nous choisissons les créneaux horaires durant lesquels la fréquentation de l'officine était faible (9:30-11h ou 14-16h, cela dépend des jours, des saisons, période des vacances...etc.). Nous prenions en considération l'attitude générale des clients dans la mesure où nous évitions de nous attarder sur ceux qui semblaient pressés, moins ouverts au dialogue...etc. Pareillement, on ne faisait pas de distinction entre ceux qui manifestement, ne peuvent pas ou ne veulent pas se servir des technologies numériques en vue d'acquérir des ISL et ceux qui le font. Un exemple d'une situation observée et des notes prises est présenté dans le tableau suivant :

Situation	Notes
<i>Un client nous demande si nous sommes en mesure de le conseiller au sujet d'une question relative à l'homéopathie. Nous lui avons répondu qu'un de nos collègues, est spécialisé en homéopathie et qu'il est plus qualifié pour répondre à ses interrogations. Nous avons fait appel à notre collègue et sommes restée pour suivre le déroulement de la</i>	

²¹³ Traduction libre: "In participant observation, interviews are typically open-ended, as opposed to closed-ended"

<p>conversation.</p> <p>Ce client avait consulté un ostéopathe pour des douleurs dont souffrait son chien qui : «a la patte qui traîne ». Le spécialiste lui a donné 2 gélules d' <i>Harpagophytum</i> et lui a conseillé de poursuivre le traitement avec ce produit. Le client rapporte « on a regardé un peu, on a vu que ça existe sous forme liquide et on l'a acheté ». Le souci, c'est qu'il ne savait pas adapter la posologie : 2 gélules équivaut à combien de gouttes en teinture mère (forme liquide) – et qu'il avait des difficultés à joindre l'ostéopathe. Nous lui avons posé la question pour savoir comment il avait appris que ça existe sous forme liquide. Il répond ; « on nous a conseillé ».</p> <p>Notre vieux collègue lui explique qu'il ne peut pas le conseiller puisqu'il ne connaît pas le dosage exact des gélules que lui a donné l'ostéopathe, d'autant plus que l'adaptation de la dose d'un médicament homéopathique de l'espèce humaine à un chien ne relève pas de ses compétences. Notre collègue lui a affirmé que « les vétérinaires prescrivent fréquemment les anti-inflammatoires pour des chiens » et qu'il est peut- être préférable d'aller consulter un vétérinaire pour faire une radio. Le client répond « non, non, pas d'anti-inflammatoires ».</p> <p>Notre collègue est parti pendant que nous poursuivions notre conversation avec le client. : vous avez regardé sur des forums ? peut-être que d'autres personnes ont eu le même problème avec la même espèce canine ?! il nous répond qu'il a « vu un peu » et qu' apparemment c'est fréquent de l'utiliser chez les animaux, surtout les chevaux. On lui a demandé ; ils disent quoi pour les chevaux ?. « eh ben, ils utilisent des bidons...c'est pas pareil ».</p> <p>Avril 2013- 78180</p>	<p>Connaissances des options thérapeutiques (ensemble de considération)</p> <p>Attitude à l'égard des produits allopathiques</p> <p>Confiance dans son habileté de jugement</p> <p>Recherche préalable sur le web ; avancement dans le processus de décision</p>
--	--

Lorsqu' un chercheur fait une observation participante, il constitue selon Burgess le principal instrument d'investigation²¹⁴(Burgess 2002, 65). Flick considère que les interactions qui lient le chercheur au terrain d'étude et à ses membres comme « *partie explicite des connaissances produites*²¹⁵ ». Pour cet auteur, la subjectivité du chercheur et des sujets observés s'intègre parfaitement au processus de recherche : « *les réflexions des chercheurs sur leurs actions et leurs observations sur le terrain, leurs impressions, les irritations, les sentiments, etc., deviennent des données en soi*²¹⁶ ». Progressivement en effet,

²¹⁴ Traduction libre "the researcher who is the main instrument of social investigation"

²¹⁵ Traduction libre "an explicit part of knowledge instead of deeming it an intervening variable."

²¹⁶Traduction libre "Researchers' reflections on their actions and observations in the field, their impressions, irritations, feelings, and so on, become data in their own right, forming part of the interpretation.."

nous avons affiné notre objet d'observation et dégagé les points clés à approfondir au niveau de la littérature.

Nous avons ainsi essayé dans la mesure du possible, de cibler notre attention sur le segment de la population en croissance, c'est-à-dire les individus qui baignent dans l'environnement informatique et qui se servent des outils numériques pour effectuer de nombreuses tâches. Il y avait en effet un contraste visible dans les réactions des clients au nouvel environnement informationnel. L'intensité de l'adoption des technologies numériques est variable entre ceux qui connaissent et qui se servent d'une variété d'applications qu'offrent internet et technologies connexes, et ceux qui le font à un degré moindre. Nous n'avons pas la possibilité (ni l'intention d'ailleurs) d'évaluer de façon précise le degré d'adoption des technologies numériques par tel ou tel individu. Cependant, certains indicateurs nous ont amenée à accorder une attention et un intérêt particuliers aux clients :

- Qui ont un nom (ou une liste) de produits de santé noté(e) sur leur Smartphone et non pas sur un bout de papier ;
- Ils nous montrent une image d'un produit de santé qu'ils viennent chercher et qui est imprimée à partir d'un outil numérique ou carrément copiée dans le répertoire des images d'un Smartphone et non pas détachée d'un magazine dans sa version papier ;
- Il ya ceux qui vont sur les sites internet ou sur les réseaux sociaux (via leurs téléphones) pour se remémorer un produit dont ils ont entendu parler, une information sur laquelle ils cherchent des éclaircissements....etc.

A l'issue de nos investigations sur le terrain, nous avons accordé une attention approfondie à la perception du risque par le segment de clients que nous observions. Un aller-retour continu entre la littérature et l'interprétation des faits observés (les expressions, l'attitude générale des acteurs et les événements contextuels dans de nombreuses situations) reflétait en effet, des changements qui ont affecté davantage le risque perçu associé à la décision

d'achat de médicaments. D'une question de départ : comment les technologies numériques affectent le comportement d'achat de médicament, nous sommes arrivée à l'issue de cette étape à la question générale : comment les informations de santé en ligne affectent la perception du risque lors du processus décisionnel d'achat de médicaments d'automédication.

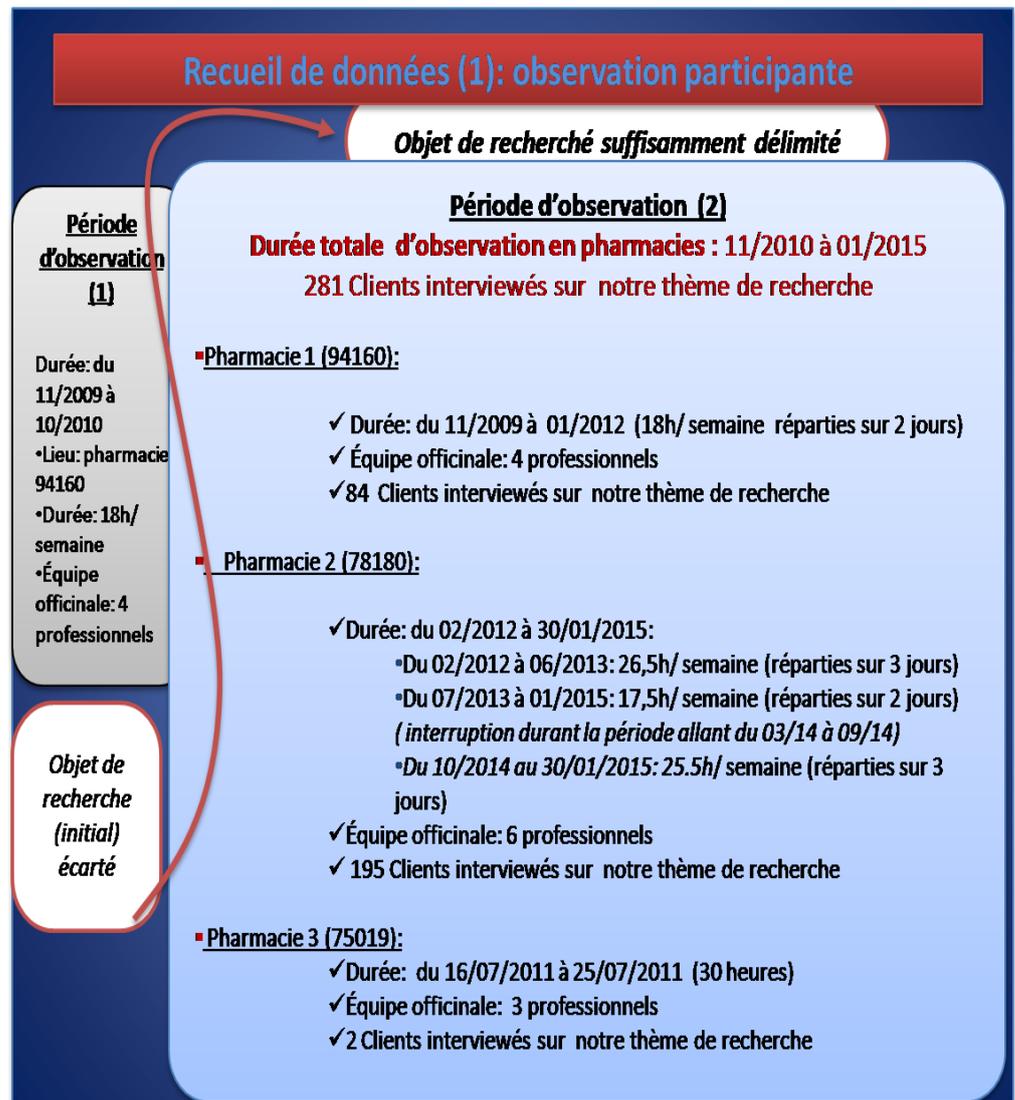


Figure 35: Recueil de données relatives à l'observation participante

Les entretiens individuels :

Menant une étude sur les médicaments d'automédication, il semblait tout à fait judicieux d'interviewer des pharmaciens d'officines²¹⁷. Ces derniers se trouvent, en effet, confrontés dans leur exercice aux clients qui se procurent cette catégorie de produits. A notre sens, il est important de tenir compte de leurs réflexions et de leurs observations sur le terrain. Ils sont bien placés pour mesurer et décrire les modifications qu'ils aperçoivent auprès de leurs clients par suite de la généralisation de l'usage d'internet en tant que source d'information. L'entretien permet au chercheur selon Peräkylä, « *d'atteindre des dimensions de la réalité qui demeureraient autrement inaccessibles telles que les expériences et les attitudes individuelles*²¹⁸ » (Peräkylä 2008). L'entretien semi-directif auprès de pharmaciens officinaux a donc constitué, une autre source productrice de connaissances, qui se sont ajoutées à celles que nous avons obtenues dans le cadre de nos observations. En ce sens, nos acquis académiques et professionnels sur la manière de conduire un interrogatoire auprès des patients (l'anamnèse), nous ont été utiles²¹⁹.

Pour Brinkmann, l'entretien qualitatif est aujourd'hui une ressource centrale de connaissances, voire même indispensable dans de nombreux paysages scientifiques allant des domaines de recherche en sciences humaines et sociales à l'éducation et aux sciences de la santé (Brinkmann 2014, 277; Brinkmann 2013, 1). L'entretien, pour rappel, est « *un échange verbal en face à face, dans lequel une personne, l'intervieweur, tente d'obtenir des informations, des expressions d'opinion ou de croyance d'une ou de plusieurs personnes*²²⁰

²¹⁷ Nous tenons à préciser que près de la moitié des salariés d'une officine occupent un poste de préparateur. C'est pour cette raison que nous ne les avons pas exclus de nos entretiens.

Selon un rapport publié en 2012 par l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales : « la répartition des effectifs par types de métiers montre que les préparateurs en pharmacie sont les plus nombreux. Ils représentent 47 % de l'effectif total suivis par les pharmaciens salariés (20 %). Le reste des effectifs est ventilé entre les métiers de l'administratif, de la maintenance et de la vente (autres que pharmaceutiques). »

Voire : http://www.orientation-paysdelaloire.fr/mediatheque/doc_num.php?explnum_id=5945

²¹⁸ Traduction libre "Reach areas of reality that would otherwise remain inaccessible such as people's subjective experiences and attitudes."

²¹⁹ Deux exemples d'entretiens sont présentés en annexe.

²²⁰ Traduction libre: "a face-to-face verbal exchange, in which one person, the interviewer, attempts to elicit information or expressions of opinion or belief from another person or persons"

"(Maccoby & Maccoby, 1954, p. 449). Selon Brinkmann, les modalités de déroulement d'un entretien peuvent être représentées sur un continuum allant de formats *relativement* structurées à des formats *relativement non* structurés. Selon le même auteur, il n'y a pas vraiment d'entretien complètement structuré. Les interviewés disent toujours des choses qui débordent au-delà de la structure, avant que l'entrevue démarre et lorsque l'enregistreur est désactivé. Il n'y a pas non plus, selon le même auteur, d'entretien complètement déstructuré. L'intervieweur a toujours une idée sur ce qui devrait avoir lieu dans la conversation. A cela, il faut ajouter que la conversation est toujours encadrée en conformité avec certaines normes conversationnelles spécifiques à des interviewés plutôt que d'autres.

C'est ainsi que nous pourrions qualifier les premiers entretiens que nous avons effectués à visée exploratoire, d'entretiens relativement peu structurés. Nous sommes allée (sans rendez-vous) dans des officines, en nous présentant comme étudiante en Sciences de gestion réalisant une recherche permettant de comprendre le rôle d'internet sur la pratique d'automédication. L'idée était d'aborder le sujet avec un membre de l'officine en prenant ce dernier sur le vif, s'il était disponible, ou de revenir à un autre moment propice. Nous avons considéré qu'il serait plus simple et plus intéressant d'utiliser l'expression « pratique d'automédication » au lieu de processus décisionnel pour faire allusion au sujet de recherche. Nous nous sommes inspirée de la littérature et de l'analyse de nos notes de terrain pour élaborer un guide d'entretien. Celui-ci se présente en trois principaux thèmes, tout en restant très flexible. Nous gardions à l'esprit en effet que toute idée, attitude, tous mots provenant des pharmaciens, toujours en rapport avec le sujet, doivent être notés. Pour augmenter nos chances d'être reçue :

-
- *Attitudes des technophiles au comptoir lorsqu'il s'agit de maladies bénignes et de médicaments en vente libre*
 - *Le rôle et la nature des ISI dans le processus de décision préachat ;*
 - *Les variables qui caractérisent les produits (médicaments) et les consommateurs, influençant le recours à internet pour l'automédication*
 - . . . *Autres..*

Figure 36: Structure du premier guide d'entretien

- Nous avons choisi la semaine du 24 au 28 février 2014 qui correspond à la seconde semaine des vacances scolaires pour entamer la réalisation des entretiens. L'affluence devrait être moindre au niveau des pharmacies, ce qui augmenterait la disponibilité des pharmaciens et faciliterait notre familiarisation avec le guide d'entretien. Nous avons poursuivi notre investigation durant la semaine d'après.
- Nous nous sommes également accommodée au rythme de travail des équipes officinales. C'est pourquoi nous avons convenu de visiter les pharmacies au moment de la journée où il ya le moins d'affluence, c'est à dire entre 13h et 15h. Les matinées en officine sont globalement chargées. Même en cas d'absence de clients, les équipes officinales doivent se charger de réclamations, de commandes à passer auprès des fournisseurs, traiter le courrier, ranger des produits, vérifier des stocks...etc. Cependant, même avec de telles précautions, il était inévitable d'attendre que le personnel se libère ou que notre tour arrive si des clients étaient présents...etc.
- Nous avons opté pour les grandes artères parisiennes (trajet à pied en nous guidant avec GOOGLE MAP où les pharmacies sont ouvertes en non stop, contrairement à certaines pharmacies en banlieue qui ferment justement durant les créneaux horaires de faible affluence.

Sur les 24 pharmacies visitées, 18 ont refusé catégoriquement d'aborder le sujet. Certains se montraient anxieux et même furieux à l'idée de parler de l'usage de web comme source d'information de santé²²¹. Les 6 pharmaciens qui ont accepté de nous parler du sujet nous ont autorisée à prendre des notes. Nous avons également adressé 8 emails à des officinaux pour solliciter des entrevues selon leur convenance (téléphone, vidéo conférence, messagerie instantanée...etc.). Nous nous sommes procuré leurs adresses email à partir de leurs sites internet respectifs (par une recherche via Google) sans aucun critère de sélection. Nous n'avons reçu aucune réponse.

²²¹ A l'époque, pour plaisanter avec nos amis qui nous interrogeaient sur les résultats de notre étude, on leur disait qu'on avait réussi à l'issue d'une recherche profonde à découvrir les termes blasphématoires à ne pas prononcer en pharmacies!



Figure 37: Exemple d'email adressé aux pharmaciens (10/03/2014)

Source : capture d'écran de notre boîte email personnelle

Des motifs personnels nous ont contraint de arrêter momentanément nos investigations sur le terrain en mars 2014. Nous les avons reprises en septembre de la même année. La phase exploratoire préliminaire auprès de pharmaciens nous a permis de discerner une vive sensibilité de ces derniers vis-à-vis des thématiques qui traitent des médicaments d'automédication (en vente libre) et d'internet en tant que source d'informations. Dès lors, il s'est avéré nécessaire d'utiliser des expressions plus appropriées et plus acceptables. En raison du statut d'autorité que confère le savoir aux experts²²² dans leurs domaines, Flick recommande aux chercheurs réalisant des entrevues avec cette catégorie d'interlocuteurs, de leur montrer qu'ils sont familiarisés avec le sujet (Flick 2009, 168), d'où l'intérêt de préciser que l'on est « de la maison ». Pourtant, la désirabilité sociale peut mener *les enquêtés à « dire à l'enquêteur ce qu'ils pensent que l'intervieweur désire entendre*²²³ " (Denzin 1978, 127). Pour rééquilibrer la balance, nous sommes restée imprécise sur notre sujet de recherche. A cela, il faut ajouter que le contexte n'était guère propice au moment où nous envisagions de poursuivre notre enquête (entre 20/09/2014 et 10/11/2014). Cette période était marquée en effet par une importante grève des pharmaciens officinaux en France. Ces derniers se sont mobilisés

²²² Les experts pour cet auteur ; « *have technical process oriented and interpretive knowledge referring to their specific professional sphere of activity* »

²²³ Traduction libre: subjects may tell the interviewer what they think the interviewer wants to hear."

massivement, le 30/09/2014, contre un projet de loi qui aurait mis fin au monopole officinal sur la vente des médicaments de PMF non remboursés, (médicaments d'automédication)²²⁴.



Figure 38: extrait d'un communiqué de presse de l'ordre des pharmaciens.

Nous avons sollicité à cet effet notre réseau de connaissances dans le milieu officinal et notamment un ami

Source : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/179532/981142/version/1/file/CP_Etat+de+la+mobilisation+du+300914.pdf

pharmacien ayant travaillé longtemps en intérim. Il avait gardé de bons rapports avec un large réseau d'acteurs exerçant en officine et possède donc un riche carnet d'adresse. Il les a contactés et a sollicité leur coopération. Comme on lui a recommandait, il nous a présentée comme une amie pharmacienne en phase de finalisation de sa thèse et qui souhaiterait s'entretenir avec eux de façon anonyme, au sujet de la vulgarisation des informations de santé.

Nous avons ainsi opté pour une présentation d'un thème plus général (la vulgarisation des informations de santé), pour voir comment celui-ci apparaît dans les discours des interviewés. Nous avons donc délibérément évité d'évoquer les technologies numériques en laissant le soin aux interviewés de l'introduire par eux-même. Chose qui s'est faite spontanément d'ailleurs, dès l'entame des entretiens (réalisés en majorité en face à face, exceptés 8 par téléphone à la demande des informants) menés auprès de 26 acteurs exerçant au seins de 17 officines. Sans vouloir chercher à atteindre la représentativité de l'ensemble des pharmaciens, nous avons veillé à interroger des acteurs exerçant au sein d'officines de différentes tailles (petite, moyenne et grande pharmacie).

²²⁴ Nous avons –nous- même senti une ambiance tendue auprès des officinaux. Très inquiets, ces derniers évoquaient souvent, lors des entretiens, le sujet de la grève.

Nous n'avions pas non plus souhaité utiliser le terme « automédication » comme sujet de recherche. Ayant de bonnes connaissances sur les médicaments, nous rebondissions systématiquement sur tous les points s'apparentant à l'automédication, et ce, pour orienter davantage la discussion dans ce sens. Sinon, si les interviewés n'abordent pas le sujet spontanément, on l'introduisait quand cela semblait opportun, en fonction du déroulement de l'interview, et ce, pour explorer au mieux les thèmes que nous avons fixés auparavant dans le guide d'entretien. A ce titre, nos connaissances médicales nous ont été extrêmement utiles pour aller à l'essentiel et éviter donc de collecter trop d'informations « hors-sujet ». Nous présentons quelques exemples dans le tableau suivant :

Citations	Remarques
<p>Q : « On parle souvent de vulgarisation des informations de santé de nos jours, vous êtes d'accord ? R : <i>Phar : Ah oui, absolument, c'est sans aucun doute, il y a internet</i> Q : <i>Et c'est sur internet qu' on regarde le plus ?</i> R : <i>Oui, c'est les jeunes, c'est sûr, ce n'est pas les personnes âgées qui vont sur internet. En tout cas, ici, les personnes âgées quand même, nous font quand même confiance un peu plus, mais les jeunes, oui, j'ai vu sur internet, on m'a dit, j'ai regardé, oui, tout le monde le dit, oui... » pharma paris 9</i></p>	<p>Dans ces deux exemples, nous avons introduit un thème général (vulgarisation des informations de santé) pour ensuite, nous axer sur internet.</p>
<p>« Comme je vous l'ai dit au téléphone, le sujet de ma thèse traite de la vulgarisation des informations de santé <i>Il ya de quoi faire une thèse.</i> Vous trouvez ? <i>Ah oui, maintenant avec internet.... » PHR MZ</i></p>	
<p>Q : « ...Est-ce que vous avez l'impression qu'il y'a parmi vos clients, des gens qui ont tendance à chercher plus d'informations en rapport avec la santé maintenant ? R : <i>Sur la santé, sur certains produits, certains médicaments aussi.</i> Q : <i>Certains médicaments ?! Pas tous ?! il y a une catégorie particulière sur laquelle on cherche plus d'informations ?</i> R : <i>Oui.....ehhhhhh....Peut-être pour éviter tout ce qui est vraiment médicament pur, pur, ça va être plus le conseil, ou des compléments alimentaires, sur ça ils vont le plus rechercher...</i> <i>En parlant du conseil, je vois que vous proposez des prix intéressants quand même , par rapport à la taille de votre pharmacie, bravo à celui qui gère ça, franchement, je sais que ce n'est pas évident (je désigne du doigt le rayon de médicaments en vente libre)</i> <i>Oui, on essaye, on a eu quelques échos, je sais que pour le DRILL on doit faire des efforts....» pharma Plaisir Grignon</i></p>	<p>Dans cet exemple, la pharmacienne a spontanément évoqué médicaments conseils. Nous avons saisi l'occasion pour orienter la conversation afin de parler des médicaments d'automédication Pour rappel, <u>« conseil »</u> renvoie dans le jargon de certains officinaux aux médicaments en vente libre (ceux que conseillent habituellement les pharmaciens).</p>

Lors des conversations avec nos interlocuteurs, nous nous sommes référée à un guide d'entretien, tout en étant flexible pour déceler d'éventuels thèmes non définis préalablement. Nous avons ainsi choisi comme thème d'ouverture, la question de la surabondance des informations de santé de nos jours, comparé au passé et des comportements que cela induit tels qu'ils sont observés par les pharmaciens. Ce thème initial constituait une porte d'entrée pour parler d'internet en sa qualité de source d'information. Par la suite, nous avons demandé à nos interlocuteurs, en fonction du déroulement de l'interview, de nous décrire les changements de comportements engendrés par les ISL sur le processus décisionnel d'achat des médicaments d'automédication.

Nous avons retranscrit manuellement l'intégralité des entretiens enregistrés, c'est-à-dire 21 parmi 26 entrevues d'une durée allant de 20 à 50 mn. S'agissant des interviewés ayant refusé l'enregistrement, nous nous sommes contentée de prendre des notes manuellement au moment de l'entrevue, ou juste à la fin de cette dernière. La majorité des interviewés ont

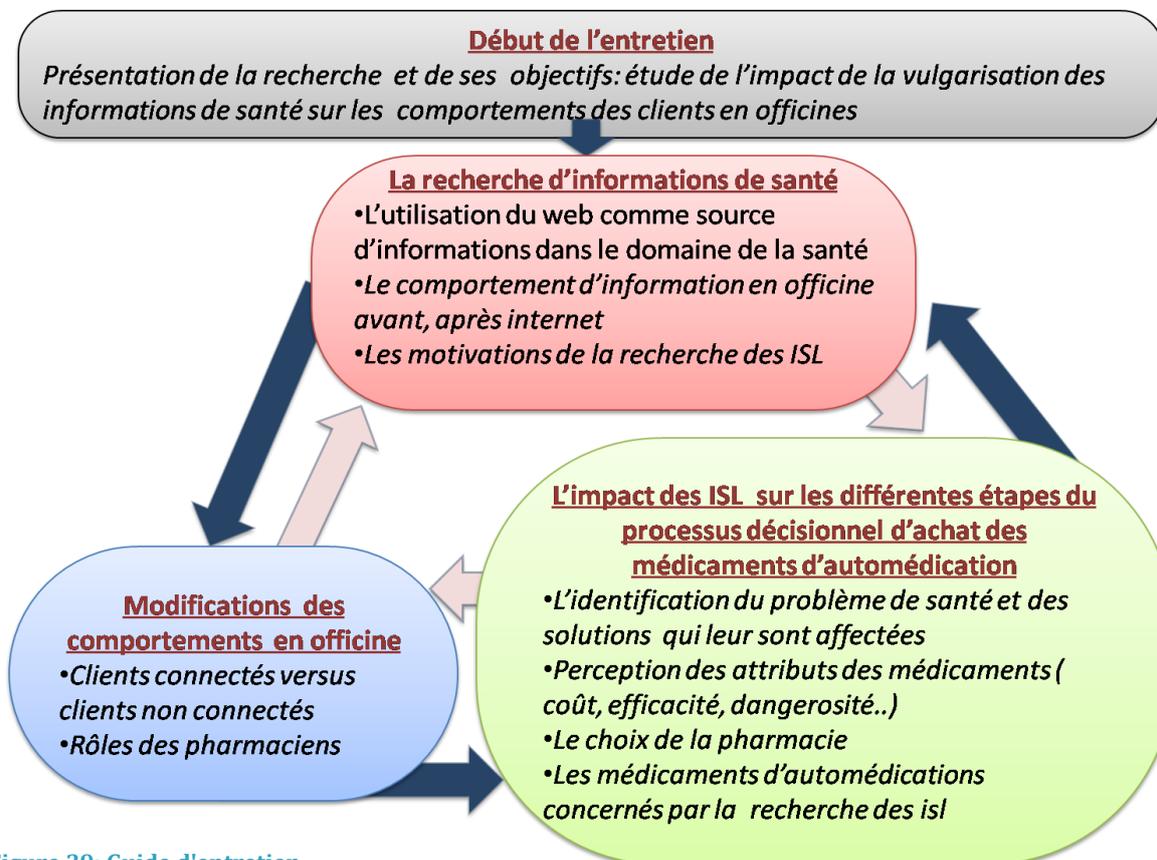


Figure 39: Guide d'entretien

aimablement accepté de nous rencontrer dans leur lieu de travail, soit au moment de leurs pause (2) soit pendant qu'ils étaient au comptoir (12) en accord avec l'équipe officinale²²⁵. Les entretiens dans ce cas, étaient entrecoupés en raison de l'affluence des clients (raison pour laquelle les logiciels de reconnaissance de voix ne nous ont pas été utiles pour la transcription à cause des bruits de fond trop importants). Deux préparatrices qui ne souhaitaient pas que la titulaire des pharmacies où elles exerçaient le sache, ont préféré nous rencontrer en dehors de leur lieu de travail. Dans ce dernier cas, il y avait une interlocutrice qui parlait le plus, la seconde moins bavarde intervenait pour confirmer, manifester un désaccord ou compléter ce que disait sa collègue. Un autre pharmacien nous a également invitée à prendre un café. Enfin, un pharmacien nous a reçue dans son bureau en officine. Dans l'ensemble, les conversations²²⁶ se sont bien déroulées. Les interlocuteurs étaient disposés à décrire les faits (les événements qui les marquent dans leur pratique) et à nous livrer leurs sentiments/ significations à propos de ces mêmes faits. Ils nous ont rapporté de nombreux récits d'observations passées lors de leur exercice. A la différence de l'observation participante où nous avons coproduit les informations avec nos informants, nous avons essayé lors de cette étape de nous détacher afin de capter les conceptions et interprétations propres de chaque interlocuteur.

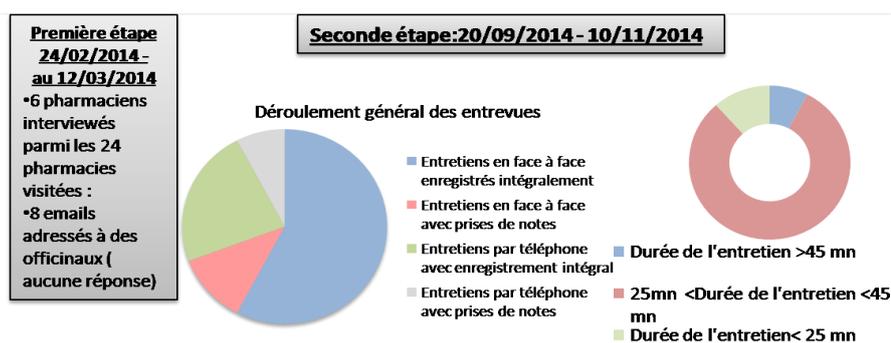


Figure 40: Enquête par interviews auprès de pharmaciens

²²⁵ Les collègues ont eu la gentillesse de s'occuper des clients au moment où on interviewait un membre de l'officine. On stoppait la conversation lorsqu'on s'apercevait qu'il était nécessaire de le faire pour s'adapter à leur cadence de travail.

²²⁶ Nous empruntons cette expression de Denzin. Pour cet auteur, un entretien devrait être appréhendé « comme une conversation ». Traduction libre: "The interview should be approached as a conversation" (Denzin 1978, 120)

Figure 41 : Recueil de données (a) : enquête par interviews auprès de pharmaciens

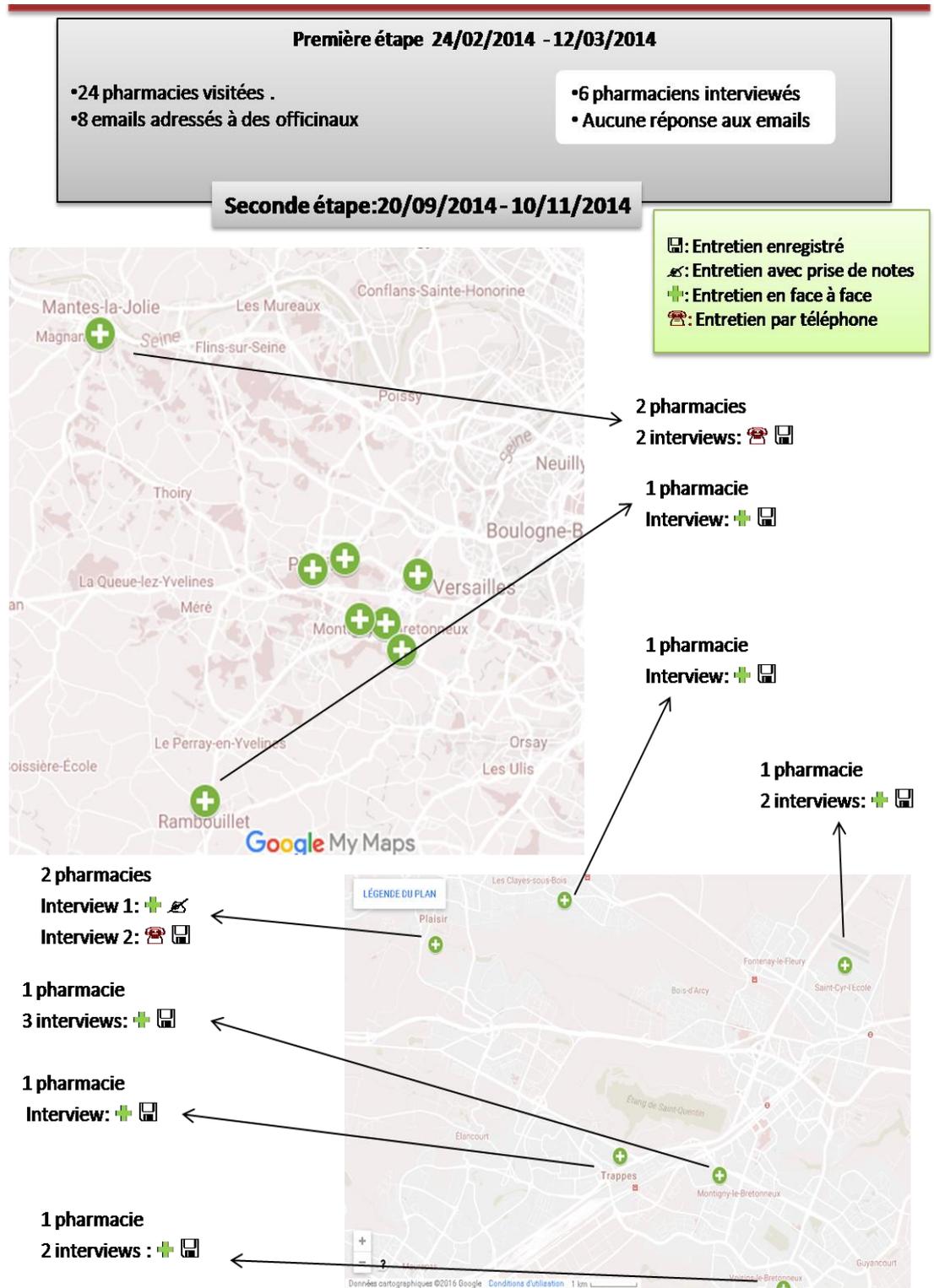
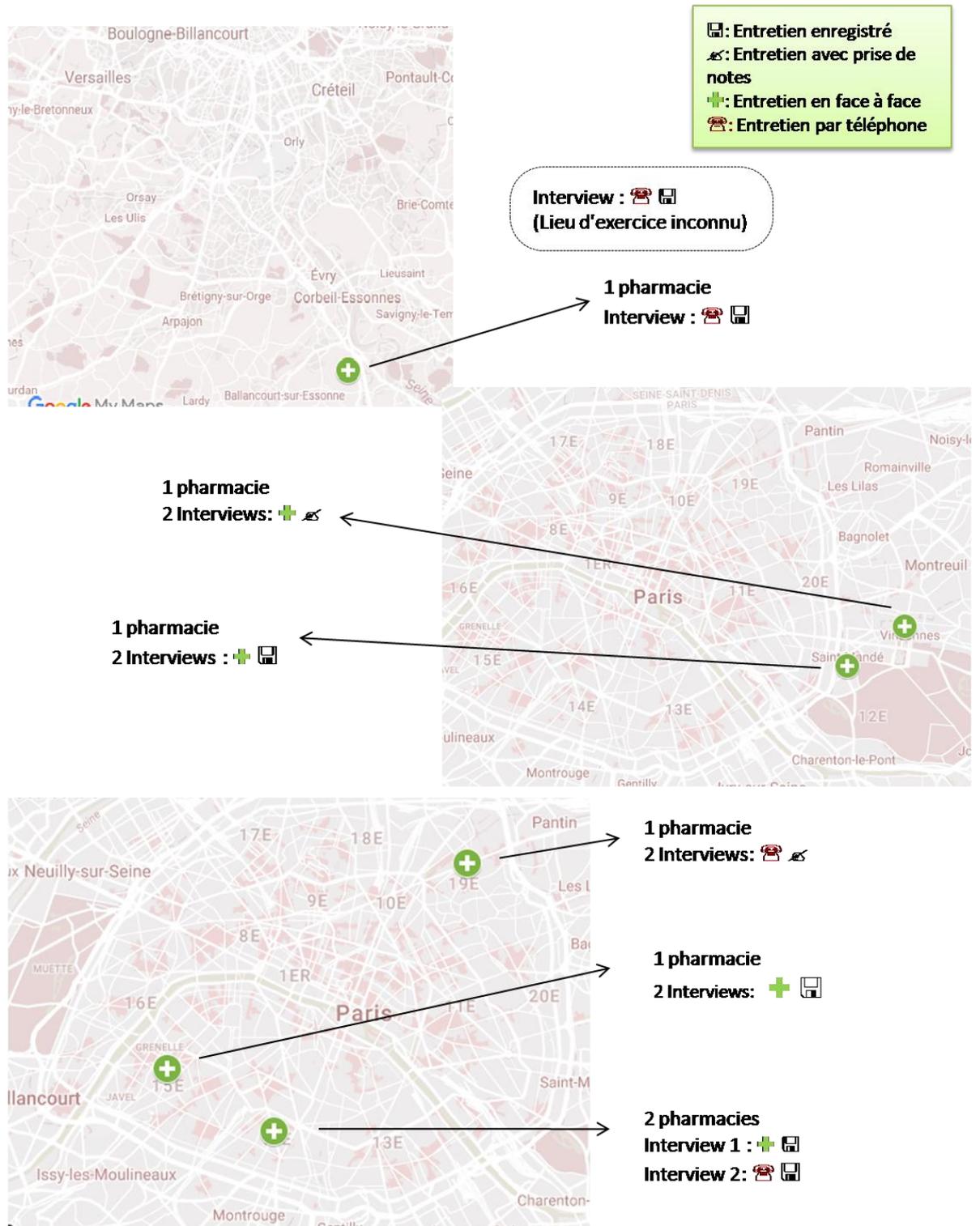


Figure 42: Recueil de données (b) : enquête par interviews auprès de pharmaciens



Analyses et interprétation des données :

Lorsque un chercheur qualitatif se met à analyser un matériel de type texte écrit (*written texts*), il ne suit pas selon Peräkylä un protocole prédéfini. C'est « *en lisant et relisant leur matériel empirique, qu'ils tentent de cerner les thèmes clés et par conséquent, de constituer un tableau des présuppositions et des significations*²²⁷ » (Peräkylä 2008). À cette approche informelle (*informal approach*), d'autres procédures analytiques plus structurées peuvent être envisagées. Pour Creswell par exemple, l'analyse des données dans une recherche qualitative consiste à « *préparer et organiser les données pour l'analyse, en les réduisant en thèmes à travers un processus de codage et de condensation des codes, et enfin à les représenter sous forme de chiffres, de tableaux, ou de discussion*²²⁸ » (Creswell 2012). Il souligne tout de même que les étapes de collecte, d'analyse et de rédaction des résultats d'analyse ne sont pas tout à fait distinctes l'une de l'autre lors d'un processus de recherche. Effectivement, nous avons commencé à travailler sur le matériel empirique au moment même de la transcription. Nous étions en effet programmée à faire une présentation de notre recherche dans le cadre des ateliers doctoraux qu'organise le LAREQUOI à la date du 21/04/2015. Pour des raisons pragmatiques, il était nécessaire d'entamer l'analyse du matériel empirique avant même la finalisation de son organisation. L'Écuyer suggère d'analyser une base de données en deux étapes (L'Écuyer 1990, 273) :

- Étape I : Lectures préliminaires et définitions des unités de classification. Pour cet auteur, l'unité de classification correspond à « *tout mot, phrase, portion de phrase ayant tous comme trait commun de se profiler dans un même sens* » (L'Écuyer 1990, 262) ;
- Étape 2 : Codification proprement dite. L'Écuyer définit trois modèles de codages. Un modèle A où les catégories sont totalement induites du matériel. Dans le second modèle B fermé, les catégories sont prédéterminées. Enfin, le modèle mixte C inclut les catégories préexistantes et celle qui sont induites. Creswell a une approche similaire à celle de l'auteur précédent. Il décrit les stratégies de codages comme un continuum qui va de catégories préétablies à des catégories émergentes..

²²⁷ Traduction libre : « *by reading and rereading their empirical materials, they try to pin down their key themes and, thereby, to draw a picture of the presuppositions and meanings* »

²²⁸ Traduction libre : « *data analysis in qualitative research consists of preparing and organizing the data (i.e., text data as in transcripts, or image data as in photographs) for analysis, then reducing the data into themes through a process of coding and condensing the codes, and finally representing the data in figures, tables, or a discussion.* »

Effectivement, lors du transfert des fichiers audio en fichiers textes²²⁹ (Word), nous avons songé dès le début, à marquer les passages qui a priori peuvent être rejetés en gris très clair (présentation de thème, discussions hors sujet²³⁰...etc.). Chaque fois que le discours portait sur des questions directes en rapport avec les produits d'automédication²³¹, nous le marquions en vert. Lorsque l'aspect principal d'un passage du texte décrivait les situations caractérisant le risque associé à l'achat de médicaments, nous le surlignions en rouge...etc. Nous avons inséré sur les marges²³² les concepts clés que nous inspire le discours des informants ainsi que les notes de terrain que nous avons dictées au magnétophone à la fin de la rencontre. Au fur et à mesure que nous transcrivions les entrevues, nous mettions en évidence des mots, des expressions ou des passages entiers du texte (surligner, agrandir les caractères...etc.).

Tout au long de la transcription, nous réfléchissions également aux codes à attribuer à des passages de textes qui attiraient notre attention. En s'adressant aux chercheurs, Saldana rappelle que « *l'exercice de codage exige que vous portiez vos propres lentilles analytiques. Mais comment vous percevez et interprétez ce qui se passe dans les données, dépend du type de filtre couvrant ces lentilles*²³³ » (Saldana 2009, 6). Dans la conception de Miles et Huberman les codes sont des « *étiquettes qui désignent des entités de significations pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude....ce ne sont pas les mots eux-mêmes, mais leurs significations qui nous intéressent.* »(Miles et Huberman 2003, 112). Le sens que reflétaient des mots, des expressions entières ou des paragraphes, présentait des similitudes entre eux et permettait donc, à la lumière de nos connaissances théoriques, de nos questions de recherche et du guide d'entretien (les réponses des différents interlocuteurs à la « même » question), de les regrouper dans un même ensemble.

²²⁹ Une amie nous a aidée à la transcription des fichiers audio. Il était toutefois nécessaire de réécouter et compléter de nombreux passages manquants. Les interlocuteurs, et nous-même, évoquions par moments, les noms de produits ou des termes issus du jargon des officinaux qu'elle ne connaissait pas, surtout en présence de bruits (le téléphone, les bips lors des fermetures/ouvertures des portes de pharmacies, les conversations des clients...etc.).

²³⁰ Une grève générale s'était organisée au moment où nous avons mené les entretiens avec les pharmaciens. Des questions en lien avec des problématiques hors de notre sujet étaient évoquées par moments: le rôle des syndicats, du gouvernement les modes de protestation appropriés...etc.

²³¹ Pour les raisons méthodologiques développées précédemment, nous avons évité de poser des questions directes au sujet de cette catégorie de produits. Il était nécessaire de repérer les passages de textes dont le contenu renvoyait aux médicaments d'automédication (nom de produits cités, qualifications des produits décrits...etc.).

²³² Cela est facilité par la fonction : insérer un commentaire.

²³³ Traduction libre: "*The act of coding requires that you wear your researcher's analytic lens. But how you perceive and interpret what is happening in the data depends on what type of filter covers that lens*"

Ainsi, parallèlement (sur un fichier à part), nous inscrivions des étiquettes (mots ou phrases courtes) qui donnent manifestement un récapitulatif des groupes de données transcrites²³⁴ (une trentaine de lignes). Avant même la finalisation de la transcription, nous avons constaté que les similitudes mises en évidence entre les interviews (par rapport à nos a priori théoriques et au guide d'entretien) semblent insuffisantes pour décrire le contenu. Il était possible d'établir des liens entre certains passages pour expliquer des faits dans un même discours ou différents discours et redéfinir d'autres codes. « *Ce n'est pas au matériel analysé à se plier à ces catégories, mais ce sont plutôt les catégories qui doivent représenter fidèlement le matériel analysé et en refléter le sens* » (L'Écuyer 1990). Une relecture de l'ensemble des données une fois rassemblées était requise pour établir un second codage.

<p>Dans les citations ci-dessous (sur cette colonne) l'interlocuteur témoigne d'une absence totale de recherche d'ISL préachat.</p>	<p>Le même interlocuteur affirme le rôle de la recherche des ISL préachat sur la prise de décision relative à l'achat de médicaments</p>
<p><i>« Les médicaments en vente libre, c'est nous qui les informons là, autrement, ce n'est pas bien..... »</i></p> <p><i>« ..Oui, oui, ça c'est nous qui leur donnons cette information (au sujet des médicaments en vente libre), ils ne vont pas le chercher sur internet.. »</i></p>	<p><i>«R : ...Je pense que ce n'est pas bénéfique pour eux, quand ils regardent sur les maladies, ils ont toutes les pathologies imaginables, quand c'est sur les médicaments, ils ont tous les effets indésirables, voilà »</i></p> <p>[« R : Même les ordonnances, ils prennent ça, ils ne veulent pas ça, ils regardent tout sur internet !</p> <p>Q : Et pourquoi à votre avis, les gens suivent plus ce qui se dit sur internet, plutôt que les recommandations de leurs médecins, et de leurs pharmaciens ?</p> <p>R <i>Et ben ça, si vous arrivez à trouver la raison....on nous fait moins confiance, enfin, c'est une petite minorité.</i></p> <p>Q : Une petite minorité ?</p> <p>R :<i>oui, pas tous, heureusement, ils vont sur Google, ils ont l'habitude, ils regardent ce qu'ils ont, après ils viennent nous voir.</i></p> <p><i>Et ils savent ce qu'ils cherchent finalement ?</i></p>

²³⁴ Pour ne pas faire un double travail :notes, gribouillages...etc., sur papier et à transférer sur le fichier électronique, nous avons choisi de travailler directement sur ce dernier. Les nombreuses fonctionnalités de Word simplifient notre tâche (retour à la ligne chaque fois qu'une nouvelle idée surgit, copier-coller un segment de texte dans une case dédiée à une catégorie sur un tableau ...etc.). Nous avons rattaché deux écrans à une même unité centrale: le premier écran affichait le fichier Word sur lequel sont transcrites les données, ce qui donnait une vue d'ensemble du matériel empirique. Sur le second écran, un fichier Word sur lequel nous notions les premiers codes, catégories qui émergent. En revanche, en ce qui nous concerne, il était plus pragmatique de faire des graphiques sur du papier classique pour les reproduire ensuite en version numérique.

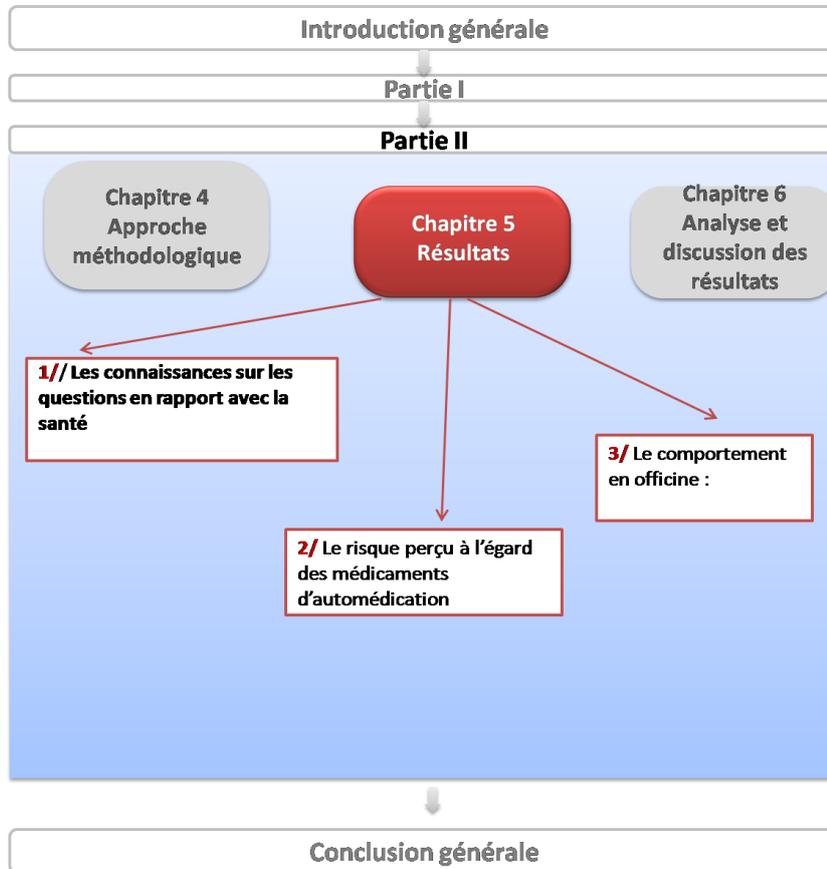
Analyser un texte sur écrans d'ordinateur s'est avéré tout de même une tâche extrêmement fastidieuse. Il fallait en effet le scruter minutieusement (mot par mot) et non pas le balayer. De nombreuses pauses s'imposent pour éviter la fatigue oculaire et des céphalées que ce travail peut entraîner (des liseuses plus adaptées à cette tâche sont disponibles maintenant).

Finalement, nous nous sommes servi de l'ordinateur pour organiser les données empiriques collectées, et non pas pour l'analyse proprement dite, qui consistait à donner du sens au contenu.

C'est ça. La question est justement là. Par ce qu'internet on peut trouver tout, tout le monde dit ce qu'il veut... »]

Les premières constatations nous ont permis ainsi de saisir les idées saillantes que relève la base de données. Il était nécessaire toutefois, à travers d'autres lectures continues, de les réorganiser à fin d'identifier tous les codes, les regrouper dans des catégories et générer enfin des thèmes. Pour L'Écuyer, « *ce n'est pas au matériel analysé à se plier à ces catégories, mais ce sont plutôt les catégories qui doivent représenter fidèlement le matériel analysé et en refléter le sens* » (L'Écuyer 1990). C'est ainsi que nous avons mis en place une grille composée de codes, catégories que nous actualisions au fur et mesure que nous avançons dans l'analyse du corpus. Saldana affirme que le codage est un exercice cyclique « *cyclical act* » ; Il est rare que le premier cycle de codage de données soit parfaitement abouti (Saldana 2009, 8). Dans ce sens, nous avons convenu que la boucle était bouclée (grille définitive) à partir du moment où il était possible d'attribuer aux différents énoncés (segments de texte), les codes que nous avons saisis (voir annexe).

Chapitre 4 : Résultats



Encadré 6: Présentation du plan du chapitre V

Le présent chapitre est consacré à la présentation des résultats de l'enquête empirique. Ces résultats seront représentées sous une forme narrative mais également, sous forme de tableaux ou autres représentations graphiques synthétiques. L'analyse thématique des données issues de nos notes d'observations, de l'analyse thématique des entretiens et de l'analyse documentaire a fait émerger 3 grands thèmes. Il y a tout d'abord, la mise en évidence d'une différence de l'état des connaissances en matière de santé, liée aux ISL. Ensuite, nous verrons les dimensions du risque identifiées lors de l'achat de médicament d'automédication. Le dernier thème englobe les nouveaux comportements constatés en magasin (officine).

1. Les connaissances sur les questions en rapport avec la santé

Nous avons englobé sous ce premier thème, l'ensemble des idées, des mots et des phrases qui renvoient à la notion de connaissance ainsi qu'à des termes proches. Les usages des technologies numériques sont associés à une modification des connaissances des consommateurs sur les médicaments. Celle-ci est perceptible à travers les interactions qui ont lieu au moment de l'achat des médicaments et notamment les propos tenus par les clients.

Le type d'informations recherchées ou non au comptoir, l'intensité de recherche d'informations qui se manifeste à travers le temps d'échange et/ou le niveau d'exigence de précisions, constituent des indicateurs des changements dans les connaissances des consommateurs en ce qui concerne les médicaments d'automédication. A travers les observations faites par les interlocuteurs interviewés ainsi que les nôtres, nous avons constaté une évolution de ces connaissances parallèlement aux évolutions dans l'offre informationnelle via les technologies numériques qui concerne cette catégorie de produits.

Lorsqu'on interrogeait les pharmaciens et leurs collaborateurs sur leurs impressions en ce qui concerne les clients internautes, ils les décrivaient dans un même discours, tantôt comme étant désorientés par trop d'informations de tout type, tantôt comme étant plus avertis, voire même trop confiants au sens où ils pensent savoir plus que ce qu'il en est réellement. Ces derniers vont jusqu'à manifester de la « défiance » à leur égard. Le mot « défiance » était utilisé tel quel par trois des pharmaciens interviewés mais revenait aussi sous d'autres formes : « *ils osent, ils nous testent, ils se permettent tout* ». Effectivement, le niveau de connaissances subjectives est variable chez les consommateurs

qui effectuent des recherches d'ISL. En revanche, les connaissances objectives relatives aux thématiques de santé sont généralement plus importantes auprès de consommateurs qui effectuent des recherches d'ISL comparés à ceux qui ne le font pas.

« Q : De manière générale, les informations de santé sur internet, dans quelle mesure, c'est positif ou négatif pour les malades ?

R : Alors, ça aide les gens parfois, ils sont un peu plus informés qu'avant effectivement... » Pharmacienne Picard

Q : Vous avez l'impression qu'ils vous posent plus de questions maintenant, comparé à avant, il ya 10 ans, par exemple ?

R : Les questions vont surtout par rapport à leurs symptômes aux problèmes quand ils viennent nous voir, ou pour ce qu'ils ont besoin

Q : C'est le même type de questions, un français moyen en 2010 et en 2014, c'est la même chose ?

R : Ah non, ils ont une meilleure connaissance, ça, c'est sûr, parce que ça s'est développé avec internet

Q : Avec internet davantage ?

R : Oui, plus avec internet » Phar WKP

« R..., ils connaissent les maladies, avec des termes techniques même ! avant, on disait, je suis enrhumé, là, j'ai une rhinopharyngite virale

Q : Ah oui, c'est précis, viral !

R : Et oui. Je veux quelque chose pour troubles circulatoires

Q : Avant, c'était, pour des varices par exemple ?

R : Oui, ils ont trouvé où ces mots techniques !

Q : Sur internet ?

R : Évidemment, bien sûr, c'est clair » Pharmacienne Montparnasse

Il est possible de constater que les nouvelles connaissances, qu'ils associent à de nouveaux comportements (discutés dans un prochain point), résultent de l'interprétation des ISL, obtenues par leurs clients de manière active ou passive.

1.1 Une acquisition active et passive d'ISL...

Les usages des technologies numériques modifient les connaissances des consommateurs de biens de santé de façon directe, mais également de façon indirecte, et ce, en modifiant le comportement de recherche d'informations. Sur ce dernier point, en ce qui concerne le processus d'achat de médicaments d'automédication, comme c'est le cas dans le domaine de santé, le recours aux professionnels de santé comme source d'informations fut systématique. Désormais, les consommateurs-patients orientent leurs recherches vers d'autres sources médicales ou non. Par ailleurs, les caractéristiques des usages des technologies numériques (facilité, accessibilité, habitudes de faire des recherches d'informations sur d'autres produits) incitent les consommateurs à se lancer dans une recherche d'ISL que celle-ci soit liée à une tâche spécifique (achat potentiel) ou non. Enfin les nouvelles connaissances acquises peuvent générer de nouveaux besoins

d'informations qui peuvent être obtenus non exclusivement auprès de professionnels de santé.

« La génération... enfin, après il faut catégoriser, il y a différentes générations, la génération digitale a le réflexe Google, et donc, en fait, ils vont piocher des informations. Alors, souvent elles sont mal interprétées ou erronées mais ça leur arrive d'arriver au comptoir, oui, c'est plus fréquent qu'avant avec déjà une idée, soit ce qu'ils ont, soit ce qu'ils veulent ! » Pharm 13

L'acquisition de connaissances que l'on peut considérer comme étant « **passive** » joue à son tour, un rôle dans les modifications constatées sur les connaissances en matière de santé des clients en officines. Les connaissances sont acquises sur la base des ISL obtenues de façon involontaire ou passive au cours des activités n'ayant pas comme objectif une recherche d'information. Les clients sont exposés en comparaison avec l'ére avant internet, à une quantité considérable d'informations de santé et ce, indépendamment de leur propre initiative à effectuer cette recherche d'informations. Les connaissances acquises stockées dans leurs mémoires peuvent être réactivées au moment où ils envisagent de résoudre un problème de santé.

Une pharmacienne nous a décrit le cas d'une cliente ayant « un raisonnement complètement biaisé », en mettant à pied d'égalité, les effets indésirables du Mediator® récemment signalés, et des effets indésirables des médicaments anti-rhume connus depuis longtemps²³⁵.
« Le grand scoop de « Prescrire » ! Ils nous ont appris que la pseudo-éphédrine est vasoconstrictrice ... j'ai eu une cliente qui m'a dit « entre médiateur, actifed, on sait plus quoi prendre ! ». Pharm 13

L'acquisition active de connaissances est celle qui est initiée par une recherche qu'effectue l'individu lui-même en réponse à ses besoins d'informations. Elle est décrite d'une part, comme étant plus intense dans des situations et en lien avec une classe spécifique de médicaments (point développé ultérieurement). D'autre part, elle s'avère être plus performante dans la mesure où les clients informés préalablement à leur arrivée en officine, sont plus expérimentés pour filtrer la bonne information adaptée à leurs besoins (au sens des pharmaciens) de celle qui ne l'est pas.

²³⁵ La revue Prescrire avait publié un article consacré aux effets indésirables des médicaments contenant de la pseudo-éphédrine. Toutefois, comme l'affirme la pharmacienne interrogée, l'action vasoconstrictrice de la pseudo-éphédrine utilisée comme décongestionnant n'a pas été démontrée récemment.
Vasoconstrictrice : diminution du calibre d'un vaisseau sanguin par contraction de ses fibres musculaires.

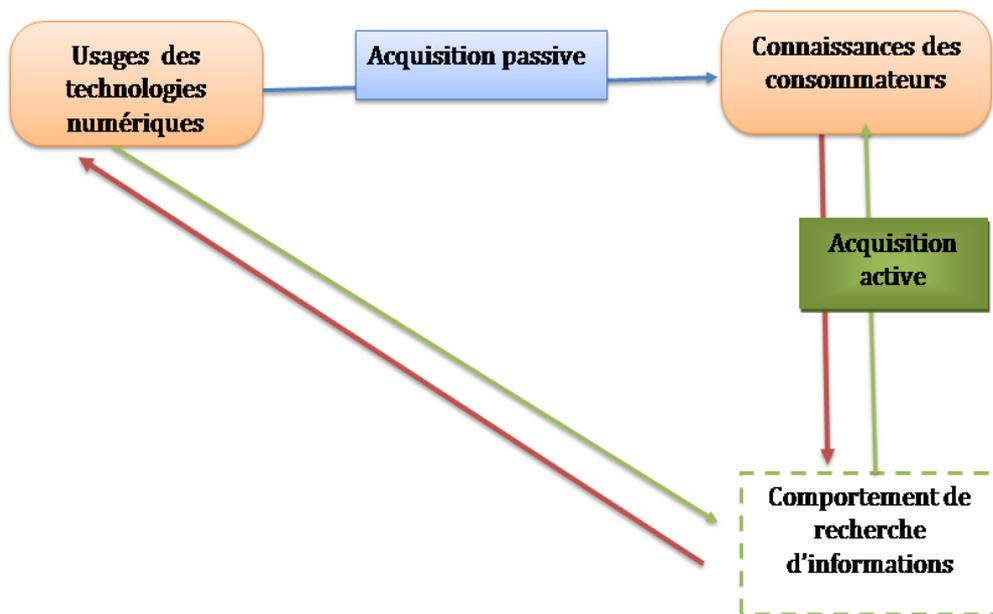


Figure 43: L'acquisition de connaissances via les technologies numériques

Les usages des technologies numériques affectent les connaissances des consommateurs de façon directe (acquisition passive) et indirecte (acquisition active).

Le choix d'internet comme moyen de recherche d'informations est motivé d'une part par sa facilité d'accès, et d'autre part, par la multiplicité des sources et des formes d'informations qu'elle offre. Citée également comme motivations pour ce type de recherche d'informations, la transposition des expériences et des habitudes de recherche d'informations via le web, en rapport avec les produits de consommation courante, aux médicaments et aux problématiques de santé de manière générale. Enfin, les échanges d'informations entre « amis, famille, communauté » sont facilités par les usages des technologies numériques, favorisant une recherche d'informations délibérée même pour des pathologies courantes. Tel que l'illustre la figure suivante, au sujet des traitements du rhume, une femme enceinte s'est dirigée vers un forum pour femmes enceintes pour se renseigner sur cette question, un adolescent est allé se renseigner, toujours au sujet du rhume, auprès de ses semblables dans un forum dédié aux adolescents et enfin, un nageur enrhumé cherchait des ISL sur un forum que propose un site internet : Nageurs.com.

http://www.nageurs.com/forums/ Natation et maladie - Nage... X
 Accueil | Carte des piscines | Camps d'entraînement | Agenda | Forums | Annonces | Bonnets | Eau-libre

Natation et maladie

14 février 2014 à 14:51

djick 0 / 0 / 0

Bonjour à tous.
 Je me suis remis depuis peu à la natation et ce site est une véritable mine de renseignements pour le novice que je suis. (grand merci à ceux qui l'ont conçu)
 Seulement, après trois séances intensives, ce que je craignais le plus est arrivé : me voici affligé d'un sympathique rhume. Aussi, je me demande s'il faut que je continue mon entraînement, ou bien s'il vaut mieux que je reste bien sagement à la maison en attendant que ça passe.
 Cette question est valable pour toute autre maladie (grippe, angine,...) qui ne vous cloûe pas au lit.
 D'avance merci de vos réponses

35 commentaires

lucioze 0 / 0 / 0

Bonjour,

Il me semble qu'on a déjà traité de ça sur le forum, je ne sais plus où...
 En ce qui me concerne : si simple rhume, OK pour la piscine, qui a d'ailleurs souvent un effet bénéfique (nettoyage/désinfection du nez au chlore...)
 Par contre, si en plus du rhume, je commence à avoir mal à la gorge ou aux oreilles, à avoir de la fièvre... j'évite la piscine (les rares fois où je ne l'ai pas fait dans ce cas, le rhume a systématiquement délégué en rhinopharyngite ou otite, nettement plus pénible).

Christophe 0 / 0 / 0

Pareil pour moi, la fatigue et le rhume ne sont pas une excuse suffisante ! J'essaye de me forcer à aller à la piscine, quitte à faire des séances sans forcer, juste pour ne pas perdre trop le niveau... L'idéal est aussi de bannir les fausses bonnes excuses, car une fois dans le bassin en général on ne regrette pas 😊

http://grosesalles.aufeminin.com/ Rhume, mal de gorge, de té... X
 Créer une discussion Mes discussions favorites

14 février 2010 à 14h58

unbededamour01

Je suis allée chez mon doc mercredi pour les mêmes symptômes !! Il m'a prescrit du paracétamol pour les douleurs de tête, massages pr le mal de gorge et un spray nasal mais même avec ça bah j'ai toujours les symptômes 4 jours après...
 avec ça j'ai une toux sèche qui me fatigue énormément et me fais mal au ventre à force
 patience et courage !!!

J'aime

unbededamour01 14 février 2010 à 19h00

Sinon remède de grand mère mais le lait calme bien les douleurs de gorge avec un peu de miel 🍯

J'aime

lunesty 14 février 2010 à 17h07

Homéopathie !
 C'coû prend donc de l'homéopathie, car comme tu dis à part le doliprane les ... ne savent pas donner grand chose.

En homéopathie tu pourras te soigner sous forme de granules, mais aussi de sirop et de pastilles homéopathique pour la gorge alors n'hésite pas. Prend roy avec un homéopathie (certain généraliste le sont aussi) ou bien demande à ta pharmacie, sachant que du coup si tu achètes directement tu ne seras pas remboursée mais au moins tu pourras te soigner.

Et puis n'hésite pas à multiplier les laits chaud sucrés ou les infusions au miel pour ta gorge ça apaise un peu

http://forum.ados.fr/forum-si- Rhume - Forum libre santé... X
 Accueil | Les newsletters | Les Appels | Ex: Angelina Jolie, Secret Story

12/01/2014 à 13:09:53

Supet et Rhume

Bas de page

Posté le 12/01/2014 à 13:09:53

Salut ça fait près de 2 mois que je suis enrhumé. Je me sens faible, j'abaïsses les bras en sport pourtant j'adore me sport je suis assez sportive je courrais beaucoup ... Je suis fatiguée mon teint est un pâle . A la normal je suis plutôt de teint métissé ... quand je vais chez un docteur il ne détecte rien d'anormal que je dois mieux me chauffer . Il me demande pas de faire une prise de sang et me dit juste que le sang est un peu épais.
 Alors voilà pensez vous que j'ai quelque chose de grave ? Que mes defenses immunitaires sont basses du à quelque chose d'anormal ? Vous ai t'il déjà arrivée ce genre de chose qui traine qui n'en finis pas ?
 Merci d'avance.
 Ps: Je n'ai pas perdu de poids, un bon signe non ?
 (publié)

Luttez contre l'acouphène
 Soulaguez l'acouphène en dormant avec notre oreiller spécial!

Posté le 12/01/2014 à 16:01:37

Tu enchaînes sûrement les rhume. Demande quand même une prise de sang pour tester tes taux de fer, tu pourrais avoir une anémie qui fait que tu te sens faible et que ça aggrave tout ça.

http://base-donnees-publi... Accueil - Base de données... X
 Dernière mise à jour le 24/06/2014

BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS

Visiter [medicaments.gouv.fr]

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Utilisez le formulaire ci-dessous pour accéder aux informations officielles sur les médicaments :

Rechercher par médicament dont le nom

Rechercher par substance active dont le nom

Commencez par Contient

Commencez par Contient

Médicaments commencent par
 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 9

La base de données publique des médicaments permet au grand public et aux professionnels de santé d'accéder à des données utiles et de référence sur les médicaments commercialisés ou ayant été commercialisés durant les trois dernières années en France.
 Cette base de données administratives et scientifiques sur les traitements et le bon usage des produits de santé est mise en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en liaison avec la Haute-Autorité de Santé (HAS) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sous l'égide du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Figure 44: Recherche d'ISL des différentes communautés partageant un intérêt commun à une question de santé

1.2 axée principalement sur ...

En ce qui concerne l'automédication, la recherche d'informations concerne de nombreuses questions de santé. Néanmoins, il est possible de les classer en deux catégories. Il y a d'une part, la recherche d'informations relatives aux problèmes de santé (pathologies) et d'autre part, la recherche d'informations au sujet des solutions (alternatives thérapeutiques).

« **Q** : ..vous avez l'impression que les gens cherchent plus d'informations sur la santé, médicaments ...etc., par rapport à avant, c'est-à-dire, avant qu'internet ne soit généralisé comme maintenant ?

- **R** : Oui, ils recherchent plus tout sur internet. ils sont même déjà quasiment formés, dès qu'ils viennent à l'officine, ils disent, ça c'est peut être mieux, ça j'ai lu que c'était bien, ça je crois que ce n'est pas compatible. Ça j'ai vu qu'il y avait des effets indésirables, c'est vrai qu'ils sont très, très formés, et maintenant, on trouve tout, tout sur internet, d'information, donc..

-**Q** : Ils viennent déjà avec une idée de ce qu'ils veulent ?

- **R** : Avec une idée, voilà, ils trouvent ça plus crédible, que notre conseil à nous » *Pharmacienne L*

Lorsque la recherche d'informations concerne des pathologies inhabituelles et non celles qui sont familières pour l'individu concerné, elle vise soit ① à cerner un problème caractérisée par des symptômes atypiques pour le patient qu'il cherche à interpréter, ② soit à confirmer un autodiagnostic établi.

Une cliente s'est présentée à l'officine pour confirmer l'autodiagnostic (varicelle) qu'elle a fait pour sa fille. Elle affirmait que par rapport à ce qu'elle a vu sur internet, les boutons qui couvrent l'abdomen de sa fille correspondaient à des boutons de varicelle.

Ensuite, en ce qui concerne les solutions aux problèmes de santé, la recherche d'informations préachat est quasiment nulle pour certains produits. Pour d'autres médicaments en revanche, les échanges avec les clients montrent clairement que ces derniers se sont renseignés auprès d'autres sources avant d'arriver en pharmacie. Compte tenu des affirmations des pharmaciens interviewés ainsi que de nos observations in situ, le recours au web comme source d'informations est fréquent. La recherche d'informations vise à :

1. Identifier les solutions aux problèmes, médicaments ou autres solutions ;
2. Comparer les applications d'un médicament dans les différentes situations d'usage avec d'autres médicaments ou d'autres produits de santé (solutions),

3. Caractéristiques techniques des médicaments, en l'occurrence les effets indésirables et les indications thérapeutiques (efficaces pour quelles maladies ?),

4. Le prix des médicaments. Il s'agit en effet, de médicaments relativement onéreux destinés à résoudre des problèmes de santé familiers aux clients. C'est le cas de :

a) Pilules contraceptives(*médicaments de PMO*) non remboursés par la sécurité sociale tels que *JASMINELLE, QLAIRA, YAZ..etc.* Les consommateurs prévoient en effet d'acheter des médicaments de PMO au sein de certains points de vente. Ils découvrent ainsi des prix « attractifs » d'autres produits de santé dont les médicaments de PMF.

« *Après, ils ont vu que ce n'était pas cher ici, du coup ils prennent... ils ont pris l'habitude de tout prendre ici*²³⁶... » *Pharmacienne- grande pharmacie 75014*

b) Certains vaccins recommandés en cas de voyage, et qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale: *TWINRIX*²³⁷, *TICOVAC*²³⁸, *TYPHIM Vi*²³⁹...etc. Il s'agit en général de vaccins recommandés en cas de voyage dans des zones endémiques, dont certains sont inscrits sur la liste des médicaments de PMO. Le prix reste toutefois à la charge du client et il varie en fonction des officines. En outre, dans le cadre de ce type de voyage, les clients achètent d'autres produits (médicaments ou autres) : répulsifs des moustiques, antalgiques, anti-diarrhéiques, sédatifs...etc. Le panier final peut s'élever à 200 euros (ou plus) pour une famille composée de 4 personnes.

c) Autres médicaments ayant un prix de vente élevé :*MALARONE* (traitement antipaludique), *MINOXIDIL BAILLEUL*(traitement de l'alopecie), traitement de la dépendance tabagique (*NICOPATCH, NICOPASS*²⁴⁰)

²³⁶ La pharmacienne évoque dans cet extrait, des clients venus chercher spécifiquement un médicament (PMO ou PMF) ou un autre produit de santé et qui ont élargi la liste des produits à acheter au niveau de ce point de vente.

²³⁷Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B.

²³⁸Vaccin contre l'encéphalite à tiques.

²³⁹ Vaccin contre la fièvre typhoïde.

²⁴⁰ Nous ne mentionnons que les noms des marques des médicaments sans leurs dosages respectifs, et ce, pour ne pas alourdir le texte.

2. Le risque perçu à l'égard des médicaments d'automédication

Le risque perçu selon Volle, «*consiste en la perception d'une incertitude relative aux conséquences négatives potentiellement associées à une alternative de choix*» (Volle 1995). Compte tenu de la description du processus de recherche d'informations préachat des médicaments, nous avons recensé à travers l'analyse thématique, les changements attribués aux ISL dans la perception des trois dimensions du risque associé à l'achat de médicaments d'automédication. Les conséquences négatives potentiellement associées à l'achat de médicaments sont d'ordre:

- sanitaire: l'incertitude dans ce cas, provient de la classe de produits elle-même, c'est-à-dire les médicaments. Effectivement, les effets sur la santé à court ou à long terme ne peuvent être connus que dans le futur. L'incertitude ainsi porte sur l'efficacité et/ou sur les dommages systémiques (effets secondaires) d'un médicament. Il s'agit en réalité d'un risque bidimensionnel qui englobe à la fois :
 - Un risque fonctionnel qui est le risque que le médicament ne remplisse pas sa fonction, autrement dit, ne résolve pas le problème de santé.
 - Un risque de sécurité qui est le risque que des effets dangereux se produisent à court ou à long terme, conséquemment à l'usage du médicament.

R : Sur internet c'est plus simple, ils cherchent des compléments alimentaires, pour la perte de poids, la fatigue, des choses comme ça !

Q : Et avant ce n'était pas comme ça ?

R : Non, ce n'était pas comme ça

Q : Et pourquoi ça, selon vous, on ne veut pas de l'allopathie, ou plutôt, on en veut moins ?!

R : L'allopathie, on en dit, des choses, les effets secondaires, et tout, alors on cherche des plantes, peut-être des médicaments plus soft

Q : Oui, mais les effets secondaires pour tous les médicaments! Ça a toujours existé ! Ça ne date pas d'hier ?

R : Oui, oui

Q : Alors, pourquoi, pourquoi ils sont plus craintifs maintenant ?

R : C'est le stress de la vie à mon avis

Q : Oui, mais le stress, il a toujours existé, dans les années 80, le stress existait, années 90... ça a toujours existé...

R : Oui, mais on n'avait pas de supports d'information, on ne savait pas tout ça ; après on va vous dire, vous avez ça ou ça, si vous avez tel symptôme ou tel, ils se mettent des trucs dans la tête, les médicaments c'est dangereux, ça ne sert à rien, ça, ça.... » Pharmacien TRP

- Economiques: comme on l'a évoqué précédemment, à la différence des médicaments remboursés, pris en charge par la sécurité sociale, les médicaments de PMF engagent directement les ressources financières du consommateur qui les payent par leurs

propres moyens. A cela il faut ajouter le risque de manquer d'un médicament au moment voulu ou le temps qui serait perdu en cas du report du traitement. L'évaluation du temps perdu varie en fonction des situations d'achat, des individus eux-mêmes, mais aussi, de la pathologie à soigner. L'importance accordée au temps n'est pas identique en ce qui concerne les soins d'une plaie superficielle située au niveau du pied par : un diabétique, un non diabétique ou à l'extrême, un hypocondriaque.

« **R...** Ils viennent juste pour les ordonnances, on sait très bien que pour le reste ils vont ailleurs,

Q: Des médicaments non remboursés c'est ça ?

R : Oui, tout, la para tout

Q: Ils vous le disent ?

R : Non, je parle de nos clients, bien sûr qu'ils ne le disent pas, mais ce sont nos clients je sais, donc on les connaît, avant ils achetaient ces produits ici, maintenant...

Q: La crise non (rire)

R : Oui, bon Non,

Q: Pas tous, il ya des clients qui quand même

R : Oui, c'est sûr, mais bon je ne sais pass combien ça va durer... »

Nos observations se sont déroulées essentiellement les vendredis et les samedis. Ces deux jours de la semaine correspondent à la veille de départ en weekend, en vacances ou autres sorties de manière générale. L'état de gêne que provoquent certains problèmes de santé, notamment avec une disponibilité réduite des médecins, suscite une demande particulière (achat de dernière minute) de médicaments de PMF (et de PMO dans le cadre du dépannage) ainsi que d'autres produits de santé. C'est le cas de clients qui prévoient de manger des plats copieux le soir et qui achètent à l'avance des produits qui facilitent la digestion (médicaments ou autres). Nous avons été marquée par le cas d'une jeune cliente tourmentée à cause d'une égratignure sur ses jambes, et ce, la veille d'un événement pour lequel elle avait prévu de porter une robe.

- Psychosociologique : les officines constituent des commerces de proximité où le relationnel tient une place importante aussi bien pour les clients que pour les pharmaciens. Généralement, les consommateurs tâchent d'éviter les conflits avec les pharmaciens qui les « dépannent²⁴¹ » en cas de besoin. Dans certaines situations, les clients ne disposent pas d'une ordonnance valable pour pouvoir se procurer leurs médicaments de PMO. Les pharmaciens « dépannent » au cas par cas les « bons clients » de l'officine.

A cela il faut ajouter qu'à travers leurs achats, les clients transmettent une image de soi aux pharmaciens. La sensibilité des clients aux réactions des officinaux est parfaitement visible auprès de ceux qui, de peur d'être jugés à travers les produits dont ils ont besoin (Viagra, produits anti-poux), évitent leurs pharmacie habituelle. D'autres au contraire, cherchent la sympathie des officinaux qui les connaissent et qui sont disposés à les écouter.

²⁴¹Voir : rapport : situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution.

Dans ce qui suit, nous exposons en détail les sous-thèmes révélateurs des changements des facettes du risque perçu lors de l'achat de médicaments d'automédication, et qui sont engendrés par les ISL. Ainsi, l'analyse du discours des pharmaciens permet de distinguer les sous-thèmes suivants :

2.1 Le risque sanitaire : quel est le problème?

L'incertitude dans le processus d'achat des médicaments d'automédication, porte essentiellement sur deux niveaux. Tout d'abord, il y a l'incertitude associée à la pertinence de l'autodiagnostic et l'urgence de résoudre le problème de santé identifié. Ensuite, il y a chez les consommateurs, l'incertitude quant à l'identification de la solution au problème perçu. Le degré d'incertitude relative à l'identification du besoin et de son urgence détermine le degré d'incertitude sur le choix des produits envisagés comme solutions au problème.

On peut citer l'exemple d'un consommateur qui remarque un changement dans l'aspect de sa peau, il auto-diagnostique sa « pathologie » comme étant une mycose interdigitale, et identifie le MYCOAPASYL® (Econasole) comme étant le traitement de sa pathologie. L'incertitude se situe ainsi sur l'exactitude de son diagnostic (est-ce bien une mycose? N'est-ce pas une autre maladie ? N'est-il pas préférable de consulter le médecin ? Est-ce que je dispose du temps pour consulter ?), et donc sur l'objet choisi comme solution et son utilisation (est-ce le bon produit qu'il me faut? Ya-t-il d'autres alternatives ? quels sont leurs attributs respectifs...etc.).

L'analyse des entretiens semi-directifs fait apparaître clairement cette incertitude au moment de l'achat de médicaments. Il s'avère, comme nous l'ont affirmé tous les répondants, que le niveau de doute ou de certitude de leurs clients sur l'autodiagnostic qu'ils attribuent à leurs symptômes a augmenté ou, à l'inverse, a baissé. Ils dressent unanimement le même constat en ce qui concerne le choix du produit adapté. On peut ainsi distinguer d'une part les clients qui manifestent une forte assurance sur leur autodiagnostic et sur le choix du produit, et d'autre part les clients qui se présentent encore plus incertains. Les ISL comme facteur explicatif des changements constatés reviennent spontanément, et de manière fréquente.

Il est possible à partir de résultats de l'enquête, de décrire deux catégories de clients. Concernant la première catégorie, il s'agit de consommateurs qui savent ce qu'ils

ont comme problème et ce qu'ils veulent comme solutions. Ils se montrent très confiants dans leurs jugements même au cas ils ne sont pas familiers d'une pathologie. Si bien qu'ils ne manifestent aucun intérêt de recherche d'informations externe auprès des professionnels de santé. Ils s'estiment aptes à assumer la responsabilité d'identifier à la fois le problème de santé, et le produit qui leur convient. En comparaison avec l'ère d'avant internet, les niveaux d'incertitude liés à l'identification des besoins et à l'identification des solutions aux problèmes de santé ont diminué pour cette catégorie de clients.

Quant à la seconde catégorie, nos interlocuteurs décrivent qu'au niveau de leurs officines, se présentent des clients plus hésitants suite à l'acquisition d' ISL et qui manifestent clairement le besoin d'être rassurés. L'usage d'internet comme source d'information a contribué à renforcer le sentiment de ne pas savoir ce qu'ils ont comme pathologie, et ce qu'il leur faut comme remède. Pour faire face à ce sentiment de malaise, cette catégorie de clients choisit plutôt le recours à leurs conseils. Ceci, soit en laissant libre cours au pharmacien de prendre les décisions en rapport avec leurs requêtes, soit en échangeant sur ce qu'ils ont pu trouver comme ISL, pour conclure à un commun accord. En conclusion, ce sont des consommateurs qui optent de déléguer totalement ou partiellement l'identification et/ou la résolution de leurs problèmes aux tiers.

« Les personnes ont peur d'avoir telle ou telle maladie, ils regardent internet, et puis ensuite, ils aggravent les trucs dans leur tête, ils aggravent... » Pharmacien TRP
 « Ils regardent sur internet, ils ont tous les symptômes, toutes les pathologies, ils ne comprennent rien » Pharmacien TRP

Compte tenu des données analysées, la variabilité de l'incertitude dans la représentation de la maladie et les ISL, revient aux facteurs suivants :

Première catégorie de clients Incertitude ↙	Seconde catégorie de clients Incertitude ↗
<ul style="list-style-type: none"> - Davantage de connaissances objectives et subjectives dans le domaine de santé - Présentation d'informations de santé : vocabulaire « accessible ». - Interactivité notamment via les forums 	<ul style="list-style-type: none"> - Une surcharge informationnelle générée par un volume important d'ISL. - Ambiguïté, contradictions, dispersion des avis postés sur le web - Facteurs personnels : la particularité de chacun dans la lecture des ISL

2.2 Entre Scepticisme quant à l'efficacité des médicaments et une disproportion dans l'appréciation des effets indésirables :

« Quand vous dites MEDIATOR maintenant, c'est comme si vous dites Coca Cola ! Qui ne le connaît pas...alors qu'il ya eu des choses encore plus graves dans le passé, mais c'était très restreint le nombre de gens qui les connaissaient...une ou deux lignes dans « le Monde », c'est tout !... Maintenant, tout le monde sait tout...c'est les gens qui m'apprennent des choses parfois, ils sont tout le temps sur leurs claviers (le pharmacien imite avec ironie, en tapotant avec les doigts sur un clavier) phrm Vincennes.

Compte tenu de la finalité de l'achat d'un médicament d'automédication, l'**efficacité** et les **effets secondaires** constituent les principaux attributs fonctionnels auprès d'un consommateur. D'ailleurs, dans le discours analysé, s'ils ne sont pas associés dans une même phrase, ils se retrouvent toujours à proximité l'un de l'autre. La balance bénéfices/effets néfastes des médicaments représente une source de risque potentiel et ce, pour les deux raisons suivantes :

- *Est directement associée à la résolution du problème*
- *Ne peut être évaluée qu'après son usage*

Rappelons que dans une décision d'achat d'un produit de santé, le but principal est de satisfaire le besoin curatif ou préventif d'une maladie. Ainsi :

- Le risque fonctionnel associé au bénéfice attendu, autrement dit l'efficacité d'un médicament pour résoudre le problème, représente son risque fonctionnel principal.
- Quant aux conséquences néfastes post-usages, elles sont représentées par les effets secondaires de cette catégorie de produits et génèrent un risque de sécurité.

Le risque sanitaire associé aux principaux attributs d'un médicament, en l'occurrence son efficacité et ses effets indésirables, constitue dans toute situation d'achat de médicament un risque considérable qui est pris en compte à des degrés divers par tout consommateur lors de la phase d'évaluation des alternatives. L'évaluation de ce risque est estimée préalablement avant la mise sur le marché par des experts. Lorsqu'ils évaluent les dossier d'AMM des médicaments, nombreux experts considèrent l'effet net (rapport

bénéfices/ risques²⁴²) de ce produit sur la santé à titre individuel et collectif²⁴³ en se référant aux données statistiques mises à leur disposition. Cet effet est considéré comme étant positif si un médicament apporte plus d'améliorations que d'effets néfastes pour l'individu et la collectivité. Un médicament est considéré comme utile en dépit des effets indésirables consécutifs à son usage car il est estimé que ses avantages l'emportent sur ses effets néfastes. Ainsi, le rapport « bénéfices/risques » reste positif pour les médicaments utilisés dans la chimiothérapie²⁴⁴ en dépit de la perte de cheveux occasionnée (alopécie), qui est certes une conséquence désagréable, mais tout de même négligeable, comparée à l'effet du médicament sur un cancer. Ce rapport serait négatif (selon nos connaissances) s'il s'agissait de médicaments destinés à traiter un ballonnement abdominal. L'aspirine constitue à son tour un parfait exemple de l'évolution de l'évaluation du rapport bénéfices/risques. Bien que des risques sérieux d'hémorragies soient associés à son usage à forte dose comme anti-inflammatoire, son rapport bénéfices/risques était positif pour le traitement des douleurs dans le passé (Page 1999, 148) ; à partir du moment où d'autres alternatives (AINS) sont arrivées sur le marché, ce rapport est devenu négatif au profit des AINS.

Pour revenir à l'analyse du discours, les termes « efficacité, efficace, fonctionne, utile » sont apparus spontanément dans tous les entretiens, avec une fréquence allant de 1 à 3 fois par entretien. Il est possible de constater suite à l'analyse du discours, une émergence, si ce n'est une diffusion importante auprès d'un segment de clients d'officines, de l'idée selon laquelle, les médicaments allopathiques « ne servent à rien ». Les interviewés notent que les médicaments, qu'ils soient de PMO ou de PMF, sont tous

²⁴² Rappelons que les autorités publiques chargées d'évaluer les médicaments, utilisent le rapport bénéfices/risques comme critère pour rendre des décisions portant sur cette catégorie de produits.

l'ANSM dispose de deux commissions consultatives chargées d'évaluer le rapport bénéfices/risques des médicaments :

- Commission de suivi du rapport bénéfice risque des produits de santé : <http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-de-suivi-du-rapport-benefice-risque-des-produits-de-sante/%28offset%29/2>
- Commission d'évaluation initiale du rapport bénéfice risque des produits de santé : <http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Commissions-consultatives/Commission-d-evaluation-initiale-du-rapport-benefice-risque-des-produits-de-sante/%28offset%29/1>

²⁴³ Lors des nouvelles demandes des AMM et les demandes de modifications des AMM, nombreux critères de **qualité**, de **sécurité** et de **efficacité** sont pris en compte par les autorités compétentes pour octroyer l'AMM. Nombreux experts interviennent en fonction de leurs spécialités. La procédure est trop complexe, nous optons, dans les exemples que nous rapportons, de faire une illustration avec un ou deux critères. Voir le dernier rapport de l'ANSM (Septembre 2014):

Autorisation de Mise sur le Marché de Médicaments à usage humain Avis aux demandeurs
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ae1f0487eee12fc471179ecda8ccb21d.pdf

²⁴⁴ Les médicaments de chimiothérapie ne figurent pas dans la liste des médicaments en vente libre. Il s'agit juste d'un simple exemple très parlant, illustrant bien l'écart considérable entre un bénéfice et un désagrément d'un médicament.

concernés par un doute sur leur efficacité thérapeutique. Toutefois, les médicaments d'automédication, désignés déjà par le passé comme étant des médicaments de confort, sont encore plus touchés.

Au niveau du discours analysé, le scepticisme quant à l'efficacité des médicaments est associé aux termes : *forums, placebo, lobbies pharmaceutiques, âneries, conneries, tout et n'importe quoi, tout le monde raconte sa petite histoire*. Le doute sur l'efficacité thérapeutique des produits en question, n'est pas un phénomène récent. Il s'est amplifié ces dernières années grâce à la facilité d'échanges d'informations via internet. A cet égard, on peut distinguer deux tendances en matière de comportement. D'une part, ceux qui continuent de se soigner avec des médicaments allopathiques, en dépit de leur doute sur l'efficacité de ces derniers, faute de trouver d'autres solutions « satisfaisantes » ! D'autre part, les consommateurs qui ont tourné le dos à l'allopathie, au profit d'autres solutions qu'ils cherchent en officine ou ailleurs, en particulier sur internet (recherche d'ISL).

R « : ...J'ai l'impression que, c'est mon avis, les gens sont encore confus

Q :Oui

R : Tout est dangereux... c'est pas que les médicament tout ! tout ! tout le temps de fausses alarmes

Q :Des fausses alarmes ! c'est pas sûr, tout n'est pas faux, enfin, c'est officiel quand même ! quand des institutions publiques le déclarent ouvertement, il y a un problème

ROui

Q :Je ne parle pas de moi, mais mettez-vous à la palce des gens. Pour les gens c'est pas une fausse alarme ? vous comprenez ce que je veux dire.

REt ben détrompez vous, parce que, c'est parce que c'est le gouvernement qui le déclare que, même si, les gens réfléchissent beaucoup ! Si vous dites, que c'est bon, ce n'est pas acquis, on le voit tous les jours.. » Ph LRN

De même que pour l'efficacité des médicaments, les effets indésirables ainsi que des termes semblables (effets secondaires, effets dangereux), sont apparus dans tous les entretiens. Les effets secondaires qui se manifesteraient à la suite de la prise de médicaments sont plus au moins prévisibles par l'ensemble de consommateurs. Cependant, l'importance qu'on lui accorde est supérieure à ce qu'elle était par le passé. En effet, les pharmaciens décrivent des patients portant une attention particulière aux effets secondaires, devenus un sujet récurrent entre eux et leurs clients. Ils rapportent que les conséquences post-achat de médicament sont devenues, à leur tour, une source majeure d'inquiétude et de peur vis-à-vis de cette catégorie de produits.

Prenant en considération les contextes dans lesquels les termes effets « indésirables », « secondaires » « inattendus » sont apparus, il est possible de reconnaître que la médiatisation des « scandales sanitaires » largement relayée via internet a généré

une méfiance à l'égard des médicaments, mais aussi, à l'égard des pharmaciens, leurs confrères, ainsi que des organismes réglementaires. La succession de ces « polémiques » a en effet alimenté une angoisse et des peurs plus au moins fondées. On rencontre par exemple le lexique suivant : « avec tout ce qui se dit », « la faute des médias », « mediator », « tous les jours il y'a un quelque chose ». La perception du risque lié aux effets secondaires est reliée plusieurs fois aux « polémiques » sur l'utilité et la toxicité des médicaments. Toutefois, l'effet du web n'en est pas écarté. Bien au contraire, il est mis en cause dans la diffusion massive d'informations qui, pendant longtemps, circulaient dans un cercle fermé, en l'occurrence, celui des professionnels de santé. Les technologies numériques facilitent ainsi aux profanes de repérer les conséquences néfastes sur la santé post-usages de médicaments mais favorisent également leur amplification.

« On reçoit un fax, retrait d'un lot, parce que, parce que.. un tour au rayon²⁴⁵, ni vu ni connu ! Bon, c'est tout ... Maintenant les gens le savent ? Oui, ce n'est pas bien, c'est pas bien, ça les inquiète ? trop même, oui ». phrm Vincennes

Lors de notre phase d'observation, nous avons été confrontée à un cas de figure, qui, nous semble-t-il, reflète d'une manière édifiante des perceptions de risque différenciées chez des professionnelles de santé eux-mêmes. Il s'agit en l'occurrence, d'une pharmacienne en exercice depuis 18 ans et d'une étudiante en pharmacie en stage qui prépare une thèse en rapport avec le cancer. Ces deux dernières ont été confrontées à une patiente (cliente de l'officine) qui s'est montrée très inquiète à l'éventualité d'avoir un cancer du sein. La pharmacienne a essayé de la reconforter et lui a demandé de lui parler un peu plus de ce qui l'inquiétait. La pharmacienne lui a finalement conseillé d'en discuter avec sa gynécologue pour une éventuelle mammographie. Notre chercheuse était indifférente à l'angoisse de la patiente et s'est montrée en désaccord avec la réponse de la pharmacienne. Elle ne trouvait pas, en effet, l'inquiétude de la patiente justifiée ! Elle lui a répondu, « d'après ce que j'ai entendu vous êtes vraiment située à l'extrémité de la courbe de Gauss, ça ne sert à rien de faire une mamo !! ».

Par ailleurs, la lecture qualifiée d'erronée des ISL (au sens des pharmaciens interviewés), contribue à accentuer la perception de ce type de risque. Au-delà des « scandales sanitaires », une fausse interprétions des ISL est également mise en cause dans la modification de l'écart entre le risque réel et le risque perçu par les consommateurs profanes. La supériorité des connaissances tacites des pharmaciens explique également les difficultés que rencontrent les consommateurs dans l'interprétation des ISL. En effet, indépendamment des précisions techniques relatives aux usages de médicaments, elles restent mal ou pas codifiées. Enfin, l'effet de la découverte de **nouveaux** éléments dangereux « effets indésirables », les entraîne à mal considérer les conséquences post prises de médicaments, voire même les surévaluer. La peur les pousse parfois à rejeter non seulement les propositions des pharmaciens, mais aussi, à ne pas suivre les schémas

²⁴⁵ Les rayons désignent pour les pharmaciens les étagères, les tiroirs, dans lesquels les médicaments sont disposées.

thérapeutiques préconisés par leurs médecins (refus de médicaments prescrits sur ordonnance). Finalement, les effets indésirables apparaissent ainsi comme une source de risque potentiel aux yeux de consommateurs, bien plus qu'ils ne l'étaient avant la généralisation de l'utilisation des technologies numériques.

Par rapport au risque fonctionnel perçu, il est possible de distinguer, d'une extrémité à une autre, des patients craintifs et des patients audacieux. Pour ces derniers, le risque perçu est très inférieur au risque réel. Les médicaments d'automédication sont des produits efficaces qui agissent, comparés aux produits n'ayant pas d'effet apparent. C'est le cas des femmes ayant décidé par exemple d'utiliser les crèmes anti-hémorroïdaire pour traiter le problème des cernes²⁴⁶. Quant aux craintifs dont le niveau du risque perçu est très supérieur au risque réel, les médicaments sont des produits dangereux comparés à des produits soft décrits comme étant naturels. Ils vivent dans l'appréhension des effets indésirables à court et à long terme.

«R :... Ça me gonfle cette histoire de produits naturels ! C'est quoi le Daflon, finalement, c'est quoi ? c'est une plante dans une capsule ! Au lieu de vous enquiquiner à faire une infusion je ne sais quoi avec je ne sais quoi, il y a des spécialistes qui ont sélectionné la meilleure plante, voilà, ils ont pris la molécule, ils l'ont mise dans des cachets que vous pouvez prendre facilement! C'est simple. C'est fou qu'ils aient oublié ça, va expliquer ça aux gens, moi je ne dis plus rien maintenant, c'est fini...ils croient tout savoir, mais ils ne comprennent rien finalement.

Q : Oui, oui

Le problème, c'est qu'ils ont du mal à faire la part des choses, il ya des situations, c'est vrais, on peut se passer du médicament, tout à fait, il ya d'autres solutions etc., etc., oui je comprends je comprends ...les risques, les risques, tout le monde le sait, tout le monde le savait. Le problème par contre n'est pas le médicament, il faut savoir quand est-ce qu'il faut le prendre ...les gens veulent tout à la fois, ils se bourrent de médicaments, après on vient se plaindre, oui, vous avez raison ! c'est toxique, c'est effets indésirables, mais oui, le problème, donc c'est pas les médicaments, c'est normal qu'il y ait des effets indésirables, c'est rien ça, c'est normal.. » phrm Vincennes

²⁴⁶ Voir chapitre1



Figure 45: le risque fonctionnel perçu entre, craintifs et audacieux

En réalité, il n'est pas exceptionnel, suite à des études de pharmacovigilance²⁴⁷, qu'un médicament soit retiré du marché, qu'il voie son utilisation se restreindre dans la durée, ou spécifiquement pour certaines indications thérapeutiques...etc.²⁴⁸ Tel qu'on l'a constaté durant notre période d'observation, les pharmaciens reçoivent régulièrement (par email, par fax...etc.) des notifications des laboratoires qui leur communiquent les nouvelles règles d'usages de médicaments²⁴⁹. Seulement, ces informations n'étaient pas communiquées aussi massivement qu'elles le sont aujourd'hui, notamment grâce à internet. Ajoutée à cela, l'interprétation de ces informations par des profanes serait erronée. Ceci explique le rallongement de l'écart entre le risque perçu et le risque réel des médicaments par les consommateurs.

²⁴⁷ La pharmacovigilance est une branche de pharmacologie qui étudie l'utilisation et les effets des médicaments sur une vaste population. Elle examine, notamment par le biais d'études épidémiologiques, les facteurs susceptibles de modifier le rapport : bénéfices/risques, et qui pourraient être à l'origine de la suspension, ou de la modification de l'AMM des médicaments. À titre d'exemple :

Parmi une dizaine de molécules faisant partie de la famille des barbituriques, utilisés massivement durant la première moitié du siècle dernier, seules deux molécules faisant partie de cette classe de médicaments, restent autorisées en France : GARDENAL® et LUMINAL®

Voire : (Rosenzweig 1998)

MANDRAX® (Methaqualone): retiré du marché français en 1984

HALCION® (Triazolam) en comprimé de 500microgrammes a été retiré du marché français en 1987. Concernant les comprimés de 250 microgrammes, leur limite légale de prescription a été ramenée à 2 semaines

ROHYPNOL® Flunitrazépam : les comprimés de 2mg retirés du marché en 1996.

²⁴⁸La commission d'AMM se réunit au moins une fois par mois au sein de l'ANSM, pour examiner les demandes d'AMM (nouvelles demandes, modifications, retrait du marché...etc.)

²⁴⁹L'ANSM consacre sur son site internet une rubrique spécifique dédiée aux « Lettres aux professionnels de santé ». Voir

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante>



Lettre aux professionnels de santé

Décembre 2015

Nouvelles restrictions d'utilisation de la codéine dans le traitement de la toux

Information destinée aux médecins généralistes, pneumologues, pédiatres, services d'urgences pédiatriques et pharmaciens d'officine.

Madame, Monsieur, Cher confrère,

En accord avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les laboratoires titulaires des autorisations de mise sur le marché des spécialités à base de codéine utilisées dans le traitement de la toux souhaitent vous informer des nouvelles restrictions d'utilisation.

Résumé

- L'utilisation de la codéine dans le traitement de la toux est maintenant contre-indiquée chez les enfants de moins de 12 ans.
- L'utilisation de la codéine dans le traitement de la toux n'est pas recommandée chez les enfants et les adolescents âgés de 12 à 18 ans présentant une fonction respiratoire altérée.
- La codéine est également contre-indiquée chez les femmes qui allaitent.

Un pharmacien lors d'une discussion informelle au sujet des ISL suivant l'entretien, nous a proposé un exemple qui mérite d'être cité. Il s'agit de médicaments (amphétamines²⁵⁰) dont la dangerosité était démontrée et qui étaient cependant restés commercialisés durant des années. Le pharmacien se demandait si, de nos jours, la peur de l'opinion publique mieux informée n'aurait pas précipité les autorités publiques « paniquées » selon ses propos, à réglementer la délivrance de ce type de produits. Pour ce pharmacien, les études de pharmacie devraient être plus simples de nos jours qu'à l'époque où il a fait ses études de pharmacie²⁵¹ car « il n'y a plus rien à enseigner » (moins de médicaments commercialisés).

2.3 Un coût économique déterminé par le degré de gêne occasionnée :

Les termes « *prix, payer* » n'apparaissent spontanément que dans 7 des 26 discours analysés. Nous nous sommes aperçus, dès notre immersion dans le terrain, de la gêne que pourraient occasionner les questions relatives à ce thème. C'est pourquoi on prenait garde, particulièrement sur ce point, à ne pas contrarier nos interlocuteurs.

²⁵⁰ Effectivement, dans « les drogues dans l'histoire: entre remède et poison: archéologie d'un savoir oublié », Rosenzweig affirme que pendant la Seconde Guerre mondiale, les amphétamines (Pervetrine®, Maxiton®...etc.) étaient distribuées massivement pour stimuler les soldats. C'est ainsi que les troubles psychologiques consécutifs à leur consommation ont été découverts. Au Japon par exemple, en 1948 5% des 5-25 ans étaient intoxiqués aux amphétamines !

En dépit de tous ces signaux, la réglementation de leur usage n'a eu lieu qu'en 1971 après la convention de Vienne sur les psychotropes. Pour rappel, les amphétamines étaient largement prescrites et conseillées jusqu'aux années soixante; notons qu'elles étaient carrément en vente libre au début du siècle dernier !! (Rosenzweig 1998)²⁵⁰

²⁵¹ Le pharmacien en question a fait ses études de pharmacie dans les années 70.

D'ailleurs, si l'occasion ne se présentait pas pour en parler durant l'entretien, on ne l'abordait qu'à la fin.

Ceci ne semble guère étrange. L'autorité de la concurrence avait constaté en effet dans son rapport publié en décembre 2013²⁵², « *un manque d'information et de publicité sur les prix* » des médicaments non remboursés, avec de forts écarts (de 1 à 4). Elle considère cette situation comme étant « défavorable » aux consommateurs, ce qui soutient sa proposition d'élargir le réseau de distribution des médicaments d'automédication au-delà des officines : « *L'Autorité de la concurrence demeure favorable, à l'issue de sa consultation publique, à la vente des médicaments d'automédication et de certains produits « frontières » (comme par exemple les tests de grossesse , produits d'entretien pour lentilles de contact) en parapharmacie ou en grandes surfaces, en plus des pharmacies* »²⁵³. Michel-Édouard Leclerc utilise fréquemment l'argument 'prix' pour justifier sa requête, celle de vendre des médicaments d'automédication au sein de son enseigne. Concernant cette classe de médicaments, il promet depuis des années de « *les vendre moins cher* »²⁵⁴ qu'en officine. La menace de la fin du monopole officinal tant crainte par les pharmaciens, justifie donc l'embarras que suscitaient nos questions sur les prix de médicaments d'automédication.

Comme il ressort des résultats de notre enquête empirique, la somme prise en charge directement par les propres moyens du consommateur, traduit le risque financier lors de l'achat de médicaments d'automédication. Ceci n'est pas le cas des autres médicaments de PMO remboursés par des organismes publics et/ou privés ayant un prix de référence qui équivaut à zéro. La perception du risque financier varie en fonction du produit lui-même, et des facteurs situationnels :

Des facteurs situationnels

Dans le premier cas de figure, les consommateurs ne disposent pas de connaissances sur la variabilité des prix des produits recherchés. Cela peut concerner le

²⁵² http://www.autoritedelaconcurrence.fr/user/standard.php?id_rub=482&id_article=2282

²⁵³ http://www.autoritedelaconcurrence.fr/user/standard.php?id_rub=482&id_article=2282

²⁵⁴ "Médicaments sans Ordonnance: E.Leclerc S'engage À Les Vendre Moins Cher," *Le Blog de Michel-Edouard Leclerc*, <http://www.michel-edouard-leclerc.com/combats/sante/medicaments-sans-ordonnance-e-leclerc-sengage-a-les-vendre-moins-chers/>.

prix d'un médicament pris seul, ou son positionnement par rapport à des produits se situant dans une même gamme. Il s'agit en général d'un premier achat où les consommateurs ne disposent pas d'un prix de référence pour les médicaments qu'ils sont susceptibles d'acheter. C'est fréquemment le cas de médicaments, soit conseillés in situ par un pharmacien, soit prescrits par un médecin ou autres professionnels de santé et qui ne sont pas remboursés. Ce type de consommateurs n'a aucune idée de la probabilité d'observer un écart avec un autre produit équivalent au sein du même point de vente. A défaut, ils se réfèrent aux produits génériques réputés moins chers ou au prix zéro des médicaments remboursés lorsque le médicament acheté (prescrit par un médecin) ne l'est pas.

Dans le second cas de figure, les patients se montrent indifférents aux prix des produits désirés, en raison de leur fort besoin de soulager la douleur ou toutes sortes de gênes occasionnées par le problème de santé rencontré.

Les consommateurs habitués à l'achat d'un produit particulier, disposant déjà de références personnelles, se montrent plus soucieux des variations des prix des médicaments considérés d'un point de vente à un autre. Ceci étant dit, l'automédication satisfait le besoin de soulagement rapide que recherchent les consommateurs-malades. Le risque de perte de temps dans ce cas l'emporte sur le risque financier dans l'évaluation des alternatives de choix.

Une collègue nous a rapporté le cas d'une altercation avec une cliente très remontée lorsqu'on lui a annoncé le prix d'un médicament (gel de polysilane). Elle estimait que le prix que propose la pharmacie est pratiquement double par rapport à une autre pharmacie. La collègue lui a signalé qu'il n'est pas possible de s'aligner avec les grandes pharmacies et qu'elle peut aller le chercher au prix souhaité dans sa pharmacie habituelle. La cliente expliquait que c'était pour son bébé souffrant (en pleurs) dans la voiture. Elle l'a tout de même acheté au prix cher.

« ...Les gens vont regarder les prix sur des choses, ou ce n'est pas dans l'immédiat, des vitamines, la personne qui est malade, malade, la crise aiguë, ils viennent, et le problème ce n'est pas un problème de prix. Les gens vont aller regarder les prix, pour des choses, comment vous dire ? C'est pas dans l'immédiat. Si vous venez au comptoir que vous me dites que j'ai des brûlures d'estomac et que je vous propose de l'oméprazole, la personne n'a aucune notion du prix, la personne qui en consomme régulièrement sait que si elle paye sa boîte plus de sept euros.. c'est qu'elle se fait avoir, quoi. » pharma st pic

Les pharmaciens font souvent la liaison entre la sensibilité au prix d'un médicament d'automédication et le problème de santé auquel il est destiné, qu'il est possible d'identifier à travers l'indication thérapeutique ou la classe pharmacologique des médicaments cités (antihistaminiques, *Jouvence De L'abbé Soury®*, *diaretyl®*). Il est

possible de constater que le soulagement rapide recherché soumet les malades à une pression qui explique leur faible sensibilité au prix des médicaments. L'altération de leur état de santé (*malade, fatigué, ils ne se sentent pas bien...etc.*) les entraîne à acheter le produit même s'ils sont conscients qu'ils peuvent le trouver moins cher ailleurs.

Q : « ..Ils ont peur pour le lait, et pas pour les médicaments ? Et pour les autres médicaments, ils n'ont pas peur ?

R : Si, ils savent qu'il ya un risque, mais je vous dis, ils veulent une réponse tout de suite, une réponse rapide, ils veulent le médicament tout de suite, ils ne prennent pas le temps de chercher sur internet, donc voilà

Q Mais il ya des risques quand même ?

R : Oui bien sûr, qu'il y'a des risques, mais ils ne vont pas prendre le temps, si vous voulez de rechercher sur internet ou autres, je ne sais pas, vous êtes très, très mal, vous avez un début de je ne sais quoi, allez op ! Vous rentrez dans la première pharmacie, et vous prenez un médicament

Q Peu importe le prix, on prend

R : Bien sûr, quand on est vraiment malade, on est malade.. »Pharmacienne CHK

Produit :

Rappelons qu'il existe deux sous-catégories de médicaments d'automédication; les médicaments remboursés (si prescription), et les médicaments non remboursés (même avec une prescription), par exemple :

- FORLAX® (laxatif pour adultes) est un médicament d'automédication qui est remboursé si le malade présente une ordonnance. Seulement, dans le cas d'un achat, sans le passage par le médecin, le malade le paye par ses propres moyens.
- DULCOLAX® (laxatif en comprimé pour adultes) est un médicament d'automédication non remboursé, même si c'est le médecin qui l'a prescrit.

Concernant les prix des médicaments remboursés, il sont fixés dans tous les pays du monde par des instances placées auprès des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale. En France c'est le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) qui les fixe. Il est par conséquent le même au sein de toutes les officines françaises. Revenons à l'exemple précédent, le prix du FORLAX® est identique dans toutes les pharmacies Françaises. S'agissant du prix des médicaments d'automédication non remboursés, il est librement fixé par le pharmacien. Son prix est variable d'un point de vente à un autre, un écart de prix allant du simple au double (voire même quadruple) a été

constaté sur ces médicaments. Le prix du DULCOLAX® (en comprimé) varie d'une officine à une autre.

Par ailleurs, la fourchette dans laquelle se situent les médicaments d'automédication n'est pas identique. Parmi les médicaments d'automédication, certains sont relativement plus onéreux que d'autres et représentent par conséquent pour un consommateur un effort financier. Le risque financier est plus important lorsqu'il s'agit d'achat de cette catégorie de médicaments. À titre d'exemple, le prix d'une boîte de Minoxidil 5% peut varier entre 19 et 60 €, tandis que le prix d'une boîte de paracétamol 500mg (BT/16) peut se situer dans une fourchette allant de 0.90 à 2.10 €. A cela il faut ajouter que le problème de santé auquel est destiné le Minoxidil 5% (chute de cheveux modérée²⁵⁵) requiert plusieurs boîtes couvrant la durée de traitement (minimum 2 mois à raison de 2 applications par jour).

2.4 Difficultés d'échanges sur les ISL en officine

Il ressort de l'enquête empirique une mise en évidence, au moment de l'achat de médicaments d'automédication, d'une gêne ressentie par les clients, lors de leurs échanges d'ISL avec les pharmaciens. Ainsi, pour se prémunir de tout discours moralisateur que pourraient tenir les pharmaciens et /ou garder de bons rapports avec les pharmaciens, certains clients se montrent hésitants à en parler, d'autres par contre, ont choisi d'éviter tout simplement d'aborder ce point. Finalement, les messages communiqués aussi bien par les professionnels de santé, que par les autorités publiques, concernant les ISL, pèsent sur leurs comportements, dans la mesure où les consommateurs tâchent de se conformer aux normes sociales dictées par ces mêmes professionnels de santé ainsi que par les institutions publiques. Payne, Bettman, et Johnson ont déjà mentionné que des facteurs sociaux peuvent influencer la prise de décision : « *décisions are generally not made in a social vacuum* » (Payne, Bettman, et Johnson 1993).

« Oui. Comme si on opposait ce qu'on trouvait sur internet et ce qu'on pouvait effectivement nous, apporter par notre expérience. C'est peut-être, je pense aussi, le pharmacien, même toute l'équipe est responsable de ce genre chose, parce que, à force, de dire... vous... de notre côté, on exagère aussi, en disant vous trouvez des informations sur internet pas exactes, n'allez pas regarder, parce que vous trouvez tout et n'importe quoi, peut-être, je pense que suite à des discours comme ça, **les gens n'ont pas forcément envie de venir nous voir, et de nous dire, j'ai vu ça sur internet**, qu'est-ce que vous en pensez ? quel est votre avis ? est-ce que vous pensez que je peux prendre ce produit, ou c'est mieux que je fasse ça ou ça ?...» **Pharmacienne NTL**

²⁵⁵ Voir notice détaillée sur le site web de l'ANSM
<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0223746.htm>

« R :..Puis on a des gens voilà qui ... oui je pense, ils vont sur, je pense sur internet, ils connaissent. Ils connaissent les choses.

Q : Ils... ils vous parlent un tout petit peu de ce qu'ils trouvent sur internet comme informations ?il y a ce genre de dialogue entre vous et vos clients ?

R : Non. Non enfin... non à part certains, mais c'est ... c'est très rare quand même.

Q : C'est très rare.

R : Oui... » *Pharmacienne CRN*

Rappelons qu'en France, les messages communiqués par les autorités publiques et les professionnels de santé tendent davantage à décourager les consommateurs des biens de santé de se servir d'internet, en vue d'entreprendre des recherches d'ISL. Par exemple, les consommateurs sont mis en garde sur les informations et les conseils proposés via le web. C'est ce qu'on trouve dans la campagne de promotion du bon usage de médicament lancée en janvier 2012, dont on peut citer l'extrait suivant²⁵⁶:

....« En matière de diagnostic et de médication, de nombreux comportements sont à bannir. Internet par exemple, qui offre de vastes possibilités de recherche, a pris une place considérable dans l'autodiagnostic et l'automédication de nombreux patients.

Les professionnels de santé sont unanimes. Il faut être très vigilant quant à l'information qu'on y trouve. Aucun conseil de patients sur un forum, aucun diagnostic proposé sur un site web ou un blog ne peut remplacer la prescription d'un médecin ou le conseil d'un pharmacien.

Chacun doit également être conscient que les médicaments conseillés ou transmis par des proches peuvent ne pas être adaptés, voire être dangereux.

3. Le comportement en officine :

D'une manière générale, fait caractéristique de l'achat de cette catégorie de produit, les pharmaciens constituent la source privilégiée pour la recherche d'informations externe requise pour réduire l'incertitude quant à l'identification du problème de santé et/ou des solutions. En effet, en ce qui concerne l'automédication, comme c'est le cas dans le domaine de santé, le recours aux professionnels de santé lors de cette phase fut systématique. Le pharmacien comme source légitime du savoir médical, mais aussi le

²⁵⁶ Campagne Nationale D'information et de Sensibilisation Sur Le Bon Usage Du Médicament," *Issu*, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_-_campagne_medicaments.pdf

modèle paternaliste qui caractérisait la relation médecin-patient peuvent justifier le rôle prescripteur de ces derniers lors du processus décisionnel relatif aux problèmes de santé (Rameix 1997).

Le rôle que peut jouer le pharmacien dans le choix des solutions aux problèmes, même dans le cas où les clients ont une idée du produit qui leur « convient », reste déterminant. Il convient de préciser que le pharmacien peut (doit) prendre l'initiative d'orienter le choix des clients, même si ces derniers ne le sollicitent pas. La dispensation de médicaments telle qu'elle est définie par le code de la santé publique leur impose en effet de donner leur avis et leurs conseils, chaque fois que cela est nécessaire (voir chapitre 3). L'influence de ce dernier reste manifeste dans les situations d'achat où le « non-achat » constitue la solution au problème rencontré. C'est le cas par exemple où l'offre des médicaments d'automédication ne répond pas au besoin du consommateur :

- Un problème de santé qui se soigne avec des médicaments de PMO, nécessitant une consultation médicale
- Un problème de santé ne nécessitant pas de médicaments d'automédication. Il s'agit de pathologies qui évoluent naturellement vers la disparition des symptômes, et donc la guérison.

3.1 Des consommateurs quisavent cequ'ils veulent acheter

En officine, les consommateurs disposent principalement de trois modalités de décision. La plus simple est la sous-traitance totale de la résolution du problème, dans le cas où le consommateur délègue le choix du produit au pharmacien. La seconde possibilité consiste à intégrer dans son schéma de référence les informations fournies par le pharmacien, pour effectuer son choix. Enfin, le consommateur évalue les solutions possibles au problème rencontré en écartant toute influence du personnel de vente. Parallèlement aux modifications des connaissances sur les médicaments et de la perception de risque qui en découle, les choix des consommateurs s'effectuent de plus en plus suivant ces deux dernières modalités de décisions. Ces derniers s'estiment suffisamment compétents pour ne pas solliciter l'intervention du pharmacien. D'autres, par contre, afin de réduire le risque perçu total, poursuivent leurs recherches d'informations en officine, et optent pour une prise de décision partagée

« R : ...Oui ils cherchent plus d'informations, mais euh ... mais via ... via l'informatique et internet c'est sûr. Ils se renseignent bien souvent avant ... avant de venir.

Ils se renseignent avant de venir. Et là par exemple quand vous avez commencé l'exercice, les gens ne s'informaient pas tant que cela ?

R : Non, ils étaient plus, euh ... comment dirais-je euh, en fait ... ils avaient plus... ils nous écoutaient plus nous, sur ce qu'on avait à dire.

Oui.

R : Euh, ouais, ils n'étaient pas informés comme maintenant quoi !

D'accord, et là ...

R : On avait plus un rôle ... un rôle de conseil que maintenant...

Euh, alors que maintenant il y a un autre rôle, c'est ça ? Cela a changé. Vous avez l'impression que ça a changé ?

R : Oh oui, moi je trouve que cela a changé en fait.

Par rapport au ...

R : C'est bien pour cela que j'ai arrêté.

(rire). Parce que vous ... enfin ça ne vous a pas ... vous avez l'impression que ... on ne vous considère pas de la même manière par rapport ... c'est ça ?

R : C'est ça.

D'accord. C'est-à-dire que les gens vous demandent moins de conseils ?

R : Oui, je pense ... moi je trouve que les gens, ils demandent moins. Enfin ils demandent un conseil, mais ils sont plus informés qu'avant. Donc en fait nous ... je ne sais pas. Je n'ai pas l'impression qu'on a le même rôle que ... qu'avant. » Pharmacienne LRNC (une pharmacienne ayant 22 ans d'exercice. Elle ne travaille plus en officine depuis 2013)»

Avant la généralisation des usages d'internet, les professionnels de santé représentaient la voie d'accès la plus commode aux informations médicales. Ceci ne semble guère étrange, car les consommateurs cherchent à réduire l'effort cognitif qu'exige le traitement des informations de santé. La pression du temps ressentie accroît la perception du temps perdu à consacrer pour un examen exhaustif des possibilités offertes et la recherche des informations que cela nécessite. Relativement à d'autres sources, la recherche d'informations médicales auprès des pharmaciens en situation d'urgence, constitue encore la source d'informations la plus avantageuse en matière de coût monétaire et cognitif.

Q : « Avoir plus de connaissances comme vous le dites, n'a pas changé vos rapports, je veux dire, entre pharmaciens et clients ?

Oui, ça a changé ; alors bon pour certaines personnes, qui n'ont absolument pas recours à internet, non, parce qu'ils continuent de la même façon, ce qui reste, on dirait la grande majorité des gens..., après tout, les autres, effectivement on le voit de par leur approche, enfin l'approche qu'ils ont quand ils viennent, d'abord, ils demandent très rarement un conseil, mais vont plus demander un produit, et ils seront moins confiants vis-à-vis de la réponse qu'on va leur proposer, ils seront plus sceptiques, plus interrogateurs. Effectivement, ils vont plus nous demander je voudrais ça, ils vont nous poser des questions pour savoir si ce produit là est bien adapté aux symptômes qu'ils nous ont décrits, ils vont être plus méfiants, ça c'est sûr » Pharmacienne NTL

3.2 ...et qui anticipent leurs achats de médicaments

Parallèlement aux pharmaciens exerçant au niveau de petites et moyennes pharmacies qui évoquent des clients « moins fidèles », les pharmaciens exerçant dans des moyennes et grandes officines décrivent des clients de plus en plus prévoyants, autrement dit, le développement de l'achat par anticipation. Ces clients se rendent en officine alors qu'ils n'ont pas de problème de santé spécifique au moment de l'achat. Pour nos interlocuteurs, les consommateurs ayant effectué des recherches d'informations préalable se montrent plus prudents, comparés à ceux qui recherchent exclusivement des informations auprès des pharmaciens.

- Désormais, l'achat de médicaments de PMF ne se limite pas aux produits classiques de la boîte de pharmacie, tels que les antiseptiques ou les antalgiques. Les consommateurs ajoutent dans des « listes détaillées, préparées à l'avance », d'autres produits de PMF alors qu'au moment de l'achat, la pathologie ne se manifeste pas. Il s'agit d'une forme d'anticipation du risque sous ses dimensions financière d'un produit fréquemment utilisé et/ou de temps perdu lorsque cela concerne un problème de santé potentiel. Par ailleurs,

« Maintenant, les gens viennent ici demander conseil, après ils vont à la pharmacie « Mes...s » pour l'acheter... ils ne le cachent même pas » *pharmacienne exerçant dans une petite pharmacie, installée à proximité d'une des plus grandes pharmacies dans le département des Yvelines.*

« ...nous on est une pharmacie moyenne, donc si vous voulez on passe du temps avec nos clients, *c'est sûr quand on a 10, 12 personnes dans l'officine, on ne peut pas faire les choses dans les règles de l'art, on n'a pas toujours le temps, on prend le temps, mais on n'a pas toujours le temps pour aller suffisamment en profondeur, et je le regrette, on essaye, mais parfois, on est obligé comme dans d'autres officines, il faut se dépêcher, je vous apprends rien, vous connaissez ça, les gens sont pressés aussi, donc, c'est vrai...* » *Pharmacien MZN*

« Ici les gens viennent avec une liste, ce n'est pas pareil... moi je pense que c'est pour les prix qu'ils font ça, ça se comprend aussi.... » *Pharmacienne- grande pharmacie 75014- en faisant la comparaison avec une petite pharmacie où elle exerçait avant.*

- Le partage d'informations via la toile a favorisé une mise en lumière de nombreux attributs de médicaments en vente libre, exceptionnellement pris en compte par le passé et auxquels les consommateurs sont plus regardants. Ainsi:
 - Les consommateurs cherchent lors du choix du produit, les conditionnements adaptés à leurs besoins : dates de péremption lointaine, nombre de comprimés par boîte, formes galéniques qui assurent une longue conservation du médicament...etc.

Une Pharmacienne exerçant dans une grande pharmacie (75014) affirmait que la plupart des consommateurs qui visitent leurs enseigne de vente, sont très avancés dans leur processus décisionnel. En témoigne le peu de recherche d'informations externe auprès d'eux. Elle nous a rapporté deux cas « anecdotiques » rencontrés en une même matinée. Il s'agit d'une cliente qui avait acheté de nombreux produits, parmi lesquels figurent le *Maxilase* sous ses deux formes: sirop et comprimé. Au moment où la pharmacienne facturait les produits demandés par la cliente, celle-ci lisait les informations qui figurent sur l'emballage du sirop (*Maxilase*). Elle a ainsi appris que celui-ci est adapté aussi bien pour un adulte que pour un enfant. Elle demande la confirmation de la pharmacienne et trouve donc « *plus intéressant pour toute la famille* » d'acheter 2 *Maxilase* en sirop.

La seconde cliente en revanche ne désirait que du *Maxilase* en sirop. Au moment de l'achat, elle s'est renseignée sur la **date de péremption** de ce dernier. La pharmacienne lui a ainsi expliqué, qu'au-delà de 6 mois, un sirop entamé **se conserve moins bien**. Elle a acheté le *Maxilase* en comprimé, disant que son fils avait 10 ans et que finalement « il était temps qu'il apprenne à avaler des cachets ».



Figure 47: échanges d'informations relatives aux prix de médicaments d'automédication

Il s'agit d'un site internet où les consommateurs se partagent les avis sur les commerces. Une internaute a pris des photos de nombreuses références qu'elle a publiées avec des commentaires sur les prix proposés par la pharmacie.

Source : capture d'écran

https://www.yelp.fr/biz_photos/pharmacie-monge-paris?select=SpY7sHA67sKJ4J1spS_BtA

- Le choix du point de vente (pharmacie) a trouvé une place dans le processus de décision d'achat de médicament. Ce choix était quasiment inexistant par le passé où les consommateurs achetaient leurs médicaments dans la pharmacie du quartier. A cet égard, comparées aux petites structures qui offrent un assortiment restreint, les grandes officines répondent aux nouvelles attentes des consommateurs en proposant à la fois des produits diversifiés (médicaments et autres produits de santé) et des prix « attractifs ». Effectivement, les connaissances acquises via les technologies numériques volontairement ou non, ont mis en lumière des produits dont l'existence était ignorée et que le consommateur considère comme de « nouvelles²⁵⁷ » solutions thérapeutiques. Désormais, le consommateur compare les médicaments entre eux, mais également avec d'autres produits de santé émergents qui se sont ajoutés à son ensemble évoqué²⁵⁸.

²⁵⁷ En réalité, ils sont présentés comme étant nouveaux.

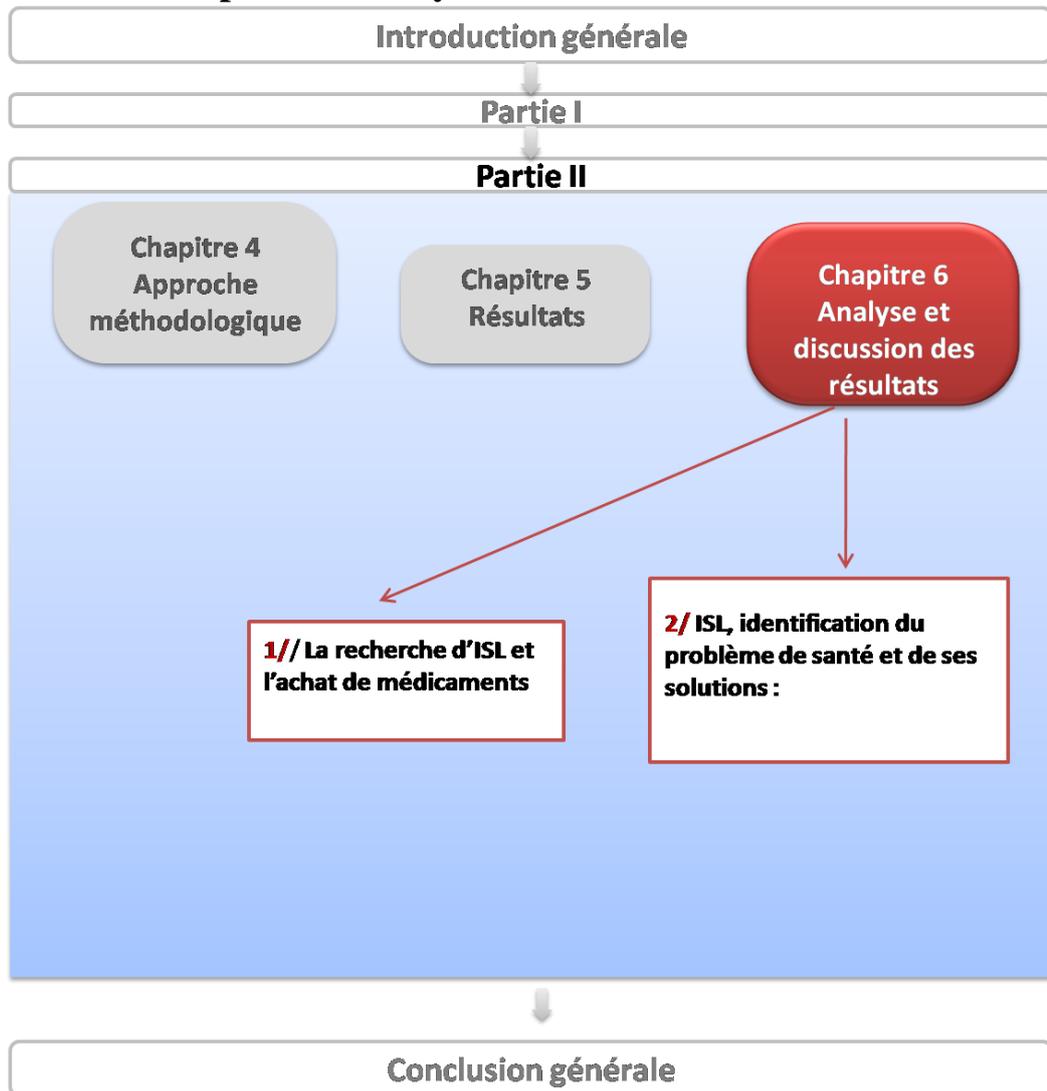
²⁵⁸ L'ensemble évoqué est défini par Filser comme « l'ensemble des possibilités identifiées par le consommateur. » (FILSER, Garets, et Paché 2012)

D'ailleurs, les pharmaciens conscients de ces changements apparus dans la consommation des médicaments et des nouvelles exigences des clients, ont constitué des groupements d'achats en commun (évolupharma, Giropharm, Groupe PHR ...etc.), et ce, afin d'obtenir de meilleures conditions auprès des grossistes. Contrairement aux petites pharmacies qui commandent au « besoin » pour répondre à une demande particulière d'un client, la politique des groupements d'achats repose sur une logique de volume et de faible marge aussi bien pour les médicaments que pour d'autres produits de santé. Toutefois les petites pharmacies dominent largement pour :

- Les besoins urgents où le service de proximité et l'aspect pratique de l'achat l'emportent.
- Les consommateurs qui aspirent à un traitement personnalisé.

« Moi je me souviens avant, il y avait, monsieur le curé monsieur le médecin et monsieur le pharmacien...il y avait du respect. Pour un euro maintenant les gens ...(la pharmacienne baisse les yeux), ils vont le regretter... C'est des produits qu'ils achètent souvent, c'est vraie que, quand ils trouvent que c'est moins cher, ils vont ailleurs, ils font leurs calculs...» » pharma NTL

Chapitre 6 : Analyse et discussion des résultats



Encadré 7: Présentation du plan du chapitre VI

1. La recherche d'ISL et l'achat de médicaments:

Dans cette section, nous nous intéressons aux facteurs qui déterminent la recherche d'ISL préachat dans sa globalité, et ce, tel que nous le révèlent les données de notre enquête. Nous décrivons dans ce qui suit la recherche d'informations qui se produit, suite à une reconnaissance d'un problème spécifique, que les informations internes ne suffisent pas pour le résoudre. Les ISL recherchées sont donc directement liées à un achat spécifique (au moment de l'achat). Encore, faut-il préciser que notre approche est qualitative visant à comprendre en profondeur l'influence des déterminants de la recherche d'informations facteurs plutôt qu'à la représenter statistiquement.

Nos résultats montrent que la recherche d'informations délibérée (la recherche d'informations préachat) en ce qui concerne les médicaments d'automédication, porte davantage sur:

- Les alternatives thérapeutiques : les consommateurs-patients prospectent la toile sur les solutions qu'offre le marché à leur problème de santé.
- Les prix des médicaments: la recherche consiste à repérer les prix des médicaments et les points de vente les plus attractifs.
- Les caractéristiques techniques des produits: il s'agit par exemple de la composition, des effets sur le corps, du mode d'emploi.

En confrontant les résultats obtenus à la littérature traitant de ce thème, il est possible d'identifier deux types de variables qui affectent la recherche d'informations **préachat**²⁵⁹ de médicaments d'automédication. Il s'agit en premier lieu de la capacité à faire des recherche d'ISL et en second lieu de la motivation à s'engager dans cette recherche.

1.1 La capacité à faire des recherche d'ISL ; déterminée par le type de pathologie:

La capacité à faire des recherches d'informations préachat renvoie dans la littérature à la capacité cognitive à effectuer une recherche et un traitement d'informations. Shmidt & Spreng ont proposé un modèle théorique dans lequel ils ont

²⁵⁹ Les produits peuvent être concernés par une recherche permanente d'ISL. Nous reviendrons sur ce point dans la prochaine section.

intégré les nombreux facteurs recensés dans la littérature, susceptibles d'affecter la recherche d'information préachat. Selon ces auteurs, l'aptitude à faire des recherches est influencée positivement par trois variables : ① le niveau d'instruction, la connaissance du produit (② objective et ③ subjective). Ces auteurs avancent qu'un niveau élevé de scolarité augmente l'aptitude de l'individu à s'engager dans une recherche externe d'informations. Ils avancent aussi qu'un niveau élevé de connaissances objectives augmente la capacité à s'engager dans une recherche externe d'informations, pour deux raisons. D'abord, les sujets ayant un faible niveau de connaissances sur une catégorie de produits, se posent peu de questions et reconnaissent leur inaptitude à comprendre les réponses. Ensuite, avoir un niveau élevé de connaissances objectives facilite le traitement de nouvelles informations, et par conséquent, la capacité à faire des recherches externes. Pareillement, ils considèrent qu'un niveau élevé de connaissances subjectives, augmente la capacité de s'engager dans une recherche externe d'informations. Un niveau de connaissances subjectives élevé traduit en effet, un degré de confiance élevé chez le consommateur dans sa capacité d'effectuer des tâches liées aux produits, y compris la recherche d'information.

Les résultats de notre enquête ne nous permettent pas de nous prononcer sur ce point et d'explorer de façon détaillée l'influence de ces trois variables. Néanmoins, ils montrent que :

- a) Le degré de connaissances objectives des consommateurs-internautes en rapport avec les questions relatives à la santé a augmenté. Les expériences acquises via les usages des technologies numériques pour effectuer des recherches d'informations relatives à différents produits, ont influé sur leurs aptitudes à faire des recherches d'ISL.
- b) Le niveau de connaissances subjectives élevé -manifeste à travers les échanges des clients avec les pharmaciens- a augmenté, comme le proposent Shmidt & Spreng, leurs aptitudes à s'engager dans une recherche d'informations externe auprès d'autres sources.

Par ailleurs, nos résultats mettent en avant une autre variable déterminante de la capacité de recherche préachat d'ISL dont il faut tenir compte pour comprendre le processus décisionnel d'achat de médicaments. Cette variable n'est pas, à notre connaissance, mentionnée dans la littérature qui n'a pas exploré de façon spécifique l'achat de produits de santé. Nous proposons de la désigner: la **pénibilité physiologique et**

psychologique. Il s'agit d'effets physiopathologiques liés aux problèmes de santé perçus, qui peuvent plus au moins perturber les capacités cognitives des malades et donc limiter à des degrés variables leurs aptitudes à faire des recherches d'informations préachat. Les crises aiguës de certaines maladies provoquent en effet une pénibilité physiologique (tension, baisse de tonus, douleur, baisse de l'acuité visuelle..etc.) et psychologique (irritabilité, peur..etc.) qui peuvent altérer la capacité cognitive des consommateurs-patients. La symptomatologie qui caractérise une partie des pathologies concernées par l'automédication apparaît en effet, sous forme de *crises aiguës* parfois très violentes nécessitant une action rapide. On peut citer l'exemple des pathologies suivantes : crise de migraine, crise hémorroïdaire, diarrhée aiguë accompagnée ou non d'autres désagréments du tractus digestif, conjonctivite bénigne²⁶⁰. Au regard de l'attitude générale d'un client migraineux venu chercher son PRONTALGINE au moment où la crise se manifeste, on se doute peu de sa faible aptitude à faire des recherches et au traitement d'ISL²⁶¹. D'autant plus que ce type de problème de santé, génère des céphalées accompagnées volontiers de photophobie (extrême sensibilité à la lumière). Nous rappelons que la recherche d'informations concerne aussi d'autres attributs de produits et non pas de façon exclusive l'efficacité recherchée. Il peut s'agir des effets secondaires, du prix, des marques...etc.

Montel explique que le traitement des informations est moins performant auprès d'un individu souffrant de maladie car l'attention qu'un individu dirige sur sa douleur réduit son attention pour d'autres tâches tel que le traitement cognitif²⁶²(Montel 2014). Ce neuropsychologue affirme que les résultats des études en imagerie cérébrale montrent des régions cérébrales« *qui se chevauchent dans les processus cognitifs et la douleur et soutiennent donc la théorie de la division de l'attention qui expliquerait les troubles cognitifs* »(Montel 2014). Dans son ouvrage, l'auteur passe en revue un certain nombre d'études qui démontrent l'altération des capacités cognitives sous l'effet de la douleur occasionnée par diverses pathologies. Il précise que dans la plupart des études auxquelles il fait référence « *la douleur était induite en condition de laboratoire* » et qu'elle s'apparente davantage, poursuit-il, à une douleur aiguë. Voici quelques exemples d'études qu'il cite:

²⁶⁰ Nous avons présenté une liste non exhaustive des problèmes de santé concernés par l'automédication. Voir chapitre 3 figure 30 .

²⁶¹ Effectivement, en officine, il est fréquent d'observer des clients migraineux qui présentent des difficultés à relever la tête et à garder les yeux ouverts.

²⁶²L'ouvrage est réalisé sous la direction du professeur de psychopathologie et neuropsychologie Sébastien Montel, avec la collaboration d'autres psychologues, médecins, neuropsychologues Les auteurs passent en revue les troubles cognitifs rencontrés dans le domaine des maladies neurologiques mais également des troubles cognitifs liés à d'autres pathologies qui n'ont pas d'origine neurologique. C'est le cas par exemple des problèmes cardiaques, du diabète et de certaines pathologies infectieuses.

« Chez les migraineux, une étude en SPECT (tomographie d'émission monophotonique) réalisée par Calandre et al. (2002) met en évidence une corrélation entre l'hypoperfusion dans les régions frontales et pariétales et les difficultés cognitives dans des tâches de mémoire verbale et visuelle »(Montel 2014).

« Les troubles attentionnels peuvent interférer avec les tâches exécutives et on peut retrouver des fluctuations de l'attention tout au long de l'examen responsable de fluctuation des performances. Plus spécifiquement, une étude de Grâce et al.(1999) sur l'attention soutenue et la concentration avec le test PASAT (Paced Auditory Serial Attention Test), retrouve des difficultés chez les patients douloureux. » (Montel 2014).

Cette pénibilité est variable d'une part en fonction de la pathologie et d'autre part, en fonction de la perception individuelle de la gêne occasionnée. Néanmoins, ses effets sur la baisse de la capacité de faire des recherche préachat d'ISL semblent atteindre leur paroxysme au moment où une affection aiguë se manifeste. A cela il faut ajouter que les **symptômes** de certaines maladies concernés par l'achat de médicaments de PMF, sont **moins gênants** comparés à d'autres ; cela dépend des connaissances notamment des expériences individuelles.

Dès lors, par rapport à la l'aptitude à faire des recherche, les médicaments indiqués pour le traitement des pathologies aiguës sont peu concernés par une recherche d'ISL préachat. Celle-ci porte davantage sur les médicaments destinés à résoudre des problèmes de santé chroniques et /ou suscitant une faible gêne. Ceci étant dit, il est nécessaire de tenir compte également de la motivation à faire des recherches pour décrire ce processus dans sa globalité.

1.2 La motivation à effectuer des recherche d'ISL : rôle du risque financier et de perte de temps

La motivation à faire des recherches est la volonté manifestée par un consommateur de déployer des efforts dans la collecte et le traitement de l'information(Schmidt et Spreng 1996). En ce sens, les résultats montrent que les consommateurs sont peu motivés à se livrer à une recherche et au traitement intensif d'informations au stade préachat. Il s'avère que la pression temporelle qui caractérise un bon nombre des situations d'achat *de dernière minute* de médicaments augmente sensiblement le risque perçu de perte de temps qui augmente à son tour **le coût perçu**

d'une recherche d'ISL. Comme on l'a constaté, en ce qui concerne l'achat de médicaments d'automédication, la pression temporelle est significative. Cette pression temporelle est d'autant plus importante que le besoin de soulagement lié au type de problème de santé identifié est important. Les dépenses s'évaluent davantage en termes de temps à allouer à une recherche. La contrainte temporelle ressentie accroît la perception de perte de temps qu'il faut consacrer pour un examen exhaustif de l'offre d'alternatives du marché et la recherche des informations que cela nécessite.

Par ailleurs, nos résultats vont dans le même sens que ceux de la littérature. Effectivement, le risque perçu à travers ses dimensions sanitaires et économiques augmente les **bénéfices perçus** de la recherche et donc la motivation à faire des recherches. Les résultats montrent en effet que, lorsqu'ils sont confrontés à un risque perçu élevé (sanitaire et/ou économique), les consommateurs s'efforcent de le réduire. Ainsi, ils ont tendance à rechercher plus d'informations sur les produits, en allant par exemple vers diverses sources (pharmaciens, réseaux de famille ou d' amis réels et/ou virtuels). Compte tenu des résultats obtenus, la motivation des consommateurs-patients à effectuer une recherche préachat d'ISL varie en fonction des connaissances préalables des consommateurs patients. Ces connaissances peuvent être ① relatives aux caractéristiques techniques de l'ensemble évoqué et/ou ② au prix du produit recherché :

1.2.1 Les connaissances relatives aux caractéristiques techniques de l'ensemble évoqué:

Les informations relatives aux attributs techniques de médicaments dont la collecte est facilitée par les usages des technologies numériques, se rapportent essentiellement à la composition et aux actions dans l'organisme (effets indésirables/ efficacité pour un problème de santé spécifique). Ces connaissances déterminent le niveau du risque sanitaire et, par conséquent, l'intensité de recherche préachat d'ISL.

La finalité d'achat d'un médicament est de soigner ou de prévenir une pathologie. Ainsi, sa performance (adéquation par rapport aux attentes des consommateurs) ne peut être évaluée au moment de l'achat, mais plutôt, à la suite de son usage²⁶³ dont les conséquences ne sont jamais connues avec certitude absolue. En outre, le médicament s'apparente à un produit complexe en raison du caractère probabiliste dont il faut tenir compte au moment de l'évaluation des critères qui caractérisent ses attributs les plus

²⁶³C'est le cas par exemple d'un produit alimentaire, dont les qualités gustatives ne peuvent être qu'individuellement appréciées, et donc qu'après sa consommation.

importants : efficacité, effets indésirables. A ce titre, les efforts qu'investissent les consommateurs lors d'une recherche d'informations sont davantage d'ordre cognitif. Le souci de réduire cet effort cognitif explique l'orientation de la recherche des ISL vers ISGP et encore plus les ISGP provenant des sources non qualifiées.

En effet, à la différence du site internet d'une institution publique qui offre une base de données riche en informations dont la communication va dans un seul sens, les consommateurs peuvent acquérir des ISL ciblées (personnalisées) directement sur une question posée via d'autres sources non qualifiées. A cela il faut ajouter qu'ils ont la possibilité de dialoguer ou juste prendre des notes des échanges ayant lieu entre des consommateurs appartenant à une communauté qui partage le même intérêt pour le sujet en question. Comme le montrent les résultats de l'enquête, la perception des différences entre les attributs des médicaments, notamment leur efficacité, leurs effets indésirables et leurs prix, s'est accentuée avec l'augmentation du nombre d'alternatives offertes au consommateur. Sans tenir compte de l'offre du marché virtuel, au niveau du circuit officiel de médicaments en France, l'ensemble des marques et/ou des produits que le consommateur considère s'est enrichi, d'une part avec la mise en libre accès des médicaments (OTC) et, d'autre part, le délistage de nouvelles molécules arrivées sur le marché de la PMF. C'est pourquoi les sources d'ISGP non qualifiées s'avèrent particulièrement bien adaptées en vue de réduire l'effort cognitif qu'exige le traitement des informations (recherche et comparaison) sur les diverses alternatives thérapeutiques médicamenteuses ou non.

L'obtention d'un produit qui est juste efficace pour pas ou très peu d'effets indésirables, constitue l'un des principaux intérêts de la recherche d'ISL par les consommateurs craintifs. A l'inverse, la recherche d'un produit doté d'une forte efficacité en dépit de ses éventuelles actions néfastes dans l'organisme, motivent davantage les consommateurs audacieux à effectuer des recherches d'ISL.

1.2.1 Les connaissances d'un consommateur relatives au prix du produit recherché :

Les consommateurs avertis sur la variabilité des prix des médicaments sont plus sensibles à cet attribut. Ils lui accordent par conséquent, une place prépondérante dans leur choix du produit mais également au point de vente. Les résultats montrent que les consommateurs s'engagent davantage en recherche d'ISL :

- Pour les médicaments ayant un prix plus élevé comparé à d'autres médicaments.
- La connaissance des prix de vente du médicament recherché comparé aux médicaments de la même gamme (génériques, dosages...etc.)
- Le degré de gêne occasionné par les symptômes réduit significativement la sensibilité au prix d'un médicament d'automédication.

Pour résumer ce point : les technologies numériques offrent de vastes possibilités de recherche et de comparaison d'informations, avec nettement moins de contraintes liées aux temps et aux déplacements, qui limitaient le comportement de l'acheteur dans les marchés non virtuels. Par exemple, les efforts physiques (aller dans des pharmacies en vue d'obtenir des informations sur les produits) ont été réduits aux quelques clics de souris ou à une petite pression avec les téléphones mobiles disposant d'un écran tactile. Les résultats obtenus suggèrent qu'en dépit de l'abondance des ISL, il est extrêmement coûteux en termes d'effort cognitif d'étaler l'éventail complet des possibilités de choix, et ensuite, de les évaluer par rapport à de nombreux critères. Sous l'effet de facteurs individuels et du contexte situationnel entourant l'achat de médicaments de PMF, les solutions aux problèmes sous-jacents au processus décisionnel d'achat de médicaments d'automédication, sont généralement le produit d'un processus décisionnel rapide et sélectif en matière de traitement d'informations. Elles sont rarement l'aboutissement d'un processus décisionnel lent, coûteux en termes de ressources cognitives où l'on procède étape par étape dans l'évaluation de nombreux critères. Ceci semble tout à fait justifié quand il faut tenir compte des disparités entre les innombrables informations officielles et non officielles relatives aux médicaments. Dans ce qui suit, nous revenons longuement sur l'analyse du processus décisionnel d'achat de cette catégorie de produit.

2. ISL, identification du problème de santé et de ses solutions :

2.1 Structure générale du processus décisionnel étudié :

2.1.1 Achat de médicaments: deux sous-processus interreliés :

Comme la plupart des processus de résolution de problèmes, le processus de décision d'achat de médicament(s), implique de multiples problèmes et donc de multiples décisions. Particulièrement, deux sous-processus étroitement imbriqués reviennent fréquemment dans la littérature ainsi que dans les résultats empiriques que nous avons obtenus;

- L'autodiagnostic, en d'autres termes, la reconnaissance d'un problème et ;
- le choix de l'option thérapeutique conditionnée par la solution retenue lors du sous-processus décisionnel précédent. Cela inclut aussi des décisions qui concernent la classe de produit, la marque, la forme galénique²⁶⁴ ...etc.

Toutou souligne parfaitement ces deux problèmes interreliés « .. *l'autodiagnostic et l'automédication sont deux comportements dont l'actualité est très présente en raison de...* »²⁶⁵. C'est également le cas du pharmacologue Joly qui pointe ces deux sous-processus lors de son introduction d'une session commune des Académies de Médecine et de Pharmacie : « *l'autodiagnostic et l'automédication sont devenus des sujets d'actualité...* »²⁶⁶. Le même constat peut être fait aussi suite à l'analyse du discours de nos interlocuteurs. Lorsqu'ils décrivent le processus de recherche d'informations et les risques associés à l'achat de médicaments, ils marquent principalement l'identification du problème et de ses solutions (alternatives

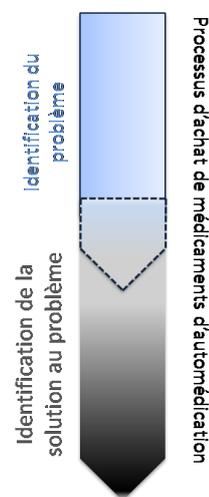


Figure 48: Le processus d'achat de médicaments d'automédication

²⁶⁴ Nous rappelons qu'une substance active (principal élément d'un médicament) peut être intégrée dans différentes formes galéniques (présentations médicamenteuses) ; sirop, comprimé, formes injectables...etc. Un exemple simple est celui du paracétamol 500mg, dont l'offre du marché se décline en forme de comprimés, gélules, lyophilisats oraux, poudre, suppositoires...etc.

²⁶⁵ Op.cit

Voir également: « Rapport académie de médecine et pharmacie »
2007 — Tome 191 — Novembre — No 8

²⁶⁶ Voir : Pierre JOLY, Présentation, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2007, 191, no 8, 1489-1490, séance du 6 novembre 2007

thérapeutiques).

Pour faciliter la tâche d'évaluation des solutions, les consommateurs- patients simplifient leur représentation dans un premier temps. Il s'agit pour rappel, des solutions aux problèmes de ①reconnaissance du besoin ②et de l'identification de l'alternative thérapeutique qui répond à ce besoin. Pour ce faire, ils sélectionnent uniquement une partie des informations, principalement celles qui sont facilement accessibles pour établir cette représentation. Par rapport aux résultats de l'enquête, le prix, l'efficacité et les effets indésirables constituent les principaux attributs pris en compte lors de l'évaluation des alternatives. Ainsi, ce qui est susceptible d'influencer les consommateurs-patients est représenté essentiellement par :

- Des informations provenant de sources officielles :
 - Informations communiquées par les pharmaciens directement (verbalement) ou à travers leurs enseignes (disposition des produits sur les linéaires, prix affichés..etc.)
 - Noms de marques mémorisées durant les campagnes publicitaires
- Les expériences personnelles antérieures avec la maladie et les produits de santé.

À cela, il faut ajouter, conséquemment à la généralisation des usages des technologies numériques, d'autres sources d'influences ;

- d'une part, les expériences d'autres patients avec leurs problèmes de santé
- et d'autre part, les informations relatives aux conséquences d'usages des médicaments communiquées par des internautes.

2.1.2 Des alternatives qui se construisent conjointement avec la définition du problème de santé:

Bien qu'il soit difficile de séparer deux sous-processus qui sont constamment en interaction, il est plus pragmatique, pour simplifier, de nous pencher dans un premier temps, sur l'analyse du premier processus décisionnel, l'autodiagnostic. Nous tenons à préciser que ces deux sous-processus ne sont pas tout à fait séparés l'un de l'autre et s'influencent mutuellement. Le problème est constamment redéfini par le décideur, ce qui implique généralement que l'identification et l'évaluation des solutions ne sont pas à leur tour figées. L'ordre de préférence parmi les solutions identifiées n'est pas invariant dans différents contextes. Ce qui affecte en effet potentiellement le premier sous-processus est

susceptible d'influer sur le second, et vice-versa. La délimitation du problème de santé évolue en fonction du cadre de référence (connaissances activées + informations perçues dans l'environnement externe) dans lequel les données -indicateurs d'une pathologie- sont interprétées. Cela entraîne ainsi une évolution dans le choix de l'alternative thérapeutique. On peut illustrer cela avec l'exemple suivant²⁶⁷;

Une maman constate une rougeur cutanée située au niveau du pied de son enfant. À ce stade, elle a identifié un problème 'A' résultant de son interprétation basée sur ses connaissances stockées en mémoire (acquises notamment via ses expériences antérieures avec ses enfants.) et les informations saillantes suivantes, perçues dans l'environnement externe ;

- Rougeur située sur une partie exposée du corps,
- Un pique-nique organisé récemment dans le cadre d'une sortie scolaire

Elle a identifié le problème de santé perçu « un problème 'A' » comme une réaction à une piqûre d'insecte et choisi dans un premier temps, l'option thérapeutique 'A' qui consiste à ne rien faire. Quelques moments après, de nouvelles informations (symptômes) ont fait leur apparition : d'une part, l'étendue de la surface cutanée marquée par la rougeur a augmenté, d'autre part, la température corporelle de l'enfant s'est élevée. Le problème 'A' a évolué en problème 'B', entraînant l'identification de nouvelles solutions :

- alternative 'B' : déléguer la décision au médecin. C'est l'alternative préférée ;
- alternative 'C' : acheter un antalgique en pharmacie ;

Des facteurs situationnels ont modifié les préférences de cette cliente. Faute de trouver un rendez-vous au moment qui convient pour consulter un médecin, l'alternative 'C' était choisie.

²⁶⁷ Il s'agit d'un cas observé lors de notre immersion en officine.

2.2 De l'information à la reconnaissance du problème:

2.2.1 Des modalités décisionnelles simples pour identifier le problème:

Tel que nous l'avions annoncé précédemment, nous traitons dans ce qui suit le premier sous-processus décisionnel. L'identification de la solution lors du processus de résolution du problème liée la reconnaissance de la pathologie est subordonnée à de nombreux facteurs qui déterminent la quantité d'informations à traiter. Dans le cas des pathologies concernées par l'automédication, le traitement des informations peut varier en fonction de 2 types de facteurs. Il y a d'une part, les facteurs individuels qui englobent en premier lieu les symptômes eux-mêmes (données à traiter) et en second lieu, des connaissances individuelles qui forment le cadre de référence pour l'analyse des données perçues. D'autre part, le temps dont le consommateur-patient dispose, pèse significativement en tant que facteur situationnel:

Des facteurs individuels : les caractéristiques d'un problème de décision déterminent la façon dont une personne choisit de le résoudre et l'investissement cognitif qu'il requiert. Dans le cas de pathologies extrêmement handicapantes, le recours aux structures spécialisées n'est même pas optionnel. Nos résultats empiriques vont dans le même sens que ceux collectés à partir de la revue de littérature. Les pathologies concernées par l'automédication sont décrites comme étant familières, lorsque les connaissances d'un individu, en particulier son expérience avec un problème de santé, déterminent de manière significative sa représentation. On comprend aisément le caractère familier de ce type de pathologie dans l'analyse des auteurs du dernier rapport qui dresse la situation de l'automédication en France²⁶⁸. Ces auteurs notent qu'un problème de santé concerné par l'achat de médicaments de PMF est *« un problème familier pour lequel le médicament est déjà connu »*.

De ce qui précède, il apparaît clairement que la formalisation du besoin concerné par l'automédication est aisée auprès des malades. Effectivement, la plupart des consommateurs ont déjà des connaissances sur les pathologies qu'ils ont vécues eux-mêmes ou stockées dans leur mémoire à partir d'informations provenant de l'environnement externe. S'ils se sentent confiants dans leurs connaissances existantes, et/ou s'ils se sentent peu impliqués dans la décision (faible risque perçu d'une pathologie

²⁶⁸ Voir : « Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs »

« courante »), les consommateurs sont peu motivés à se livrer à une recherche et au traitement intensif d'informations. Lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé de ce type (simple et familier), les consommateurs adoptent fréquemment la simplification dans l'évaluation des alternatives. Dans ce cas, le recours aux heuristiques qui sont des stratégies simplificatrices de prise de décision est privilégié. Celles-ci sont plus sélectives dans l'utilisation de l'information, ce qui minimise les ressources et l'effort cognitif d'un décideur. Ce processus serait long et complexe si un patient-consommateur considérait toutes les alternatives de choix possibles puisqu' il devrait prendre en compte toutes les informations dont le traitement requiert un effort cognitif considérable.

Des facteurs situationnels : un problème de santé perçu génère le plus souvent des réactions négatives, qu'elles soient physiologiques (douleur, démangeaison, sensibilité..etc.) et/ou psychologiques (peur d'une contagion d'une maladie sur la fratrie, peur d'une baisse de tonus qui impacterait les activités professionnelles, inquiétude sur l'évolution de la maladie..etc.). « *une amélioration personnelle rapide... par manque de temps réel ou fallacieusement invoqué, par impatience ou commodité*²⁶⁹ »(Pouillard 2001), s'avère comme une des principales motivations du recours à l'automédication qui englobe l'achat de médicaments de PMF. Nos résultats vont dans ce même sens, la pression temporelle s'avère significative dans les situations d'achat de cette catégorie de produits.

Edland & Svenson nous rappellent à ce titre que« *la littérature montre qu'il ya des changements systématiques de processus cognitif lorsque les décisions doivent être prises sous l'effet de contraintes temporelles*²⁷⁰»(Edland et Svenson 1993). Ils rapportent trois stratégies d'adaptation pour faire face à la pression temporelle, l'accélération du traitement cognitif de l'information, la sélection des informations à traiter, et la modification de la stratégie décisionnelle²⁷¹(Edland & Svenson, 1993). Enfin, Keinan a démontré que le stress engendré par la pression du temps agit sur la qualité de la prise de décision. Les sujets soumis en effet à un stress, ont tendance non seulement à analyser de façon sommaire les solutions de leurs problèmes, mais aussi, à choisir une solution, avant des les avoir toutes examinée(Keinan 1987). Ceci appuie fortement l'hypothèse selon

²⁶⁹ Revenir sur les résultats de l'enquête empirique

²⁷⁰ Traduction libre : « *the literature shows that there are systematic changes of cognitive process when decisions have to be made under time restrictions* »

²⁷¹ L'accélération signifie qu'une personne réagit à la pression du temps en travaillant plus vite, c'est à dire, en dépensant moins de temps sur chaque élément d'information. Quant à la sélection, c'est la tendance des consommateurs à accorder leur attention à une partie de l'information disponible en ignorant le reste, ou à se concentrer sur les attributs les plus importants. Enfin, le changement de stratégie décisionnelle est le passage d'une stratégie compensatoire à une stratégie non compensatoire ou dans un cas extrême, l'ajournement de la décision d'achat.

laquelle le recours aux heuristiques comme stratégie décisionnelle est privilégié en vue de choisir rapidement une option satisfaisante dans le cas des problèmes concernés par l'automédication.

Il convient de préciser que l'évaluation des alternatives par le recours à des modalités simples de prises de décision (notamment les heuristiques) par des profanes de la profession médicale, mais également des professionnels de santé dans ce domaine en vue d'établir un (auto)diagnostic serait plus avantageux. Le même constat peut être fait en ce qui concerne le choix de la solution thérapeutique. Il est extrêmement coûteux en terme de ressources cognitives, de collecter toutes les informations médicales décrivant les représentations des symptômes observés. D'autant plus que tout ce flux d'informations doit être traité rapidement :

- Il est effectivement éprouvant d'examiner toutes les informations relatives aux symptômes perçus et aux produits qui constitueraient une solution au problème de santé identifié ;
- À cela, il faut ajouter qu'il est difficile d'évaluer objectivement les attributs d'un médicament pour lesquels de nombreux experts de différentes spécialités se succèdent avant d'aboutir à donner une estimation des caractéristiques des ces attributs.

Simon explique par ailleurs qu'à la différence du novice, l'expert repère plus facilement et plus rapidement, aussi bien au niveau de ses ressources internes (mémoire) qu'externes (autres supports ; livresque, communication verbale...etc.), les informations pertinentes que requiert la résolution du problème posé. Il affirme que l'expertise dans un domaine améliore la capacité d'analyse et de sélection des informations les plus pertinentes. Ainsi un expert dans un domaine « *peut arriver à identifier des solutions qui sont inaccessibles pour le novice, en utilisant des calculs et des connaissances qui tout simplement, ne sont pas à la disposition de ce dernier*²⁷² » (Simon 1990).

²⁷² Traduction libre: "the expert can reach solutions that are unattainable by the novice, using computations and knowledge that are simply not available to the latter.

2.2.2 Les ISL, biais décisionnels et inversion dans l'ordre du processus décisionnel:

Les résultats de l'enquête empirique confirment notre constat tiré de la revue de littérature ; **l'exposition** des consommateurs de biens de santé aux ISL, a augmenté sous l'effet de la généralisation des usages des technologies numériques. Les patients accordent une **attention volontaire** aux ISL lorsque la recherche d'informations est délibérative via internet dont la facilité d'accès (entre autres) favorise son choix comme source d'informations. Cette catégorie de consommateurs est décrite comme disposant de meilleures connaissances objectives, comparée avec le segment de consommateurs qui ne font pas de recherches via ce médium.

Par ailleurs, les échanges d'informations de santé (articles de presse, forums et blogs, vidéo postée sur réseaux sociaux...etc.) sont facilités et accélérés par les différents usages des technologies numériques. Les consommateurs peuvent ne pas manifester initialement d'intérêt particulier à une problématique de santé notamment quand la pathologie est familière. Or, telles qu'elles sont présentées, les ISL inciteraient les consommateurs à s'engager dans une recherche d'information active pour explorer davantage les questions de santé soulevées. Bien entendu, la facilité d'accès à internet favorise son choix pour entamer cette recherche dans l'immédiat :

- Les ISL sont pour les consommateurs internautes, « disparates, contradictoires, nouvelles²⁷³ ...etc.», ce qui pourrait susciter leur attention qui cette fois-ci est involontaire.
- Les ISL proviennent de sources manifestement non commerciales, telles que les amis, familles qui font partie du réseau. À cela, il faut ajouter qu'elles reviennent maintes fois: posté sur un réseau social par exemple, l'avis de chaque membre de groupe est signalé à chaque connexion au réseau.

Le traitement des informations (symptômes) par les malades peut être influencé par les nouvelles connaissances acquises volontairement ou non. Lorsqu'elles sont activées en vue d'interpréter les stimuli (symptômes), la représentation du problème de santé est redéfinie. Un des pharmaciens que nous avons interviewé le résume : « *ils*

²⁷³ Nous tenons à mettre entre guillemets les qualificatifs précédents. Tel qu'on l'a mentionné précédemment, ce qui apparaît comme étant nouveau pour un profane des sciences médicales, ne l'est pas réellement. Il s'agit parfois de notions basiques enseignées dans les facultés médicales depuis bien trop longtemps.

*regardent sur internet, ils ont tous les symptômes, toutes les pathologies*²⁷⁴ ! ». L'exemple suivant est à notre sens très illustratif à ce sujet. Il s'agit d'un client de la pharmacie dont les informations acquises après des recherches via le NET avaient modifié la représentation qu'il avait de son problème de santé. Ce dernier visait initialement l'identification de nouvelles solutions « naturelles » à son problème de santé parfaitement défini et diagnostiqué par son médecin comme étant une colopathie fonctionnelle²⁷⁵. Il ne manifestait pas de doutes quant à la pertinence du diagnostic de son médecin. Il avait l'intention de rechercher et d'évaluer les options thérapeutiques par rapport à **ce** problème de santé. Or, à l'issue de ses recherches, il considérait que son problème de santé n'était plus une colopathie fonctionnelle, mais plutôt une « allergie au gluten ». Le nouveau problème de santé l'a entraîné à rechercher des informations externes via des sources médicales ou non. En outre, il dirigeait son attention vers des informations auparavant négligées, aussi bien au niveau de son corps qu'au niveau de sa mémoire. À partir de souvenirs (connaissances réactivées) il estimait en effet que ses problèmes digestifs se manifestaient davantage quand son alimentation était riche en gluten.

En référence aux travaux de Kahneman, la fréquence et la récence avec laquelle les ISL sont disponibles, affectent leurs accessibilités dans la mémoire et déterminent donc la probabilité de se rappeler une maladie particulière. L'heuristique de disponibilité permet certes à un malade d'identifier rapidement sa pathologie selon « *la facilité avec laquelle des exemples pertinents lui viennent à l'esprit* »²⁷⁶(Tversky et Kahneman 1973). Cependant, les exemples dans le nouveau contexte englobent les expériences d'autres patients ayant témoigné sur la toile ainsi que de nouvelles informations médicales. Or la sélectivité des informations à traiter peut induire à des erreurs dans l'estimation de *la probabilité d'avoir affaire à une pathologie particulière*. Par ailleurs, le biais de représentativité tel qu'il est décrit par Kahneman a engendré selon nos résultats empiriques une contagion du « syndrome des étudiants en médecine » au-delà des universités qui enseignent les sciences médicales. De nouvelles solutions sont accessibles (nouvelles pathologies) dans la mémoire des profanes qui auparavant étaient connues presque exclusivement par un public savant. Ainsi, à la lumière des connaissances objectives des patients, accrues dans l'environnement informationnel actuel, l'interprétation des symptômes est actualisée entraînant les patients à auto diagnostiquer de nouveaux problèmes de santé représentés

²⁷⁴ Phrm trp

²⁷⁵ Le client se plaignait de nombreux problèmes digestifs et venait régulièrement chercher le traitement que lui prescrivait son médecin.

²⁷⁶ Traduction libre de : "*the ease with which relevant instances come to mind*"(Tversky et Kahneman 1973)

par des symptômes très proches. Précisant tout de même que des éléments théoriques et cliniques relatifs au diagnostic différentiel²⁷⁷ sont intégrées dans l'enseignement des professionnels de santé.

L'ensemble des éléments que nous avons discutés démontre une inversion dans l'ordre des étapes du processus décisionnel décrit par le modèle EKB, du moins en ce qui concerne le processus d'achat de médicaments d'automédication objet de cette étude. Schmidt et Spreng font remarquer que quasiment tous les manuels traitant le comportement d'achat évoquent le modèle EKB. Ces manuels décrivent le processus de décision d'achat des consommateurs comme une série d'étapes allant de la reconnaissance du problème, à la recherche de l'information, ensuite l'évaluation des alternatives, la décision d'achat, et enfin le comportement post-achat (Schmidt et Spreng 1996). Le processus d'achat d'un médicament dans les modèles traditionnels est donc supposé commencer lorsque le consommateur reconnaît un besoin qui se traduit dans ce cas par une perception d'un problème de santé. Par la suite, le consommateur se livre à une recherche d'information d'abord interne ensuite externe (intensité et orientation variables). Il évalue les options thérapeutiques, ce qui le conduit à développer des préférences et une décision d'achat (immédiate ou non). La recherche d'informations constitue donc une réponse d'un individu vis-à-vis d'un problème de santé perçu. Cependant, dans l'environnement informationnel actuel, les informations acquises volontairement ou non via la toile enrichissent le cadre de référence dans lequel les symptômes sont interprétés. Elles peuvent également réorienter l'attention d'un consommateur-patient vers des informations internes ou externes. C'est ainsi que de nouveaux besoins (problèmes de santé) apparaissent incitant les consommateurs-patients à poursuivre le processus de décision par une recherche d'informations dirigées cette fois vers la résolution du nouveau besoin identifié.

²⁷⁷ Le diagnostic différentiel est « l'élimination par le raisonnement des affections voisines de celle que cherche à identifier le médecin » (Croibier 2005)

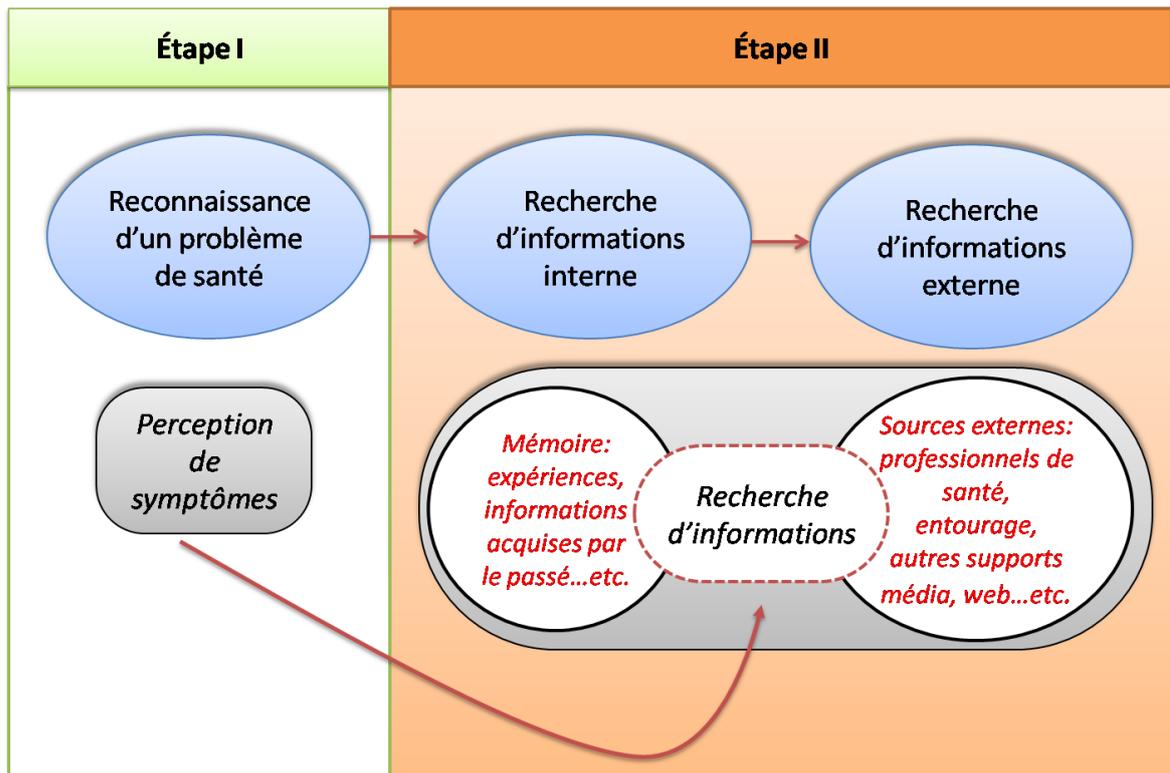
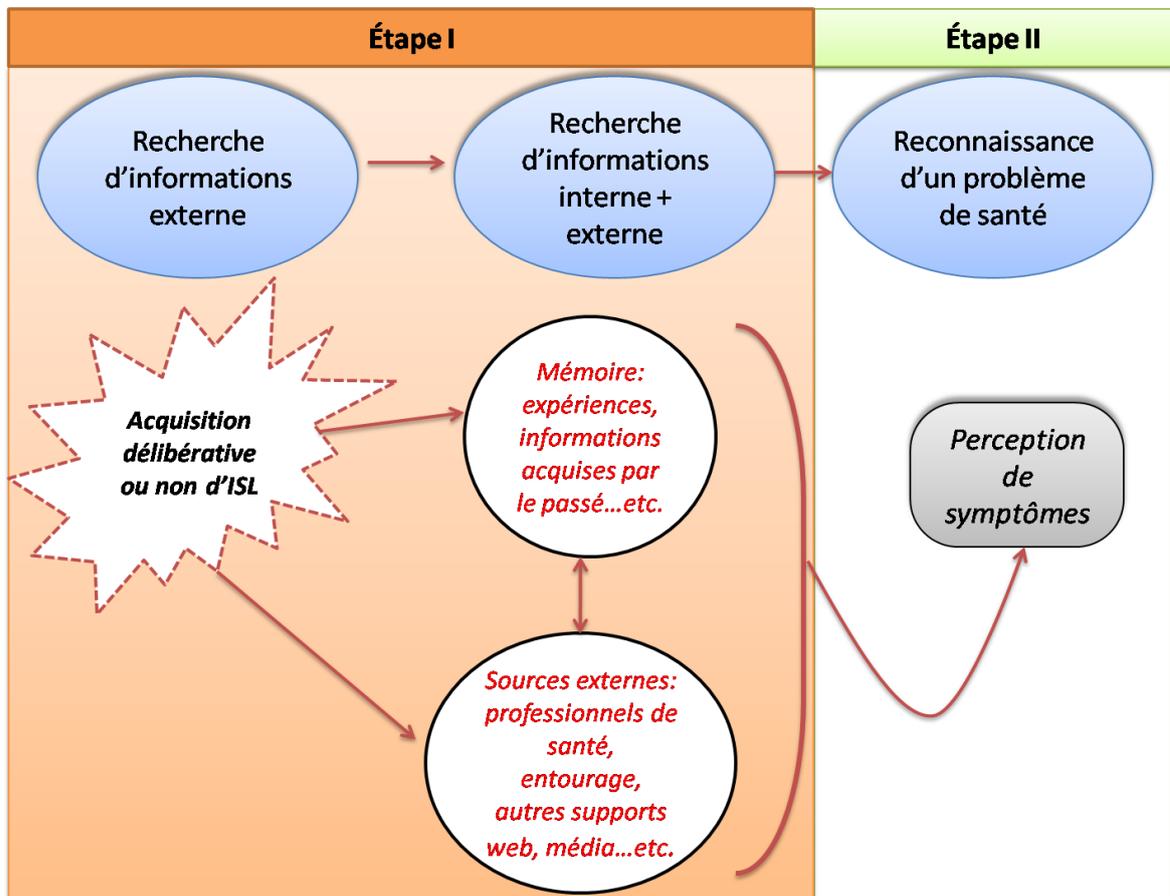


Figure 49: Des ISL à la pathologie

Représentation des deux premières étapes du processus décisionnel d'achat de médicaments avant la généralisation des usages des technologies numérique (la figure au-dessus) et après (la figure au-dessous).



2.3 Des alternatives de plus en plus nombreuses:

Dans ce qui suit, nous nous penchons sur l'analyse du second sous-processus décisionnel, celui du choix de la solution thérapeutique consécutif à l'identification d'un besoin non satisfait. Les alternatives de choix incluent, comme on a pu le constater, les différentes classes de produits que le consommateur envisage d'acheter. Elles correspondent en prenant comme exemple le cas d'un adulte enrhumé aux :

- *Classes thérapeutiques* : antitussif et/ou décongestionnant nasal et/ou un antalgique et/ou un anti-inflammatoire...etc.
- *Différentes formules galéniques et les marques correspondantes* : sirop, spray nasal, comprimés à avaler, à sucer..etc.

L'impact des ISL lors de la phase d'évaluation des alternatives notamment sur le type et le nombre d'attributs pris en compte varie sensiblement lors des deux situations d'achat suivantes:

2.3.1 Deux situations d'achat

2.3.1.1 L'achat immédiat:

Dans ce cas, l'achat répond à un besoin de soulagement **rapide et immédiat**, en vue de résoudre un problème identifié, qu'il soit familier ou non pour le consommateur-**malade**. Ce dernier ne dispose pas de temps, encore moins d'énergie, pour effectuer une recherche d'informations intense d'ordre interne ou externe. Il consacre le moindre effort possible pour cet achat et sa décision résulte donc d'un processus cognitif d'évaluation simplifié. Les résultats révèlent un impact important du risque de perte de temps déterminé essentiellement par la représentation du problème de santé. Effectivement lorsque la probabilité que des effets désagréables aient lieu à un moment proche, est élevée, le recours à une stratégie décisionnelle simple avec le moindre effort cognitif est avantageux. Les consommateurs disposent de peu de temps pour traiter une importante quantité d'informations qui concernent aussi bien l'identification des alternatives de choix que l'évaluation des critères de choix appropriés pour chaque alternative.

Dans ce cas, l'évaluation des alternatives est rapide, ce qui reflète une recherche et un traitement d'informations très sélectifs. C'est ainsi que les informations prises en compte durant cette phase sont celles qui sont immédiatement disponibles ; en mémoire et dans l'environnement lors de l'acte d'achat (pharmacie). Dès lors, le consommateur fait appel à ses connaissances antérieures. Tout dépend des facteurs situationnels in situ, le consommateur peut focaliser son attention sur des informations communiquées par le pharmacien, mais aussi à travers son enseigne, autrement dit, des informations sur des produits exposés (mis en avant- merchandising). Par ailleurs, la probabilité de se rappeler un produit particulier est plus élevée lorsque des informations le concernant sont facilement récupérables de la mémoire, notamment si elles sont récentes et/ou saillantes.

Comme le montre le document de promotion qui figure dans l'encadré ci-dessous, il est possible d'influencer le choix d'un consommateur désirant un médicament pour soigner des troubles du sommeil en plaçant pour la même indication thérapeutique : un médicament homéopathique (réputé sans effets indésirables) juste à côté d'un médicament à base de plante (produit ayant une connotation « naturel »), lui-même, placé à côté d'un médicament dont le principe actif est de synthèse chimique. Le même constat peut être fait en ce qui concerne le linéaire des pommades apaisantes où l'on place une crème qui traite les irritations juste à côté d'une crème cicatrisante. Ainsi quelqu'un qui envisage d'acheter un produit pour résoudre un problème d'irritation cutanée pourrait songer à acheter une crème qui effacerait les cicatrices qu'auraient occasionnées les irritations.

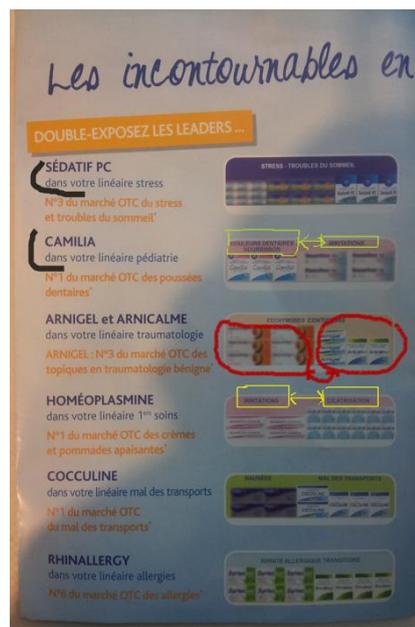


Figure 50: extrait d'un document de promotion de médicaments d'automédication adressé par un laboratoire pharmaceutique aux officines partenaires « comment optimiser vos linéaires OTC et homéopathie ? printemps-été 2013»

2.3.2.2 L'achat planifié (anticipé) :

Le consommateur prépare un achat qui répond à ① un besoin *différé* où l'achat porte sur des produits destinés à résoudre des problèmes qui ne se manifestent pas au moment de l'achat ② et/ou le degré des désagréments conséquents à la maladie connue

par le preneur de décision s'avère faible. Ce comportement laisse apparaître la présence d'une activité cognitive d'un niveau plus élevé, comparé à la première situation. Dans de telles circonstances, d'autres dimensions du risque prennent le dessus dans l'évaluation des alternatives. On peut les reconnaître travers l'orientation de la recherche d'informations préachat, notamment dans ce cas, où la pression temporelle est relativement faible. En effet, le consommateur vise dans ce cas par sa recherche d'informations préachat sur les produits de santé :

- La réduction du risque sanitaire: le consommateur oriente sa recherche d'informations vers l'identification de nouvelles solutions, autrement dit, d'alternatives thérapeutiques. Celles-ci s'avèrent être de plus en plus nombreuses et saillantes avec les usages du web (sites internet spécialisés, conseils des internautes...etc.). Cela inclut en fonction de la catégorie des consommateurs, soit des produits dont le degré d'efficacité (bénéfices attendus) est perçu comme étant plus élevé comparé à ce qu'il connaît déjà ; soit à l'inverse, la recherche d'informations est dirigée vers l'identification d'alternatives thérapeutiques ayant le moindre effet secondaire que l'on considère comme une conséquence négative post-usage du médicament.
- La réduction du risque économique : la recherche d'informations porte sur les prix des produits recherchés, ce qui reflète une volonté de réduction du risque financier perçu relatif aux médicaments. Les consommateurs, dans ce cas, sont prêts à consacrer un effort plus important à commencer par le déplacement. Il fait rappeler que les points de vente sélectionnés ne sont pas en majorité des cas des pharmacies de quartier(s)²⁷⁸. C'est pourquoi ils optent pour des achats groupés (médicaments et autres produits de santé) pour minimiser le coût total de leurs déplacements physiques.

²⁷⁸ Dans un rapport publié en 2012 par l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, les petites pharmacies d'officine (ayant moins de 5 salariés) représentent 65 % du nombre total d'officines. En revanche

les grandes pharmacies (plus de 10 salariés) sont les plus faiblement représentées sur le territoire.

Voire : http://www.orientation-paysdelaloire.fr/mediatheque/doc_num.php?explnum_id=5945

2.3.2 ISL et évaluation des alternatives

Nous avons souligné précédemment que les experts prennent en compte l'effet global d'un médicament lors de son *long* processus d'évaluation (le rapport bénéfice/risque). De leur côté, les consommateurs ne tiennent pas compte systématiquement de ce rapport pour évaluer un médicament. En dépit d'une communication publique qui se veut rassurante rapportant que le rapport bénéfices/risques des vaccins est positif, nombreux consommateurs-patients, refusent ou manifestent une crainte vis-à-vis de ces produits²⁷⁹. Le rapport bénéfices/risques du doliprane pédiatrique est également positif.

Ceci étant dit, sous l'influence d'ISL provenant d'une consommatrice profane²⁸⁰, au moins 112 mille personnes le perçoivent comme un produit dangereux et demandent une réévaluation de son AMM²⁸¹. Nos résultats montrent que les

consommateurs que nous avons qualifiée de craintifs, accordent une importance considérable, voire même disproportionnée, aux effets secondaires²⁸² d'un médicament comparés à son efficacité. Au contraire, les consommateurs audacieux s'intéressent davantage à l'efficacité²⁸³ d'un médicament, relayant les effets secondaires au dernier plan.



Figure 51: Pétition en ligne pour le retrait du doliprane pédiatrique

²⁷⁹ La ministre de la santé actuelle Marisol Touraine affirme qu'il existe en France, en dépit d'une situation globalement satisfaisante en matière de vaccination, des « signes préoccupants », témoignant selon elle d'une défiance croissante envers les vaccins.

Voir: (« Inpes - Actualités 2016 - Marisol Touraine annonce une grande consultation nationale pour renforcer la confiance des Français dans la vaccination » 2016)

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2016/003-vaccination.asp>

²⁸⁰ En référence au journal : Ouest France, la lanceuse de la pétition s'identifie comme « une mère de famille » et non pas en tant qu'expert dans le domaine médical. Voir:

[http://www.ouest-](http://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/data/677/reader/reader.html#!preferred/1/package/677/pub/678/page/5)

[france.fr/leditiondusoir/data/677/reader/reader.html#!preferred/1/package/677/pub/678/page/5](http://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/data/677/reader/reader.html#!preferred/1/package/677/pub/678/page/5)

²⁸¹ Voir pétition en ligne : SANOFI, retirez du marché les médicaments contenant des additifs cancérigènes

<https://www.change.org/p/sanofi-retirez-du-march%C3%A9-les-m%C3%A9dicaments-contenant-un-additif-canc%C3%A9rig%C3%A8ne>

²⁸² Il peut d'agir d'effets indésirables communiqués via l'information officielle ou non officielle.

²⁸³ L'efficacité de leur point de vue.

Ils ont même tendance à prendre des risques pour leur santé qui sont inhérents à son mésusage²⁸⁴.

En réalité, les ISL semblent affecter la phase de structuration qui est la première phase précédant l'évaluation proprement dite des options thérapeutiques (les médicaments entre eux et/ou les médicaments avec d'autres produits). L'effet de cadrage influence fortement la décision selon la théorie des perspectives. La structuration des alternatives en termes de gains et de pertes dépend effectivement de la représentation de celles-ci, telle qu'elle est établie lors de la phase de structuration. Comme le fait savoir Kahneman et Tversky, durant cette phase, les consommateurs-patients tendent à simplifier la représentation des solutions au problème du choix de l'alternative thérapeutique. Un consommateur avare cognitif utilise uniquement une petite quantité d'informations et sélectionne ainsi celles qui sont les plus accessibles. Dans le passé, lors de cette phase, les consommateurs étaient beaucoup plus susceptibles d'être influencés par les informations provenant de sources officielles et par les connaissances antérieures dont ils disposaient. Aujourd'hui, d'autres informations peuvent être prises en compte durant cette phase, modifiant d'abord la représentation des options thérapeutiques par un patient et ensuite leurs évaluations respectives. Les technologies numériques sont à l'origine de nombreux changements dans la présentation qualitative et quantitative des informations de santé. Cela affecte la représentation de la maladie elle-même et les attributs pris-en compte durant la phase d'évaluation des alternatives:

- Les informations prises en compte lors de cette phase englobent, en plus des informations provenant de sources officielles en ce qui concerne les caractéristiques des attributs des médicaments, d'autres informations provenant d'autres sources non officielles.
- Les produits (options thérapeutiques) à évaluer ne se limitent pas aux seuls produits commercialisés dans le circuit officiel des médicaments. Le web a mis en avant d'innombrables solutions thérapeutiques ; médicament ou autres produits (marché virtuel ou non).

²⁸⁴ Le mésusage est « l'utilisation d'un médicament en dehors de son utilisation thérapeutique officielle»(Stora 2013). L'auteur entend par « utilisation thérapeutique officielle », les usages conformes aux indications du RCP.

Les échanges d'ISL sur les produits via les technologies numériques sont plus faciles et plus rapides. Cela concerne les organismes publics réglementaires, les fabricants, mais surtout les consommateurs, dont les contributions considérables en croissance, constituent désormais une seconde matrice génératrice de connaissances qui peuvent fortement influencer la perception du risque associé à cette catégorie de produits. Principalement, deux types d'informations relatives aux médicaments, tantôt complémentaires tantôt concurrentielles, coexistent. Il ya d'une part, la source prédominante dans le passé, celle qui communique les informations officielles; les organismes publics, les industriels pharmaceutiques et les professionnels de santé. D'autre part, les informations au sujet des médicaments, provenant d'autres personnes qui s'identifient comme non commerciales et/ou non réglementaires :

- L'information officielle du médicament: Il s'agit d'une façon générale des caractéristiques techniques et des usages du médicament tels qu'ils sont présentés par les personnes ayant un rôle actif dans la communication de l'information officielle le concernant. À cet égard, la communication des informations par les industriels est interdépendante avec celle des institutions chargées de santé publique. Qu'elle soit d'ordre publicitaire ou non, ou qu'elle cible les consommateurs ou les professionnels de santé, elle est soigneusement encadrée par une réglementation rigoureuse dans le respect du RCP.
- L'information *non* officielle du médicament: il s'agit d'informations produites en dehors du circuit officiel et contrôlée a priori en grande partie, par les patients-contributeurs. Ils peuvent les présenter, supprimer, mettre à jour selon leurs convenances ; on attribue des propriétés et des usages aux médicaments qui s'éloignent de ceux mentionnés dans l'information officielle. Bartoli rappelle que « *le système d'information n'agit pas seulement sur la base des mots à eux seul ; il repose sur la structuration même du système de mots, sur son articulation et sa combinaison* »(Bartoli 1990, 65). Effectivement, les effets secondaires ne se présentent pas seulement en termes de chiffres (résultats statistiques), ou de mots et phrases soigneusement choisis par des spécialistes²⁸⁵. Les effets indésirables se présentent désormais à travers les expressions (écrites, vidéo) des expériences douloureuses des différents amis virtuels sur un forum ou un réseau social. Ces

²⁸⁵ La rédaction des notices est faite par les fabricants suivant des normes établies par les organismes publics réglementaires. Elle doit être validée par la commission qui attribue l'AMM à un médicament.

derniers rapportent selon leurs estimations et leurs vocabulaires, la gravité présumée d'un dommage consécutif à l'usage de médicament. C'est le même constat en ce qui concerne de nouveaux bienfaits présumés d'un médicament résultant d'expériences personnelles.

Si la communication de l'information officielle se veut et doit être neutre, force est de reconnaître qu'elle véhicule une image du médicament, qui « *n'est pas un produit anodin* ²⁸⁶ » et incite explicitement à la prudence lors des usages de ces produits (Code de la santé publique - Article R5046). Cette communication n'est pas finalement tout à fait neutre dans ses effets. Elle a en effet tendance à faire réfléchir les consommateurs au sujet des éventuelles conséquences négatives sur la santé et donc faire un arbitrage entre les bénéfices attendus d'un médicament et ses désagréments. Cependant, les consommateurs (et les professionnels de santé) ne disposent pas de l'ensemble des informations (confidentielles) ayant servi à l'évaluation des médicaments. Ils doivent donc sélectionner celles qui sont faciles d'accès pour établir leurs évaluations des options thérapeutiques. Les informations prises en compte dans le passé provenaient de la mémoire (expériences) et/ou de ce qui était communiqué via l'information officielle. Maintenant, les options thérapeutiques ne se limitent pas uniquement à ce qui est communiqué et commercialisé via le circuit officiel du médicament. Par ailleurs, d'autres informations relatives aux attributs des médicaments peuvent être prises en compte durant l'évaluation de ces derniers et changer ainsi l'ordre de préférences des consommateurs.

Les effets indésirables des médicaments qui représentent en réalité des événements de faible probabilité ont davantage de chances d'être encodés par les consommateurs dans le domaine des pertes (valeur subjective négative liée à la notion de souffrance). Selon la théorie des perspectives, ceci conduirait les décideurs qui donnent un poids trop important à un événement très peu probable, à manifester une aversion pour le risque qui se traduit, dans ce cas, par le refus de



Figure 52: campagne lancée en 2012 par le ministère de santé : « *les médicaments ne sont pas des produits comme les autres* »

Source : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments>

²⁸⁶ Voir dossier du leem : « le médicament : un produit pas comme les autres » <http://www.leem.org/article/qu-est-ce-qu-un-medicament>

médicament, entre autres, de la vaccination²⁸⁷. Selon le même raisonnement, les bienfaits présumés d'un médicament tels qu'ils se présentent selon des ISL, sont des événements de faible probabilité qui ont davantage de chances d'être encodés dans le domaine de gain. Ceci explique la préférence pour le risque caractéristique des cas des événements de petites probabilités selon cette théorie.

²⁸⁷ Tel qu'on l'a mentionné dans la première partie, une vidéo diffusée sur un réseau social qui se propose de signaler des effets néfastes liés à la vaccination, non communiqués par l'information officielle, était à l'origine d'une pétition en ligne rassemblant 1 million de signataires. La ministre de santé a même réagit pour démentir les informations véhiculées à travers cette vidéo et a incité l'ensemble des professionnels de santé à communiquer l'information officielle relative à ce vaccin.

Conclusion générale

La présente thèse ambitionne d'améliorer la compréhension des impacts des usages des technologies numériques en tant que sources d'informations sur la prise de décision d'achat d'une catégorie de produits, les médicaments. Pour répondre à cet objectif, nous nous sommes basée sur une revue de littérature et une enquête empirique afin de proposer une représentation du processus décisionnel d'achat tel qu'il se produit dans le contexte actuel. Ce dernier est notamment marqué par une demande et une offre croissantes d'informations de santé. Nous avons abordé successivement :

1. Les évolutions engendrées par les technologies numériques sur l'information de santé de manière générale et sur l'information liée au médicament de façon spécifique; tant sur sa production que sur sa communication.
2. Les différentes approches théoriques décrivant le processus de prise de décision de façon générale, mais aussi de façon spécifique lorsque celle-ci concerne l'achat d'un bien de consommation.
3. Les différentes conceptions de l'automédication en tant que pratique d'autogestion de sa santé ainsi que les caractéristiques et les délimitations proposées dans la littérature de la catégorie de produits destinés à cette fin.
4. Notre approche méthodologique dans laquelle nous avons souligné l'intérêt de la démarche qualitative suivie dans le cadre de ce travail de recherche. Les données collectées proviennent essentiellement de deux sources. Il ya tout d'abord, des données obtenues dans le cadre d'une observation participante en officines. Celles-ci sont enrichies de données issues d'une analyse thématique des discours recueillis auprès de pharmaciens. À cela s'ajoutent d'autres données issues de sources documentaires, telles que les articles de presse ou

des pages web qui viennent appuyer notre compréhension de l'objet de notre étude.

Effectivement, dans un premier temps, nous avons tenté d'analyser les évolutions survenues concernant la production et la communication des informations relatives aux produits étudiés, les médicaments. Nous avons suivi, ensuite, le modèle EKB, pour décomposer le processus d'achat de médicaments, objet de notre étude. Nous nous sommes intéressée aux phases cognitives de ce processus, c'est-à-dire : la reconnaissance du besoin, la recherche d'informations et enfin, l'évaluation des alternatives. En intégrant les travaux issus de sciences médicales dans les trois phases du processus décisionnel, nous avons tenté de reconstruire le processus décisionnel d'achat de médicaments dans un tout cohérent.

Seulement, les phases successives de la prise de décision que nous avons tenté de décrire à travers la revue de littérature représentent le processus décisionnel d'achat des produits ayant la connotation de « produits de santé » qui intègrent entre autres, les médicaments d'automédication. Par ailleurs, les 4P de ces derniers en font, comme on pu le constater, des produits à la frontière d'une part des médicaments de PMO et d'autre part, des produits de consommation courante (qui se proposent de résoudre des problèmes de santé). Pour nous rapprocher de la réalité de l'objet de notre étude, une enquête de terrain était requise. Celle-ci nous a donné l'opportunité de comprendre en profondeur la décision d'achat des médicaments dans le contexte digital actuel et de relever ainsi les effets saillants des usages de technologies numériques comme sources d'informations de santé.

Une immersion totale en officines nous a permis de collecter les récits des consommateurs-patients qui viennent chercher ces produits. Nous avons ainsi reconstruit leur processus de pensée avant d'aboutir à la solution finale de leurs problèmes de santé. Nous avons en effet tâché, à travers nos interactions avec ces derniers, d'identifier les informations qu'ils utilisent dans chacune des étapes successives des trois phases cognitives du processus décisionnel d'achat de médicaments. Ces informations englobent aussi bien celles qui relèvent de l'environnement in situ (points de vente), que celles qu'ils sont allés chercher dans leurs mémoires, obtenues de diverses sources (expériences avec la maladie/produit, ISL, proches...etc.). D'autres données de pharmaciens et de leurs collaborateurs en officines ont complété celles qui sont issues de nos observations. Nos interlocuteurs nous ont rapporté, à travers un récit verbal, leurs expériences vécues

auprès des consommateurs-internautes avec qui ils dialoguent dans le cadre de leur activité professionnelle, leurs observations des pratiques d'achat des médicaments et enfin, les évolutions qu'ils constatent en ce qui concerne les déterminants de choix des produits objets de notre étude, les médicaments.

Les résultats de la présente recherche nous renvoient à la question de la communication des informations de santé par les institutions chargées de santé publique. Celles-ci se trouvent en effet confrontées à un dilemme; celui de garantir au consommateur-citoyen son droit (liberté) de choisir son médicament d'automédication et son droit d'être protégé.

Les connaissances des consommateurs-patients englobent en plus de leurs propres expériences personnelles, celles des autres consommateurs-patients au-delà de toutes frontières. C'est ainsi que le nombre d'alternatives thérapeutiques, leurs critères d'évaluations, ainsi que les conséquences post-usages prises en compte, ont augmenté au détriment de ceux fixés par les officinaux ainsi que les organismes chargés de communiquer l'information officielle sur ces produits...

Les choix opérés par les consommateurs- patients sont tributaires de la présentation des informations dont ils ont besoin pour construire leurs préférences. Dans la mesure où elle touche à la santé publique, la communication de l'information relative aux médicaments est strictement réglementée(*Code de la santé publique - Article R5046*). Seulement, de nos jours, à l'information officielle soigneusement établie, d'autres informations provenant d'innombrables sources sont facilement mises à la disposition des consommateurs de biens de santé. L'information médicale réputée pour sa complexité n'est plus mise à disposition aux seuls praticiens de santé. Ces derniers ne représentent pas non plus actuellement la source dominante d'informations sur les médicaments qu'elles soient officielles ou non officielles. Une dynamique rapide de partage du savoir médical s'est enclenchée, favorisée par la généralisation des usages des technologies numériques. Le transfert des connaissances plus rapide que par le passé évolue de plus en plus vers une forme en réseau entre les profanes de la profession à travers les blogs, les réseaux sociaux numériques...etc. Les technologies numériques ont engendré une évolution significative dans le poids relatif de chaque acteur actif dans la production et la reproduction de connaissances relatives aux médicaments. C'est aussi le cas en ce concerne le consommateur dont les contributions se trouvent amplifiées.

A travers ce travail, nous avons pu constater que les consommateurs internautes d'aujourd'hui disposent de meilleures connaissances en ce qui concerne les attributs physiques des médicaments (éléments constitutifs d'un médicament, dosages, effets sur l'organisme), leurs prix ainsi que leurs réseaux de distribution. Parallèlement, l'information officielle, dont l'accès est facilité par le contexte digital actuel, répond aux attentes des consommateurs-patients sur ce point. Elle constitue une référence privilégiée pour tout ce qui relève des propriétés des produits (la composition et les effets d'un médicament sur l'organisme).

En revanche, les ISGP (issues de sources non qualifiées), produits de la dynamique croissante de conversion des connaissances (tacites et explicites) des profanes en ce qui concerne les usages des médicaments, affectent davantage les connaissances procédurales de ces mêmes consommateurs. Les ISGP (re) définissent à la fois les avantages et les inconvénients d'usages d'un médicament et son positionnement par rapport à d'autres alternatives pour résoudre un problème de santé perçu.

Les informations puisées de ces sources affectent l'estimation des conséquences consécutives à l'usage de médicaments. Elles leur attribuent des effets qui ne figurent pas dans l'information officielle. À cet effet, le risque perçu associé à l'achat de médicaments d'automédication tel qu'il est décrit dans la littérature, est double. Il ya d'une part, le risque pour la santé décrit en termes de conséquences néfastes sur la santé individuelle et collective, et d'autre part, un risque économique estimé en termes de conséquences financières (publiques - gains ou pertes-) engendrées par un usage rationnel²⁸⁸ ou irrationnel d'un médicament.

On peut à la lumière des résultats de cette enquête, considérer que la finalité d'achat d'un médicament par un consommateur-patient est de soigner ou de prévenir une pathologie au coût le plus bas. Ce coût englobe, en plus des dépenses mesurées en termes de temps et ressources monétaires, un coût psychologique. L'achat de médicament d'automédication d'un point de vue du consommateur- patient est associé à un risque sanitaire, économique et psychosociologique.

Le risque pour la santé est à la fois fonctionnel et sécuritaire. Les attributs qui constituent la balance : effets bénéfiques (efficacité)/ indésirables consécutifs aux usages d'un médicament déterminent le niveau de ce type de risque. De son côté, le risque

²⁸⁸ Voir la définition établie par l'OMS de « l'usage rationnel de médicaments ». Chapitre 3

économique où les ressources monétaires et le temps susceptibles d'être dépensés sont évalués simultanément, est pris en compte à des degrés variables. La perception de ce risque est déterminée par des facteurs individuels et des facteurs liés aux produits recherchés. Les facteurs individuels sont représentés notamment par la perception du problème de santé (besoin ressenti de soulagement), et des connaissances en lien avec le produit (variabilité des prix, gammes, marques). En ce qui concerne le produit, c'est la fourchette de prix dans laquelle il se situe qui pèse davantage dans la détermination de ce type de risque. Enfin, l'influence, d'une part des liens de proximités entre pharmaciens et consommateurs de biens de santé et d'autre part, celle de l'ensemble des professionnels de santé et des institutions chargées de santé publique en tant qu'autorité imposant un conformisme, génèrent un risque psychosociologique au moment de l'achat de médicaments.

Nous avons également pu décrire de nouveaux comportements dans le processus d'achats de médicaments auprès des consommateurs-internautes. Ces derniers se montrent plus sensibles aux attributs fonctionnels et aux prix. Ils cherchent également à optimiser l'utilisation des produits achetés en optant par exemple pour des formules assurant une meilleure conservation et pratiques à utiliser dans différentes situations (en famille, en cas de transports...etc.). La prise en compte de ces attributs comme critères de choix a entraîné le développement de l'achat par anticipation de médicaments. En plus des deux principaux sous-processus décisionnels qui construisent le processus décisionnel d'achat de médicaments, en l'occurrence, la reconnaissance du besoin et de sa solution, le problème du choix du point de vente trouve une place dans le processus décisionnel d'achat de ces produits.

Nous nous sommes demandée au commencement de notre recherche si les ISL améliorent la cohérence entre les objectifs initiaux d'un consommateur-patient et son choix final d'une solution thérapeutique satisfaisant son besoin. Nous avons considéré tout au long de notre recherche que l'objectif d'achat d'un médicament est atteint si un consommateur-patient opte pour la solution thérapeutique adaptée à son état clinique, dans des doses et des formes galéniques qui conviennent à ses besoins, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour lui. Une telle définition de l'objectif d'achat (d'un médicament) requiert une référence externe et un conformisme aux prescripteurs, en l'occurrence les interlocuteurs que nous avons interviewés et nous-mêmes.

À l'issue de notre recherche, nous pensons que la finalité d'achat d'un médicament du point de vue d'un consommateur-patient est finalement de résoudre un problème de santé au coût le plus bas. Dès lors, on peut considérer cet objectif comme étant atteint, si ce dernier choisit la solution thérapeutique qui correspond le mieux à son besoin tout en réduisant les coûts engendrés par cet achat. Or :

- Le problème de santé ne se résume pas à une pathologie à prévenir ou à guérir. La santé dans ce cas renvoie davantage à « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²⁸⁹* ».
- Les coûts associés à l'achat d'un médicament englobent le coût psychologique en plus des ressources monétaires et du temps. Leur évaluation varie principalement selon la perception qu'ont les personnes du problème de santé.

Les ISL, à cet égard, offrent un nouveau cadre de référence dans lequel les symptômes sont interprétés et évalués par le consommateur-malade. Elles peuvent induire des biais dans la reconnaissance du besoin et dans la formation de préférence des solutions thérapeutiques et affectent ainsi les préférences des consommateurs-patients en matière d'automédication.

²⁸⁹ Voir : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Bibliographie

- Abelson, Robert P., et Ariel Levi. 1985. « Decision making and decision theory ». *Handbook of social psychology* 1: 231–309.
- ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE. 2014. « Recommandations conjointes des Académies nationales de Médecine et de Pharmacie sur le respect de l'information officielle du médicament ». <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/11/Recommandations-ANM-ANP-Respect-information-m%C3%A9dicament-21-10-14.pdf>.
- Alavi, Maryam, et Dorothy E. Leidner. 2001. « Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues ». *MIS quarterly*, 107–136.
- Alba, Joseph W., et J. Wesley Hutchinson. 1987. « Dimensions of Consumer Expertise ». *Journal of Consumer Research* 13 (4): 411–54.
- Alba, Joseph W., et J. Wesley Hutchinson. 2000. « Knowledge Calibration: What Consumers Know and What They Think They Know ». *Journal of Consumer Research* 27 (2): 123–56.
- Allais, Maurice. 1953. « Le comportement de l'homme rationnel devant le risque: critique des postulats et axiomes de l'école américaine ». *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 503–546.
- Amin, Ash, et Patrick Cohendet. 2004. *Architectures of Knowledge: Firms, Capabilities, and Communities*. Oxford University Press.
- Amine, Abdelmajid. 1999. *Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*. Management et société.
- Anderson, John R. 1983. « A spreading activation theory of memory ». *Journal of verbal learning and verbal behavior* 22 (3): 261–295.
- . 2014. *Cognitive Psychology and Its Implications*. Worth Publishers..
- Andrew Perrin. 2015. « Social Media Usage: 2005-2015 ». *Pew Research Center: Internet, Science & Tech*. <http://www.pewinternet.org/2015/10/08/social-networking-usage-2005-2015/>.
- Ankri, Joël. 1999. « Médicament et santé publique ». *adsp* 27 (juin).
- ANSM. 2012. « Information de pharmacovigilance destinée aux entreprises pharmaceutiques ». <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament-Vous-etes-un-laboratoire-pharmaceutique>.
- . 2015a. « L'AMM et le parcours du médicament (de l'évaluation à l'autorisation de mise sur le marché) ». Consulté le décembre 4. [http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/(offset)/0).
- . 2015b. « L'AMM et le parcours du médicament (La genèse d'un médicament) ». [http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/(offset)/0).
- Antil, John H. 1984. « Conceptualization and operationalization of involvement ». *Advances in consumer research* 11 (1): 203–209.
- Ariely, Dan. 2000. « Controlling the Information Flow: Effects on Consumers' Decision Making and Preferences ». *Journal of Consumer Research* 27 (2): 233–48.
- Armengaud, Didier. 2003. *Pédiatrie*. De Boeck Secundair.
- Arrêté du 11 mai 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénééuses destinées à la médecine humaine. 2015.
- Arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénééuses destinées à la médecine humaine. 2015.
- Ashman, Rachel, Michael R. Solomon, et Julia Wolny. 2015. « An old model for a new age: Consumer decision making in participatory digital culture ». *Journal of Customer Behaviour* 14 (2): 127–146.

- Bail, Jean-Noël, Thérèse Lebrun, Benoît Crochet, et Emmanuelle Wargon. 2005. *Évaluation des médicaments après la commercialisation: intérêt, objectifs et conséquences*. John Libbey Eurotext.
- Bakker, Suzanne. 2013. *Health Information Management: What Strategies?: Proceedings of the 5th European Conference of Medical and Health Libraries, Coimbra, Portugal, September 18–21, 1996*. Springer Science & Business Media.
- Balmissse, Gilles. 2002. *Gestion des connaissances: outils et applications du knowledge management*. Vuibert.
- . 2007. *La recherche d'information en entreprise*. Hermes Science Publications.
- Barrett, Kim E., Susan M. Barman, Scott Boitano, et Heddwen Brooks. 2015. *Ganong's Review of Medical Physiology 25th Edition*. McGraw Hill Professional.
- Bartoli, Annie. 1990. *Communication et organisation: pour une politique générale cohérente*. Les Editions d'Organisation.
- . 2005. *Le management dans les organisations publiques*. 2e édition. Paris: Dunod.
- Bateson, Gregory. 1972. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University of Chicago Press.
- Bauer, Raymond A. 1960. « Consumer behavior as risk taking ». *Dynamic marketing for a changing world* 398.
- Baumelou, Alain. 2007. « Automédication et santé publique ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Paris)* 191 (8): 1527.
- Bazerman, Max H., et Don A. Moore. 2008. *Judgment in Managerial Decision Making*. John Wiley & Sons.
- Beales, Howard, Michael B. Mazis, Steven C. Salop, et Richard Staelin. 1981. « Consumer search and public policy ». *Journal of Consumer Research*, 11–22.
- Beatty, Sharon E., et Scott M. Smith. 1987. « External search effort: An investigation across several product categories ». *Journal of consumer research*, 83–95.
- Bégaud, Bernard. 1999. « La pharmacovigilance ». *adsp*. <http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-27/ad271974.pdf>.
- Bennadi, Darshana. 2013. « Self-medication: A current challenge ». *Journal of Basic and Clinical Pharmacy* 5 (1): 19–23.
- Berelson, Bernard Albert, et Gary Albert Steiner. 1964. *Human Behavior: An Inventory of Scientific Findings*. Harcourt, Brace & World, Incorporated.
- Berger, Peter, et Thomas Luckmann. 2012. *La Construction sociale de la réalité*. Armand Colin.
- Bettman, James R. 1979. « Memory factors in consumer choice: A review ». *The Journal of marketing*, 37–53.
- Bettman, James R., et Pradeep Kakkar. 1977. « Effects of information presentation format on consumer information acquisition strategies ». *Journal of Consumer Research* 3 (4): 233–240.
- Bettman, James R., Mary Frances Luce, et John W. Payne. 1998. « Constructive consumer choice processes ». *Journal of consumer research* 25 (3): 187–217.
- Bettman, James R., et C. Whan Park. 1980. « Effects of prior knowledge and experience and phase of the choice process on consumer decision processes: A protocol analysis ». *Journal of consumer research*, 234–248.
- Bickart, Barbara, et Robert M. Schindler. 2001. « Internet forums as influential sources of consumer information ». *Journal of interactive marketing* 15 (3): 31–40.
- Binoche, Thierry, et Caroline Martineau. 2005. *Guide pratique du traitement des douleurs*. Elsevier Masson.
- Blenkinsopp, Alison, et Colin Bradley. 1996. « Patients, society, and the increase in self medication. » *BMJ: British Medical Journal* 312 (7031): 629.
- Bloch, Peter H., Daniel L. Sherrell, et Nancy M. Ridgway. 1986. « Consumer search: An extended framework ». *Journal of consumer research*, 119–126.
- Bohuon, Claude, et Claude Monneret. 2012. *Fabuleux hasards: histoire de la découverte de médicaments*. EDP Sciences.
- Bouchez, Jean-Pierre. 2004. *Les nouveaux travailleurs du savoir*. Editions d'Organisation.
- . 2008. *Le management invisible: Autour des travailleurs du savoir*. Vuibert.
- Bouget, Bernard Gay, Jean-Noël Beis, Albert Trinh-Duc, Jacques. 2013. *Thérapeutique en Médecine Générale*. Global Média Santé.
- Brée, Joël. 2012. *Le comportement du consommateur - 3e édition*. Dunod.
- Brinkmann, Svend. 2013. *Qualitative Interviewing*. OUP USA.
- . 2014. « Unstructured and Semi-Structured ». *The Oxford Handbook of Qualitative Research*, 277.

- Brucks, Merrie. 1985. « The effects of product class knowledge on information search behavior ». *Journal of consumer research*, 1-16.
- . 1986. « A typology of consumer knowledge content ». *Advances in consumer research* 13 (1): 58-63.
- Buckland, Michael K. 1991. « Information as thing ». *JASIS* 42 (5): 351-360.
- Burgess, Robert G. 2002. *In the Field: An Introduction to Field Research*. Routledge.
- Bush, Patricia J., et David L. Rabin. 1976. « Who's Using Nonprescribed Medicines? » *Medical Care* 14 (12): 1014-23.
- Camp, S.L., D.S. Wilkerson, et T.R. Raine. 2003. « The benefits and risks of over-the-counter availability of levonorgestrel emergency contraception ». *Contraception* 68 (5): 309-17. doi:10.1016/j.contraception.2003.08.011.
- Carrillat, François A., Daniel M. Ladik, et Renaud Legoux. 2011. « When the decision ball keeps rolling: An investigation of the Sisyphus effect among maximizing consumers ». *Marketing Letters* 22 (3): 283-296.
- Case, Karl E., Ray C. Fair, et Sharon Oster. 2010. *Principles of Economics, Student Value Edition*. Prentice Hall PTR.
- Chanquoy, Lucile, et Isabelle Negro. 2004. *Psychologie du développement*. Hachette Éducation.
- Chatterjee, Patrali. 2001. « Online reviews: do consumers use them? » http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=900158.
- Chaumet-Riffaud, P. Bustany, P.-D., et P.-D. Chaumet-Riffaud. 1993. *Internat, nouveau programme Tome 17: Pharmacologie*. Editions Beauchesne.
- Checkland, Peter, et Jim Scholes. 1990. *Soft Systems Methodology in Action*. Wiley.
- Chestnut, Robert W., et Jacob Jacoby. 1978. *Consumer information processing: Emerging theory and findings*. Graduate School of Business, Columbia University. https://www.researchgate.net/profile/Jacob_Jacoby/publication/24099189_Information_Acquisition_Behavior_in_Brand_Choice_Situations/links/53d67b860cf220632f3da362.pdf.
- Cobert, Barton. 2011. *Cobert's Manual of Drug Safety and Pharmacovigilance*. Jones & Bartlett Publishers.
- Cockerham, William C. 2015. *Medical Sociology*. Routledge.
- Code de la santé publique - Article L5111-1. 2016. *Code de la santé publique*. Vol. L5111-1.
- Code de la santé publique - Article R5046. 2016. *Code de la santé publique*. Vol. R5046.
- Code de la santé publique - Article R5121-149. 2015. *Code de la santé publique*. Vol. R5121-149.
- Code de la santé publique - Article R5121-161. 2015. *Code de la santé publique*. Vol. R5121-161.
- Coiera, Enrico. 1996. « The Internet's Challenge to Health Care Provision ». *BMJ* 312 (7022): 3-4.
- Collectif. 1999. *Bon usage du médicament: responsabilité individuelle et collective*. John Libbey Eurotext.
- Collin, Johanne. 1999. « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments ». *Actualité et dossier en santé publique* 27: 55-58.
- Collins, Harry. 2010. *Tacit and Explicit Knowledge*. University of Chicago Press.
- Coulomb, Alain, et Alain Baumelou. 2007. « Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution: marché, comportements, positions des acteurs ». *Ministère de la santé et de la protection sociale*.
- Coulter, Angela, Vikki Entwistle, et David Gilbert. 1999. « Sharing decisions with patients: is the information good enough? » *BMJ*: *British Medical Journal* 318 (7179): 318-22.
- Coupey, Eloise. 1994. « Restructuring: Constructive Processing of Information Displays in Consumer Choice ». *Journal of Consumer Research* 21 (1): 83-99.
- Cowan, Robin, et Dominique Foray. 1997. « The economics of codification and the diffusion of knowledge ». *Industrial and corporate change* 6 (3): 595-622.
- Cox, Donald F. 1967. « Risk taking and information handling in consumer behavior ». <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201300599126>.
- Craven, L. L. 1953. « Experiences with aspirin (Acetylsalicylic acid) in the nonspecific prophylaxis of coronary thrombosis. » *Mississippi Valley Medical Journal* 75 (1): 38.
- Craven, Lawrence L. 1950. « Acetylsalicylic acid, possible preventive of coronary thrombosis. » *Annals of western medicine and surgery* 4 (2): 95-95.
- Creswell, John W. 2012. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications.
- Croibier, Alain. 2005. *Diagnostic ostéopathique général*. Elsevier Masson.

- David, Paul A., et Dominique Foray. 2002. « Une introduction à l'économie et à la société du savoir ». *Revue internationale des sciences sociales* n° 171 (1): 13-28.
- Davis, Gordon Bitter, et Margrethe H. Olson. 1985. *Management Information Systems: Conceptual Foundations, Structure, and Development*. McGraw-Hill.
- Degos, Laurent. 2007. « Automedication: le patient acteur de sa sante ». *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine (Paris)* 191 (8): 1503.
- Denzin, Norman K. 1978. *The research act: A theoretical orientation to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.
- Denzin, Norman K., et Yvonna S. Lincoln. 2011. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE.
- Derbaix, Christian. 1983. « Perceived risk and risk relievers: An empirical investigation ». *Journal of Economic Psychology* 3 (1): 19-38.
- Diefenbach, Michael A., et Howard Leventhal. 1996. « The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations ». *Journal of social distress and the homeless* 5 (1): 11-38.
- Dierkes, Meinolf, John Child, et Ikujiro Nonaka. 2003. *Handbook of Organizational Learning and Knowledge*. Oxford University Press.
- Dillemann, Georges. 1977. « Acide acétylsalicylique et aspirine ». *Revue d'histoire de la pharmacie* 65 (233): 99-105.
- Dowling, Grahame R. 1986. « Perceived risk: the concept and its measurement ». *Psychology & Marketing* 3 (3): 193-210.
- Dowling, Grahame R., et Richard Staelin. 1994. « A model of perceived risk and intended risk-handling activity ». *Journal of consumer research*, 119-134.
- Drucker, Peter F. 2011. *The New Realities*. Transaction Publishers.
- Du, Yong, et Hildtraud Knopf. 2009. « Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS) ». *British journal of clinical pharmacology* 68 (4): 599-608.
- Edland, Anne, et Ola Svenson. 1993. « Judgment and decision making under time pressure ». In *Time pressure and stress in human judgment and decision making*, 27-40. Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-6846-6_2.
- Eliot, T. S. 2014. *The Waste Land and Other Poems*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Engel, James F., Roger D. Blackwell, et Paul W. Miniard. 1990. *Consumer Behavior*. Dryden Press.
- Engel, James F., Paul W. Miniard, et Roger D. Blackwell. 1993. *Consumer Behavior*. Dryden Press.
- Erdmann, Erland, K. Greeff, et J. C. Skou. 2013. *Cardiac Glycosides 1785-1985: Biochemistry — Pharmacology — Clinical Relevance*. Springer Science & Business Media.
- Eysenbach, G. 2001. « What is e-health? » *Journal of Medical Internet Research* 3 (2). doi:10.2196/jmir.3.2.e20.
- Eysenbach, Gunther, JA Muir Gray, Maurizio Bonati, Subbiah Arunachalam, Thomas L. Diepgen, Piero Impicciatore, et Chiara Pandolfini. 1998. « Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of informationHallmarks for quality of informationQuality on the internet Assuring quality and relevance of internet information in the real world ». *Bmj* 317 (7171): 1496-1502.
- Eysenbach, Gunther, John Powell, Marina Englesakis, Carlos Rizo, et Anita Stern. 2004. « Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions ». *BMJ*: *British Medical Journal* 328 (7449): 1166.
- Fainzang, Sylvie. 2015. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Presses Universitaires de France.
- Feick, Lawrence, C. Whan Park, et David L. Mothersbaugh. 1992. « Knowledge and knowledge of knowledge: What we know, what we think we know, and why the difference makes a difference ». *Advances in Consumer Research* 19 (1): 190-192.
- Filser, Marc. 1994. *Le comportement du consommateur*. Dalloz.
- FILSER, Marc, Véronique des Garets, et Gilles Paché. 2012. *La distribution: Organisation et stratégie*. Éditions EMS.
- Fiske, Susan T., et Shelley E. Taylor. 2013. *Social Cognition: From Brains to Culture*. SAGE.
- Flick, Uwe. 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE.
- Floridi, Luciano. 2005. « Is semantic information meaningful data? » *Philosophy and Phenomenological Research* 70 (2): 351-370.

- Flynn, Leisa Reinecke, et Ronald E. Goldsmith. 1999. « A Short, Reliable Measure of Subjective Knowledge ». *Journal of Business Research* 46 (1): 57-66.
- FORAY, Dominique. 2010. *L'économie de la connaissance*. LA DECOUVERTE.
- Foray, Dominique, et Bengt-Ake Lundvall. 1997. « Une introduction à l'économie fondée sur la connaissance ». *Économie de la connaissance et organisations*, 16-38.
- Fox, Craig R., et Amos Tversky. 1995. « Ambiguity aversion and comparative ignorance ». *The quarterly journal of economics*, 585-603.
- Frank, Robert H. 2007. *Microeconomics and Behavior*. McGraw-Hill Irwin.
- Ganong, William. 2005. *Physiologie médicale*. De Boeck Supérieur.
- Gavard-Perret, Marie-Laure, David Gotteland, Christophe Haon, et Alain Jolibert. 2012. *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: Réussir son mémoire ou sa thèse*. Pearson Education France.
- Gobb, Cathy J., et Wayne D. Hoyer. 1985. « Direct observation of search behavior in the purchase of two nondurable products ». *Psychology & Marketing* 2 (3): 161-179.
- Gorn, Gerald, Michel Tuan Pham, et Leo Yatming Sin. 2001. « When arousal influences ad evaluation and valence does not (and vice versa) ». *Journal of consumer Psychology* 11 (1): 43-55.
- Han, Sam. 2012. *Web 2.0*. Routledge.
- Hansen, David E., et James G. Helgeson. 2001. « Consumer response to decision conflict from negatively correlated attributes: Down the primrose path or up against the wall? » *Journal of Consumer Psychology* 10 (3): 159-169.
- Harris, Linda M. 2013. *Health and the New Media: Technologies Transforming Personal and Public Health*. Routledge.
- Hawkins, Mothersbaugh, et Roger J. Best. 2015. *Consumer Behavior: Building Marketing Strategy*. McGraw-Hill Education.
- Hays, Danica G., et Anneliese A. Singh. 2011. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. Guilford Press.
- Horn, François. 2000. « L'économie du logiciel ». Lille 1. <http://www.theses.fr/2000LIL12017>.
- . 2004. *L'économie des logiciels*. Éditions la Découverte.
- Hoyer, Wayne D., et Deborah J. MacInnis. 2008. *Consumer Behavior*. Cengage Learning.
- Hughes, Carmel M., James C. McElnay, et Glenda F. Fleming. 2001. « Benefits and risks of self medication ». *Drug safety* 24 (14): 1027-1037.
- Impicciatore, Piero, Chiara Pandolfini, Nicola Casella, Maurizio Bonati, et others. 1997. « Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home ». *Bmj* 314 (7098): 1875.
- « Inpes - Actualités 2016 - Marisol Touraine annonce une grande consultation nationale pour renforcer la confiance des Français dans la vaccination ». 2016. Consulté le juin 9. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2016/003-vaccination.asp>.
- Jacoby, Jacob, et Leon B. Kaplan. 1972. « The components of perceived risk ». *Advances in consumer research* 3 (3): 382-383.
- Jadad AR, et Gagliardi A. 1998. « Rating health information on the internet: Navigating to knowledge or to babel? » *JAMA* 279 (8): 611-14.
- Johnson, Eric J., et J. Edward Russo. 1984. « Product Familiarity and Learning New Information ». *Journal of Consumer Research* 11 (1): 542-50.
- Johnson, Richard E., et Clyde R. Pope. 1983. « Health Status and Social Factors in Nonprescribed Drug Use ». *Medical Care* 21 (2): 225-33.
- Joseph, Guy-Marie, et Vimla L. Patel. 1990. « Domain knowledge and hypothesis generation in diagnostic reasoning ». *Medical Decision Making* 10 (1): 31-44.
- Kahneman, Daniel. 1973. *Attention and effort*. Citeseer. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.398.5285&rep=rep1&type=pdf>.
- Kahneman, Daniel, Paul Slovic, et Amos Tversky. 1982. *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge University Press.
- Kahneman, Daniel, et Amos Tversky. 1973. « On the psychology of prediction. » *Psychological review* 80 (4): 237.
- . 1979. « Prospect theory: An analysis of decision under risk ». *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 263-291.

- . 1984. « Choices, values, and frames. » *American psychologist* 39 (4): 341.
- . 2000. *Choices, Values, and Frames*. Cambridge University Press.
- Kardes, Frank R., Maria L. Cronley, et Thomas W. Cline. 2010. *Consumer Behavior*. 1^{re} éd. Mason, OH: South Western Educational Publishing.
- Kast, Robert. 2002. *La théorie de la décision*. La Découverte.
- Keinan, Giora. 1987. « Decision making under stress: scanning of alternatives under controllable and uncontrollable threats. » *Journal of personality and social psychology* 52 (3): 639.
- Korchia, Michaël. 2000. « Une nouvelle typologie de l'image de marque ». *Actes du Congrès de l'AFM*. http://www.info-secret.fr/fs/Root/9fheu-Image_de_Marque.pdf.
- . 2001. « Connaissances des marques stockées en mémoire par les consommateurs: modèle théorique et test empirique ». Thèse de doctorat, Cergy, Val-d'Oise, France: Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales.
- Kotler, Philip. 2000. *Marketing Management: Millennium Edition*. Prentice Hall PTR.
- Kouabenan, Dongo Rémi, Bernard Cadet, Danièle Hermand, et Maria Teresa Munoz Sastre. 2006. *Psychologie du risque: Identifier, évaluer, prévenir*. Groupe de Boeck.
- Ladwein, Richard. 1995. « Catégories cognitives et jugement de typicalité en comportement du consommateur ». *Recherche et Applications en Marketing* 10 (2): 89-100.
- . 1999. *Le comportement du consommateur et de l'acheteur*. Economica.
- . 2003. *Le comportement du consommateur et de l'acheteur*. 2e éd. Paris: Economica.
- Lafont, Olivier. 2007. « Du saule à l'aspirine ». *Revue d'histoire de la pharmacie* 94 (354): 209-216.
- Lancaster, Kelvin J. 1966. « A New Approach to Consumer Theory ». *Journal of Political Economy* 74 (2): 132-57.
- « Le pacte territoire santé: pour lutter contre les déserts médicaux ». 2014, juin 13. <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>.
- Le Parisien*. 2010. « Sandra Bullock, Jennifer Garner: la Préparation H comme secret anti-cernes ». <http://www.leparisien.fr/laparisienne/beaute/sandra-bullock-jennifer-garner-la-preparation-h-comme-secret-anti-cernes-21-12-2010-1200903.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr>.
- Le Pen, Claude. 2003. *Automédication et Santé Publique: le «Service Médical Rendu» par les médicaments d'automédication*. CLP-Santé Paris, rapport réalisé en collaboration avec l'AFIPA.
- Lecomte, Thérèse. 1999. *Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger*. ADSP. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad273031.pdf>.
- L'Écuyer, René. 1990. *Méthodologie de L'Analyse Développementale de Contenu: Méthode Gps et Concept de Soi*. PUQ.
- Lemaire, Patrick. 1999. *Psychologie cognitive*. De Boeck Supérieur.
- Leventhal, Howard, Michael Diefenbach, et Elaine A. Leventhal. 1992. « Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions ». *Cognitive therapy and research* 16 (2): 143-163.
- Levin, Irwin P., et Gary J. Gaeth. 1988. « How consumers are affected by the framing of attribute information before and after consuming the product ». *Journal of consumer research*, 374-378.
- Lhuillier, Jean-Noël. 2005. *Le management de l'information: des données aux connaissances et aux compétences*. Hermès science publications.
- Loewenstein, George. 2001. « The creative destruction of decision research ». *Journal of Consumer Research* 28 (3): 499-505.
- Lupton, Deborah. 1997. « Consumerism, reflexivity and the medical encounter ». *Social Science & Medicine* 45 (3): 373-81.
- Machlup, Fritz. 1962. *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*. Princeton University Press.
- . 2014. *Knowledge: Its Creation, Distribution and Economic Significance, Volume III: The Economics of Information and Human Capital*. Princeton University Press.
- Machlup, Fritz, et Una Mansfield. 1983. *The Study of Information: Interdisciplinary Messages*. Wiley.
- MacInnis, Deborah J., Christine Moorman, et Bernard J. Jaworski. 1991. « Enhancing and measuring consumers' motivation, opportunity, and ability to process brand information from ads ». *The Journal of Marketing*, 32-53.

- Makin, Alistair J., Julia Wendon, et Roger Williams. 1995. « A 7-year experience of severe acetaminophen-induced hepatotoxicity (1987–1993) ». *Gastroenterology* 109 (6): 1907–1916.
- Mascret, Caroline. 2009. « L'automédication, un comportement ou une classe de médicaments? » *Actualités pharmaceutiques* 48 (484): 56–58.
- Matlin, Margaret W. 2001. *La cognition: Une introduction à la psychologie cognitive*. De Boeck Supérieur.
- Mayère, Anne. 1997. *La société informationnelle: enjeux sociaux et approches économiques*. Editions L'Harmattan.
- McDonald, William J. 1993. « The roles of demographics, purchase histories, and shopper decision-making styles in predicting consumer catalog loyalty ». *Journal of Direct Marketing* 7 (3): 55–65.
- McNeil, Barbara J., Stephen G. Pauker, Harold C. Sox Jr, et Amos Tversky. 1982. « On the elicitation of preferences for alternative therapies ». *New England journal of medicine* 306 (21): 1259–1262.
- Mechanic, David. 1962. « The concept of illness behavior ». *Journal of chronic diseases* 15 (2): 189–194.
- . 1972. « Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints ». *The New England Journal of Medicine* 286 (21): 1132–39.
- . 1978. *Medical Sociology*. Free Press.
- Meyer, Philippe. 1984. *La Révolution des médicaments: Mythes et réalités*. Fayard.
- Michel, Callon, et Université Laval Faculté des sciences de l'administration Direction de la recherche. 1993. *La privatisation de la science est-elle inéluctable?* Direction de la recherche, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval.
- Miles, Matthew B., et A. Michael Huberman. 2003. *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Mitchell, Vincent-W., et Peter J. McGoldrick. 1996. « Consumer's risk-reduction strategies: a review and synthesis ». *International Review of Retail, Distribution and Consumer Research* 6 (1): 1–33.
- Montel, Sébastien. 2014. *Neuropsychologie et santé: Identification, évaluation et prise en charge des troubles cognitifs*. Dunod.
- Moorman, Christine, Kristin Diehl, David Brinberg, et Blair Kidwell. 2004. « Subjective Knowledge, Search Locations, and Consumer Choice ». *Journal of Consumer Research* 31 (3): 673–80. doi:10.1086/425102.
- Moorthy, Sridhar, Brian T. Ratchford, et Debabrata Talukdar. 1997. « Consumer information search revisited: Theory and empirical analysis ». *Journal of consumer research*, 263–277.
- Moulins, Jean-Louis. 2004. « Risque perçu et fidélités à la marque: une analyse exploratoire ». *Revue française du marketing*, n° 4/5: 87–108.
- Neumann, John von, et Oskar Morgenstern. 2007. *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton University Press.
- Newell, Allen, Herbert Alexander Simon, et others. 1972. *Human problem solving*. Vol. 104. 9. Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.
http://www.sci.brooklyn.cuny.edu/~kopec/cis718/fall_2005/2/Rafique_2_humanthinking.doc
- Newman, Joseph W., et Richard Staelin. 1972. « Prepurchase information seeking for new cars and major household appliances ». *Journal of Marketing Research*, 249–257.
- Nonaka, Ikujiro. 1994. « A dynamic theory of organizational knowledge creation ». *Organization science* 5 (1): 14–37.
- Nonaka, Ikujiro, et Noboru Konno. 2005. « The concept of “5, 4”: building a foundation for knowledge creation ». *Knowledge management: critical perspectives on business and management* 2 (3): 53.
- Nonaka, Ikujiro, et Hirotaka Takeuchi. 1997. *La connaissance créatrice: La dynamique de l'entreprise apprenante*. De Boeck Supérieur.
- Nonaka, Ikujiro, Ryoko Toyama, et Noboru Konno. 2000. « SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation ». *Long range planning* 33 (1): 5–34.
- Nonaka, Ikujiro, Katsuhiko Umemoto, et Dai Senoo. 1996. « From information processing to knowledge creation: a paradigm shift in business management ». *Technology in society* 18 (2): 203–218.
- O'Brien, James A. 1995. *Les systèmes d'information de gestion*. De Boeck Supérieur.
- OCDE. 1996. « L'économie fondée sur le savoir - OCDE ». OCDE/GD(96)102. Paris, France.
<http://www.oecd.org/fr/sti/sci-tech/leconomiefondeesurlesavoir.htm>
- Ollat, D., J. -P. Marchaland, L. Mathieu, X. Bajard, O. Barbier, et G. Versier. 2009. « Qualité de l'information médicale sur Internet : que faut-il en penser ? Que répondre aux interrogations de vos patients ? » *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique* 95 (3): 258–64.

- Olshavsky, Richard W., et Donald H. Granbois. 1979. « Consumer decision making—fact or fiction? » *Journal of Consumer Research*, 93–100.
- OMS. 2015. « Usage rationnel des médicaments ». http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/.
- Oster, Gerry, Daniel M. Huse, Thomas E. Delea, Graham A. Colditz, et James M. Richter. 1990. « The Risks and Benefits of an Rx-to-OTC Switch: The Case of Over-the-Counter H2-Blockers ». *Medical Care* 28 (9): 834–52.
- Page, Clive P. 1999. *Pharmacologie intégrée*. De Boeck Supérieur.
- Park, C. Whan, David L. Mothersbaugh, et Lawrence Feick. 1994. « Consumer knowledge assessment ». *Journal of consumer research*, 71–82.
- Parnaudeau, Miia, et Elisabeth Paulet. 2011. *Cycles économiques et management*. Hachette Éducation.
- Parrot, Jean, et Pierre DELAVEAU. 2007. « De l'autodiagnostic à l'automédication: risques et impact sur la relation pharmacien-patient. Discussion ». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 191 (8): 1509–1515.
- Partha, Dasgupta, et Paul A. David. 1994. « Toward a new economics of science ». *Research policy* 23 (5): 487–521.
- Patel, Vimla L., Jose F. Arocha, et David R. Kaufman. 1999. « Expertise and tacit knowledge in medicine ». *Tacit knowledge in professional practice: Researcher and practitioner perspectives*, 75–99.
- Patel, Vimla L., et Guy J. Groen. 1991. « The general and specific nature of medical expertise: A critical look ». *Toward a general theory of expertise: Prospects and limits*, 93–125.
- Payne, John W., James R. Bettman, et Eric J. Johnson. 1993. *The Adaptive Decision Maker*. Cambridge University Press.
- Peräkylä, Anssi. 2008. « Analyzing talk and text ». *Collecting and interpreting qualitative materials*, 351–374.
- Peter, J. Paul, et Jerry Olson. 2009. *Consumer Behavior*. 9 edition. New York: McGraw-Hill Education.
- Pham, Michel Tuan. 1996. « Heuristiques et biais décisionnels en marketing ». *Recherche et Applications en Marketing* 11 (4): 53–69.
- Pham, Michel Tuan, Joel B. Cohen, John W. Pracejus, et G. David Hughes. 2001. « Affect monitoring and the primacy of feelings in judgment ». *Journal of consumer research* 28 (2): 167–188.
- Polanyi, Michael. 1967. *The Tacit Dimension*, by Michael Polanyi. Routledge and kegan paul.
- Portes, Louis. 1954. *A la recherche d'une éthique médicale*. H. Gagnault et fils.
- Pouillard, Jean. 2001. « L'automédication: Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins ». <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>.
- Prax, Jean-Yves. 2012. *Manuel du Knowledge Management - 3ème édition: Mettre en réseau les hommes et les savoirs pour créer de la valeur*. Dunod.
- Punj, Girish, et Richard Brookes. 2001. « Decision constraints and consideration-set formation in consumer durables ». *Psychology & Marketing* 18 (8): 843–863.
- Putsis Jr, William P., et Narasimhan Srinivasan. 1994. « Buying or just browsing? The duration of purchase deliberation ». *Journal of marketing research*, 393–402.
- Queneau, Patrice. 2008. « L'automédication, source d'accidents? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives¹ ». *Médecine* 4 (5): 203–6. doi:10.1684/med.2008.0280.
- Queneau, Patrice, et Damien Mascret. 2004. *Le malade n'est pas un numéro! : Sauver la médecine*. Odile Jacob.
- Raiffa, Howard. 1994. « The prescriptive orientation of decision making: A synthesis of decision analysis, behavioral decision making, and game theory ». In *Decision theory and decision analysis: Trends and challenges*, 3–13. Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-1372-4_1.
- Raju, Puthankurissi S., Subhash C. Lonial, et W. Glynn Mangold. 1995. « Differential effects of subjective knowledge, objective knowledge, and usage experience on decision making: An exploratory investigation ». *Journal of consumer psychology* 4 (2): 153–180.
- Rameix, Suzanne. 1997. « Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ». *Revue Laennec* 10: 10–15.
- Rao, Akshay R., et Kent B. Monroe. 1988. « The moderating effect of prior knowledge on cue utilization in product evaluations ». *Journal of Consumer Research*, 253–264.
- Reichertz, Jo. 2004. « 4.3 Abduction, Deduction and Induction in Qualitative Research ». *A Companion to*, 159.
- Reix, Robert. 1995. *Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise*.
- Rice, Ronald E., et James E. Katz. 2000. *The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations*. SAGE Publications.

- Risk, Ahmad, et Joan Dzenowagis. 2001. « Review Of Internet Health Information Quality Initiatives ». *Journal of Medical Internet Research* 3 (4). doi:10.2196/jmir.3.4.e28.
- Robins, David, Jason Holmes, et Mary Stansbury. 2010. « Consumer health information on the Web: The relationship of visual design and perceptions of credibility ». *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 61 (1): 13–29.
- Robinson, Thomas N., Kevin Patrick, Thomas R. Eng, David Gustafson, et others. 1998. « An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age ». *Jama* 280 (14): 1264–1269.
- Roland. 2007. « La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic ». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 191 (8): 1491–95.
- Romeyer, Hélène. 2008. « TIC et santé: entre information médicale et information de santé ». *tic&société* 2 (1). <https://ticetsociete.revues.org/365>.
- Rosenzweig, Michel. 1998. *Les drogues dans l'histoire: entre remède et poison: archéologie d'un savoir oublié*. De Boeck Supérieur.
- . 2008. *Drogues et civilisations. Une alliance ancestrale: De la guerre à la pacification*. De Boeck Supérieur.
- Rovillé, Manuelle. 2015. « CNRS/sagascience - Des plantes pour lutter contre le paludisme ». http://www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosbiodiv/index.php?pid=decouv_chapC_p3_c&zoom_id=zoom_c1_4.
- Russo, J. Edward, et France Leclerc. 1994. « An eye-fixation analysis of choice processes for consumer nondurables ». *Journal of Consumer Research*, 274–290.
- Ryan, Mandy, et Brian Yule. 1990. « Switching drugs from prescription-only to over-the-counter availability: economic benefits in the United Kingdom ». *Health Policy* 16 (3): 233–39.
- Schatzman, Leonard, et Anselm Leonard Strauss. 1973. *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. Prentice Hall PTR.
- Schill, Wolf-Bernhard, Roger Mieusset, Frank H. Comhaire, et Timothy B. Hargreave. 2008. *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens*. Springer Science & Business Media.
- Schmidt, Jeffrey B., et Richard A. Spreng. 1996. « A Proposed Model of External Consumer Information Search ». *Journal of the Academy of Marketing Science* 24 (3): 246–56.
- Schrader, Alvin M. 1984. « In Search of a Name: Information Science and Its Conceptual Antecedents. » *Library and Information Science Research, an International Journal* 6 (3): 227–71.
- Schwartz, Barry, Andrew Ward, John Monterosso, Sonja Lyubomirsky, Katherine White, et Darrin R. Lehman. 2002. « Maximizing versus satisficing: happiness is a matter of choice. » *Journal of personality and social psychology* 83 (5): 1178.
- « Search + Social Media Increases CTR By 94 Percent: Report ». 2011. *Search Engine Land*. février 28. <http://searchengineland.com/search-social-media-increases-ctr-by-94-percent-report-66231>.
- Serre, Marie-Paule, et Deborah Wallet-Wodka. 2014. *Marketing des produits de santé - 2e éd.: Stratégies d'accès au marché - Médicaments remboursables, selfcare, cosmétiques et aliments santé*. Dunod.
- Shannon, C. E. 1948. « A mathematical theory of communication, bell System technical Journal 27: 379-423 and 623–656 ». *Mathematical Reviews (MathSciNet): MR10, 133e*.
- Shannon, Claude Elwood, Neil James Alexander Sloane, Aaron D. Wyner, et IEEE Information Theory Society. 1993. *Claude Elwood Shannon: Collected Papers*. IEEE Press.
- Shiffman, Saul, et Christine T. Sweeney. 2008. « Ten years after the Rx-to-OTC switch of nicotine replacement therapy: What have we learned about the benefits and risks of non-prescription availability? » *Health Policy* 86 (1): 17–26. doi:10.1016/j.healthpol.2007.08.006.
- Simon, Herbert A. 1955. « A behavioral model of rational choice ». *The quarterly journal of economics*, 99–118.
- . 1986. « Rationality in psychology and economics ». *Journal of Business*, S209–S224.
- . 1990. « Invariants of human behavior ». *Annual review of psychology* 41 (1): 1–20.
- Simon, Herbert Alexander. 1957. *Models of Man: Social and Rational; Mathematical Essays on Rational Human Behavior in Society Setting*. Wiley.
- . 1983. *Administration et processus de décision*. Economica.
- Simonson, Itamar, Ziv Carmon, Ravi Dhar, Aimee Drolet, et Stephen M. Nowlis. 2001. « Consumer research: In search of identity ». *Annual review of psychology* 52 (1): 249–275.

- Simonson, Itamar, et Emanuel Rosen. 2014. *Absolute Value: What Really Influences Customers in the Age of (Nearly) Perfect Information*. Harper Collins.
- « Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs ». 2015. Rapport public. Consulté le février 6. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000030/index.shtml>.
- Sleath, Betsy, Richard H Rubin, William Campbell, Lisa Gwyther, et Trina Clark. 2001. « Physician-patient Communication about over-the-Counter Medications ». *Social Science & Medicine* 53 (3): 357-69.
- Slovic, Fischhoff, et B. Fischhoff. 1982. « Lichtenstein, Facts versus fears: Understanding perceived risk ». *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* 468-70 (D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky eds. 1982).
- Slovic, Paul, Baruch Fischhoff, et Sarah Lichtenstein. 1979. « Rating the risks ». *Environment: Science and Policy for Sustainable Development* 21 (3): 14-39.
- Solomon, Michael R. 2014. *Consumer Behavior: Buying, Having, and Being*. Pearson Education.
- Solomon, Michael R., Gary Bamossy, Prof Søren Askegaard, et Margaret K. Hogg. 2013. *Consumer Behaviour: A European Perspective*. 5^e éd. New York: Pearson.
- Sommaruga, Giovanni. 2009. *Formal Theories of Information: From Shannon to Semantic Information Theory and General Concepts of Information*. Springer Science & Business Media.
- Srinivasan, Narasimhan, et Jagdish Agrawal. 1988. « The Relationship Between Prior Knowledge and External Search. » *Advances in consumer research* 15 (1).
- Srinivasan, Narasimhan, et Brian T. Ratchford. 1991. « An empirical test of a model of external search for automobiles ». *Journal of Consumer research*, 233-242.
- Stevens, Alan, et James Lowe. 2001. *Anatomie pathologique générale et spéciale*. De Boeck Supérieur.
- Stigler, George J. 1961. « The Economics of Information ». *Journal of Political Economy* 69 (3): 213-25.
- Stora, Denis. 2013. *Pharmacologie et thérapeutique 2e édition - Editions Lamarre*. Initiatives Sante.
- Street, Richard L., William R. Gold, et Timothy R. Manning. 1997. *Health Promotion and Interactive Technology: Theoretical Applications and Future Directions*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Tan, L. B., R. G. Murray, A. C. Tweddel, et I. Hutton. 1986. « Cardiotonic effect of digitalis in sinus rhythm during exercise ». In *Cardiac Glycosides 1785-1985*, 455-460. Springer.
- Taylor, James W. 1974. « The role of risk in consumer behavior ». *The Journal of Marketing*, 54-60.
- Taylor, Steven J., et Robert Bogdan. 1984. *Introduction to Qualitative Research Methods: The Search for Meanings*. Wiley.
- Tessier, Stéphane, Jean-Baptiste Andreys, et Marie-Adèle Ribeiro. 2004. *Santé publique, santé communautaire*. Maloine.
- Thaler, Richard. 1980. « Toward a positive theory of consumer choice ». *Journal of Economic Behavior & Organization* 1 (1): 39-60.
- Thietart, Raymond-Alain. 2014. *Méthodes de recherche en management - 4ème édition*. Dunod.
- Tiercelin, Claudine. 2013. *C. S. Peirce et le pragmatisme*. Collège de France.
- Tillement, Jean-Paul, et Pierre Delaveau. 2007. « Automédication et sécurité ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Paris)* 191 (8): 1517.
- Tillequin, François. 2015. « CNRS/sagascience - Histoire de la quinine dans la lutte contre le paludisme ». http://www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosbiodiv/index.php?pid=decouv_chapC_p3_c&zoom_id=zoom_c1_4&savoir_id=savoir_c1_z4_1.
- Touitou. s. d. « Introduction à l'automédication ». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 191 (8): 1487-89.
- Tuten, Tracy L. 2008. *Advertising 2.0: Social Media Marketing in a Web 2.0 World*. Greenwood Publishing Group.
- Tuten, Tracy L., et Michael R. Solomon. 2014. *Social Media Marketing*. SAGE.
- Tversky, Amos, et Craig R. Fox. 1995. « Weighing risk and uncertainty. » *Psychological review* 102 (2): 269.
- Tversky, Amos, et Daniel Kahneman. 1973. « Availability: A heuristic for judging frequency and probability ». *Cognitive psychology* 5 (2): 207-232.
- . 1974. « Judgment under uncertainty: Heuristics and biases ». *science* 185 (4157): 1124-1131.
- . 1981. « The framing of decisions and the psychology of choice ». *Science* 211 (4481): 453-458.

- . 1989. « Rational Choice and the Framing of Decisions ». In *Multiple Criteria Decision Making and Risk Analysis Using Microcomputers*, édité par Birsen Karpak et Stanley Zionts, 81-126. NATO ASI Series 56. Springer Berlin Heidelberg.
- . 1992. « Advances in Prospect Theory: Cumulative Representation of Uncertainty ». *Journal of Risk and Uncertainty* 5 (4): 297-323.
- Urbany, Joel E., Peter R. Dickson, et William L. Wilkie. 1989. « Buyer uncertainty and information search ». *Journal of Consumer Research*, 208-215.
- Vane, John Robert. 1971. « Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. » *Nature: New biology*, n° 231: 232-5.
- Volle, Pierre. 1995. « Le concept de risque perçu en psychologie du consommateur: antécédents et statut théorique ». *Recherche et Applications en marketing* 10 (1): 39-56.
- Waast, Roland, et O. R. S. T. O. M. (Agency: France). 1996. *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle: Les sciences au sud*. ORSTOM.
- Waddington, David. 1994. « Participant observation ». *Qualitative methods in organizational research: A practical guide* 1.
- Waller, Patrick. 2011. *An Introduction to Pharmacovigilance*. John Wiley & Sons.
- Westen, Drew. 2000. *Psychologie: pensée, cerveau et culture*. De Boeck Supérieur.
- « WHO | Preventing chronic diseases: a vital investment ». 2015. WHO. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/presentation/en/.
- « WHO Drug Information Vol. 14, No. 1, 2000 ». s. d. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h1462e/h1462e.pdf>.
- Wickramasinghe, Nilmini, et Jatinder N. D. Gupta. 2005. *Creating Knowledge-Based Healthcare Organizations*. Idea Group Inc (IGI).
- Wilkinson, Amanda, et Lisa Whitehead. 2009. « Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review ». *International Journal of Nursing Studies* 46 (8): 1143-47.
- Willett, Gilles. 1992. *La communication modélisée: une introduction aux concepts, aux modèles et aux théories*. Ed. du Renouveau pédagogique.
- Wilson, Tom D. 1997. « Information behaviour: an interdisciplinary perspective ». *Information processing & management* 33 (4): 551-572.
- Wood, M. L. 1990. « Naming the illness: the power of words. » *Family medicine* 23 (7): 534-538.
- Xia, Lan, et K. Monroe. 2005. « Consumer information acquisition ». *Review of Marketing Research (Review of Marketing Research, Volume 1)* Emerald Group Publishing Limited 1: 101-152.
- Yockey, Hubert P. 2005. *Information Theory, Evolution, and the Origin of Life*. Cambridge University Press.

Sigles et abréviations

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CO : connaissance objective

CS : connaissance subjective

DCI Dénomination Commune internationale

EMA : European Medicines Agency

FDA : Federal Drug Administration

GMS : Grandes et Moyennes Surfaces

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IM : informations médicales

IPP : *Inhibiteur de Pompe à Protons*

ISGP : informations de santé grand public

ISL : information de santé en ligne

LEEM :

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

OTC : over the counter

PMF : prescription médicale facultative

PMO : prescription médicale obligatoire.

RCP : Résumé des caractéristiques des produits

Index des figures

FIGURE 1 : LE MODELE SECI DE CONVERSION DE CONNAISSANCE(IKUJIRO NONAKA ET NISHIGUCHI 2001, 18)	33
FIGURE 2: TYPOLOGIE DES INFORMATIONS DE SANTE EN LIGNE (ISL)	42
FIGURE 3: LA CHAINE DE PRODUCTION DE L'INFORMATION OFFICIELLE SUR LE MEDICAMENT	50
FIGURE 4: L'INFORMATION INFORMELLE AUPRES DES MEDECINS.....	52
FIGURE 5: SOURCE INFOMELLE D'ISL.....	53
FIGURE 6: L'INFORMATION INFORMELLE AUPRES DES PATIENTS- CONSOMMATEURS	54
FIGURE 7: UN EXEMPLE D'INFORMATION INFORMELLE RELATIVE A UN MEDICAMENT SUR INTERNET (BOLG ET FORUM)	54
FIGURE 8: ILLUSTRATION DES ECHANGES D'ISL DE « PARTICULIER A PARTICULIER »AUX USA	57
FIGURE 9: LA SELECTION D'UNE STRATEGIE DECISIONELLE CONTINGENTE	66
FIGURE 10: SCHEMA DE BASE DU PROCESSUS DE CONSOMMATION	68
FIGURE 12: LES ETAPES DU PROCESSUS DE DECISION TEL QU'IL EST DECRIT PAR ENGEL, BLACKWELL ET KOLLAT (1968 ; ENGEL, BLACKWELL ET MINIARD, 1990).....	69
FIGURE 11: UNE PREMIERE APPROXIMATION DU « CIPS » SELON CHESTNUT ET JACOBY	69
FIGURE 13: TRAITEMENT DE L'INFORMATION LORS DU PROCESSUS DECISIONNEL DU CONSOMMATEUR (ADAPTE DECONSUMER BEHAVIOR : BUILDING MARKETING STRATEGY(HAWKINS, MOTHERSBAUGH, ET BEST 2015, 274)	70
FIGURE 14: LE PROCESSUS PERCEPTUEL D'APRES SOLOMAN(SOLOMON 2014, 71)	76
FIGURE 15: L'ACTIVATION DU BESOIN DE RESOUDRE UN PROBLEME DE SANTE PERÇU	80
FIGURE 16: ISL PRODUITES PAR UN EXPERT.....	87
FIGURE 17: : ILLUSTRATION DE PARTAGE D'ISL VIA LES RESEAUX SOCIAUX.....	89
FIGURE 18: EVOLUTION DU NOMBRE D'UTILISATEURS AMERICAINS D'INTERNET ET DES RESEAUX SOCIAUX ENTRE 2005 ET 2015 :	90
FIGURE 19: UN MILLIARD D'UTILISATEURS SE SONT CONNECTES A FACEBOOK EN UNE MEME JOURNEE LE 27/08/2015.....	90
FIGURE 20: INTENSITE DE RECHERCHE D'INFORMATIONS ET CONNAISSANCES DE PRODUITS ; UNE RELATION EN U INVERSE	94
FIGURE 21: LA MULTITUDE DES ALTERNATIVES THERAPUETIQUE : PERFUSION, MEDITATION, ACUPUNCTURE ... ETC.....	105
FIGURE 22: FONCTION DE VALEUR DE LA THEORIE DES PROSPECTS	107
FIGURE 23: FONCTION DU POID DECISIONNEL HYPOTHETIQUE	108
FIGURE 24:L'UTILITE D'UNE PAIRE D'EVENEMENTS QUI AUGMENTENT LA RICHESSE TOTALE.....	110
FIGURE 25: : LA FONCTION DE VALEUR SELON KAHNEMAN-TVERSKY	111
FIGURE 26: L'ACHAT DE MEDICAMENTS D'AUTOMEDICATION : UN COMPORTEMENT EN MATIERE DE SANTE	121
FIGURE 27: : LE COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DE LA MALADIE, DECRIT PAR MECHANIC (1972)	123
FIGURE 28: SIMILITUDE ENTRE LE PROCESSUS DE PRISE DE DECISION (AUTOMEDICATION = COMPORTEMENT DE CONSOMMATEUR) ET DU MODELE D'EVALUATION D'UNE MALADIE (AUTOMEDICATION = COMPORTEMENT DE SANTE)	124
FIGURE 29: CLASSIFICATION SOMMAIRE DES MEDICAMENTS	135
FIGURE 30: CLASSIFICATION DES MEDICAMENTS.....	136
FIGURE 31: LISTE (NON EXHAUSTIVE) DES INDICATIONS OU SITUATIONS CLINIQUES CONCERNEES PAR LES MEDICAMENTS DE PMF	144

FIGURE 32: PROPOSITION D'UNE TYPOLOGIE DE L'AUTOMEDICATION	145
FIGURE 33: REPRESENTATION GRAPHIQUE SOMMAIRE DE NOTRE DEMARCHE METHODOLOGIQUE	- 164 -
FIGURE 34: EXEMPLE DE NOTES DE TERRAIN RETRANSCRITES	- 165 -
FIGURE 35: RECUEIL DE DONNEES RELATIVES A L'OBSERVATION PARTICIPANTE	- 169 -
FIGURE 36: STRUCTURE DU PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN	- 171 -
FIGURE 37: EXEMPLE D'EMAIL ADRESSE AUX PHARMACIENS	- 173 -
FIGURE 38: EXTRAIT D'UN COMMUNIQUE DE PRESSE DE L'ORDRE DES PHARMACIENS.....	- 174 -
FIGURE 39: GUIDE D'ENTRETIEN	- 176 -
FIGURE 40: ENQUETE PAR INTERVIEWS AUPRES DE PHARMACIENS	- 177 -
FIGURE 41 : RECUEIL DE DONNEES (A) : ENQUETE PAR INTERVIEWS AUPRES DE PHARMACIENS.....	- 178 -
FIGURE 42: RECUEIL DE DONNEES (B) : ENQUETE PAR INTERVIEWS AUPRES DE PHARMACIENS	179
FIGURE 43: L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES VIA LES TECHNOLOGIES NUMERIQUES	189
FIGURE 44: RECHERCHE D'ISL DES DIFFERENTES COMMUNAUTES PARTAGEANT UN INTERET COMMUN A UNE QUESTION DE SANTE.....	190
FIGURE 45: LE RISQUE FONCTIONNEL PERÇU ENTRE, CRAINTIFS ET AUDACIEUX.....	202
FIGURE 46: EXEMPLE DES NOTIFICATIONS QUE REÇOIVENT LES PHARMACIENS.....	203
FIGURE 47: ECHANGES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX PRIX DE MEDICAMENTS D'AUTOMEDICATION.....	212
FIGURE 48: LE PROCESSUS D'ACHAT DE MEDICAMENTS D'AUTOMEDICATION	223
FIGURE 49: DES ISL A LA PATHOLOGIE	232
FIGURE 50: EXTRAIT D'UN DOCUMENT DE PROMOTION DE MEDICAMENTS D'AUTOMEDICATION ADRESSE PAR UN LABORATOIR PHARMACEUTIQUE AUX OFFICINES PARTENAIRES « COMMENT OPTIMISER VOS LINAIRES OTC ET HOMEOPATHIE ? PRINTEMPS-ETE 2013»	234
FIGURE 51: PETITION EN LIGNE POUR LE RETRAIT DU DOLIPRANE PEDIATRIQUE.....	236
FIGURE 52: CAMPAGNE LANCEE EN 2012 PAR LE MINISTERE DE SANTE : « LES MEDICAMENTS NE SONT PAS DES PRODUITS COMME LES AUTRES »	239

Plusieurs acteurs interviennent lors des 4 principales étapes qui décrivent la vie d'un médicament : après sa conception par l'industriel, le médicament fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès d'instances réglementaires publiques. Une fois celle-ci obtenue, l'industriel soumet, s'il le souhaite, une demande de fixation de prix et de taux de remboursement qui sera étudiée par la HAS. À la fin, le médicament est disponible au patient, soit directement en officine réelle ou virtuelle, soit par le biais de la pharmacie hospitalière (certains médicaments sont réservés à l'usage hospitalier).

Source : <http://www.sante.gouv.fr/le-circuit-du-medicament-en-france.html>

<p>19 Doutes sur l'efficacité thérapeutique des médicaments</p> <p>20 Sous-estimation de l'activité de ces derniers</p> <p>21 Attitude à l'égard des produits allopathiques</p> <p>22 Médecines alternatives/ astuces grands-mères</p> <p>23 Surestimation des effets indésirables</p> <p>24 Visibilité de la différence de prix pour les médicaments</p> <p>25 Le temps comme un coût</p> <p>26 Qualité d'échange entre acteurs exerçant en officine et clients en rapport avec des ISL: absent, faible/ difficile /</p>	<p>Facettes du risque perçu à l'égard des médicaments</p>	<p>Définition du thème</p> <p>Ce thème regroupe l'ensemble des énoncés qui indiquent les représentations des conséquences désagréables, qui se manifestent au moment de l'achat de médicaments</p>
<p>27 Achat par anticipation</p> <p>28 Liens entre type d'information recherchée et différents produits.</p> <hr/> <p>29 L'ensemble de considérations prises en compte</p> <p>30 Lien entre modalité décisionnelle (processus routinier /extensif limité) et taille de la pharmacie</p> <p>31 Modalité de prise de décision in situ ; décision partagée/ prise seul/ délégation totale</p> <p>32 Rôle informationnel des membres de la pharmacie</p>	<p>État d'avancement dans le processus décision</p> <p>Le choix de la pharmacie</p> <p>Rôles des pharmaciens</p>	<p>Intitulé du thème</p> <p>Le comportement en officine en lien avec l'achat de médicaments d'automédication</p> <p>Définition du thème</p> <p>Ce thème inclut les mots, phrases et paragraphes qui renvoient aux changements perçus dans le comportement d'achat de produits de santé en pharmacie</p>

Entretien 1 :

Entrevue « *pharma st pic* » : en pharmacie d'une durée de 26 minutes

Voilà, je commence l'enregistrement, alors on va discuter de votre quotidien, de ce que vous remarquez quotidiennement au comptoir auprès de vos clients, des changements induits par la vulgarisation de l'information santé, ok ?

Oui

On commence par le commencement, si ce n'est pas indiscret, vous exercez depuis combien de temps ?

NON...ehhh, si je compte, j'ai commencé dès la deuxième année, je compte ça.. (sourire)

Oui (rire)

28 ans, oui, 28 années. J'ai eu ma propre pharmacie, j'ai été associé aussi, voilà.

D'accord. Est-ce que vous trouvez que les gens cherchent plus d'informations de santé en ce moment ?

Eeeeeeh

Allez ! on va dire, comparé à il y a, je ne vais pas dire 28 ans, il y a 5 ou 10ans ?

ehhhhhh...oui, enfin s'ils sont capables

S'ils sont capables ?

Non, non, ils sont capables d'aller chercher. Oui, on va dire, ils ont plus le réflexe peut-être

Ils ont plus le réflexe qu'avant, c'est ça ce que vous voulez dire ?

Oui

Et pourquoi à votre avis ?

Je pense qu'ils ont juste... Moi la première, j'ai l'habitude de « googliser »

C'est sur internet qu'ils regardent le plus ?!

Oui

Plus internet que d'autres supports ?

La génération... enfin, après il faut catégoriser, il y a différentes générations, la génération digitale a le réflexe Google, et donc, en fait, ils vont piocher des informations. Alors, souvent elles sont mal interprétées ou erronées, mais ça leur arrive d'arriver au comptoir, oui, c'est plus fréquent qu'avant avec déjà une idée, soit ce qu'ils ont, soit ce qu'ils veulent.

Vous dites qu'ils viennent avec des informations souvent erronées ! C'est comment ?

ehhhh !

C'est mal interprété, c'est ça ?

Oui, et puis ce n'est pas complet... parfois ils aggravent les choses, parfois c'est l'inverse, ça dépend en fait des cas, il y a tellement de cas, je ne peux pas..

Et du coup, vous trouvez que ces informations ne leur servent pas à grand-chose

ehhhh... Ça ne suffit pas,

ça ne suffit pas ?

Non,

Non ?

Non, ils n'ont pas de meilleures connaissances, ils ont juste pioché des informations, mais ils ne savent pas forcément interpréter et analyser

Vous disiez au tout début que les gens viennent au comptoir avec une idée en tête ! C'est une idée sur la maladie ou sur les médicaments dont ils ont besoin, ou si vous voulez dont ils pensent avoir besoin ?

C'est ça le problème, c'est que généralement, ils arrivent, ils ont une idée de médicament en tête, et donc il faut refaire le trajet inverse pour revenir aux symptômes, pour savoir ce que c'est, eux ils veulent un truc précis, quoi ! Mais ce n'est pas valable pour tout.

C'est-à-dire ?

Ehhhhhhh...c'est-à-dire qu'une personne qui se lève le matin avec 39 de fièvre, et qui n'est pas bien, son premier réflexe est de venir dans la pharmacie ou de prendre un rdv chez le docteur, c'est plus pour des petits maux, du genre, je ne sais pas moi, truc de la circulation, vitamines

Donc les médicaments-conseils, OTC, en vente libre, enfin, toutes ces appellations?

Ou pas.

C'est-à-dire, avec les ordonnances, c'est la même chose ?

Là, il n'y a pas d'interprétation... je pense à tout ce qui est diététique, compléments alimentaires aussi, c'est surtout ça qu'on voit.

Et les autres médicaments, OTC et tout ?

Non, ça ils connaissent, les médicaments, non, ils connaissent.

Et la génération digitale, c'est surtout les jeunes !

Oui, vous savez, les vieux sont très littéraires, enfin très presse-papier, ils arrivent avec leurs petites coupures, et voilà ! Les autres...

Et cette génération digitale pose le même style de question, même type de question, que les autres ?

Oui, la même chose.

Je veux dire, est-ce qu'ils sont plus conscients des risques d'interactions médicamenteuses, comprennent par exemple les effets indésirables...

Non, au contraire,

Au contraire ?

Ben, genre les huiles essentielles, c'est passé dans..., en fait, c'est vulgarisé, comme quoi, ce n'est pas dangereux, alors que c'est tout l'inverse ! Alors que c'est tout l'inverse.

Internet y est pour quelque chose ?

Oui, tout un côté... tous les gens qui recherchent des produits naturels, ils sont accros à des blogs ; ou à des.. Voilà... et moi-même, j'ai eu le cas, dans mon entourage d'une copine qui a pris l'initiative de prendre, l'initiative de prendre les huiles essentielles pour un tas de choses, pour se traiter seule... jusqu'au jour où elle l'a fait, mais elle était là, elle était enceinte

Oh la la !

Voilà, mais sauf que dans sa tête, c'est naturel, donc ça ne posait pas de problèmes.

D'accord. « pause »

De manière générale, selon vous, les informations de santé qu'on pioche comme vous dites sur Google, blog et tout, dans quelle mesure, est-ce positif ou négatif pour les malades ?

Alors, ça aide les gens parfois, ils sont un peu plus informés qu'avant effectivement, mais c'est vrai que parfois, c'est un petit peu erroné, ou plutôt incomplet. Nous, c'est vrai qu'après, il faut qu'on essaye de corriger ça, on est obligé de corriger ça. Il faut voir souvent les sources qu'ils utilisent, souvent c'est les forums, souvent c'est des personnes qui ne sont pas formées, qui ne sont pas professionnelles, on peut voire tout et n'importe quoi, il y a des gens qui rectifient dans le bon sens, mais d'autres non. Moi qui ai fait une thèse sur la phytothérapie, du coup sur les forums je vois beaucoup d'informations erronées, des femmes enceintes qui disent qu'elles prennent ça, ça, ça, alors que c'est des plantes, contre-indiquées en cas de grossesse, qui peuvent provoquer de fausses couches, ou autres, donc il y a pas mal de choses comme ça qu'il faut éviter de prendre quoi.

Si je résume ce que vous dites, les informations de santé en ligne, pour vous, elles n'ont pas aidé les gens à mieux gérer leur santé, mieux connaître les médicaments ?

Non, enfin.... Si... je n'en sais rien, en tout cas, ils ont besoin derrière d'un débriefing, d'une analyse **Donc, ils cherchent des informations, c'est ça, Oui.**

Mais ça ne les aide pas ?

Non, ça ne suffit pas, oui

Et pour les médicaments, par exemple ?

Pour les médicaments ... C'est pas ça, ce qui les amène au comptoir, c'est pas ça, ce qu'on voit nous, je ne sais, si, s'il paraît que le site internet, je ne sais pas...

Doctissimo ?

Non, celui du gouvernement, enfin de l'agence, je ne sais pas, s'ils vont le voir ou non, je ne sais pas s'ils le font. Ils voient les notices, ils lisent les notices, après qu'on leur ait donné. C'est rare de voir quelqu'un ayant d'abord, recherché des infos... oui, moi je vois plutôt, ils vont chercher, je ne sais pas ils ont des problèmes de nausées ou je ne sais pas quoi, ils cherchent ce qui pourrait les aider. Ils veulent tout ce qui est naturel

Vous êtes à l'écoute en tout cas. Vous avez un joli rayon d'aroma, ah, les fleurs De Bach (rire), entre nous, moi j'ai du mal avec ça.

Oui, mais il y a des gens qui disent que ça marche, je ne sais pas, on en vend...

C'est quel type de clients qui

C'est, c'est ceux qui veulent éviter d'utiliser le médicament conventionnel

Médicament conventionnel ?

Oui, c'est ça.

Ok. Et pourquoi ?

Parce que les gens ne veulent pas prendre des médicaments, quand c'est nécessaire, ils vont chez le médecin.

Sinon, quand ils prennent l'initiative d'acheter des produits...

Voilà, là, ils ne veulent pas de médicaments

Même pour les petits maux.

Oui, oui. C'est la personne qui ne veut pas aller chez le médecin et qui se soigne toute seule qui va chercher des informations sur internet. C'est là justement qu'on leur raconte que c'est grave, c'est mauvais et tout le discours lalalala et enfin ils suivent les conseils et puis ils viennent chercher des remèdes

Remède, mais pas médicament

Voilà.

Donc si je vous dis, les gens qui vont le plus sur internet pour rechercher des informations sont ceux qui vont avoir le plus recours à l'automédication, vous êtes d'accord

Oui, c'est plutôt ça, en tous cas, c'est ce que je ressens.

Par médicament?

C'est ça, voilà. Ils veulent se soigner par eux-mêmes. Oui, oui, les autres, ils demandent conseil quand ils sont là. Ils ne vont pas passer leurs vies à regarder les détails, etc., et ceci, et cela, ils ont besoin d'un médicament, c'est classique, ils demandent conseil, ils payent, ils partent, voilà.

Pour le prix, est-ce qu'on est plus regardant maintenant ?

Si, si les prix, ils sont au courant. Ils ont la notion du prix plus qu'avant, ah oui, oui.

Vous pensez qu'internet y est pour quelque chose !

Internet y est pour quelque chose, je pense, oui. Parce que c'est un réflexe de consommation qu'on a pour n'importe quoi...enfin... ehhhh du coup maintenant, je ne sais pas, mais je pense que c'est facile d'aller voir pour comparer. Le réflexe de consommation aujourd'hui, d'aller chercher l'info prix, de regarder, la notion prix, ils l'ont sans problèmes.

La consommation, comme les autres produits, même si c'est des médicaments ?

Oui, ils ont acquis des réflexes de consommations qu'ils adaptent aux produits de santé

D'accord

C'est correct dans le sens où chaque chose a son prix, et voilà, et ce n'est pas sous prétexte que c'est un médicament, et que c'est parce que c'est vendu en pharmacie que ça doit être vendu trois

fois plus cher que sa valeur, voilà. Ehhhhhhh... ce n'est pas correct dans le sens où il y a des choses dont on ne peut pas baisser le prix.

Vous vous comparez avec les grandes pharma

Oui. C'est ça

Parce que les gens connaissent les prix ..

Les gens vont regarder les prix sur des choses, quand ce n'est pas dans l'immédiat, des vitamines, la personne qui est malade, malade, la crise aiguë, ils viennent, et les problèmes là ce n'est pas un problème de prix. Les gens vont aller regarder les prix, pour des choses, comment vous dire ? Ce n'est pas dans l'immédiat. Si vous venez au comptoir que vous me dites que j'ai des brûlures d'estomac et que je vous propose de l'oméprazole, la personne n'a aucune notion du prix, la personne qui en consomme régulièrement sait que, si elle paye sa boîte plus de sept euros.. Sait c'est qu'elle se fait avoir, quoi.

Donc, si j'ai bien compris, les gens regardent, cherchent à se renseigner plus sur les médicaments, la santé, mais finalement, pour vous, ça ne leur est pas très utile?

Non.... Non,

Et pourquoi alors, ils s'informent, une, deux trois fois ? Pour quoi ils ont ce réflexe, comme vous le dites, d'aller, sur internet ?

Je ne sais pas moi, ça leur donne un avis, après, est-ce que leur avis est correct ou pas, ils ne sont pas capables de juger. Ils veulent l'avis des autres

Mais pourquoi ils cherchent l'avis des autres, alors, qu'ils peuvent s'adresser à vous, pharmacien de proximité, du coin, mais pourquoi ils ne viennent pas vers vous directement ?

Mais, je ne sais pas, mais souvent, les gens ont regardé avant, arrivent au comptoir, et ils nous demandent conseil sur ce qu'ils ont regardé, et après on en discute, on refait l'analyse, c'est par réflexe, je ne sais pas si ça les aide ou pas. Enfin, ici, c'est une pharmacie de quartier, généralement, les gens arrivent avec leurs recherches et nous demandent notre avis.

Vous, vous en parlez avec les clients

Oui, moi, je suis pour. Voilà, on n'est pas tous d'accord, même dans une même équipe. Mais

voilà, enfin, voilà, je sais qu'ils ont besoin d'une expertise derrière, qui est la nôtre, parce que, comment dire, ça les embrouille.

ça les embrouille ?!

Parce que les infos dans le domaine de la santé, sur le net... comme tout, sur le net il y a tout et n'importe quoi, il faut savoir être critique; un œil critique. Et malheureusement, je pense qu'il n'y a que le professionnel de santé qui peut être critique sur ce genre d'infos, qui sont quand même très spécifiques, et c'est pareil sur des données économiques, c'est pareil sur ehhhhhhhhhhhh

Vous trouvez qu'il y a une différence, niveau compréhension, en fonction, par exemple, du niveau d'instruction. Là, pour la population cadres sup habituée à internet, est-ce que vous avez l'impression qu'ils font plus de tri que la population moyenne, ils cherchent et comprennent mieux ce qu'ils trouvent ?

Non.... Ehhhhh... Moi, je dirais même pire, parce qu'ils ont l'impression de savoir plus de choses, ils sont plus confiants en eux-même, les autres, ils le savent, ils demandent conseil.

D'accord

Enfin, pas tous.

Et en fonction de l'âge ?

Ben, non, c'est fini ça, le cliché la personne âgée qui regarde sa télé tranquillement, etc.

Rire

Oui, ils ne sont pas dans une coquille, ils ne sont pas enfermés, ils vivent parmi, ils vivent de nos jours quoi, ils savent ce qui se passe.

Oui. Mais par rapport aux jeunes, je veux dire

Les jeunes sont un peu TROP sûrs d'eux. C'est la jeunesse aussi, c'est normal.

Ok, merci beaucoup, c'était un peu plus de 20 minutes, je suis désolée.

Pas de soucis,

Vous avez peut-être des questions ?

Non, bon courage et puis j'espère que ça vous sera utile.

Oui, c'est sûr, merci beaucoup pour votre disponibilité. Merci, au revoir.

Entrevue « NTL » : en pharmacie d'une durée de 38 minutes

Merci d'avoir accepté de m'accorder cet entretien. On va parler, si vous voulez bien, de ce que la vulgarisation des informations de santé, avec tous les médias, presse...etc., internet, a changé le comportement des gens en matière de santé, particulièrement ce que vous, pharmaciens, vous constatez au quotidien.

Oui, oui, il n'y a pas de soucis, après tout, on est une sorte de sentinelle, et c'est comme ça, avec des études, qu'on peut comprendre ce qui se passe.

Merci. Très bien, donc, on va commencer, on est d'accord, l'information de santé est partout Oui, oui.

La question est de savoir si les gens cherchent plus d'informations qu'avant, selon vous. Je veux dire, comparé au tout début quand vous avez commencé l'exercice officinal, je suppose que vous exercez depuis au moins une dizaine d'années.

Oui, c'est vrai que moi, déjà, je suis dans cette pharmacie depuis 15 ans, ça fait 18 ans que je suis diplômée, eh oui, c'est vrai qu'effectivement tout à fait au début, même quand j'ai été étudiante, les gens, et ben, internet était moins développé qu'il l'est actuellement, et c'est vrai que les gens n'allaient pas rechercher des informations comme ils le font là actuellement, c'est vrai que là, ils vont forcément voir un peu sur internet, on voit qu'ils ont plus de connaissances, peut-être pas forcément toujours justes, mais qu'ils ont un recours à une information autre que celle du médecin ou celle du pharmacien, et c'est vrai que souvent ils viennent avec déjà une, et ben une idée de ce qu'ils recherchent, et des fois même effectivement, je veux ça, parce que j'ai vu ça, et que j'ai envie d'avoir ce produit-là.

Et quand vous avez commencé l'exercice, il n'y avait pas ça ?

Non, les gens venaient plus pour rechercher un conseil et ils faisaient confiance, aux conseils que l'on prodiguait, alors que là actuellement...(silence), non, ce n'est pas pareil, c'est pas pareil.

Vous estimez que chercher des informations est un signe de manque de confiance ? Sur d'autres sources, autres que les professionnels de santé ?

Oui, je pense, c'est vrai qu'il s'est passé quand même un certain nombre de choses, là depuis quelques années avec l'histoire du médiateur, et autres, qui font qu'effectivement, je pense que la grande majorité font, de moins en moins confiance aux produits, aux produits chimiques,

déjà, en premier lieu, et font moins confiance qu'ils le faisaient il y a quelques années, ça, c'est clair

La médiatisation des problématiques de santé y est pour quelque chose ?

Ah oui, tout à fait, du fait que les gens font moins confiance aux médicaments et au système de santé, aussi bien, le médecin que les pharmaciens, on a des confrères médecins, avec qui on discute, c'est le même problème, ils ne font plus confiance ni au pharmacien ni au médecin

Vous dites qu'ils ont plus de connaissances, est-ce que, pour vous c'est positif ou négatif pour eux ?

Je pense qu'il ne faut non plus, pas voir, comme étant quelques choses, que négative, parce qu'il y a certainement des choses pas mal. Même moi..eh, ça nous permet d'avoir des informations qui, sont plus globales, et qui ... c'est forcément quelque chose d'intéressant, après, on peut se poser la question si les gens qui ont ces informations-là ont toutes les notions pour pouvoir les comprendre réellement, dire que, seuls les professionnels de santé peuvent comprendre ce qui est mis sur internet, et peut être qu'il y a certaines, choses ... les gens n'ont pas tous les mécanismes de tous les médicaments, toutes les maladies, et qu'enfin de compte, eh ben, ils ne vont retenir qu'un point qui peut leur sembler essentiel, mais pas la totalité, enfin de compte, de ce qui peut être présenté.. Après, ça peut être un petit peu négatif, quand c'est vu comme ça, c'est vrai qu'ils ont quand même avec internet la possibilité de faire des recherches très facilement, alors, on peut se dire, dans certains cas, je pense que surtout les médecins sont confrontés à ça, plus que les pharmaciens, c'est vrai, que, quand on annonce à quelqu'un qu'il a un cancer, je parle de quelque chose de relativement grave, la priorité est, les gens vont regarder sur internet, et ils peuvent avoir des explications, on sait que chaque cas est individuel, après enfin de compte, ils vont avoir tellement d'informations, une masse d'informations, un petit peu des fois, un petit peu contradictoires, ce qui fait que, eh ben en ce qui les concerne eux, ça va augmenter un stress

Stress, les informations sur internet ça les stresse ?

Dans certains cas oui

Les maladies graves ?

Oui, mais bon, ça touche à tout

Par rapport à ce que vous observez, ceux qui vont le plus chercher des informations, sont

ceux qui vont le plus chercher à se soigner par eux-mêmes ou c'est l'inverse ?

Oui je pense qu'effectivement c'est le cas, enfin de compte si les gens recherchent des infos par eux-même, c'est qu'en fin de compte, ils ont envie d'essayer par leurs propres moyens, de se soigner sans avoir forcément recours aux professionnels de santé, ça dépend.

Ça dépend de quoi ?

Il y a des gens qui veulent se débrouiller par leurs moyens, comment soigner leur rhume, pour acheter les médicaments sur internet ou ailleurs, quelque... c'est la même chose, soit j'attends que ça passe, soit si ça ne va pas, je vais voir le médecin et je vais chercher des conseils.

Et en ce qui concerne les médicaments qu'on peut acheter sans prescription de médecins, selon vous, les gens arrivent à faire la distinction entre une marque et une autre, un générique ou autre. Est-ce qu'ils arrivent à mieux connaître les médicaments ?

Non, je ne pense pas, en fin de compte, ils sont beaucoup plus influencés par la publicité, et ils suffit qu'ils entendent parler d'un médoc qui y a peut sembler nouveau parce qu'il y'a eu de la publicité, pub assez récente, une pub récente, mais dans certains cas, eh ben, ce médicament est déjà commercialisé depuis fort longtemps, ce n'est pas une nouveauté, mais les gens ne le connaissent pas, parce qu'ils en ont fait la connaissance par le biais de la publicité

D'accord, pas trop ! vous dites que, ou vous estimez qu'ils connaissent mieux les médicaments maintenant, par rapport à avant, mais qu'en même temps, ils ont du mal à distinguer les marques, ou les vrais des nouveaux médicaments, des molécules, déjà commercialisés sous d'autres noms... Que ce qu'ils connaissent le plus finalement, et quelle est l'utilité des informations qu'ils trouvent sur internet ?

Plus effectivement sur quelque chose de plus global, oui effectivement, sur les maladies, sur les symptômes, sur la façon de traiter... (silence) oui, sur les maladies en elles-mêmes.

Plus sur les maladies que sur les médicaments ?

Oui, je pense, oui...les gens regardent plutôt sur les symptômes, même je pense qu'ils ne vont pas forcément chercher, quelle est la molécule, quel est son mode d'action, quelles sont ses indications précises

D'accord, pour leurs symptômes, on ne cherche pas forcément ce qui peut convenir comme traitement.

Peut-être, que si, mais je pense qu'effectivement ce n'est pas systématique, quelqu'un qui a un rhume, il ne va pas chercher, se renseigner forcément sur internet pour voir quel produit il faut utiliser, je ne pense pas

Ça dépend des maladies, le rhume on le connaît, c'est un peu fréquent !

Je pense qu'on cherche plus sur ce qui est nouveau et qui peut-être être guillemets pas plus grave, mais, voilà.

D'accord, donc pour vous, si j'ai bien compris, en cas d'automédication, on ne s'informe pas avant d'acheter les médicaments ?

Au niveau de l'automédication ?

Oui.

Au tout début, quand ils ont effectivement les premiers symptômes, mais pas avant, mais vraiment quand ils ont vraiment un besoin ... hormis peut-être ce qui est prévention là on est dans la période où .. Prévention des pathologies hivernales à répétition, ils peuvent se dire, l'année dernière j'ai eu plein d'angines, de sinusite, je voudrais éviter que ça revienne cette année, je vais voir ce que je vais prendre pour effectivement empêcher ceci, cela, mais hormis cet exemple-là, je pense que pour le reste, ils ont, des épisodes de diarrhée, ou pour le voyage, effectivement ils peuvent se renseigner aussi

Avoir plus de connaissances, comme vous le dites, n'a pas changé vos rapports, je veux dire, entre pharmaciens et clients ?

Oui, ça a changé ; alors bon pour certaines personnes, qui n'ont absolument pas recours à internet, non, parce qu'ils continuent de la même façon, ce qui reste, on dirait la grande majorité des gens..., après tout, les autres, effectivement on le voit de par leur approche, enfin l'approche qu'ils ont quand ils viennent, d'abord, ils demandent très rarement un conseil, mais vont plus demander un produit, et ils seront moins confiants vis-à-vis de la réponse qu'on va leur proposer, ils seront plus sceptiques, plus interrogateurs. Effectivement, ils vont plus nous demander je voudrais ça, ils vont nous poser des questions pour savoir si ce produit-là est bien adapté aux symptômes qu'ils nous ont décrits, ils vont être plus méfiants, ça, c'est sûr

Ça veut dire que ceux qui vont sur internet sont plus méfiants ?

Je pense, oui.

D'accord.

Je pense que ça concerne plus les femmes, ça c'est clair, je pense de façon générale qu'elles s'intéressent aux problèmes de santé, plus que les hommes, et je dirai bon ! Niveau social moyen, ce n'est pas les ouvriers, qui effectivement vont redemander, ils vont nous faire plus confiance, je pense, plus les femmes, et je dirai 40, 45 ans.

C'est à dire que ceux qui ont niveau socio-économique moyen, ils sont plus branchés avec internet et les médias sociaux ?

Et ben oui, je pense oui, ben que ! C'est vrai, ils ont peut-être facilement accès à internet et puis ben ! peut être c'est plus dans une habitude au niveau de leur travail, aussi, de fonctionner avec l'outil informatique, je pense que oui, d'abord, l'aspect physique, ils vont plus avoir le réflexe s'ils se posent des questions, s'ils ont des problèmes, d'aller chercher des réponses sur internet que

d'aller pousser la porte d'une pharmacie ou même d'un médecin, pour avoir la réponse, parce que c'est vrai que ça fait parti des habitudes de vie quoi !

Et les mêmes gens, mêmes clients n'avaient pas ce réflexe avant ?

Ben! Non, pas dut tout, je pense qu'avant effectivement, enfin je pense, je suis sûre même ! Avant, ils avaient besoin de quelque chose, ils poussaient la porte de la pharma pour demander conseil. C'est fini. Moi, je me souviens, avant, il y avait, monsieur le curé monsieur le médecin et monsieur le pharmacien...il y avait du respect. Pour un euro maintenant les gens ...(la pharmacienne baisse les yeux), ils vont le regretter... C'est des produits qu'ils achètent souvent, c'est vrai que, quand ils trouvent que c'est moins cher, ils vont ailleurs, ils font leurs calculs...»

Ok, oui, oui, et puis internet se généralise de plus en plus, vous pensez que ça s'accroît ?

je pense que ça s'accroît, mais je pense qu' aussi, les gens en grande majorité, malgré tout, arrivent à essayer de, un petit peu, de faire la part des choses, entre ce qu' ils peuvent récupérer qui est bien sur internet de ce qui est moins bien.

Donc, ils font mieux le tri maintenant, c'est ça ?

Oui, peut être que pas pour tous ! Mais je pense oui effectivement, ils se sont aperçus par un certain nombre de choses qui il y a certains discours qui sont notamment dits au niveau de forums, qui sont moins véridiques et qui ne relatent pas la réalité. Je pense qu'ils arrivent aussi à faire un petit peu la part des choses et ne pas tout croire, tout ce qu'on peut voir de ce qui se dit sur internet. À force de s'en servir, maintenant, ils réfléchissent, ils réfléchissent. Oui.

Vous avez l'impression qu'on se sert mieux d'internet, pour se renseigner sur la santé ?

Oui, je pense, par ce qu'ils ont un peu plus d'expériences et ils se sont aperçus, que dans des domaines qui les touchent plus, plus... qu'ils connaissent plus, qu'effectivement qu'il y'avait des informations qui ne sont pas exactes

Donc ça devient positif, c'est-à-dire, que les gens sont plus sélectifs !

Voilà, ce n'est pas parce que j'ai une information ! J'apprends à me poser des questions... non, j'ai une information, j'essaye de l'analyser.

Ok ! On vous en parle au comptoir ?

De façon directe, non.

Pourquoi !?

Ils évitent.

Et pourquoi? Qu'est-ce qui les empêche, pour quoi on essaye d'éviter de dire aux pharmaciens que j'ai trouvé telle info sur internet, et je crois que... extra, voilà, un échange ?

Oui. Comme si on opposait ce qu'on trouvait sur internet et ce qu'on pouvait effectivement nous, apporter par notre expérience. C'est peut-être, je pense aussi, le pharmacien, même toute l'équipe qui est responsable de ce genre de chose, parce

que, à force, de dire... vous... de notre côté, on exagère aussi, en disant vous trouvez des informations sur internet pas exactes, n'allez pas regarder, parce que vous trouvez tous et n'importe quoi, peut-être, je pense que suite à des discours comme ça, les gens n'ont pas forcément envie de venir nous voir, et de nous dire, j'ai vu ça sur internet, qu'est-ce que vous en pensez ? Quel est votre avis ? Est-ce que vous pensez que je peux prendre ce produit, ou c'est mieux que je fasse ça ou ça ?...». Et puis peut être, je pense aussi que nous, forcément c'est une évolution dans la façon de se soigner, et je pense qu'on peut être, on n'est pas tout à fait, encore prêts à cohabiter avec les gens qui viennent, qui ont un savoir, qu' ils ont peut être récupérer sur internet peut-être qu' on se sent un tout petit peu dévalorisés, de par le fait que les gens viennent, qu' ils aient des connaissances, qu' ils n'avaient pas auparavant, les gens du coup, quand ils viennent n'ont pas envie effectivement, de nous poser cette question-là, donner notre avis sur ce qu'ils ont trouvé sur internet, parce qu' on risque de leur dire : ne regardez pas, et n'écoutez pas ce qui se dit sur internet, à tort, parce qu' il y a des informations qui sont exactes aussi.

Merci ; plus précisément, réellement, en quoi internet, cette vulgarisation des informations sur le médicament sur internet, a-t-elle changé pour les patients, la façon dont ils se soignent par eux-mêmes ?

En fait , les gens, comme on le disait tout à l'heure, ont des connaissances plus importantes, et un accès très important à des connaissances, par ce qu'internet c'est facile, donc ils ne vont pas hésiter à acheter certains produits tout seuls sans passer par le pharmacien, ou par le médecin pour avoir un conseil , ils savent que, quand ils ont de la fièvre, ils savent qu' ils peuvent prendre du doliprane, ou prendre des pastilles pour un mal de gorge, sans demander un conseil

Donc, internet a changé votre rôle de pharmacien ?

Oui, oui, effectivement. C'est vrai que les gens ont plus de connaissances, donc, se sentent plus aptes eux-mêmes, à pouvoir prendre seuls des médicaments pour soigner des petits maux.

Mais en même temps, les informations qu'ils trouvent sur internet, comme vous venez de le dire, sont parfois contradictoires, et une source d'anxiété, de stress, vous parlez là des maladies graves, je veux dire, qui semblent sérieuses, graves aux yeux des malades, ou aussi pour de maladies, dites bénignes ?

Pour les maladies bénignes, ils sont plus effectivement enclins à pouvoir se soigner en automédication plus facilement.

Plus facilement ?

Oui.

Oui.

Je pense aussi qu' ils ne voient pas forcément trop les risques, par exemple, je prends un exemple qui me vient à l'esprit, c'est l'ibuprofène, et je dirai

Nurofen, ça représente des ventes importantes, les gens viennent très, très facilement demander du Nurofen et ce n'est pas sans risques! c'est pas un produit qui devrait être délivré sans conseil, c'est loin d'être dénué de contre-indications et je pense que la plupart des gens qui le prennent ne sont pas forcément au courant des risques qu'ils prennent! Pourvu que ça soulage, voilà.

Et ça, pourtant, l'information, en rapport avec les risques, est disponible, dans la notice, internet à leur portée, sur des sites officiels ... mais rien !

Je pense que la grande majorité des gens ne regarde pas forcément. Il faut que ça soulage, on ne pense pas aux risques. Alors si ! Il y en a qui vont décrypter les notices ligne par ligne, mais je pense qu'il y en a qui ne le feront pas. Ça reste la grande majorité

Même en 2 , 3 clics sur leur Smartphone, ils ne le cherchent pas forcément ... même pas un clic, on glisse son doigt !

Non, ils ne le cherchent pas.

Et pourquoi ?

Parce que si vous voulez, dès que c'est en vente libre, c'est que c'est sans risques, vous imaginez alors, si c'est en grande surface, ou le commander sur internet, c'est un accès plus facile, mais c'est pas forcément quelque chose de bien pour la santé publique.

Du coup les gens se renseignent moins quand il s'agit de médicaments qu'ils achètent par eux-mêmes que lorsqu'il s'agit des médicaments pour les autres maladies ?

Je pense oui, effectivement, parce que c'est quelque chose qui est courant, par exemple, ils sont allés voir le médecin, ils ont une prescription, de l'Ibuprofene, ils vont se dire, pourvue que ce soit pour la douleur et pour la fièvre, ils vont le prendre pour autre chose assez facilement

Et les prix, ils sont regardants ?

Depuis qu'il y a internet, oui, ça, c'est clair, ils sont de plus en plus regardants par rapport au prix.

À cause d'internet, internet y est pour quelque chose, c'est ça ?

Ben, oui, je pense que oui, parce qu'ils ont la possibilité de pouvoir comparer, sans faire le tour des pharmacies. Et puis, comment dire, les catalogues promotionnels de Carrefour, Auchan. Moi je les reçois chez moi. Eux aussi, ils font des catalogues spéciaux pour la parapharmacie maintenant.

Oui, je vois.

Ben, je pense que la situation économique aussi. Les gens font leurs calculs pour tout.

Enfin, entre clients branchés internet et clients peu ou moins branchés internet ! Qu'est-ce que vous remarquez, quelle est la principale différence entre ces deux types de clients ?

Le plus ! Enfin de compte, c'est des gens qui ont envie de faire les choses par eux-même qui n'ont pas forcément envie de voir un médecin ou aller

voire le pharmacien, qui veulent gérer leurs problèmes seuls.

Mais alors, ce type de personnes existait avant ?

Oui, ils existaient avant, forcément, ils existaient avant, mais comme ils n'avaient pas toutes ces informations, ils étaient obligés de passer par quelqu'un d'autre pour pouvoir résoudre leurs problèmes

D'accord, c'est ça, avant il fallait regarder des livres professionnels (rire)

Voilà, et puis ce n'était pas accessible, il n'y avait que les professionnels de santé qui pouvaient comprendre, c'est vrai qu'une personne n'avait pas la possibilité de tout comprendre.

Ça a changé la démarche de ce type de personnes, en fait, au lieu de poser des questions aux pharmaciens, médecins, ils les posent, sur internet, c'est cela ?

Ça, c'est clair, avant, avant, ils allaient sûrement voir leur médecins ou leurs pharmaciens pour avoir leurs conseils.

Et comment vous trouvez ça ?

Eeeeh...(tête penchée vers le bas, yeux fermés). C'est vrai que ça fait évoluer la profession de toute façon il y a ça, c'est vrai que les gens venaient nous demander conseil, ils repartaient avec un conseil, là actuellement, on peut se poser la question sur le monopole, et les gens pourront trouver les produits plus facilement, achat sur internet ou en grande surface, c'est vrai que notre rôle sera totalement différent

Oui, oui

Oui, on n'est pas prêts pour ces choses

Vous selon vous, vous n'êtes pas prêts, ou c'est les clients eux-mêmes qui ne le sont pas ?

Je pense qu'il y en a qui sont... qui veulent que le système reste comme il est maintenant, achètent la grande majorité des médicaments en pharmacie, par ce qu'ils ont l'impression, enfin, ils ont raison, que c'est plus sécurisé, mais je pense qu'il y en a une proportion qui augmente qui est prête à acheter sa boîte de doliprane ailleurs, où ils la trouveront plus facilement à un prix peut-être plus intéressant !

Cette situation, nouvelle situation! Il n'y a qu'internet qui a créé ce changement, dans le changement de comportement des gens ?

Oui, les pharmaciens aussi. Je pense qu'ils y sont pour quelque chose, ça c'est clair, je pense qu'il y a une période, qui est toujours d'actualité, je dirais, où ils ont plus vu le côté économique et financier, au détriment des conseils, qui pouvait avoir

Les gens en sont plus conscients maintenant ?

Oui, je pense oui, pas toujours forcément, donner des conseils de façon importante, oui, les gens se rendent compte, la société évolue, il y a une évolution qui est là, quoi qu'il en soit, on ne peut pas revenir en arrière et les gens à partir du moment, où ils commencent à avoir un autre mode de consommation, c'est vrai que c'est quelque chose qui existe, on ne peut pas le nier, et puis il n'y a pas si longtemps que ça, les gens

pensaient que les prix étaient uniformes dans toutes les pharmacies, et à partir du moment où ils se sont aperçus que ce n'est pas le cas, c'est vrai, que les prix, écarts de prix du simple au double, c'est vrai ça peut faire réfléchir, c'est tout à fait normal, les gens comparent, du coup ils sont beaucoup moins fidèles qu'ils l'étaient avant, surtout qu'on est dans une région, en ville, où il y a le choix, en campagne, quand il y a une pharmacie proche et que la prochaine seulement à 15 km ? Les gens n'ont pas trop le choix même s'ils bougent pour leur travail ou quoi que ce soit, là-bas c'est plus difficile de trouver l'accès pour trouver de la concurrence, en région urbaine le choix est plus important, ils ont la possibilité de comparer.

D'accord.

Enfin, je vais vous dire le mot de la fin, il faut que j'ouvre la pharma, il est moins cinq.

Oui, oui, bien sûr. Dernier mot.

Pour moi, il n'y a pas de doutes, peut-être qu'il y a autre chose, mais effectivement, avec internet, les gens savent plus de choses, et ça change tout ..voilà, bonne continuation.

Merci beaucoup, merci.

Table des matières

SOMMAIRE	5
INTRODUCTION GENERALE	8
OBJECTIFS ET PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	8
CADRE THEORIQUE ET STRUCTURE DU TRAVAIL DE RECHERCHE.....	11
APPROCHE METHODOLOGIQUE	16
PLAN DE LA THESE :	17
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	19
CHAPITRE 1 : DE « L'INFORMATION » A « L'INFORMATION DE SANTE » EN LIGNE	20
1. <i>L'Information sous ses diverses conceptions.....</i>	<i>21</i>
1.1 L'informtation, une notion pluridisciplinaire.....	21
1.2 L'information, une notion distincte de celle des « données ».....	23
1.2.1 Les données, un point de départ commun pour définir l'information	23
1.2.2 Qu'est-ce qu'une donnée ?.....	24
1.3 ...et étroitement reliée à celle de la connaissance	26
1.3.1 Les connaissances : ce que nous savons et ce que nous croyons savoir.....	28
1.3.2 Les connaissances : tacites ou explicites.....	31
1.3.3 L'information, une mise en forme de la connaissance que l'on peut transférer	35
2. <i>L'information de santé en ligne:ISL</i>	<i>38</i>
2.1 La santé sur le web.....	38
2.1.1 Du e-commerce à la e-santé	38
2.1.2 Information de santé ou information médicale ?	39
2.1.3 Proposition d'une catégorisation des ISL.....	40
2.2 Le patient et l' information, le long d'une vie d'un médicament	43
2.2.1 L'information formelle.....	44
2.2.1.1 Le patient, à l'origine de la découverte d'un "médicament "	44
2.2.1.2 Le patient; source de données façonnées sous une forme portant un sens pour les autorités publiques...:	46
2.2.1.3... qui conditionnent la poursuite ou l'arrêt de commercialisation d'un médicament	49
2.2.2 L'information informelle	50
2.2.2.1 Auprès des médecins	50

2.2.2.2 Entre patients	52
2.3 L'interactivité du support des ISL qui modifie les interactions entre acteurs d'ISL	54
CHAPITRE 2 : ISL, RISQUES ET DECISIONS D'ACHAT DE MEDICAMENTS.....	60
1. <i>Le processus de décision; les différentes approches</i>	61
1.1 La décision liée à l'achat de produits telle qu'elle devrait être prise	62
1.2 La décision liée à l'achat de produits telle qu'elle est prise.....	64
1.2.1 Des limites de l'approche normative	64
1.2.2 Apport de la psychologie cognitive.....	67
1.2.3 Le modèle EKB	69
2. <i>Le rôle des ISL dans la reconnaissance du besoin</i>	73
2.1 La reconnaissance d'un problème de santé	73
2.2 La perception ; un processus en trois phases imbriquées où l'information est convertie en connaissance	76
2.2.1 Exposition	77
2.2.1.1 La réception sensorielle à l'origine du processus perceptuel : Qu'est-ce qu'un stimulus ?	77
Exposition: aléatoire et intentionnelle	80
2.2.2 Attention	81
Elle est sélective,	81
...volontaire ou involontaire	82
2.2.3 Interprétation	83
3. <i>La recherche d'informations à l'ère des technologies numériques</i>	84
3.1 Recherche interne et recherche externe	85
3.1.1 Recherche interne.....	86
3.1.2 Recherche externe : Internet et média sociaux, un usage en progression	86
3.2 L'information acquise de façon délibérée versus accidentelle	91
3.3 Déterminants de la recherche d'informations, entre approches économique et psychologique	92
3.3.1 Connaissances antérieures et recherche d'informations	94
L'intensité de la recherche externe.....	94
L'orientation de la recherche	95
La recherche d'informations par le maximisateur et le satisfiseur.....	96
3.3.2 Risque perçu et recherche d'informations.....	97
Le risque, une perception d'incertitude	98
Le risque, un concept à deux composantes et aux multiples dimensions.....	100
4. <i>L'évaluation des alternatives : entre maximisation d'utilité et « économie cognitive »</i>	101
4.1 L'homme maximisateur: des préférences hiérarchisées par évaluation d'attributs	101
4.2 L'homme 'avare cognitif' : les préférences décrites selon la théorie du comportement décisionnel :.....	103
4.2.1 La théorie des perspectives	106
4.2.1.1 Les grandes lignes de la théorie.....	106
4.2.1.2 Évaluation des alternatives selon les deux approches	110
4.2.1.3 Applications dans le domaine médical	111
4.2.2 Heuristiques et biais de jugement	115
Biais de représentativité.....	115
Biais de disponibilité (availability)	116

CHAPITRE 3 : L'AUTOMEDICATION, LE COMPORTEMENT ET LES PRODUITS.....	120
1. <i>L'automédication; le comportement en matière de santé</i>	121
1.1 Tant de définitions !	121
1.2 Les bénéfices et risques perçus	124
1.2.1 Bénéfices.....	125
1.2.1.1 A titre individuel:	125
1.2.1.2 En termes de santé publique.....	126
1.2.2 Risques	127
2. <i>L'automédication ; les produits</i>	128
2.1 Produits d'automédication; tous les produits	128
2.2 Produits d'automédication: que des médicaments.....	130
2.2.1 Médicaments PMF et médicament PMO.....	130
2.2.1.1 Médicaments et autres produits	130
2.2.1.2 Le pharmacien et l'orientation des choix relatifs à l'achat de médicaments	132
2.2.1.3 Classification générale.....	134
2.2.2 Produits d'automédication; les médicaments PMO et de PMF	141
2.2.3 Produit d'automédication; que les médicaments de PMF.....	141
2.2.3.1 Produits d'automédication: les médicament de PMF non remboursés en cas de prescription	141
2.2.3.2 Produit d'automédication; tous les produits de PMF (remboursés ou non, en cas de prescription) ...	142
3. <i>L'automédication idéale et l'automédication réelle</i>	144
SECONDE PARTIE.....	- 147 -
SYNTHESE DES PRINCIPAUX APPORTS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE.....	- 148 -
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	- 155 -
<i>Notre posture épistémologique</i>	- 156 -
Une position constructiviste	- 156 -
L'abduction comme mode de raisonnement	- 159 -
Le choix d'une méthodologie qualitative	- 162 -
<i>Recueil et analyse des données</i>	- 164 -
Méthodes de collecte de données	- 164 -
L'observation participante	- 164 -
Les entretiens individuels :	- 170 -
Analyses et interprétation des données	180
CHAPITRE 4 : RESULTATS	185
1. <i>Les connaissances sur les questions en rapport avec la santé</i>	186
1.1 Une acquisition active et passive d'ISL.....	187
1.2 axée principalement sur	191
2. <i>Le risque perçu à l'égard des médicaments d'automédication</i>	193
2.1 Le risque sanitaire : quel est le problème?.....	195
2.2 Entre Scepticisme quant à l'efficacité des médicaments et une disproportion dans l'appréciation des effets indésirables	197

2.3 Un coût économique déterminé par le degré de gêne occasionnée	203
2.4 Difficultés d'échanges sur les ISL en officine	207
3. <i>Le comportement en officine</i>	208
3.1 Des consommateurs qui savent ce qu'ils veulent acheter	209
3.2 ...et qui anticipent leurs achats de médicaments.....	211
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	215
1. <i>La recherche d'ISL et l'achat de médicaments</i>	216
1.1 La capacité à faire des recherche d'ISL ; déterminée par le type de pathologie	216
1.2 La motivation à effectuer des recherche d'ISL : rôle du risque financier et de perte de temps.....	219
1.2.1 Les connaissances relatives aux caractéristiques techniques de l'ensemble évoqué	220
1.2.1 Les <i>connaissances</i> d'un consommateur relatives au <i>prix</i> du produit recherché.....	221
2. <i>ISL, identification du problème de santé et de ses solutions</i>	223
2.1 Structure générale du processus décisionnel étudié :	223
2.1.1 Achat de médicaments: deux sous-processus interreliés	223
2.1.2 Des alternatives qui se construisent conjointement avec la définition du problème de santé	224
2.2 De l'information à la reconnaissance du problème.....	226
2.2.1 Des modalités décisionnelles simples pour identifier le problème	226
2.2.2 Les ISL, biais décisionnels et inversion dans l'ordre du processus décisionnel	229
2.3 Des alternatives de plus en plus nombreuses	233
2.3.1 Deux situations d'achat.....	233
2.3.1.1 L'achat immédiat:.....	233
2.3.1.2 L'achat planifié (anticipé)	234
2.3.2 ISL et évaluation des alternatives	236
CONCLUSION GENERALE	242
BIBLIOGRAPHIE	249
SIGLES ET ABREVIATIONS	261
INDEX DES FIGURES.....	263
ANNEXES.....	266
Le circuit du médicament d'après le ministère de la Santé en France	266
Grille de codage :	268
Entretien1	271
Entretien2	275
TABLES DES MATIERES	281

Titre : Le rôle des informations de santé en ligne sur le processus décisionnel d'achat de médicaments d'automédication

Mots clés : processus décisionnel d'achat, informations de santé en ligne, risque perçu, automédication

Résumé : La généralisation de l'usage des technologies numériques a imposé au secteur de la santé de nombreux changements, notamment ceux qui se rapportent à la circulation de l'information sur les médicaments. Le volume considérable d'informations de santé auquel sont confrontés régulièrement les consommateurs est susceptible d'affecter la manière avec laquelle ces derniers évaluent les différentes opportunités de ce marché, notamment celles qui sont relatives à l'automédication. L'analyse des données obtenues, d'une part à l'aide d'entretiens approfondis avec des pharmaciens, et d'autre part, grâce à une immersion totale en officine, nous ont apporté des éléments de réponses sur les implications qui découlent de l'usage d'internet en sa qualité de source d'informations sur la perception du risque lors du processus de décision relatif à l'achat de biens de santé, plus particulièrement celui des médicaments d'automédication.

Title : The role of online health informations on the decision-making process of buying self-medication drugs

Keywords : decision-making process, online health information, perceived risk, self-medication

Abstract : The general use of digital technologies has imposed on the healthcare sector many changes, in particular, those relating to the flow of information on drugs. Consumers are confronted with a sheer volume of health information that is likely to affect the way in which they evaluate the different opportunities in this market, particularly those related to self-medication. In this research, in-depth interviews with pharmacists and participant observation (full immersion in pharmacies), were selected as the data collection techniques. The analysis of data provided some possible answers about the implications arising from the use of the Internet as a source of information on perceived risk in the health products decision-making process, more particularly, that of self-medication drugs.