

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
UNIVERSITE ABOU-BAKR BELKAID- TLEMCCEN
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DE GESTION ET
COMMERCIALES



THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

SPECIALITE
MARKETING

LA DECISION D'ACHAT D'UN MEDICAMENT A PRESCRIPTION OBLIGATOIRE OU FACULTATIVE

(CAS DE LA WILAYA DE TLEMCCEN, ALGERIE)

Présenté par :

BERRACHED. Amina ép. Lakermi

Sous la direction :

Pr. A. BENHABIB

Soutenu devant le jury :

Président : MALIKI Samir

Professeur- Université de Tlemccen

Encadreur : BENHABIB Abderezzak.

Professeur- Université de Tlemccen

Examineur : TCHIKO Faouzi

Professeur-Université de Mascara

Examineur : MOKHTARI Fayçal

Professeur-Université de Mascara

Examineur : BENACHENHOU Mohamed

Professeur-Université de Tlemccen

Examineur : SALEM Abdelaziz

Professeur-Université d'Oran

Année Universitaire 2017/2018

REMERCIEMENTS

Mes remerciements et ma gratitude s'adressent tout particulièrement à mon Maître et Directeur de thèse, Monsieur le Professeur A. BENHABIB, pour avoir su me transmettre ses précieux conseils, qui ont pu guider ce travail toujours à la recherche d'une exigence et d'une rigueur indéfectible.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des membres du jury, constitué de brillants chercheurs :

Pr. MALIKI Samir,

Dr. TCHIKO Faouzi,

Pr. MOKHTARI Fayçal,

Pr. SALEM Abdelaziz,

Dr. BENACHENHOU Sidi Mohamed.

Je remercie également Mr. Le Directeur de la Santé et de la Population de la Wilaya de Tlemcen, BAGHDOUS Abdelkader, Mr. Le Directeur de l'agence de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), ACIMI Sidi Mohamed, et le Mr. Le Directeur des Prestations à la CNAS, RAHMOUN Salim, pour toutes les précieuses informations qu'ils ont pu me fournir et le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

Je tiens à exprimer mes plus profonds respects à mes collègues Dr. BELKAID Assma, et Dr. BENACHENHOU Sidi Mohamed pour m'avoir octroyé une aide inestimable pour l'aboutissement de ce travail.

Une attention particulière s'adresse aux personnes formidables que j'ai eu la chance de rencontrer par le biais de l'ESM Tlemcen, mon espace professionnel ; MESLI Amel, BOUANANI Hakima, IZNASSNI Ali, et BESSOUH Nadera.

J'adresse toute mon affection, à toi mon cher époux Djamil pour toute ta compréhension et la patience dont tu m'as fait part. À ma tendre fille Nezha, et à mes deux petits anges Abdelwaheb et Sidi Mohamed. Merci de remplir ma vie de joie et d'amour.

Mes remerciements vont à ma mère, qui m'a toujours regardé avec fierté et confiance. A mon père, qui a su me donner des racines et aussi des ailes. A vous mes chers parents avec tout mon amour.

A vous mes frères et sœur, Riadh, Mehdi et Meriem , mes beaux frères et mes belles sœurs, Hocine, Karim, Mohammed, Samir, Fadela et Nihel, je vous remercie pour avoir toujours su trouver les mots justes pour m'encourager.

Mes remerciements les plus chaleureux à mes beaux-parents, avec une attention particulière à ma belle-mère pour toute sa tendresse.

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

Mon époux

Mes enfants

Mes parents

Mes beaux parents

Mes frères et sœur.

*L'ambition est comme un médicament, il faut en prendre la
dose prescrite, car elle peut être soit bénéfique soit nocive.*

(Marc Allegret)

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES	
LISTE DES TABLEAUX	
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR PATIENT FACE AU MEDICAMENT	12
SECTION I. ANALYSE DU PRODUIT MEDICAMENT	13
SECTION II. COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR DU MEDICAMENT	39
CHAPITRE II : ETAPES DU PROCESSUS DECISIONNEL POUR L'ACHAT D'UN MEDICAMENT	82
SECTION I. LES ETAPES DU PROCESSUS D'ACHAT	83
SECTION II. THEORIES DE LA DECISION DU CONSOMMATEUR	119
CHAPITRE III : LES FACTEURS ET ACTEURS INFLUENÇANT LE PROCESSUS DECISIONNEL DU PATIENT	141
SECTION I. LES PRINCIPAUX FACTEURS INFLUENÇANT LE PROCESSUS DE DECISION DU PATIENT	142
SECTION II. LES DIFFERENTS ACTEURS INFLUENÇANT LE PROCESSUS DE DECISION DU PATIENT	184
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE ET ETUDE EMPIRIQUE	206
SECTION I. CHAMPS DE RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL	206
SECTION II. CONFIRMATION DE LA RELATION ENTRE LES VARIABLES	243
CHAPITRE V : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	258
SECTION I. PRESENTATION DES DONNEES SUR L'ECHANTILLON	259
SECTION II. RESULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE	263
CONCLUSION GENERALE	297
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	
RESUME	

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau N°1 Les spécialités de prescription médicale obligatoire	26
Tableau N°2 Disciplines et études sur les Représentations du médicament	34
Tableau N°3 Exemples de comportements développés par l'acheteur ou le consommateur, en fonction du rôle assumé.....	44
Tableau N°4 L'achat et la consommation au regard de la prise de décision.....	45
Tableau N°5 Tableau récapitulatif des principales théories psychosociales.....	47
Tableau N°6 Etudes sur les conditions de collaboration entre médecins et patients.....	65
Tableau N°7 Les rôles identifiés des patients.....	67
Tableau N°8 Les approches sémiotiques des patients.....	72
Tableau N°9 Typologie consommateurs, résultats étude GERMS Paris V Mars 2008.....	74
Tableau N°10 Les grandes tendances de modélisation du comportement du consommateur.....	84
Tableau N°11 Etude économique de la demande de santé.....	99
Tableau N°12 Intensité de l'implication et comportement du consommateur.....	120
Tableau N°13 Les différents niveaux d'implication par rapport au médicament.....	121
Tableau N°14 Etudes de référence perception du risque et effet de marque.....	128
Tableau N°15 Cycle de vie familial et comportement d'achat.....	163
Tableau N°16 Modèles complémentaires au modèle de croyance en santé.....	177
Tableau N°17 Diversité des conceptions de la relation patient-médecin.....	192
Tableau N°18 Trois comportements de prescripteurs distincts selon les trois segments de médicaments.....	199
Tableau N°19 Echelle likert.....	228
Tableau N°20 Présentation des études incluses sur l'état de santé.....	232
Tableau N°21 Dimensions état de santé.....	233
Tableau N°22 Échelles de mesure de l'intention d'achat.....	234
Tableau N°23 Dimensions de l'expérience.....	235
Tableau N°24 Dimension du locus de contrôle de la santé externe.....	235
Tableau N°25 Échelles des déterminants de l'implication dans la recherche d'information pour les médicaments à PMO/PMF.....	237
Tableau N°26 Dimension risque perçu.....	239

Tableau N °27	Les dimensions de la confiance.....	240
Tableau N °28	Dimension fiabilité/ confiance.....	240
Tableau N° 29	Dimension transparence de l’information.....	241
Tableau N°30	Dimension Crédibilité des Acteurs.....	242
Tableau N°31	Trois grandes familles de méthodes.....	243
Tableau N°32	Genre des répondants.....	259
Tableau N°33	Fréquences d’âge des répondants.....	259
Tableau N°34	Profil académique des répondants.....	260
Tableau N°35	Revenu mensuel des répondants	261
Tableau N°36	Catégorie socioprofessionnelle des répondants.....	261
Tableau N°37	Assurance ; Type ; Couverture des répondants.....	262
Tableau N°38	Indice KMO et test de Bartlett « état de santé ».....	264
Tableau N°39	Matrice de corrélation inter-éléments.....	265
Tableau N°40	Indice KMO et test de Barlett « intention ».....	266
Tableau N°41	Indice KMO et test de Barlett « expérience».....	266
Tableau N°42	Indice KMO et test de Barlett « LCS externe».....	267
Tableau N°43	Indice KMO et test de Barlett « implication ».....	268
Tableau N°44	Indice KMO et test de Barlett « risque perçu ».....	269
Tableau N°45	Indice KMO et test de Barlett « confiance ».....	269
Tableau N°46	Résultats de l’étude.....	270
Tableau N°47	Qualité des représentations.....	272
Tableau N°48	Indice d’asymétrie (Skewness).....	273
Tableau N°49	Les indices d’aplatissement du variable.....	274
Tableau N°50	L’estimation de la contribution factorielle λ_i et l’erreur E du modèle structurel du variable état de sante.....	276
TableauN°51	L’estimation de la contribution factorielle λ_i et l’erreur E du modèle structurel du variable locus de contrôle.....	276
Tableau N°52	L’estimation de la contribution factorielle λ_i et l’erreur E du modèle structurel du variable intention.....	277
Tableau N°53	L’estimation de la contribution factorielle λ_i et l’erreur E du modèle structurel du variable expérience.....	277
Tableau N°54	L’estimation de la contribution factorielle λ_i et l’erreur E du modèle structurel du variable implication.....	278

Tableau N°55	L'estimation de la contribution factorielle β_i et l'erreur E du modèle structurel du variable risque perçu.....	278
Tableau N°56	L'estimation de la contribution factorielle β_i et l'erreur E du modèle structurel du variable prescripteurs.....	279
Tableau N°57	L'estimation de la contribution factorielle β_i et l'erreur E du modèle structurel du variable confiance.....	279
Tableau N°58	Les indices d'ajustements absolus.....	280
Tableau N°59	Les indices d'ajustements incrémentaux.....	281
Tableau N°60	Les indices d'ajustements parcimonieux.....	281
Tableau N°61	Les coefficients de corrélations.....	282
Tableau N°62	Les erreurs de mesure.....	283
Tableau N°63	Les équations du modèle.....	283
Tableau N°64	Récapitulatif des résultats.....	291

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

		Page
Figure N°1	Type de médicaments selon le mode de prescription et le mode de prise en charge...	21
Figure N°2	Les différents types de consommateurs.....	53
Figure N°3	Un registre de relations entre patients et professionnels de la santé.....	64
Figure N°4	Le système de valeur dans le champ de la consommation.....	70
Figure N°5	Le système de valeur dans le champ de la consommation.....	71
Figure N°6	Une typologie des consommateurs du médicament (implication/observance).....	73
Figure N°7	Le modèle NICOSIA (1966).....	86
Figure N°8	La théorie du comportement d'achat de Howard et Sheth (1969).....	87
Figure N°9	Schématisation du modèle d'Engel, Blackwell et Kollat.....	88
Figure N°10	Les différentes étapes du processus décisionnel en parallèle avec les étapes du processus psychologique.....	89
Figure N°11	Le modèle de Fishbein et Ajzen (1975) : la théorie du comportement raisonné.....	90
Figure N°12	Le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1991).....	91
Figure N°13	Le processus de recherche d'information.....	94
Figure N°14	Le modèle de croyance en santé appliqué à la recherche d'informations.....	103
Figure N°15	Pourcentage de la population française s'étant informé sur internet en 2014 en fonction de l'âge.....	110
Figure N°16	Le processus de décision du consommateur du médicament.....	118
Figure N°17	Les différents processus décisionnels en fonction de l'implication.....	122
Figure N°18	Exemple de produits placés sur la FCB grid.....	124
Figure N°19	Certitude /Incertitude ; degré.....	133
Figure N°20	Modèle élaboré des variables intervenantes dans le comportement du consommateur	142
Figure N°21	Analyse dyadique mère/fille de la nature des remèdes de grand-mères transmis.....	149
Figure N°22	Influence des groupes de référence (relativement faible(-), relativement forte(+)).....	155
Figure N°23	Rôles familiaux dans 25 processus de prise de décision.....	157
Figure N°24	L'état de santé comme un des éléments explicatifs de la consommation médicamenteuse.....	167
Figure N°25	Domaines de communication dans la relation médecin-malade (Rainer 2002).....	188

Figure N°26	Modèle conceptuel de recherche.....	219
Figure N°27	Modèle de mesure d'un construit latent réflexif.....	248
Figure N°28	Modèle de mesure d'un construit latent formatif.....	248
Figure N°29	Les variables explicatives du comportement d'achat d'un médicament à PMO/PMF.	285

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

		Page
Annexe N°1	Autres classification des médicaments.....	324
Annexe N°2	Classification des effets secondaires des médicaments.....	328
Annexe N°3	Phénomène de non-observance, modèles de solutions.....	328
Annexe N°4	Le tableau d'échantillonnage.....	331
Annexe N°5	Données sur l'échantillon.....	332
Annexe N°6	Questionnaire.....	335
Annexe N°7	Statistiques récapitulatives d'éléments et matrice de corrélation inter élément.....	340
Annexe N°7.1	Statistiques récapitulatives d'éléments « état de santé ».....	340
Annexe N°7.2	Matrice de corrélation inter éléments « intention d'achat ».....	340
Annexe N°7.3	Statistiques récapitulatives d'éléments « intention d'achat ».....	340
Annexe N°7.4	Matrice de corrélation inter éléments « expérience ».....	340
Annexe N°7.5	Statistiques récapitulatives d'éléments « expérience ».....	341
Annexe N°7.6	Matrice de corrélation inter éléments « LCS ».....	341
Annexe N°7.7	Statistiques récapitulatives d'éléments « LCS ».....	341
Annexe N°7.8	Matrice de corrélation inter éléments « Implication dans la recherche d'informations ».....	341
Annexe N°7.9	Statistiques récapitulatives d'éléments « Implication dans la recherche d'informations ».....	342
Annexe N°7.10	Matrice de corrélation inter éléments « Risque perçu ».....	342
Annexe N°7.11	Statistiques récapitulatives d'éléments « Risque perçu ».....	342
Annexe N°7.12	Statistiques récapitulatives d'éléments « Confiance ».....	342

INTRODUCTION GENERALE

Introduction Générale

Contexte de recherche

L'homme moderne proclame son droit à la santé dont le médicament est l'un des instruments. Il n'est en effet quasiment plus d'acte médical qui ne soit aujourd'hui accompagné de sa prescription. Ainsi, le médicament comme bien de consommation original, serait surtout caractérisé par sa valeur thérapeutique qui lui confère un rôle primordial dans toute politique sanitaire. De ce fait, alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proclamait la célèbre phrase « la santé pour tous en l'an 2000 » lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, un corollaire essentiel à cet idéal est sans doute « le médicament pour tous ». La disponibilité en médicaments est devenue essentielle pour toute société engagée sur les chemins du développement.

Le marché pharmaceutique mondial ne cesse de progresser malgré la tendance à la régulation des procédures de vulgarisation du médicament, et devrait rester ainsi orienté d'ici 2020 (QuintilesIMS, 2017)¹. En effet, les ventes mondiales ont augmenté de 7% en 2016 atteignant les 1 085 milliards de dollars. Et elles devraient croître de 4% à 7% par an en moyenne d'ici 2020, tirés par les Etats Unis en valeur et par les pays émergents en volume. La chine est devenue en 2016 le 2^{ème} marché mondial, derrière les Etats Unis grâce à sa consommation de médicaments génériques (Scilison S, 2017)².

En Algérie la consommation des médicaments a connu entre 2008 et 2016 une croissance annuelle moyenne qui avoisine les 9,3%³. Par ailleurs, aucune étude n'a démontré pour l'instant le taux de consommation des médicaments prescrits, cependant ce qui est à relever c'est que la plupart des médicaments à prescription obligatoire peuvent être obtenus sans faire l'objet de cette prescription, un phénomène qui prend de l'ampleur vu le non encadrement réglementaire dans ce domaine. C'est ce qui nous a amené à considérer ces produits comme des médicaments à prescription obligatoire ou facultative.

La recherche théorique dans le domaine aborde généralement les médicaments de façon générale. Quant aux médicaments à prescription ou ceux d'automédication ils sont approchés de façon distinctes, nous avons analysé ainsi un état de la recherche global dans le domaine du médicament.

¹ Selon l'étude du bureau d'analyse QuintilesIMS, Service d'informations et de soins de santé, avril 2017.

² S Scilison, Directeur de la stratégie chez QuintilesIMS 2017.

³ Président Union Nationale des Opérateurs en Pharmacie (UNOP), journées de l'industrie pharmaceutique en Algérie (JIPA 2017).

La couverture de la demande nationale de produits pharmaceutiques, surtout de médicaments, elle n'a pu être satisfaite que par le recours, parfois quasi exclusif aux importations. Un phénomène qui a poussé les autorités algériennes à promouvoir la production nationale à travers des politiques comme l'interdiction d'importation des médicaments produits localement, ainsi que l'instauration du tarif de référence qui va dans le sens de la promotion du produit générique notamment le produit local, ainsi la production nationale a pu passer en 2016 à un taux de couverture de 50% pour enregistrer une part de production locale qui est passée entre 2008 à 2016 de 25% à 47%. En valeur, elle a progressé de 473 millions de dollars à 1,8 milliard de dollars, pour un marché global qui a évolué sur la même période de 1,9 milliard à 3,8 milliards de dollars (JIPA, 2017)⁴. Une couverture nationale satisfaisante et prometteuse si l'on considère que l'objectif à atteindre dans les années proches à venir est de 70%.

Le comportement d'achat des médicaments du consommateur algérien (Oufriha F.Z, 1990⁵ ; Dumoulin J., Kaddar M., 1990⁶ ; Brahmia B, 2006⁷, Ziani F, Brahmia C, 2016⁸) est forcément régi par toutes ces variables tels que ; l'extension de l'offre publique et privée de soins, la généralisation de la couverture sociale, l'automédication, une croissance de la démographie médicale, une médicalisation croissante des problèmes de santé ainsi qu'à la transition sanitaire.

Par ailleurs, Le médicament étant défini comme un objet technique aux propriétés curatives, serait avant tout -au sens générique- un produit socialement complexe (Andréani et al., 2014)⁹. Il occupe une place centrale dans le champ de la santé contemporaine, et s'inscrit dans des « chaînes » multiples et enchevêtrées (Garnier, 2003)¹⁰, obéissant à des modalités de

⁴ Ce sont les chiffres annoncés, lors de l'ouverture des Journées de l'industrie pharmaceutique algérienne (JIPA 2017), par Abdelouahed Kerrar, président de l'Union nationale des opérateurs de la pharmacie (UNOP).

⁵ Oufriha F.Z : Etude des déterminants de la consommation des produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Les cahiers du CREAD n° 22, 2^{ème} trimestre, 1990.

⁶ Dumoulin J., Kaddar M. : le prix des médicaments dans certains pays d'Afrique : comparaison avec les prix français, revue sciences sociales et santé, volume 8, numéro 1, 1^{er} trimestre, 1990.

⁷ Brahmia B.: Le marché du médicament en Algérie et l'option du tarif de référence. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires ». Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006

⁸ Ziani F, Brahmia B *consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise*, Les cahiers du MECAS , N° 13/ Juin 2016

⁹ Andréani J C, Moulins JL , Conchon F, Fons C, Bœuf B, 2014, « Une approche protéiforme de la confiance des consommateurs : le cas des médicaments », Décisions Marketing, n°70, p.79-94

¹⁰ Garnier C. (2003), « La chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative », in Lévy J.-J., Maisonneuve D., Bilodeau H., Garnier C. (éds.), *Enjeux sociaux de la santé*, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 215-228.

régulation à la fois économiques, biomédicales, sociales et éthiques (Lévy., 1980)¹¹. Face à la complexité du sujet, qui met en scène des classes thérapeutiques, des types de médicaments, des types de patients et des types de contexte d'utilisation, de nombreux travaux menés dans différents champs d'études telle que la sociologie (Ajzen et Fishbein, 1977¹² ; Bagozzi et al., 2000¹³), ou l'anthropologie (Escots 2014)¹⁴, la médecine (Lamy, 2006¹⁵ ; Schonauer et Klar, 1999¹⁶) ou le marketing (Williams, James. R. and Paul J. Hensel 1995¹⁷; Sleath, B. et Y. C. Shih 2003¹⁸; MP Serre, D Wallet-Wodka, 2008¹⁹; A. Kessous I. Chalamon G. Paché, 2016²⁰), ont cherché à saisir les différentes influences telles qu'elles soient dont fait l'objet le médicament, tout au long de son parcours singulier, depuis sa conception jusqu'à sa consommation.

En outre, L'industrie pharmaceutique se trouve actuellement confrontée à d'énormes défis, liés à la sécurité des médicaments, à la propriété intellectuelle dans les marchés émergents et à l'image de l'industrie (Poli & Glass, 2009)²¹. Ainsi, cette industrie a dû faire face à des pressions énormes liées à l'environnement de changement que les soins de santé vivent (Jolly et al., 2005)²². Notamment, l'autonomisation des consommateurs (David, 2001)²³ qui est l'une des principales raisons de la transformation des soins de santé, nous

¹¹Levy S.J. (1980). *The symbolic analysis of companies, brands, and customers*, Albert Wesley Frey Lecture, Graduate School of Business, University of Pittsburgh, PA.

¹² Ajzen I. et Fishbein M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research, *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.

¹³ Bagozzi R., Wong N., Abe S. et Bergami M. (2000), Cultural and Situational Contingencies and the Theory of Reasoned Action: Application to Fast Food Restaurant Consumption, *Journal of Consumer Psychology* 9, 2, 97-106

¹⁴ Escots S. (2014), « Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes », *Psychotropes*, Vol. 20, n° 1-2, p. 51-78.

¹⁵ Lamy J.-B. (2006), *Vers un langage graphique de représentation des connaissances sur les médicaments*, Thèse de doctorat en Pharmacie, Université de Grenoble.

¹⁶ Schonauer M., Klar M. (1999), "The colors of relief. An empirical contribution to pharmaco-semiotics : semiotics and medicine", *Semiotic Inquiry*, Vol. 19, n° 1, p. 63-78.

¹⁷ Williams, James. R. and Paul J. Hensel (1995), "Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs," *Journal of Health Care Marketing*, 35-41.

Allard, J., D. Allaire, et al. (1997). "[The effect of family and social relations on the consumption of psychotropic drugs by the aged]." *Sante Ment Que* 22(1): 164-182.

¹⁸ Sleath, B. et Y. C. Shih (2003). "Sociological influences on antidepressant prescribing." *Soc Sci Med* 56(6): 1335-1344.

¹⁹ Serre MP, Wallet-Wodka D, Marketing des produits de santé, (2008), Dunod,

²⁰ A. Kessous I. Chalamon G. Paché, Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, revue management et avenir N°87, 5/2016

²¹ Poli, L. G., & Glass, H. E. (2009). "Pressure Points" on pharmaceutical industry executives: what lies ahead? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare*, 74-83

²²Jolly, A., Nicol, L., Water, J., & Wight, C. (2005). Drivers Affecting the Pharmaceutical Industry: How Much is Changing? *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 146-157.

²³ David, C. (2001). Marketing to the Consumer: Perspectives from the Pharmaceutical Industry. *Marketing Health Services*, 5-11.

sommes désormais face à un patient-acteur qui s'émancipe des modes de vie que le marché conçoit pour lui, et cherche à affirmer un haut niveau d'autonomie dans ses choix. Une transformation matérialisée par une éducation supérieure, l'accès à internet comme source d'information, et une amélioration du niveau de vie. De sorte qu'ils s'attendent à leur propre traitement médical, en considérant les soins de santé comme un droit et non comme un privilège tel qu'il était autrefois considéré. Bien évidemment un tel raisonnement ne s'applique pas à l'arsenal thérapeutique pour les pathologies lourdes engageant le pronostic vital ou la qualité de vie des patients. L'émergence du patient-acteur, se révèle être une source de nouveaux comportements dont il est inévitable de repenser l'étude.

Cadre théorique

La prise de décision du consommateur a été un sujet d'un grand intérêt pour les chercheurs.

L'étude du comportement du consommateur et plus précisément celle du processus de prise de décision joue un rôle incontournable dans toute démarche marketing (Kotler P, Keller KL, Dubois B, Manceau D, 2006)²⁴. Connaître les attitudes, les désirs, les motifs d'achat d'un consommateur, s'en servir pour influencer ses actes ou les anticiper reste le rêve de tout marketer. Cette étude qui ne touchait au début que le comportement vis-à-vis des produits de grande consommation s'est élargie pour traiter des domaines de consommation aussi divers et aussi complexes que la « consommation des médicaments ». En effet, le médicament a enregistré une transformation de rôle mentionnée par plusieurs auteurs (Baudrillard, 1979²⁵ ; Collin J, 1994a²⁶ ; Collin J, 1999b²⁷; Collin J, 1999c²⁸ ; Cathebras, 2003²⁹ ; Nye, 2003³⁰) qui a permis aussi d'aborder l'activité marketing en empruntant la perspective sociale.

En outre, ce qui différencie le médicament à prescription d'un bien de consommation ordinaire, est que le consommateur ne dispose pas de l'information ou de la connaissance

²⁴Kotler P, Keller KL, Dubois B, Manceau D, Marketing Management, Pearson Education, 2006

²⁵Baudrillard, J. (1979, La société de consommation: ses mythes, ses structures, Paris, Gallimard.

²⁶ Collin, J. (1994a), « De la pharmacie à la consommation de médicaments », *Interface*, 15, 6, 33-43.

²⁷ Collin, J. (1999b), « Entre discours et pratiques les médecins montréalais face à la thérapeutique, 1869-1890 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53,1, 61-93.

²⁸ Collin, J. (1999c), « La thérapeutique à Montréal à la fin du XIXe siècle: analyse d'un ordonnancier révélateur des pratiques de prescription des médecins » : 267-283, in Faure, O. (éds.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages*, Lyon, Collection Fondation Marcel Mérieux.

²⁹Cathebras, P. (2003), « Le docteur Knock habite à Wall Street.

Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique », *Revue de Médecine Interne*, 24, 8, 538-541.

³⁰Nye, R. A. (2003), « The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century », *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39, 2, 115-129.

nécessaire qui lui permette de faire un choix éclairé. Il est donc contraint de s'en remettre à un troisième acteur qui lui, possède la connaissance : le praticien (médecin ou pharmacien) ce qui rend le processus de prise de décision très spécifique. En effet, Dans le contexte de la relation médecin-malade, (Gafni A., Charles C. et Whelan T. 1998³¹ ; Dodier N. 2003³² ; Laude A. 2005 ; Batifoulier P. et Gadreau M.2006³³; Fainzang 2006³⁴), et au regard du savoir, la relation entre ces deux acteurs est inégale et asymétrique.

Ce savoir ainsi transmis se heurte parfois à un autre savoir, celui des malades. En effet, La notion de contrôle profane évoquée par la sociologie des professions et contestant le pouvoir de monopole du médecin a été récemment étendu à la prise en considération d'un véritable sens critique du patient, débouchant plus largement sur une condamnation du modèle paternaliste. Cette transformation majeure du colloque singulier consacrant l'autonomisation du patient lui donne un pouvoir de marché.

Les travaux montrent ainsi que des patients sont susceptibles d'intervenir sur les politiques de recherche d'informations (Rabeharisoa et Callon, 2002)³⁵, de mettre en cause le processus de prescription, de contester l'efficacité de certains médicaments, de s'immiscer dans l'établissement du diagnostic, et de prendre position sur la définition de la maladie et des formes de son traitement (Ehrenberg, 1999 ; Pignarre ; 1999 ; Dalgarrondo et Urfalino, 2000). La mise à disposition d'informations médicales sur internet concourt à renforcer leur pouvoir d'intervention en accroissant leur potentiel d'expertise (Akrich M, Méadel C., 2002)³⁶. Un contexte favorisant un consommateur de plus en plus exigeant et de mieux en mieux informé.

La compréhension des mécanismes qui sont impliqués dans le processus d'achat et de consommation est supposée permettre de décomposer et de faire ressortir les principaux facteurs qui peuvent avoir une influence sur le comportement du consommateur (Packard V.

³¹ Gafni A, Charles C, et Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect med treatment decision-making model". *Social Science and Medicine*, 1998, Aug. ; 47(3):347-354.

³² Dodier N. Leçons politiques de l'épidémie de Sida, 2003, Editions de l'EHESS.

³³ Batifoulier Philippe, Domin Jean-Paul, Gadreau Maryse, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue Française de Socio-Économie* 1/2008 (n° 1) , p. 27-46

³⁴ Sylvie Fainzang, Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 156 p. (bibliogr.) (coll. « Ethnologies-Controverses »)

³⁵ Rabeharisoa et Callon, L'engagement des associations des malades dans la recherche, *Revue internationale des sciences sociales*, 2002, n° 171.

³⁶ Akrich M, Méadel C, Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n° 1, mars 2002

1984³⁷ ; Friestad M., Wright P. 1995³⁸ ; Graby F.1997³⁹ ; Kapferer J.-N. 1978⁴⁰ ; Kapferer J.-N., 2008⁴¹).

Par ailleurs le processus décisionnel pour l'achat du médicament s'avère extrêmement impliquant. Il est porteur de beaucoup d'espoir mais également de beaucoup de risques tant physiologiques que psychologiques. Un médicament qui soigne est considéré comme normal, un médicament qui rend malade est jugé très négativement.

Les étapes et l'importance accordée à chaque niveau de ce processus décisionnel varient aussi selon un autre facteur qu'est le risque perçu (Bauer, 1960)⁴². Le risque, d'un point de vue marketing est basé sur la perception de l'individu face à la situation, la nature et les conséquences qui peuvent être négatives. Le risque est une étape du processus d'achat, mais aussi une variable qui affecte la suite du processus de décision (Volle, 1995). En général, le risque perçu a été considéré comme un facteur influençant les premières étapes du processus de décision d'achat des consommateurs (par exemple, Cox, 1967⁴³, Murray, 1991⁴⁴, Dowling et Staelin, 1994⁴⁵, Zeithaml et Bitner, 2003⁴⁶).

Ainsi, bien qu'ayant à la base une formation purement pharmacologique, le pharmacien faisant parti du personnel prescripteur ne peut négliger son côté manager (Sitkin, Pablo, 1992 ; Pras, Summers, 1978 ; Baird, Thomas, 1985 ; Mitchell, Boustani, 1993), conseiller par rapport au produit qu'il met à la disposition de ses clients prospects « les patient ». Il doit malgré lui gérer (Volle 1995)⁴⁷, des situations purement managériales ou

³⁷ Packard V. (1984), *La persuasion clandestine*, Calmann-Lévy, Paris.

³⁸ Friestad M., Wright P. (1995), « Persuasion Knowledge : Lay People's and Researchers' Beliefs about the Psychology of Advertising », *Journal of Consumer Research*, 22, 1, June, p. 62-74

³⁹ Graby F. (1997), « Consumérisme », *Encyclopédie de Gestion*, Simon Y. et Joffre P. (éd), 2e édition, Economica, Paris, p. 651-666.

⁴⁰ Kapferer J.-N. (1978), *Les chemins de la persuasion, le mode d'influence des médias et de la publicité sur les comportements*, Gauthier-Villars, Paris.)

⁴¹ Kapferer, J. (2008). *The new strategic brand management. Philadelphia: Kogan Page.*

⁴² Bauer. RA (1960), *Consumer Behavior as Risk Taking, Dynamic Marketing for a Changing World*, *American Marketing Association*, R. S Hancock ed., 389-398.

⁴³ Cox, Donald F. (1967), *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior*, Boston, MA: Harvard University.

⁴⁴ Murray, K. B. (1991), "A Test of Service Marketing Theory: Consumer Information Acquisition Activities," *Journal of Marketing*, 55(January), 10-25.

⁴⁵ Dowling, Grahame R. and Richard Staelin (1994), "A Model of Perceived Risk and Intended Risk-Handling Activity," *Journal of Consumer Research*, 21, 119-134.

⁴⁶ Zeithaml, Valarie. A. and Mary Jo Bitner (2003), *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, New York: McGraw-Hill.

⁴⁷ Volle. Pierre (1995), *Le concept de risque perçu en psychologie du consommateur : Antécédents et statut théorique*, *Recherche et Applications en Marketing*, Mars, 10, p. 39-56.

marketing telle que la gestion du risque perçu (Cunningham,1967⁴⁸, Jacoby et Kaplan, 1972⁴⁹ ; Jacoby, 1974⁵⁰) par les patient face au médicament.

La présence des prescripteurs (médecins-pharmaciens) comme intermédiaires dans ce processus de prise de décision est l'une des principales variables qui font la spécificité de ce dernier car la particularité du médicament comme produit fait que le patient ignore en détail les effets de la substance qu'il absorbe. Il est seulement convaincu de l'obligation de son administration. D'où la nécessaire intermédiation de l'expert, le médecin ou le pharmacien comme-prescripteur⁵¹. D'où aussi l'importance de la confiance comme dimension définissant la relation patient médicament et patient prescripteur, en effet, des travaux récents (Luhmann 2001⁵² ; Noteboom 2001⁵³ ; Quere 2001⁵⁴), estiment que la confiance est un choix de mode de relation et de délégation à quelqu'un ou à quelque-chose (volonté de compter sur le partenaire), ils ont montré que la facette loyauté s'exprimait vis-à-vis des partenaires du médicament (les médecins, les pharmaciens, les autorités de santé) et non vis-à-vis des consommateurs (les médicaments de prescription ne peuvent pas s'adresser directement au consommateur).

Ainsi, le modèle économique habituel selon lequel consommer, c'est décider, payer et user ne s'applique que très partiellement dans le secteur des produits de santé. Dans le domaine des médicaments notamment à prescription obligatoire, le consommateur fait délégation de sa rationalité de décision au prescripteur. Quand on se situe dans le secteur de la santé, la définition du consommateur devient difficile. De qui pourrait-on parler. Du consommateur final, c'est-à-dire le patient qui utilise le traitement ou bien le médecin qui prescrit ce traitement ou bien encore la caisse d'assurance-maladie qui paie pour le traitement.

Par ailleurs, La façon dont les consommateurs se comportent, comment ils achètent des biens et services peut être influencée par différents facteurs. Les individus et les groupes

⁴⁸ Cunningham. SM, (1967). *The major dimensions of perceived risk*. In: Cox, D. F. (Ed.), *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior*. Harvard University, Boston.

⁴⁹ Jacoby, Jacob and Leon B. Kaplan (1972), "The Components of Perceived Risk," *Advances in Consumer Research*, 382-393.

⁵⁰ Jacoby, Jacob, Robert W. Chestnut, and William A. Fisher (1978), "A Behavioral Process Approach to Information Acquisition in Nondurable Purchasing," *Journal of Marketing Research*, 15, 532-544.

⁵¹ Parel Véronique, « L'imprécise figure du consommateur de médicaments », *Mouvements* 2/2004 n° 32, p17-19

⁵² Luhmann, N. (2001), « Confiance et familiarité - Problèmes et alternatives », *Réseaux*, p. 15 à 35 no 108 2001/4

⁵³ Noteboom (2001), « How to combine calculative and non-calculative trust », *Paper for the symposium Trust and Trouble in Organisations*, Erasmus University Rotterdam, 4-5 May.

⁵⁴ Quere (2006), « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux* p. 125 à 152

ne suivent pas tous les mêmes comportements et les organisations doivent tenir compte des facteurs culturels, sociaux, personnels et même psychologiques lorsqu'ils étudient le comportement des consommateurs. (Kotler et al., 2005).

En effet la compréhension des facteurs qui influencent le comportement du consommateur en général et la prise de décision plus précisément représente un axe essentiel afin de pouvoir cerner tout consommateur quelque soit son comportement et le produit qu'il va éventuellement acquérir. Ces facteurs peuvent influencer les actions du consommateur à n'importe quelle étape du processus d'achat, et peuvent en conséquence raccourcir, allonger ou mettre fin au processus d'achat⁵⁵.

Problématique de la recherche

La compréhension du comportement du consommateur constitue la base du marketing. C'est l'élément essentiel de la mise en place d'une politique marketing adaptée, répondant aux attentes des parties prenantes. Dans toutes les industries, les biens et services offerts reflètent théoriquement les besoins, les désirs et les préférences des individus. Quand on parle de santé, il est toujours délicat de faire appel à cette notion de consommateur.

La santé se consomme-t-elle réellement ? Est-on consommateur de médicaments ? Où commence le consommateur et où s'arrête le patient ? A quel point le processus de prise de décision pour l'achat d'un médicament est-il différent du processus classique et quels sont les éléments qui font sa spécificité ? Comment le patient organise et construit-il ses préférences ? Comment oriente-t-il son choix ? Quels sont les facteurs générateurs de l'achat ?

Autant de questions qui méritent des réponses, des questions que nous allons résumer en une seule qui sera la suivante ; **quels sont les éléments clés susceptibles d'influencer la décision d'achat du consommateur pour les médicaments à prescription obligatoire ou facultative ?**

Pour répondre à notre problématique nous avons formulé les hypothèses suivantes, la validation de ces hypothèses dépendra naturellement de l'analyse qui se fera par la suite ainsi qu'une enquête sur un échantillon de consommateurs algériens.

⁵⁵ Aaker, David (1982). Strategic Marketing Management, John Willey & sons. Inc, New York.

Hypothèse principale : l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative est influencé par plusieurs facteurs chacun à des degrés différents ;

H1. L'état de santé est une variable prédictive au recours à un médicament à prescription obligatoire ou facultative ;

H2. L'état de santé comme étape initiale pour l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative est lié au locus de contrôle de la santé externe ;

H3. L'expérience antérieure augmente l'intention d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative ;

H4. Un niveau élevé d'implication dans l'achat des médicaments à PMO/PMF augmente le volume de recherche d'information et donc l'intention d'achat

H5. Il existe un risque perçu envers le médicament qui impacte l'intention d'achat d'un à médicament à PMO/PMF ;

H6. Les acteurs du processus décisionnel (médecin, pharmacien) influent sur la confiance qui représente un facteur non négligeable sur la décision d'achat d'un médicament à prescription facultative ou obligatoire.

Les hypothèses que nous avons formulées apportent des réponses provisoires et non univoques aux questions de recherche présentées auparavant. La validation de ces hypothèses dépendra naturellement de l'analyse qui se fera par la suite ainsi qu'à l'étude empirique.

Structure du travail de recherche

Cette thèse comporte deux parties. La première partie présente la revue bibliographique et débouche sur la formulation des hypothèses de recherche qui vont orienter notre travail empirique. Elle est composée de trois chapitres.

Le chapitre 1 a pour objectif d'expliquer les choix théoriques qui constituent la base de notre problématique de recherche et qui ont guidé nos recherches. Notre principale préoccupation dans ce chapitre est de comprendre et de définir le comportement du consommateur des médicaments que nous appellerons le consommateur patient, précédé par une présentation de notre produit « le médicament à PMO/PMF » ;

Dans le deuxième chapitre nous situons le processus décisionnel des consommateurs, Nous analysons en premier temps le concept de prise de décision à travers les différentes approches théoriques qui nous permettent de garder les points essentiels pour

la suite de notre recherche. Nous aborderons ensuite l'importance des concepts comme l'implication, le risque perçu ou la confiance dans le processus de prise de décision. Nous focaliserons aussi sur le processus décisionnel des consommateurs dans le domaine de la santé.

Dans le chapitre 3, nous abordons un état de la recherche des principales études sur les facteurs qui peuvent avoir une influence sur la décision d'achat des médicaments, ensuite nous présenterons les principaux acteurs pouvant avoir un rôle dans ce processus décisionnel concernant les médicaments.

La deuxième partie de la thèse décrit la méthodologie adoptée pour tester les hypothèses proposées ainsi que les analyses des données recueillies, et expose les résultats des différentes études menées. Elle est structurée en deux chapitres.

Le premier chapitre (chapitre 4) présente l'étude exploratoire que nous avons menée à travers une analyse factorielle par équations structurelles et dont l'objectif était entre autre d'examiner les facteurs qui pouvaient avoir une influence ou un impact menant ou non à l'achat d'un médicament.

Le deuxième chapitre (chapitre 5) présentera les principaux résultats recueillis à travers notre étude en procédant dans un premier temps par une présentation des données ensuite des résultats de l'analyse factorielle afin de mener à une synthèse qui démontrera les hypothèses qui ont pu être affirmées ou infirmées enfin nous effectuerons une analyse et discussion de ces principaux résultats.

Pour finir, une conclusion générale inclut une discussion sur nos résultats, les contributions, les limites et les voies de recherche possibles de notre travail.

CHAPITRE I

COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR PATIENT FACE AU MEDICAMENT

Introduction

Les anthropologues nous ont appris que pour que le médicament, souvent confondu avec son principe actif, effectue le travail qui est attendu de lui, il faut qu'un certain nombre de conditions soient réunies et qu'un certain nombre d'acteurs se conforment plus ou moins à un programme d'action. Ces étapes ne doivent pas être tenues pour des détails que l'analyse mettrait entre parenthèse ; bien au contraire Akrich, M (1996)¹, c'est dans ce parcours social du médicament que se constitue en partie la relation thérapeutique et que s'élabore petit à petit la signification de l'expérience vécue par le patient. Les médicaments représentent, l'un des dispositifs par lesquels les individus qualifient leurs états, éprouvent leurs symptômes, construisent une interprétation de leur souffrance et distribuent des effets et des causes. L'objet médicament disparaît comme objet, il devient impossible à analyser si on ne l'aborde pas comme une multiplicité de sens, de représentations, d'enjeux et d'acteurs sociaux. En dehors de cette multiplicité, l'objet devient fétichisé comme un mime de la médication contre la médecine.

Par ailleurs, la compréhension du comportement du consommateur constitue la base du marketing. Ces études ne s'arrêtent pas à la simple identification des facteurs d'influence sur le comportement d'achat des consommateurs. Il s'agit également de mettre à jour la description et les tendances de ce consommateur.

Ainsi au niveau de ce chapitre nous essayerons de définir dans un premier temps notre produit « le médicament » sous ses différents aspects avant de passer au consommateur des médicaments. Car cette analyse est un préalable essentiel à la compréhension du processus décisionnel du consommateur des médicaments.

¹ Akrich M. (1996), « Le médicament comme objet technique », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, p. 135-158.

SECTION I. Analyse du produit médicament

Le médicament peut être perçu comme un objet aux dimensions plurielles et un phénomène complexe dont la compréhension requiert la collaboration de nombreuses disciplines scientifiques (Giroux C, 2007)². Les médicaments sont de très loin la catégorie de produits de santé qui subit les plus fortes contraintes juridiques dans sa mise sur le marché et sa commercialisation, conditionnant largement les approches marketing dans les entreprises . La notion de médicament est le pivot par rapport auquel vont se définir les autres produits de santé³. Etudier le processus de prise de décision d'un produit aussi atypique que le médicament mériterait qu'on le définisse avant tout et ce sous ses divers aspects.

En effet, Il existe plusieurs types de médicaments qui peuvent être regroupés selon différents critères : les pathologies qu'ils sont sensés prévenir ou traiter, leur statut en matière de protection des Droits de Propriété Intellectuelle DPI (médicaments novateurs encore sous brevet, médicaments princeps ou génériques), le mode de prise en charge par la sécurité sociale (médicaments remboursables ou non), leur mode d'acquisition (prescription obligatoire du médecin ou en libre consommation), leur mode de consommation (administrables par voie orale, par injection ou d'autres voies), leur niveau d'innovation, etc.

Dans le cadre de cette thèse nous nous intéresserons principalement aux médicaments à prescription obligatoire, voire facultative. Les médicaments à PMF sont classés comme produits d'automédication c'est-à-dire qu'ils peuvent être obtenus sans prescription mais sont pour autant remboursables. En Algérie, la plupart des médicaments classés à prescription obligatoire peuvent être obtenus sans prescription c'est ce qui nous a amené à étiqueter ces produits comme médicaments « à PMO/PMF ». Des médicaments, qui sont destinés à traiter des pathologies chroniques de prévalence (HTA, Diabète, Asthme, etc) ou représentant des classes thérapeutiques de large consommation par la population algérienne (Antibiotique, gastro-entérite, anti inflammatoires, etc).

1.1. Définition du médicament

Le médicament constitue un des symboles de la médecine, le médiateur indispensable du pouvoir médical, le témoin de son efficacité et de sa force, la preuve palpable que la médecine peut apporter une réponse aux souffrances vécues par l'individu. » (Reynaud et

² C Giroux, La Contribution Synergique des Pratiques de Publicité Pharmaceutique à la Transformation du Rôle Contemporain du Médicament, Revue Internationale sur le médicament, Vol.1, 2007.

³ M.P. Serre, D. Wallet –Wodka, Marketing des produits de santé, Dunod, 2008.

Coudert, 1987, p. 58)⁴. Objet matériel et concret, il se révèle être un objet saturé de sens et ambivalent (Desclaux et Lévy, 2003⁵; Garnier, Lévy et Saives, 2006⁶) agissant au sein de situations complexes où il remplit des rôles divers (Garnier, 2006)⁷. C'est une source de pouvoir pour ceux qui le manipulent. Il incarne certes la puissance médicale, mais c'est aussi un des principaux motifs poussant les gens à demander l'aide de la médecine⁸ (Van der Geest et Whyte, 1991, p. 346)⁹.

Il demeure cependant ardu d'en formuler une définition ferme. Désignés en anglais comme *drug* ou *medication* ou *médicines*, les médicaments peuvent aussi être présentés sous les vocables de *drogues* ou de *remèdes*. Les définitions légales du médicament semblent inappropriées pour l'analyse projetée. Elles sont propres à chaque pays, et répondent à des objectifs juridiques et administratifs dont l'adéquation avec les pratiques culturelles ou les réalités sociales se révèle difficile à évaluer¹⁰.

Le médicament fait partie de l'arsenal thérapeutique qui contribue à l'amélioration de l'état de santé d'une population (Grabowski.2002, Lehman.2003). En ce sens, le médicament occupe une place centrale dans notre système de santé. Il a en particulier contribué de façon spectaculaire à l'élévation de l'espérance de vie. Mais le médicament est également un bien industriel, produit par des établissements hautement spécialisés, pour lesquels des enjeux industriels viennent s'ajouter à ceux de santé publique.

1.2. Les frontières du médicament

Les frontières du médicament sont floues. Ce dernier peut être décliné en plusieurs catégories. Même si tout médicament peut faire l'objet d'une ordonnance médicale, le médicament d'ordonnance est une création récente¹¹ (Collin, 1994)¹², apparue après le médicament breveté qui a connu à la fin du XII^{ème} siècle une popularité remarquable

⁴ Reynaud, M., et Coudert, A.-J. (1987), *Essai sur l'art thérapeutique: du bon usage des psychotropes*. Paris, Synapse Frison-Roche.

⁵ Desclaux, A., et Lévy, J.-J. (2003), « Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 5-21.

⁶Garnier, C., Lévy, J., et Saives, A.-L. (2006), « La politique du médicament et les discours générés », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 2, 2, 53.

⁷ Garnier, C. (2006), « Introduction à la notion de « chaîne des médicaments », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 2, 2, 7-8.

⁸ Van der Geest et Whyte, « A clinic without medicines is, one could say, like a bar without beer » 1991, p. 346

⁹ Van der Geest, S., Whyte, S. R., et Hardon, A. (1996). « The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.

¹⁰ C Giroux, La Contribution Synergique des Pratiques de Publicité Pharmaceutique à la Transformation du Role Contemporain du Médicament, *Revue Internationale sur le médicament*, Vol.1, 2007.

¹¹ « Plus de 90% des médicaments prescrits en 1966 n'existaient pas encore en 1945. » (Collin, 1995, p. 55).

¹² Collin, J. (1994), « De la pharmacie à la consommation de médicaments », *Interface*, 15, 6, 33-43.

(Berman, 1981¹³; Collin et Béliveau, 1994¹⁴; Goodrum et Dalrymple, 1990¹⁵; Johnston, 2000¹⁶; Lears, 1984¹⁷; Marchand, 1985¹⁸; Norris, 1990¹⁹), remèdes à patente ou remèdes secrets (Collin et Béliveau, 1994; Faure, 1998). Les désignations de médicament de vente libre, médicament sans ordonnance ou médicament de vente au comptoir (appelés en anglais Over the counter-OTC) (Collin, 1995) demeurent à notre époque apposées aux produits pharmaceutiques que le public peut acheter sans devoir obtenir l'autorisation d'un prescripteur. Le langage populaire utilise aussi des expressions comme médicament naturel (Cook et al. 2002), produit naturel ou supplément alimentaire pour désigner des produits dont les bénéfices vantés – maintenir ou améliorer la santé ou la performance – sont ceux attribués à un médicament.

Par ailleurs, le portrait complexe du médicament demeure changeant. Les produits nutraceutiques²⁰ (Gosslau et Chen, 2004²¹; Head et Zicker, 2004²²) (Palou *et al.*, 2004²³), aliments vendus et consommés pour leurs vertus thérapeutiques préventives ou curatives, et la pharmacogénomique (Kirchheiner *et al.*, 2003²⁴; Mancama *et al.*, 2003²⁵; Sullivan, 2004²⁶), qui devrait permettre la personnalisation du médicament aux caractéristiques individuelles,

¹³ Berman, R. (1981), *Advertising and Social Change*. Beverly Hills, Sage Publications.

¹⁴ Collin, J., et Béliveau, D. (1994), *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal, Musée de la pharmacie du Québec.

¹⁵ Goodrum, C. A., et Dalrymple, H. (1990), *Advertising in America: The First 200 Years*, New York, Harry N. Abrams.

¹⁶ Johnston, R. T. (2000), *Selling Themselves: The Emergence of Canadian Advertising*, Toronto, University of Toronto Press.

¹⁷ Lears, T. J. (1984), « Some Versions of Fantasy: Toward a Cultural History of American Advertising 1880-1930 », *Prospects*, 9, 349-405.

¹⁸ Marchand, R. (1985), *Advertising the American Dream: Making Way for Modernity, 1920-194*, Berkeley, University of California Press.

¹⁹ Marchand, R. (1985), *Advertising the American Dream: Making Way for Modernity, 1920-194*, Berkeley, University of California Press.

²⁰ Appelé aussi alicament, c'est un Produit fabriqué à partir de substances alimentaires, mais rendu disponible sous forme de comprimé, de poudre, de potion ou d'autre formes médicinales habituellement non associées à des aliments, et qui s'est avéré avoir un effet physiologique bénéfique ou protecteur contre les maladies chroniques.

²¹ Gosslau, A., et Chen, K. Y. (2004), « Nutraceuticals, Apoptosis, and Disease Prevention », *Nutrition*, 20, 1, 95-102.

²² Head, E., et Zicker, S. C. (2004), « Nutraceuticals, Aging, and Cognitive Dysfunction », *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 34, 1, 217-228.

²³ Palou, A., Pico, C., et Bonet, M. L. (2004), « Food Safety and Functional Foods in the European Union: Obesity as a Paradigmatic Example for Novel Food Development », *Nutrition Reviews*, 62, supplément 1, 169-181.

²⁴ Kirchheiner, J., Bertilsson, L., Bruus, H., Wolff, A., Roots, I., et Bauer, M. (2003), « Individualized Medicine - Implementation of Pharmacogenetic Diagnostics in Antidepressant Drug Treatment of Major Depressive Disorders », *Pharmacopsychiatry*, 36, Suppl 3, 235-243

²⁵ Mancama, D., Arranz, M. J., et Kerwin, R. W. (2003), « Pharmacogenomics of Psychiatric Drug Treatment », *Current Opinion in Molecular Therapeutics*, 5, 6, 642-649.

²⁶ Sullivan, C. G. (2004), « How Personalized Medicine is Changing the Rules of Drug Life Exclusivity », *Pharmacogenomics*, 5, 4, 429-432.

illustrent le défi que pose au chercheur toute tentative de formuler une description universelle du médicament.

Ainsi, La législation sur les brevets, le type de prescriptions et le mode de prise en charge par l'assurance-maladie constituent autant de critères qui segmentent le marché des médicaments²⁷ en trois ; les éthiques, les génériques ainsi que les produits d'automédication (OTC).

Il s'agit de trois produits différents, répondant à des contraintes différentes et des stratégies différentes, d'où l'importance de bien spécifier les catégories de médicaments consommés par le patient. Les éthiques –sur lesquels on base notre étude- représentent la part la plus importante (78%)²⁸, le moteur du marché pharmaceutique mondial. En effet, le taux de profit est y beaucoup plus élevé ; par exemple, Novartis, qui a un segment « Éthiques » et un autre comprenant des génériques et des OTC, réalise un taux de profit de 29% pour les éthiques et de 15% pour le second segment²⁹.

1.3. Le médicament selon les différentes réglementations

1.3.1. Selon l'OMS

« Toute substance entrant dans la composition d'un produit pharmaceutique et destinée à modifier ou à explorer un système physiologique ou un état pathologique dans l'intérêt de la personne qui le reçoit »³⁰.

1.3.2. Selon la directive européenne

La définition européenne du médicament est précisée dans la dans la Directive 2001/83/CE du 6 novembre 2001 modifiée par la Directive 2004/27/CE du 31 mars 2004 :

²⁷ Nous avons analysés tous ces aspects et caractéristiques du médicament à travers notre thèse de magister ; Marketing pharmaceutique (le rôle des délégués médicaux dans la promotion des produits pharmaceutiques en Algérie), Université Abou Bakr Belkaid, 2009-2010.

²⁸La branche pharmaceutique face à ses mutations, adaptées de, cabinet de conseil Arthur D. Little à l'IMS : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

²⁹Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques ; http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

³⁰ L'organisation mondiale de la santé OMS; <http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dicament>

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »

1.3.2. Selon la loi algérienne

L'article 170 de la loi n°13-08 algérienne du 20 juillet 2008 stipule ;

« On entend par médicament, au sens de la présente loi : Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, et tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger et modifier ses fonctions organiques »³¹.

1.4. Les différentes classifications des médicaments

1.4.1. Classification des médicaments utilisés en pharmacie

1.4.1.1. Médicaments magistraux

Il s'agit de médicaments destinés à un seul malade, dont la composition est indiquée par le médecin et qui sont préparés extemporanément³² par le pharmacien. Cette forme est tombée aujourd'hui en quasi-désuétude³³. En Algérie, au sens de la présente loi, on entend par : préparation magistrale tout médicament préparé extemporanément en officine pharmaceutique en exécution d'une prescription médicale.

1.4.1.2. Médicaments officinaux

Définis par l'article 310 : « Tout médicament préparé en officine pharmaceutique, sous le contrôle direct du pharmacien, selon les indications de la pharmacopée nationale et destiné à être distribué directement aux patients »³⁴. Ces médicaments peuvent être préparés par le pharmacien dans son officine ou par l'industrie pharmaceutique (dans ce dernier cas,

³¹ Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire ; art 170 loi n°13-8 du 20 juillet 2008.

³² Terme utilisé en pharmacie pour décrire principalement des préparations qui doivent être conçues juste avant d'être appliquée ou avalée.

³³ Jacques Dangoumau .Université Victor Segalen- Bordeaux 2.PHARMACOLOGIE GENERALE. 6eme Edition. http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/documents/enseignements/poly_pharmacologie_generale.pdf

³⁴<http://www.santemaghreb.com/algerie/loisanit6.htm>

ils sont vendus par le pharmacien sous son étiquette et prennent le nom de produits officinaux divisés : POD).

1.4.1.3. Préparations hospitalières

Définies par l'article 310 : « Tout médicament préparé sur prescription médicale et selon les indications de la pharmacopée nationale en raison de l'absence de spécialités pharmaceutiques ou de médicaments génériques disponibles ou adaptés, dans la pharmacie d'un établissement de santé et destiné à y être dispensé à un ou plusieurs patients ».

1.4.1.4. Spécialités pharmaceutiques

Elles constituent l'essentiel de ventes de médicaments en officine. Définies par l'article 311 : « tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale ».

1.4.2. Classification des médicaments selon le but curatif

Cette classification est définie comme une classification selon la finalité du produit. Les médicaments dont on dispose aujourd'hui possèdent diverses finalités, ce qui permet de distinguer parmi eux quatre grandes classes :

1.4.2.1. Les médicaments utilisés à titre préventif

Ils sont administrés au sujet sain, en vue de le protéger contre une maladie future (vaccins antimicrobiens et antiviraux), ou de modifier temporairement un processus physiologique (anticonceptionnels)³⁵.

1.4.2.2. Les médicaments qui permettent un traitement substitutif

Ils pallient à une carence de l'organisme, qui peut être :

- Soit d'origine exogène (alimentaire) : vitamines ou facteurs vitaminiques ;
- Soit d'origine endogène le déficit peut être définitif (insuffisance de la production d'insuline chez les diabétiques, d'œstrogènes chez la femme ménopausée) ou provisoire (insuffisance de la production de progestérone au cours de la gestation, avitaminose K du nouveau-né, déperdition hydrique par hémorragies ou diarrhée).

³⁵ P.Lechat. Pharmacologie médicale.3eme Edition MASSON 1978 .page 6 ,7

Dans tous les cas, le médicament va remplacer, directement ou indirectement, provisoirement ou indéfiniment, un constituant naturel de l'organisme dont le défaut total ou partiel est responsable de la maladie.

1.4.2.3. Les médicaments qui suppriment la cause de la maladie

Ceux-là représentent les vrais médicaments, puisqu'en s'attaquant à la cause même de l'état pathologique, ils permettent d'obtenir la guérison du malade. Ce traitement Causal est encore limité aux maladies infectieuses, bactériennes et parasitaires. Les substances actives entraînent soit la mort de l'agent responsable (agent bactéricides), soit le ralentissement suffisant de sa multiplication (agents bactériostatiques) pour que les défenses naturelles puissent détruire les germes survivants. L'ensemble des médicaments de cette classe représente la chimiothérapie anti-infectieuse.

1.4.2.4. Les médicaments qui permettent de corriger les symptômes d'un état pathologique

Ils sont administrés pour atténuer les troubles qui résultent de l'état pathologique sans qu'ils s'attaquent à la cause même de celui-ci. Dans certains cas, c'est seulement la douleur qu'ils diminuent ; dans d'autres, ils stimulent ou inhibent un organe ou un système dont le fonctionnement est respectivement déficient ou exagéré (ils accélèrent ou ralentissent le cœur, le péristaltisme intestinal, etc.).

Il s'agit en général de substances chimiques étrangères à l'organisme, dont l'effet ne dure qu'a la condition qu'elles y demeurent à concentration suffisante, et dont il faut continuer l'administration aussi longtemps que la cause même de la maladie n'est pas éliminée.

1.4.3. Les classifications utilisées en médecine

- Classement par dénomination commune internationale (DCI), un médicament est classé selon son (ou ses) principes actifs. ce type de classification permet de retrouver un médicament dans n'importe quel pays du monde et quel que soit le nom de marque qu'il porte. La DCI a servi de base pour de nombreux médicaments génériques.

- Classement par action thérapeutique. on appelle cela les "Familles pharmacothérapeutiques". Par exemple les neuroleptiques³⁶, les anxiolytiques, les hypnotiques, etc. qui sont classés dans la spécialité "Psychiatrie".

1.4.4. Classification selon les modes d'achats

Il existe aussi d'autres façons de classer les médicaments selon leur mode d'achat :

- Les médicaments "éthiques" qui sont vendus en pharmacie uniquement sur présentation de l'ordonnance du médecin, ils sont également remboursables par la sécurité sociale.
- Les médicaments Over the counter (OTC), par-dessus le comptoir, vendu directement sans qu'une ordonnance du médecin soit nécessaire. Ces médicaments OTC sont également souvent appelés "médicaments d'automédication". Les médicaments en automédication comprennent d'une part les médicaments OTC, mais aussi les médicaments contenus dans la pharmacie familiale. Cette dernière étant souvent le réceptacle des médicaments prescrits non utilisés, elle peut être très dangereuse si elle est mal utilisée. Ces produits sont en règle générale non remboursables.

1.4.5. Classification selon le brevet

- Les médicaments appelés, « princeps » ou « originaux », ou aussi de marque parce qu'ils bénéficient d'un brevet.
- Le médicament générique, médicament vendu moins cher parce qu'il a été produit après expiration du brevet du produit de marque ou parce qu'il ne bénéficie pas d'un brevet.

1.4.6. Classification VEN

Cette classification se définit sous les axes : Vital, essentiel, non essentiel ;

- Les médicaments vitaux sont ceux qui peuvent sauver des vies, ceux dont le traitement ne doit pas être arrêté, ou ceux qui font partie de la sélection de base des services de santé.
- Les médicaments essentiels, tels que définis par l'OMS, sont ceux qui satisfont aux besoins de santé de la majorité de la population. Ils doivent être disponibles à tout moment dans des quantités adéquates et dans des formulations appropriées, à un prix abordable pour les individus et pour la communauté. Ils sont efficaces contre des formes de maladies moins graves mais néanmoins répandues.

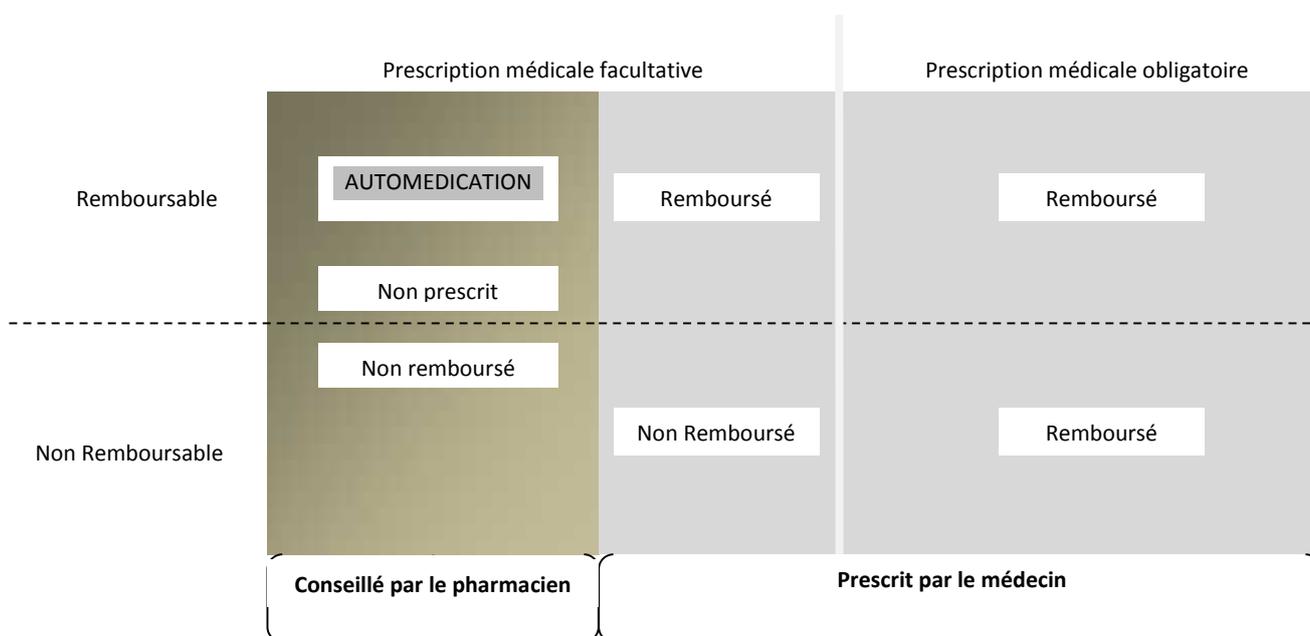
³⁶ Neuroleptique : Se dit des substances qui exercent une action sédatrice sur le système nerveux.

- Quant aux médicaments non –essentiels, ils sont utilisés pour des maladies bénignes ou sont d’une efficacité douteuse ou d’un coût élevé pour des avantages thérapeutiques marginaux (Duoulin, Jaddar et Velasquez, 2001).

Cette classification susmentionnée ne permet pas de couvrir de façon satisfaisante l’ensemble des médicaments. On a donc recours à d’autres systèmes ou la classification d’un médicament informe sur sa nature chimique, ses actions pharmacologiques et ses indications pharmaco thérapeutiques (voir Annexe 1). Cette multiplicité des classifications du médicament démontre notamment la complexité du produit.

La figure suivante résume les différentes catégories de médicaments :

Figure 1. Type de médicaments selon le mode de prescription et le mode de prise en charge



Source : D Nalbantoglu, Validation du modèle d’Ajzen appliqué au comportement de consommation de médicaments d’automédication. Thèse de Doctorat en Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Juin 2014.

1.5. La prescription médicale

1.5.1. Définition de la prescription médicale

On appelle prescription médicale, l'acte par lequel un professionnel de santé indique à un malade le médicament qu'il lui conseille.

La prescription est définie de manière générale comme un « ordre formel et détaillé énumérant ce qu'il faut faire » ou encore un « commandement, précepte », ou une « règle à suivre »³⁷.

Au niveau médical, il s'agit d'une « recommandation thérapeutique, éventuellement consigné sur ordonnance, faite par le médecin », qui peut aussi désigner par métonymie « le document écrit par lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin ».

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Le médecin peut donc prescrire ce qu'il veut dans les limites de la loi (substances interdites, classement des médicaments), de ses compétences et des connaissances scientifiques. Il doit pouvoir justifier sa prescription, notamment lorsque celle-ci s'écarte des référentiels officiels et des recommandations, lorsqu'ils sont facultatifs.

Dans le contexte réglementaire actuel, il n'existe pour les spécialités pharmaceutiques que deux statuts possibles en fonction de la nécessité ou non de la prescription médicale.

Les prescriptions doivent aussi obéir à certaines règles. Ces prescriptions doivent informer le patient, les praticiens susceptibles d'intervenir, et les organismes sociaux chargés des remboursements. En ce qui concerne les médicaments, elles sont la condition de délivrance des produits listés par le pharmacien.

Cette prescription est étroitement encadrée par un certain nombre de règles juridiques et économiques, elle engage la responsabilité morale, professionnelle, et juridique du prescripteur qui doit la signer.

L'ordonnance apparaît comme le médiateur central de la relation thérapeutique entre le médecin et son patient. L'importance accordée à l'ordonnance dans cette rencontre ritualisée entre médecin et patient est d'ailleurs largement appuyée par les discours des

³⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prescription/63676>

cliniciens. A leurs yeux, l'ordonnance serait l'objet premier des attentes de leurs patients lors de la consultation (Bradley 1992 ; Schwartz et al, 1989)³⁸.

L'ordonnance est le document permettant au malade de connaître son traitement et au pharmacien de le lui délivrer. Celle-ci est facultative pour un médicament non classé et obligatoire pour un médicament classé. Elle est obligatoire pour obtenir le remboursement éventuel par l'assurance maladie.

Les destinataires de l'ordonnance sont : le malade, le pharmacien, les organismes de couvertures sociale.

1.5.2. Prescription par La dénomination commune internationale (DCI)

La dénomination commune internationale (DCI) permet d'identifier la substance active dans les médicaments. Il s'agit donc d'un nom scientifique qui permet de désigner une molécule. La liste des DCI est établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et permet à l'ensemble de la communauté scientifique d'utiliser le même langage. Les DCI ne doivent pas prêter à confusion avec d'autres noms.

Les textes réglementaires n'obligent pas les praticiens à prescrire en DCI, mais prévoient simplement -depuis 2002 en Europe- cette possibilité. Ainsi, et dans les limites fixées par la loi, le médecin est donc libre de ses prescriptions et de ce qu'il estime, après diagnostic, convenir à son patient.

1.5.3. Le droit de substitution à travers la prescription

Le droit de substitution permet au pharmacien (lorsqu'un médicament générique est disponible) de substituer ce générique au produit princeps qui est prescrit par le praticien, à condition toutefois que celui-ci ne s'y soit pas opposé en portant sur l'ordonnance la mention « non substituable ».

Ce droit constitue une dérogation au principal général prévu par le code de la propriété intellectuelle qui interdit toute suppression ou toute modification d'une marque régulièrement apposée, ou délivrance d'un produit marqué en lieu et place d'un autre produit.

³⁸ Hassaine M, Médecins et patients : leurs rapport à l'ordonnance, Mémoire de Magister en sociologie de la santé, Sous la direction de Mebtoul M, 2009.

En pratique, cela revient à autoriser le pharmacien à choisir la marque du produit. Il est donc dans ce cas très important de veiller à ce que le patient soit bien informé, notamment pour éviter tout risque de confusion possible avec d'autres produits à la suite d'un changement de conditionnement ou de couleur.

Par ailleurs, le patient a toujours le droit de s'opposer à la substitution du médicament prescrit par son médecin sans aucune sanction possible à son encontre.

1.6. La prescription médicale obligatoire PMO

La prescription peut être orale, mais prend le plus souvent la forme d'un document écrit, l'ordonnance médicale. Pour être honorée par le pharmacien, la prescription doit respecter un certain nombre de règles (E. Beyssac, J.M. Cardot, 2008)³⁹. Doivent apparaître entre autres :

- L'identification du prescripteur (le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe.)
- La date à laquelle l'ordonnance a été rédigée
- La signature du prescripteur
- La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi, et s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- La durée de traitement ou le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;
- Nom, prénoms, sexe et âge du malade (la précision du poids est conseillée s'il s'agit d'un jeune enfant, la taille et le poids sont nécessaires pour le calcul de la surface corporelle) (Talbert, Willoquet, 2011)⁴⁰.
- Eventuellement l'interdiction du renouvellement.

« Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié ».

Pour les stupéfiants, toutes les données chiffrées doivent être exprimées en plusieurs lettres (exemple posologie, dosage, durée, nombre d'unités, etc.)

³⁹ E. Beyssac, J.M. Cardot. Initiation à la connaissance du médicament. 5^{ème} édition Masson 2008. 5, 10, 11, 12

⁴⁰ Talbert, Willoquet, Gervais. Guide pharmacologie clinique. Edition Le Moniteur. 2011.

L'ordonnance doit obligatoirement être établie après un examen du malade. Elle doit expliquer et commentée au malade ou, le cas échéant, à son entourage. Elle est la propriété du patient.

L'ordonnance engage la responsabilité du prescripteur. L'avantage du document écrit qu'il n'est pas tributaire de la mémoire du malade. Mais, réciproquement il n'est que plus important qu'il soit clair et précis⁴¹.

1.6.1. Les prescripteurs

La relation médecin-malade est au cœur des préoccupations de la plupart des professionnels de la santé. A ce titre, elle fait l'objet d'une interrogation permanente sur les conditions auxquelles elle pourrait être améliorée en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutique (Deccache A, 1992). Mais elle intéresse aussi directement les sciences sociales (Ankri J, Le Disert D, Henrard JC, 1995⁴², Mormiche P, 1986 ; Serang-Fonterme, 1983) en particulier l'anthropologie (Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A, 1983)⁴³ dans la mesure où elle est une relation sociale, et où elle se construit diversement à la fois selon le contexte dans lequel elle se déroule, mais aussi selon les protagonistes de cette relation (voir chapitre III).

La prescription peut se faire par un médecin, un chirurgien-dentiste pour l'usage de l'art dentaire, une sage-femme ou le directeur de laboratoire d'analyse de biologie médicale, dans les limites prévues par les autorités pour ces deux derniers cas. Nous appellerons aussi prescripteur le pharmacien qui à travers son conseil est considéré à son tour comme prescripteur.

1.7. Les spécialités de prescription médicale obligatoire

D'après la réglementation européenne en vigueur, (directive 2004/27/CE, modifiant le directive 2001/83/CE, article 71), les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

- Sont susceptible de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans les conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale.

⁴¹ Jacques Dangoumau .Université Victor Segalen- Bordeaux 2. PHARMACOLOGIE GENERALE.6ème Edition. http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/documents/enseignements/poly_pharmacologie_generale.pdf

⁴² Ankri, J., Disert, D. L. et Henrard, J. C., Comportements individuels face aux médicaments ; de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique* 4, 1995, 427-441.

⁴³ Van der Geest et Whyte, « A clinic without medicines is, one could say, like a bar without beer » 1991, p. 346

- Sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé.
- Contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables, ou sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale.

Tableau 1. Les spécialités de prescription médicale obligatoire

	Liste II	Liste I	Stupéfiants
Ordonnance	Obligatoire	Obligatoire	Rédigée sur ordonnance « protégée », dosage, nombre d'unités thérapeutiques par prise et nombre des prises à écrire en toutes lettres
Durée de prescription	Au maximum 12 Mois	Au maximum 12 mois	Limitée à 28 jours : *28 jours : règles générale (ex : morphine orale) *14 jours : méthadone *7 jours : morphine injectable le délai court à partir de la date d'établissement de la Prescription
Renouvellement de la prescription	Possible, sauf indication contraire du prescripteur, dans la limite de 12 mois maximum	Impossible, sauf indication du prescripteur précisant le nombre de renouvellement dans la limite de 12 mois Maximum	Interdit

Source : Talbert, Willoquet, Gervais. Guide pharmacologie clinique. Edition Le Moniteur.2011.page 16.

* : Voir Annexe 1 pour la liste I et II des médicaments

1.8. La prescription Médicale facultative (PMF)

Bien que l'automédication soit un comportement et non une catégorie de produits définis, on peut toujours distinguer une automédication officinale d'une familiale du fait que le patient peut avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) ou non adaptés au traitement d'un trouble bénin et dispensés dans une pharmacie sans avis médicale directe ou se trouvant en sa possession (boîte à pharmacie

familiale) et antérieurement prescrits surtout qu'il y a souvent sur-prescription de la part des médecins, et comme les laboratoires conditionnent les médicaments dans des boîtes qui contiennent parfois plus qu'il faut pour une durée donnée de traitement efficace, l'utilisateur peut se constituer un stock.

Ainsi et après avoir identifié les symptômes ou la pathologie qui l'affecte, et en avoir évalué la gravité, l'individu se trouve devant plusieurs situations :

Dans un premier cas, il ignore ce qu'il a dans ce cas, il auto évalue la gravité de la situation ; s'il juge que le problème est grave, il s'orientera naturellement vers un médecin. Soit au contraire il juge le problème non grave, il aura alors tendance à s'orienter vers son pharmacien d'officine.

Dans un second cas, l'individu sait ce qu'il a (ou du moins pense savoir) il choisit donc un médicament qui y remédiera⁴⁴. Il choisit donc un schéma posologique de façon souvent assez aléatoire car il n'a pas gardé les prescriptions médicales antérieures⁴⁵.

1.8.1. Les médicaments à prescription facultative

Le code de la santé publique ne connaît pas la notion de prescription facultative. Les médicaments qui constituent des produits à prescription facultative donc d'automédication potentielle répondent à trois critères :

- Absence d'obligation de prescription médicale ;
- Non remboursement par l'assurance maladie (en cas de publicité grand public) ; notons qu'un médicament de prescription médicale peut ne pas être remboursé et qu'un médicament de prescription non obligatoire peut être remboursé (par exemple, le doliprane) ;
- Autorisation de publicité auprès du grand public ; les firmes pharmaceutiques ne sont pas autorisées à faire de la promotion auprès du grand public sur les médicaments prescrits et/ou remboursés, sauf en ce qui concerne les vaccins.

On comprend que sont ici englobés des médicaments de statuts réglementaires très différents et d'appellations variées :

Médicaments grands publics, c'est-à-dire bénéficiant d'une publicité grand public télévisuelle (DTC), dans la presse grand public, dans les officines. Dans cette catégorie

⁴⁴ Queneau .P, Ostermann.G. Soulager la douleur. Paris: Odilejacob, 1998books.google.com/books?isbn=273810603X.

⁴⁵ Tillement.J.P. Thérapeutique générale. Edition Masson.2002 ; Item167 ; 5 ; Item172 ; 49, 55

entre le médicament dit « familial », destiné à traiter des affections bénignes sur une courte durée et qui peut parfois être conseillé par le médecin ou le pharmacien de façon préventive (constitution d'une pharmacie familiale) ;

Médicaments de prescription facultative, non listés, accessibles sans ordonnance mais remboursés uniquement dans le cas où ils sont prescrits.

1.8.2. Situations d'auto prescription/non prescription

Trois situations d'abondons de la prescription peuvent être distinguées : le traitement des affections courantes, l'autogestion d'une pathologie chronique, l'achat de médicaments par effet de publicité.

1.8.2.1. Le traitement des affections courantes

L'accès aux médicaments couramment dénommés d'automédication est sécurisé dans la plupart des pays par le pharmacien : il s'agit de la médication officinale. Dans ce cas, l'intervention préalable du pharmacien consiste à cerner la demande du patient, à s'assurer de l'adéquation du traitement à la pathologie ou au trouble mineur évoqué, à orienter le patient dans la conduite du traitement, prévenir le mésusage, signaler des limites à ne pas dépasser, donner des critères devant amener le patient à consulter son médecin, inviter le patient à consulter son médecin en cas de difficulté ou de survenue d'un événement nouveau, etc.

1.8.2.2. Autogestion d'une pathologie chronique

Dans le cas de l'autogestion d'une pathologie chronique, le rôle du pharmacien consiste à parfaire l'éducation thérapeutique du patient et à l'aider dans l'autogestion de sa maladie. Ce soutien consiste à la fois à expliquer comment utiliser les outils de suivi, à expliquer comment exploiter les résultats, et à vérifier comment le patient ajuste ses doses au regard des recommandations du médecin. Le pharmacien doit également orienter les patients vers une consultation médicale, en cas de signes d'aggravation de la maladie, ou en cas de négligence du patient au regard du suivi médical recommandé. Il peut renouveler les traitements chroniques le cas échéant. Dans certains pays, le système de soins a confié au pharmacien un rôle de prescripteur partenaire de médecin, en grande Bretagne par exemple.

1.8.2.3. Les spécialités de prescription médicale facultative (PMF)

Celles-ci ne sont inscrites sur aucune liste. Il n'y a pas de définition spécifique des spécialités de PMF : elles représentent, par défaut, toutes les spécialités ne présentant pas les critères d'inscription sur une liste de médicaments (liste I, liste II, voir annexe 1).

Toutes ces spécialités remplissent les critères suivants : elles ne présentent pas de danger direct ou indirect lié à la substance active qu'elles contiennent, aux doses thérapeutiques recommandées, même si elles sont utilisées sans surveillance médicale :

- Certaines spécialités ont des indications adaptées à un usage par le patient seul, avec le conseil éventuel du pharmacien lors de l'achat, c'est-à-dire que la pathologie traitée ne nécessite pas obligatoirement un diagnostic médical initial, ni un suivi médical régulier du traitement.
- Pour d'autres spécialités, le statut actuel de PMF est dû au fait que les substances actives qui les composent ont démontré leur sécurité d'utilisation aux doses thérapeutiques recommandées. Elles ont cependant des indications pour lesquelles un avis médical serait préférable, au moins lors de la première utilisation, en particulier pour établir un diagnostic, effectuer un bilan, ou déterminer la posologie optimale pour un patient.

1.9. La prescription médicale en Algérie

Il est important de noter qu'en Algérie bien que la réglementation présentée ci-dessus soit préconisée d'un point de vue juridique et respectée dans la plupart des pays cette dernière ne l'est pas effectivement au niveau du territoire algérien. En effet, la plupart des médicaments à prescription obligatoire sont délivrés sans aucune prescription médicale sauf dans le cas où le patient désire se faire rembourser. En 2006, l'étude menée par le docteur en pharmacologie M. ZIARI trouve que, trois algériens sur quatre pratiqueraient l'automédication. Les discours nombreux et insistants sur le déficit de la sécurité sociale, les déremboursements de médicaments, l'accès direct à certains médicaments en pharmacie, les possibilités d'accès variés à une information sur la santé poussent la population à se soigner par elle-même. En 2015⁴⁶ une autre étude menée au niveau de la wilaya de Tlemcen par une doctorante en pharmacie a montré que 68,89% des pharmaciens pensent, qu'il y a des médicaments en vente

Fardeheb Yasmine, Evaluation du phénomène d'automédication dans la wilaya de Tlemcen mémoire de fin ⁴⁶ d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, Tlemcen, 16 juin 2015.

libre qui ne devraient pas, et cela pour différentes raisons : beaucoup de diagnostics sont faussés par cette pratique, beaucoup de pathologies pourraient être masquées, mais surtout à cause de la méconnaissance des risques par la population générale, ces médicaments achetés pourraient être utilisés pour des personnes vulnérables telles que les femmes enceintes ou encore pour les bébés. Et toujours pour des raisons dites logiques, 88,89% des pharmaciens sont contre l'élargissement de la vente libre des médicaments.

1.10. La délivrance du médicament

La dispensation du médicament est réalisée à 80% dans les officines et à 20% par les pharmacies à usage interne des établissements hospitaliers. Elle ne peut se concevoir que dans le cadre d'une prescription conforme et adaptée. La dispensation du médicament ne peut être réalisée que par un pharmacien, ou sous sa responsabilité.

Le pharmacien n'est autorisé à effectuer la première délivrance de ces médicaments que sur prescription d'une ordonnance datant de moins de trois mois. Il ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. Toutefois par dérogation, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite en spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité et que le patient accepte cette substitution. Dans ce cas, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à un mois de trente jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. Le renouvellement ne peut avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées. La délivrance d'un médicament relevant de la liste I ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement. La délivrance d'un médicament relevant de la liste II peut être renouvelée lorsque le prescripteur ne l'a pas expressément interdit (mais le remboursement par les organismes sociaux n'a lieu que si le médecin a précisé le renouvellement).

Il existe ainsi 3 modes de délivrance des médicaments dans les officines pharmaceutiques. Il s'agit de la délivrance sur :

- Ordonnance médicale,
- Conseil du pharmacien,
- Automédication.

En conséquence nous basons notre analyse sur les deux premiers modes de délivrance c'est-à-dire sous prescription que ce soit du médecin ou du pharmacien.

1.11. Effets secondaires des médicaments

L'organisation mondiale de la santé indique qu'il s'agit de « toute réaction nuisible se produisant fortuitement aux doses utilisées chez l'homme à des fins prophylactiques, diagnostiques ou thérapeutiques ».

Leur gravité est très variable mais dans les cas extrêmes peut nécessiter l'arrêt du traitement. Ils dépendent de l'intrication d'un très grand nombre de facteurs liés aux médicaments (caractéristiques physico-chimiques, additifs utilisés comme excipients, mauvaise conservation, voies d'administration...), liés au malade (sujets âgés et enfants plus sensibles, femmes plus sensibles, facteurs génétiques, facteurs pathologiques), liés à l'environnement (habitudes de vie, tabagisme, alcoolisme, mode de nutrition, médicaments associés). (Pour leur classification voir Annexe 2).

1.12. Particularités du médicament

Le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres. Il présente certaines caractéristiques de différenciation par rapport aux produits de grande consommation. D'une part son utilité, il s'agit de la santé, bien le plus précieux de l'homme (Ollivier et Hurteloup, 2008). D'autre part, le médicament présente un risque inhérent plus élevé par rapport aux autres produits (Bettman, 1973⁴⁷ ; Dholakia 2001⁴⁸ ; Ogletorpe et Monroe, 1994 ; Raghbir et Menon, 1998 ; Rozano et al., 2009).

De plus, le médicament est un produit particulier où interviennent plusieurs acteurs dans la décision d'achat (les pouvoirs publics, l'assurance maladie, les industries pharmaceutiques, les pharmaciens, les médecins et le consommateur), (Andreani et al., 2006).

⁴⁷ Bettman, James R. (1979), *An Information Processing Theory of Consumer Choice*, Phillipines: Addison-Wesley Publishing Company.

⁴⁸ Dholakia, Utpal M. (2001), "A Motivational Process Model of Product Involvement and Consumer Risk Perception," *European Journal of Marketing*, 35(11/12), 1340-1360.

Par ailleurs, Calfee (2002)⁴⁹ identifie certaines particularités du marketing pharmaceutique :

- La présence des médecins comme gardiens du système ;
- La présence de tiers-payeurs (programmes de remboursement publics ou privés) pour l'achat de médicaments ;
- Un important encadrement réglementaire et légal.

L'étude du médicament dans une perspective sociale exige de compléter ces caractéristiques par trois autres éléments : le lien avec le discours général sur la santé, la présence d'une utilisation commerciale de la recherche scientifique, l'existence de variables culturelles et sociales qui relient l'humanité et le médicament, ainsi et en synthétisant la totalité des particularités de ce produit nous pourrions citer ce qui suit ;

- Il a une vocation de santé publique : c'est un produit réglementé qui n'est pas soumis aux mêmes lois de l'offre et de la demande qu'un produit de consommation courante.
- Il a un mode de financement spécifique : dans le cadre de la solidarité collective, les organismes de protection sociale peuvent prendre en charge une partie ou la totalité de la dépense pharmaceutique.
- C'est un produit actif nécessaire à la santé, mais qui peut comporter des risques : c'est pourquoi la totalité du cycle (production, dispensation, récupération) du médicament est très étroitement encadrée et confiée à la responsabilité de pharmaciens.
- C'est un bien industriel : il est fabriqué par des entreprises dont la rentabilité doit assumer une recherche de haut niveau et coûteuse.
- L'industrie pharmaceutique qui gère la recherche, le développement et la fabrication des médicaments est soumise à des règles de bonnes pratiques.
- Une notice obligatoire est incluse dans chaque conditionnement du produit.
- Des mentions réglementaires doivent figurer sur la notice, notamment :
 - Le nom du médicament et sa forme pharmaceutique ;
 - La Dénomination Commune Internationale (DCI) ;

⁴⁹ Calfee, J. E. (2002), « The role of marketing in pharmaceutical research and development », *Pharmacoeconomics*, 20, Suppl 3, 77-85.

- Le nom du laboratoire et du fabricant ;
- La composition ;
- Les indications thérapeutiques
- Les précautions d'emploi ;
- Le mode d'emploi et la posologie.

Elles informent également l'utilisateur sur les règles de bon usage du médicament⁵⁰.

1.13. Les représentations du médicament

Il existe une multitude de travaux traitant des représentations du médicament et de leur impact sur les usagers, cependant, les recherches sont d'une portée limitée dans la mesure où elles restent centrées sur des populations particulières ou des catégories de médicaments spécifiques. D'autres travaux se placent plutôt du côté des laboratoires pharmaceutiques pour étudier leurs pratiques discursives dans un processus de « reconquête de légitimité » (Hasbani et Breton, 2013)⁵¹. La littérature relative à l'appropriation du médicament par les patients se focalise essentiellement sur la question des usages et appréhende peu les conséquences de ces représentations sur le processus de prise de décision, en particulier sur les modalités de recherche d'information, les stratégies d'achat ou encore les mécanismes de classification et de catégorisation qui y sont processus d'achat associés.

Heilbrunn et Hetzel, 2003⁵² ; Hetzel P., Marion G. 1995⁵³ ; Thivant et al. 2012⁵⁴ ; et Kessous et Chalamon 2014⁵⁵, quant à eux ont proposé de combler certains manques en étudiant les représentations des médicaments auprès des consommateurs et leurs conséquences sur le processus d'achat de ces produits. La recherche s'inscrit dans la perspective d'une approche socio-sémiotique.

Plusieurs autres travaux ont eux aussi mis en relation sémiotique et médicaments, nous citerons quelques-unes présentées dans le tableau ci-dessous :

⁵⁰ <http://www.leem.org/medicament/le-medicament-definition-376.htm>

⁵¹ Hasbani M., Breton G. (2013), "Restoring social legitimacy : discursive strategies used by a pharmaceutical industry leader", *Society & Business Review*, Vol. 8, n° 1, p. 71-89.

⁵² Heilbrunn B., Hetzel P. (2003), « La pensée bricoleuse ou le bonheur des signes : ce que le marketing doit à Jean-Marie Floch », *Décisions Marketing*, n° 29, p. 19-24.

⁵³ Hetzel P., Marion G. (1995), "Contributions of French semiotics to marketing research knowledge", *Marketing & Research Today*, Vol. 23, n° 1, p. 75-85.

⁵⁴ Thivant E., Ientile-YalenioS J., Roger A. (2012), « Discours managériaux et analyse sémiotique : comparaison de guides d'entretien dans des contextes culturels différents », *Management & Avenir*, n° 55, p. 147-167.

⁵⁵ Kessous A., Chalamon I. (2014), « "Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es !" : approche sémiotique des représentations mentales des marques alimentaires », *Management & Avenir*, n° 70, p. 33-54.

Tableau 2. Disciplines et études sur les Représentations du médicament par le patient

Disciplines	Auteurs
En médecine,	SCHONAUER M., KLAR M. (1999), OESTREICHER M (2000) LAMY (2006) SCHEEN A., GIET D. (2010) LUPTOND D 2012 NARAYANA S ET AL., (2012)
En anthropologie clinique	ESCOTS (2014) AKRICH M. (1996) SCHONAUER ET KLAR (1999) DESCLAUX A., LÉVY J.-J. (2003) SARRADON-ECK A., BLANC M.-A., FAURE M. (2007) COLLIN J. (2016)
En marketing,	FLOCH J.-M. (1990) HETZEL P., MARION G. (1995) GRAILLOT L. (2001) S FAINZANG, (2006) CHALAMON ET AL. (2013) ROGER A. (2012) KESSOUS A., CHALAMON I. (2014) FERCHAKHI W., CEGARRA J.-J. (2014) THIVANT E., IENTILE-YALENIOS J. ANDRÉANI J.-C., MOULINS J.-L., CONCHON F., FONS C., BŒUF B. (2014) HEILBRUNN B. (2015)

Source : A. Kessous I. Chalamon G. Paché, Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, revue management et avenir N°87, 5/2016

1.14. Analyse de la représentation du médicament par ses consommateurs

Heilbrunn et Hetzel (2003), Thivant et al. (2012) et Kessous et Chalamon (2014) ont tenté d'étudier les représentations des médicaments et leurs impact sur le processus d'achat des médicaments et ce afin d'analyser les représentations mentales associées aux médicaments, cette étude a employé le carré sémiotique⁵⁶ (Graillot, 2001⁵⁷ ; Heilbrunn et

⁵⁶ Le carré sémiotique met en évidence une typologie de relations différenciant les traits intrinsèques de la catégorie, de ceux qui lui sont étrangers. L'intérêt de ce carré réside dans la pluralité des univers qu'il peut appréhender, allant de la communication automobile à la segmentation des marchés, en passant par les attentes des consommateurs vis-à-vis des marques.

⁵⁷ Graillot L. (2001), « La sémiotique comme analyse des comportements touristiques », *Revue Française du Marketing*, n° 181, p. 7-28.

Hetzel, 2003⁵⁸ ; Lugin, 2006⁵⁹ ; Heilbrunn, 2015⁶⁰ conceptualisé par Greimas (1966)⁶¹, et dont l'application la plus connue en marketing est celle de l'axiologie des valeurs de consommation de Floch (1990)⁶².

L'analyse sémiotique des consommateurs des médicaments, telle que développée par Floch (1990), met en évidence trois types de récits sur la relation des patients-acteurs à l'univers de la médication :

- *Un récit sur le type de médicament et ses compétences* :
 - La classification thérapeutique (antalgiques, antibiotiques, antihistaminiques, etc.),
 - L'authenticité du produit (médicament princeps versus générique),
 - La forme (composition, type de molécule, forme galénique, goût, etc.),
 - Les effets (attendus, indésirables, intensités, etc.),
 - Ses raisons d'utilisation (santé physique, mentale, bien-être, beauté) ;
- *Un récit sur l'accessibilité du produit* :
 - Financière (médicament remboursé versus non remboursé),
 - Physique (distribution en magasin versus en ligne),
 - Réglementaire (prescrit versus en vente libre) ;
- *Un récit sur le type d'information disponible*
 - (Avantages / risques santé, scandales sanitaires)
 - *Ses modalités d'obtention* (professionnels de santé, canaux virtuels, bouche-à-oreille, médias).

Par ailleurs, l'étude a permis l'identification des catégories sémantiques structurant le discours : obligatoire versus interdit, bon versus mauvais pour la santé, fin versus moyen, excès versus contrôle, hédonique versus fonctionnel, relation à soi versus relation aux autres.

1.13.1. Le médicament « Obligatoire »

Parmi ces catégories structurant le discours des patients-acteurs sur leur relation à l'univers des médicaments, la catégorie obligatoire versus interdit s'avère particulièrement

⁵⁸ Heilbrunn B., Hetzel P. (2003), « La pensée bricoleuse ou le bonheur des signes : ce que le marketing doit à Jean-Marie Floch », *Décisions Marketing*, n° 29, p. 19-24.

⁵⁹ Lugin G. (2006), « Instrumentalisation de la sémiotique au service de la publicité et du marketing : état des lieux », *Marketing & Communication*, Vol. 6, n° 4, p. 5-36.

⁶⁰ Heilbrunn B. (2015), *Market mediations: semiotic investigations on consumers, objects and brands*, Palgrave Macmillan, New York (NY).

⁶¹ Greimas A. (1966), *Sémiotique structurale*, Larousse, Paris.

⁶² Floch J.-M. (1990), *Sémiotique, marketing et communication. Sous les signes, les stratégies*, Presses Universitaires de France, Paris.

pertinente, l'opposition des axes obligatoire / interdit étant d'ailleurs présentée par Chalamon et Nabec (2013)⁶³ comme une catégorie pertinente de classification. Elle sous-tend les représentations à l'égard de la médication entendue comme un ensemble de règles à suivre et de conseils. L'univers du médicament apparaît comme un système prescriptif basé sur des obligations et des interdits influençant le processus de consommation du médicament, les préférences pour un canal de distribution, le type d'information disponible et ses modalités d'accès.

En effet, la consommation de médicaments est appréhendée comme un ensemble d'impératifs à respecter pour rester en bonne santé : « *Il faut respecter la posologie et le nombre de prises* », « *certaines médicaments sont nécessaires pour rester en vie* », l'interruption du traitement peut même causer la mort. Cette position se réfère au champ de l'obligatoire et souligne comment le médicament, indispensable à la survie, doit être intégré et doit rythmer le quotidien de ses consommateurs. La médication est donc entendue comme un processus vital où le médicament est censé guérir ou traiter une affection potentiellement dangereuse pour la santé et la survie de l'individu. On retrouve ainsi deux sortes de médicaments, destinées au traitement des affections graves de type chronique ou épisodique. La première forme d'affection (chronique) suppose un traitement régulier, voire permanent, alors que la seconde (affection épisodique) repose en général sur un traitement à durée limitée.

1.13.2. Le médicament « Tabou »

La diversité des catégories de médicament peut renvoyer aussi vers la dimension transgressive de certains médicaments dont il est gênant de dévoiler la consommation. Ce second type de dimensions thérapeutiques renvoie aux représentations collectives de l'interdit (Garnier C, 2003⁶⁴ ; Graillot I, 2001⁶⁵) le médicament « tabou », et recouvre deux formes de médicaments :

- Ceux censés satisfaire des standards de performance, physique (exemple : les stéroïdes anabolisants) et/ou sexuelle (exemple : Viagra) et qui se caractérisent le plus souvent par des mono-prises ;

⁶³ Chalamon I., Nabec L. (2013), « Les pratiques de lecture des étiquettes nutritionnelles : une analyse sémiotique des représentations des règles de nutrition », *Décisions Marketing*, n° 70, p. 59-74.

⁶⁴ Garnier C. (2003), « La chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative », in Lévy J.-J., Maisonneuve D., Bilodeau H., Garnier C. (éds.), *Enjeux sociaux de la santé*, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 215-228.

⁶⁵ Graillot L. (2001), « La sémiotique comme analyse des comportements touristiques », *Revue Française du Marketing*, n° 181, p. 7-28.

- Ceux visant à parfaire son allure (exemple : médicament minceur) et qui peuvent faire l'objet de prises plus régulières.

Ces deux positions, obligatoire versus interdit, appréhendent finalement la médication de façon similaire à travers une forme de dépendance. Ici, c'est la médication « existentielle » qui prime (Floch, 1990) : ces médicaments contribuent soit à la survie (existence de soi), soit au dépassement de soi ou à l'amélioration de son apparence (existence sociale).

1.13.3. Le médicament « facultatif »

La projection de la catégorie sémantique obligatoire / interdit dans un carré sémiotique fait ainsi émerger de nouvelles positions, descriptives de la relation des consommateurs à l'univers de la médication. Fondées sur une relation de négation des deux positions précédentes, elles renvoient à l'univers de l'indépendance et de la médication pratique (Floch, 1990).

En effet, il est possible de concevoir la relation à la médication selon une logique de négation de l'obligatoire. Le médicament est perçu ici comme facultatif et peut s'affranchir des conseils d'un professionnel dans sa prise. Il s'agit pour l'essentiel de « compléments alimentaires » (vitamines, minéraux), de « l'homéopathie » ou de la « phytothérapie » que les consommateurs dénomment abusivement « médicaments » : « *Il n'y a pas d'effet lourds, on n'a pas l'impression d'avoir pris un médicament, il s'agit de médicaments en plus* ». L'intérêt principal de ces médicaments réside dans leur absence supposée d'effets nocifs. On retrouve deux grands types de médicaments :

- Ceux qui contribuent à une amélioration circonstancielle du bien-être et répondent à un problème spécifique soudain, à la saisonnalité et aux soldes ;
- Ceux qui favorisent une amélioration du bien-être en profondeur.

1.13.4. Le médicament « basique »

D'autre part, les récits sur la médication peuvent renvoyer à une négation de l'interdit et se référer à l'ensemble des médicaments « autorisés » vendus sans prescription au du moins sous un conseil de son pharmacien (Narayana S, Pati R, Vrat P, 2012⁶⁶ ; Oswald L, 2015⁶⁷ ;

⁶⁶ Narayana S., Pati R., Vrat P. (2012), "Research on management issues in the pharmaceutical industry: a literature review", *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, Vol. 6, n° 4, p. 351-375.

⁶⁷ Oswald L. (2015), *Creating value: the theory and practice of marketing semiotics research*, Oxford University Press, Oxford.

Timmermans S, Mauck A, 2005⁶⁸). Plusieurs appellations leur sont conférées : « les médicaments basiques », « bateaux », « classiques » ou « incontournables ». Relevant du domaine du « permis », les consommateurs adoptent ici une approche décomplexée de la médication. Le risque santé, comme le besoin d'information lié à la prise de ces médicaments, demeurent faibles voire nuls : exemple de ce genre de produits ; Doliprane, Dafalgan, Advil. Le médicament est adopté ici dans une logique curative visant le traitement des affections bénignes chroniques.

L'intérêt de cette analyse des représentations mentales est de souligner la pertinence de positionnements hybrides pour pallier certaines limites de la catégorie à laquelle un médicament appartient. En effet, elle offre l'opportunité de mieux comprendre le processus d'appropriation de produits singuliers, à dimension thérapeutique, en sortant d'un schéma simpliste qui associe de façon linéaire un prescripteur (le médecin, voire le pharmacien), dépositaire du savoir médical, à un patient passif qui s'en réfère à cette expertise extérieure pour acheter et se soigner.

Cette connaissance du produit et de ses représentations nous permettra aussi de mieux appréhender l'individu qui va acquérir le médicament. Un consommateur pas comme les autres car il sera question de sa vie. Ainsi une dimension pluraliste va caractériser ce dernier d'où la nécessité d'étudier son comportement dans ce qui va suivre.

⁶⁸ Timmermans S., Mauck A. (2005), "The promises and pitfalls of evidence-based medicine", *Health Affairs*, Vol. 24, n° 1, p. 18-28.

SECTION II. Comportement du consommateur du médicament

La compréhension du comportement du consommateur constitue la base du marketing. C'est l'élément essentiel de la mise en place d'une politique marketing adaptée, répondant aux attentes des parties prenantes (Lancaster K, 1966⁶⁹; Engel, Kollat et Blackwell 1968⁷⁰; Howard et Sheth 1969; Lush 1982; S.J Hoch, 1988⁷¹; Engel, Blackwell et Miniard 1990⁷²; M Filser 1994⁷³; F Graby, 1997⁷⁴; R Ladwein 1995⁷⁵).

Par ailleurs l'étude du comportement du consommateur plus spécialement celui des médicaments suppose de faire appel à des disciplines très différentes les unes des autres. Certaines ont dominé la réflexion à un moment ou à un autre, mais la perspective pluridisciplinaire semble être l'approche la plus explicative. Nous citerons, L'économie sociale (Simon P, 2000⁷⁶, Leibenstein H, 1950⁷⁷; Filser, 1994⁷⁸; Katona, 1951⁷⁹), La nouvelle théorie économique (Lancaster 1966⁸⁰; Ironmonger, 1972; Becker 1976, Bergadaà, 1988⁸¹; Batifoulier&Biencourt, 1996; Abecassis&Batifoulier 1998; Brée, 2004; Ding, 2014; Camacho, 2014), La psychologie (Dichter, 1964⁸²; Watson, 1913⁸³ & Skinner; 1953, Wells; Bandura, 1986⁸⁴; Strecher et al, 1986; Rosenstock, Strecher et Becker, 1988;

⁶⁹ Lancaster K. (1966), « A New Approach of Consumer Behavior », *Journal of Political Economy*, 74, p. 132.

⁷⁰ Engel J.F., Blackwell R.D. et Kollat D.T. (1968). *Consumer Behavior*, 2nd Edition, New York: Holt, Rinehart and Winston.

⁷¹ Hoch S.J. (1988), « Who Do We Know : Predicting the Interests and Opinions of the American Consumer », *Journal of Consumer Research*, 15, December, p. 315-324; Narayanan S., Lehmann D.R. (1998), « An Investigation of Factors Influencing Causal Attributions in Managerial Decision Making », *Marketing Letters*, 9, 3, p. 301-312; Houghton D.C., Kardes F.R. (1998), « Market Share Overestimation and the Noncomplementary Effect », *Marketing Letters*, 9, 3, p. 313-320.

⁷² Engel J.F., Blackwell R.D. et Miniard P.W. (1990). *Consumer Behavior*, 6th ed., The Dryden Press, Chicago.

⁷³ Filser M. (1994). *Le comportement du consommateur*, Précis Dalloz Gestion, Paris, 426p.

⁷⁴ Graby F. (1997), « Consumérisme », *Encyclopédie de Gestion*, Simon Y. et Joffre P. (éd), 2^e édition, Economica, Paris, p. 651-666.

⁷⁵ Ladwein R. (1995). Catégories cognitives et jugement de typicalité en comportement du consommateur, *Recherche et Applications en Marketing*, 10, 2, 89-100.

⁷⁶ Simon P. (2000). Vers une clarification de la relation entre risque perçu et fidélité à la marque, *Actes des Iers ateliers de recherche de l'AFM 'Percevoir, identifier et gérer le risqué en marketing'*, La Sorbonne, Paris, 81-97.

⁷⁷ Leibenstein H. (1950). Bandwagon, snob and Veblen effects in the theory of consumer demand, *Quarterly Journal of Economics*, 64, May, 183-207.

⁷⁸ Filser M. (2001). Crise alimentaire ou crise du marketing?, *Revue Française du Marketing*, 183/184, 3-4, 11-19.

⁷⁹ Katona D. (1951). *Psychological analysis of economic behavior*, New York, Mac Graw Hill, Traduction française: *Analyse psychologique du comportement économique*, Payot, 1969.

⁸⁰ Lancaster K.J. (1966). A new approach to consumer theory, *Journal of political economy*, 74, April, 132-157.

⁸¹ Bergadaà M. (1988). Le temps et le comportement de l'individu, (1^{ère} partie), *Recherche et Applications en Marketing*, 3-4, 57-72.

⁸² Dichter E. (1964). *Handbook of consumer motivations*, New York: Mac Graw-Hill.

⁸³ Watson J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it, *Psychological Review*, 20, 158-177.

⁸⁴ Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*, New York: General Learning Press.

Maddux&Roger, 1983 ; Stanley&Maddux, 1986 Tigert&Pessemier, 1970, Rosenstock, 1974, Triandis 1980 ; Fishbein& Ajzen , 1991⁸⁵ ; Godin a, 1991⁸⁶ ; Godin b&Kok, 1996 ; Armitage&Connor, 2001), Les sciences cognitives, (Engel, Kollat&Blackwell, 1968⁸⁷ ; Howard et Sheth 1969⁸⁸), La sociologie, (Durkheim, 1895⁸⁹ ; Morgenstern, 1953⁹⁰ ; Levy, 1959⁹¹, 1980 ; Holbrook et Hirschman, 1982⁹² ; Bourdieu, 1979), L'anthropologie, (Sherry, 1995⁹³ ; Holbrook, 1995)

Par ailleurs, dans toutes les industries, les biens et services offerts reflètent théoriquement les besoins, les désirs et les préférences des individus. Quand on parle de santé en premier degrés ensuite de médicaments, il est toujours délicat de faire appel à cette notion de consommateur (MP Serre, D Wallet-Wodka, 2008). La santé se consomme-t-elle réellement ? Est-on consommateur de médicaments ? Où commence le consommateur et où s'arrête le patient ? Quelle satisfaction peut procurer un produit de santé et ce parmi la diversité des produits de santé accessibles aux individus ?

Dans cette partie de travail, nous nous essaierons à définir le consommateur de médicaments ou du moins les consommateurs de médicaments. Tous les individus sont potentiellement des consommateurs de santé donc de médicaments, il n'existe pas de non-consommateur absolu mais tous n'ont pas les mêmes accès à la santé, les mêmes besoins ni les mêmes attentes en matière de santé. Nous présenterons aussi une typologie des consommateurs de médicaments. Cette typologie prendra en compte les spécificités de la consommation de médicaments.

⁸⁵ Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

⁸⁶ Godin G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs, *Sciences sociales et santé*, 9, 1, 67-94.

⁸⁷ Engel J.F., Blackwell R.D. et Kollat D.T. (1968). *Consumer Behavior*, 2nd Edition, New York: Holt, Rinehart and Winston.

⁸⁸ Howard J.A. et Sheth J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*, New York: John Wiley & Sons, Inc.

⁸⁹ Durkheim E. (1895). *Les Règles de la Méthode sociologique*, 1^{re} éd., rééd. PUF, 2004.

⁹⁰ Morgenstern O. (1953). *The Theory of Games & Economic Behavior*, 3rd edition, Princeton, N.J. : Princeton University Press.

⁹¹ Levy S.J. (1959). Symbols for Sale, *Harvard Business Review*, 37, July-August, 117-124.

⁹² Holbrook M.B et Hirschman E.C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings and Fun, *Journal of Consumer Research*, 9, Septembre, 132-140.

⁹³ Sherry J.F. (1995). *Contemporary marketing and Consumer Behaviour : an Anthropological sourcebook*, ed.Thousand Oaks, CA:Sage Publications.

La définition d'une typologie est un préalable essentiel à la compréhension du comportement du consommateur de médicament. Mais avant de mettre à jour des récurrences de ce comportement en fonction du type de consommateur, nous étudierons dans cette partie les éléments essentiels de définition du comportement du consommateur issu de travaux en psychologie comportementale, en économie et en marketing. Cet éclairage théorique nous permettra de présenter une modélisation du comportement des consommateurs de médicaments.

2.1. Définition du patient

Le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Le patient est une personne à la recherche d'un meilleur état de santé et ceci par le biais de la médecine. Le soigné dit "patient", dérivé de sa racine latine *patiens*: "celui qui souffre", est une *personne recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin*⁹⁴. Donc des soignants qui l'entourent dans cet objectif. Le terme de patient peut être décliné de plusieurs façons. On l'appelle "sujet" dans la recherche. Les Anglo-saxons, eux, parlent plus facilement de "consommateurs". Une nouvelle terminologie prend de l'ampleur : "actient". Ce mot contracte "action" et "patient". Il est utilisé pour parler des personnes qui pratiquent l'automédication. D'après une définition universelle de la santé selon l'OMS : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, ...* ». La santé, est donc un droit primordial de tout être humain et doit être accessible à tous.

Le patient est une personne avant tout et chaque personne à sa propre histoire, sa personnalité et ses émotions, c'est pourquoi chaque soin, chaque prise en charge est individualisé et qu'il n'existe pas de soins ou de prise en charge commune, tout est personnalisé.

Les économistes de la santé trouveraient le consommateur de santé – le malade – mauvais juge de son propre intérêt en raison du double handicap d'un manque d'informations (il ignore la science médicale) et d'un brouillage de la raison imputable aux effets physiques et psychiques de la maladie. Ensuite les médecins partageraient d'autant plus volontiers ce

⁹⁴ Relation soignant-soigné : respecter la personne malade" paru dans Espace éthique, La Lettre 15-16-17-18, 2001-2002.

point de vue que l'expression même de « *patient* » renvoie, selon son étymologie latine, aux trois sens de souffrance, de passivité et de résignation (Lebaigue 1881)⁹⁵.

Les choix relatifs à la santé des « patients » sont intégralement délégués à des professionnels qui s'obligent en contrepartie au respect de règles déontologiques on assisterait ainsi à la séparation des fonctions de prescription, de consommation et de financement.

Délégation, confiance et éthique seraient ainsi les ingrédients essentiels de la relation médecin-malade.

2.2. Le point de vue des sciences sociales sur le patient

Les sciences sociales, et en particulier le courant de l'interactionnisme symbolique, ont, depuis les années 1960, commencé à s'intéresser au vécu du patient et à la dynamique propre aux usagers des soins. Le comportement du patient vis-à-vis des médicaments et sa compliance sont, dès lors, apparus davantage en termes d'expérience des malades face au régime thérapeutique: pratiques médicamenteuses (automédication, prise de remèdes non-orthodoxes); autorégulation; itinéraire thérapeutique; pratiques de soins incluant tout ce que l'on fait par soi, ou pour soi, en passant par ses proches, autant que par des soignants (Ankri, 1995). Ce type d'observations a rapidement révélé qu'il n'est pas possible de souscrire à l'idée selon laquelle le malade serait un simple consommateur passif face aux traitements proposés par le corps médical, le guérisseur ou le taleb (Mebtoul 1995). Il est actif et si il n'agit pas comme on s'attend à ce qu'il le fasse, c'est parce qu'il a de bonnes raisons pour cela. De plus, son comportement, même si il est dit déviant, repose sur de réelles compétences.

2.3. Comportement du consommateur classique

Le comportement du consommateur peut avoir plusieurs définitions, il examine comment les individus acquièrent, utilisent et disposent des offres de l'entreprise (Noel, 2009)⁹⁶.

Le comportement du consommateur est défini comme «le comportement que les consommateurs affichent dans la recherche, l'achat, l'utilisation, l'évaluation et l'élimination des produits et services qu'ils attendent pour satisfaire leurs besoins» (Schiffman et Kanuk,

⁹⁵ J F Notebaert, M A Le pogam, Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? Management & Avenir 2006/3 (n° 9)

⁹⁶ Noel, H. (2009). *Basics Marketing 01: Consumer Behaviour*. AVA Publishing SA.

2007)⁹⁷. Selon ces auteurs, «le comportement du consommateur se concentre sur la façon dont les individus prennent les décisions de dépenser leurs ressources disponibles (temps, argent, effort) en articles liés à la consommation». Ces décisions sont liées à ce qu'ils achètent, pourquoi et où, et à quelle fréquence font-ils et utilisent-ils cela. L'évaluation après achat est également un comportement d'achat car elle aura un impact sur les achats futurs (Amin A, 1999)⁹⁸.

Solomon, 2010⁹⁹, est allé plus loin en disant que le comportement du consommateur est «le processus impliqué lorsque des individus ou des groupes sélectionnent, achètent, utilisent ou éliminent des produits, services, idées ou expériences pour satisfaire les besoins et les désirs».

Les consommateurs sont tous uniques, il n'y a donc pas de comportement similaire des consommateurs, même si nous sommes des enfants jusqu'à ce que nous vieillissions, nous sommes confrontés à de nombreux comportements d'achat différents. Malgré le comportement que nous avons tous, la chose importante à retenir est que nous sommes tous des consommateurs, peu importe nos différences que nous consommons tous régulièrement, la nourriture, les vêtements, l'éducation, le transport (Solomon, 2006)¹⁰⁰.

L'étude du comportement du consommateur est devenue une pratique indispensable dans l'analyse et la pratique du marketing. Ses apports sont essentiels et contribuent autant à la réflexion stratégique qu'au marketing opérationnel. La consommation est également devenue un débat de société (Darpy D., Volle P., 2003¹⁰¹;Cova V., Cova B.,2001¹⁰²).

Au centre des échanges, se situent des acteurs qui assument des rôles différents. L'analyse du comportement du consommateur et de l'acheteur (Ladwein R., 2003) ne peut faire abstraction du fait que les termes d'acheteur et de consommateur ne sont pas interchangeables. Curieusement, bien souvent lorsque l'on évoque le comportement du consommateur, on se réfère en fait au comportement de l'acheteur et l'activité de

⁹⁷ Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2007). *Consumer behavior*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

⁹⁸ Amine A. (1999), *Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*, Editions Management et Société, Paris.

⁹⁹ Solomon, M. (2010). *Consumer behavior: a european perspective*. Essex: Prentice Hall

¹⁰⁰ Solomon, Michael, R. 2006. *Consumer behaviour: buying, having and being*. 7th edition. Prentice Hall. pp. 654. ISBN 0-13-218694-2.

¹⁰¹ Darpy D., Volle P. (2003), *Comportements du consommateur, concepts et outils*, Dunod, Paris ; Hetzel P. (2002), *Planète conso*, Editions d'Organisation, Paris.

¹⁰² Cova V., Cova B. (2001), *Alternatives marketing*, Dunod, Paris ; Derbaix C., Brée J. (2000), *Comportement du consommateur, présentation de textes choisis*, Economica

consommation, comme le souligne Firat (1985)¹⁰³, est particulièrement négligée. L'individu peut donc être alternativement consommateur, acheteur ou les deux à la fois. On pourrait encore nuancer cette répartition des rôles en introduisant la notion de payeur¹⁰⁴.

Le fait d'assumer un ou plusieurs rôles implique de raisonner les comportements qui en découlent. L'acheteur est celui qui va accéder à l'offre et procéder à la transaction. Mais le comportement d'achat implique également dans certains cas le transport du produit depuis le lieu d'achat jusqu'au domicile. Le consommateur, quant à lui, fait usage de l'offre. Il en extrait une utilité. Les formes de consommation apparaissent ainsi sensiblement plus nuancées que les comportements requis pour l'achat.

Tableau 3. Exemples de comportements développés par l'acheteur ou le consommateur, en fonction du rôle assumé

Rôle	Exemples de comportements développés
Acheteur	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à l'offre • Transaction • Transport
Consommateur	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulation, utilisation • Préparation, transformation • Destruction, altération • Extraction sémantique, émotionnelle, Intellectuelle

Source : R Ladwein, Le comportement du consommateur et de l'acheteur, 2^{ième} édition, Economica, Paris, 2003.

¹⁰³ Firat A.F. (1985), « A Critique of The Orientations in Theory Development in Consumer Behavior : Suggestions for The Future », *Advances in Consumer Research*, 12, p. 3-6.

¹⁰⁴ Derbaix C. (1987), « Le comportement de l'acheteur : voies d'études pour les années à venir », *Recherche et Applications en Marketing*, 2, 2, p. 81-92.

2.3.1. Le comportement de consommation et de prise de décision distinction

Cette différenciation entre comportements d'achat et de consommation reste insuffisante. Il est encore nécessaire de situer l'unité décisionnelle. L'individu qui réalise le comportement d'achat ou de consommation n'est pas forcément à l'origine de la décision (West PM., 1996)¹⁰⁵. Cette distinction permet de nuancer de nombreux cas de figure comme l'achat de cadeaux, la liste de courses implémentée par différents membres d'une famille ou la consommation par les enfants de produits imposés par les parents notamment les médicaments, ou encore les médicaments prescrits par notre médecin ou conseillés par notre pharmacien.

Tableau 4. L'achat et la consommation au regard de la prise de décision

	Rôle décisionnel	
	L'individu assume la décision	L'individu n'assume pas la décision
Acheteur	Achat dédié	Achat par délégation
Consommateur	Consommation motivée	Consommation contrainte

Source : R Ladwein, Le comportement du consommateur et de l'acheteur, 2^{ème} édition, Economica, Paris, 2003.

2.4. Analyse du comportement du consommateur de santé

L'individu qui réalise le comportement d'achat ou de consommation n'est pas forcément à l'origine de la décision une distinction qui caractérise et définit le comportement du consommateur du médicament (Camacho, 2014).

Cette distinction permet aussi de nuancer de nombreux cas de figure, Qui achète ? Qui consomme ? Qui paye ? Ces questions sont parmi les plus élémentaires du raisonnement marketing, car elles concernent des préoccupations de segmentation. Elles supposent néanmoins de disposer d'une grille d'analyse qui autorise une sélection adéquate de caractéristiques à considérer. Présenter et analyser le consommateur des médicaments reste chose complexe car, n'en déplaise aux théoriciens de la santé (Parel V, 2004)¹⁰⁶, on est donc loin des ressorts traditionnels du comportement du consommateur-type, choisissant en « toute liberté » le produit qui permettra de satisfaire un besoin bien identifié. En d'autres termes, on

¹⁰⁶ Parel Véronique, « L'imprécise figure du consommateur de médicaments », *Mouvements* 2/2004 (n° 32), p. 17-19.

est en droit de s'interroger sur l'identité du consommateur de médicaments, est-ce celui qui l'absorbe, qui finance son acquisition ou encore celui qui en formule le besoin ? Est-ce donc le patient, l'assurance maladie ou encore le médecin ?

Il est à craindre que les firmes pharmaceutiques aient bien compris l'intérêt d'échanger avec un consommateur aussi atypique, puisque non pas incarné en un seul individu mais en trois protagonistes, aux intérêts de surcroît divergents. Ainsi, la décomposition de l'acte de consommation en trois étapes : la commande-prescription, l'utilisation et le financement, respectivement tenues par le médecin, l'assurance et le patient obscurcit à souhait l'identité du payeur, qui en définitive reste bien le patient, même si la mutualisation du risque en adoucit et en diffère la facture.

2.4.1. Théorie sur le comportement du consommateur de la santé

L'analyse du consommateur du médicament stipulerait logiquement l'analyse auparavant de celui de la santé, vu qu'également la littérature sur les facteurs explicatifs de la consommation des médicaments demeure limitée à ce jour. Il semble approprié d'explorer les différents modèles théoriques visant à expliquer et prédire les comportements.

Différentes théories psychosociales, telles que la théorie des croyances de santé (Rosenstock, 1988), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1982), et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988, 1991) ont été régulièrement appliquées-Des théories qui a la base on servit à comprendre l'attitude dans le comportement du consommateur. L'attitude qui est une variable préalable à l'acte d'achat cependant étant difficilement mesurable, ainsi ces derniers ont été développés afin de prédire les comportements humains (TAR, Fishbein et Ajzen, 1975 ; Ajzen et Fishbein, 1980. TCP, Ajzen 1985. MODE, Fazio, 1990...)- Ces travaux ont contribué à valider l'application des théories susmentionnées pour l'étude de comportements sociaux liés à la santé (Godin & al, 1996). Le tableau ci-dessous recense les principales théories.

Tableau 5. Tableau récapitulatif des principales théories psychosociales

Modèles	Auteurs	Déterminants	Commentaires
Théorie de l'Action Raisonné	Ajzen & Fishbein, 1980	Attitude : croyances liées aux conséquences de la réalisation du comportement Normes subjectives : croyances liées à l'opinion du groupe de référence sur un comportement	Ici, le comportement est directement déterminé par l'intention de réaliser ce comportement
Théorie du comportement Planifié	Ajzen, 1985, 1988, 1991	-TAR+ perception du Contrôle : degré de facilité de la réalisation d'un comportement	Ce modèle introduit un facteur externe : la réalisation d'un comportement nécessite opportunités et ressources C'est un modèle plus complet pour prendre en compte les comportements qui ne dépendent pas que de la volonté individuelle
Théorie des Comportements Interpersonnels	Triandis, 1980	-Intention : Facteurs sociaux, conséquences perçues, affects -Habitue -Conditions facilitatrices	Englobe la plupart des variables présentes dans les modèles précédents Un modèle qui intègre les déterminants structurels et les déterminants psychologiques
Théorie des croyances de santé (Health Belief Model)	Rosendstock, 1966, 1974	Attitudes des individus vis-à-vis de la santé Vulnérabilité perçue Gravité perçue Bénéfices et couts perçus	Il a été construit pour prédire les comportements sains ou à risque à partir de facteurs cognitifs

Source : K S. Benrached, les déterminants de la consommation des services de E-santé : proposition et validation d'un cadre conceptuel ; Etudes de recherche en Marketing (ERMA), Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Tunis, El Manar.

Les différentes théories psychosociales, étudiées isolément, ne permettent pas de délimiter toute la complexité des comportements étudiés. Les résultats de recherche dans ce domaine suggèrent cependant qu'une combinaison des modèles pourrait s'avérer efficace pour prédire et expliquer les comportements liés à la santé. Un certain nombre d'auteurs ont avantageusement adopté cette approche (Godin & Lepage, 1988 ; Godin & al. 1996). Ainsi notre étude intègrera les éléments de diverses théories explicatives du comportement humain –les théories citées ci-dessus l'ont été afin de couvrir tout le champ théorique lié directement à la santé et indirectement au médicament-.

Le health belief model spécifie trois facteurs principaux affectant les comportements de santé, y compris la menace perçue, les avantages perçus et les obstacles perçus. Premièrement, la menace perçue se compose de deux dimensions, qui sont la susceptibilité perçue et la gravité perçue. La susceptibilité perçue fait référence à la croyance en ce qui concerne le risque de contracter une affection médicale, tandis que la gravité perçue signifie l'opinion que l'on a de la gravité d'une affection médicale et de ses conséquences cliniques et sociales. Deuxièmement, les avantages perçus signifient l'opinion de l'efficacité de l'action recommandée pour réduire la menace de la maladie. Troisièmement, les barrières perçues (coûts) sont définies comme l'opinion que l'on a des coûts tangibles et psychologiques de l'action considérée. (Rosenstock 1974¹⁰⁷ ; Kirschs 1974¹⁰⁸; Janz et Becker 1984¹⁰⁹). Janz, Champion et Strecher (2002)¹¹⁰ résumant les principes de base du modèle de croyance en santé comme suit. "En général, on croit maintenant que les gens prendront des mesures pour prévenir, dépister ou contrôler les problèmes de santé s'ils se considèrent comme susceptibles de souffrir de la maladie, s'ils croient que cela pourrait avoir des conséquences potentiellement graves s'ils croient qu'un plan d'action à leur disposition serait bénéfique pour réduire leur susceptibilité ou la gravité de la maladie, et s'ils croient que les avantages anticipés l'emportent sur les obstacles (ou les coûts) de l'action.

¹⁰⁷ Rosenstock, I. M. (1974), "Historical Origins of the Health Belief Model," *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

¹⁰⁸ Kirscht, J. P. (1974), The Health Belief Model and Illness Behavior, *Health Education Monographs*, 2, 2387-2408.

¹⁰⁹ Janz, Nancy K. and M. H. Becker (1984), "The Health Belief Model: a Decade Later," *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

¹¹⁰ Janz, Nancy K., Victoria L. Champion and Victor J. Strecher (2002), The Health Belief Model, In K. Glanz, B. K. Rimer and F. M. Lewis (Eds.) *Health Behavior and Health Education* (45-66), San Francisco, CA: John Wiley and Sons, Inc.

2.5. Analyse du Comportement du consommateur des médicaments

Peut-on définir le consommateur des médicaments appelé aussi consommateur de « santé », ou patient (Le Pen, C. 2009)¹¹¹. plusieurs éléments d'analyse d'un consommateur classique ne s'appliquent pas forcément sur ce consommateur atypique, nous allons voir qu'il existe plusieurs consommateurs de santé (Wallet-Wodka D, Dunod, 2008, p156) , ainsi leur processus de prise de décision diffère et les variables explicatives de ce derniers diffèrent aussi.

Le consommateur est un individu disposant d'un potentiel pour consommer un bien ou un service. Tous les individus exprimant un besoin ou un désir pour un produit ou un service sont potentiellement des consommateurs. Dans le cas des médicaments, tous les individus auront potentiellement besoin d'un médicament à un moment de leur existence, avec plus ou moins de régularité et d'intensité en fonction du type d'individus et de son état de santé d'ailleurs nous allons voir par la suite quels sont les variables qui influent l'état de santé.

Une des principales barrières à la définition du consommateur de santé réside dans le fait que de nombreux auteurs pensent qu'il n'existe pas de consommateur de santé bien portant paradoxe lorsqu'on parle aussi d'un effet de consumérisme ou de consommateur flamboyants (Notebaert & le Pogam, 2006, p.47)¹¹² dans ce domaine. On différencie ainsi les prospects qui sont les individus bien portants mais qui un jour deviendront consommateurs de santé effectifs qui sont forcément malades. Des évolutions ont eu lieu, en parallèle de l'introduction du marketing de la santé (Le Pen, 2009 ; Narayana et al., 2012¹¹³; Koinig, 2016¹¹⁴; Scheen et Giet, 2010 ; Allenet et al., 2013¹¹⁵), ainsi aujourd'hui tous les individus sont considérés comme consommateurs et les producteurs de médicaments ont réussi à exploiter le potentiel des biens portants, à travers les produits à allégation de santé, les produits de prévention, les aliments santé, la dermocosmétique.

¹¹¹ LE PEN C. (2009), « "Patient" ou "personne malade" ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue Economique*, Vol. 60, n° 2, p. 257-271.

¹¹² JF Notebaert, M A Le Pogam Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? *Management & Avenir* 2006/3 (n° 9)

¹¹³ NARAYANA S., PATI R., VRAT P. (2012), "Research on management issues in the pharmaceutical industry: a literature review", *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, Vol. 6, n° 4, p. 351-375.

¹¹⁴ KOINIG I. (2016), *Pharmaceutical advertising as a source of consumer self-empowerment: evidence from four countries*, Springer, Wiesbaden.

¹¹⁵ ALLENET B., BAUDRANT M., LEHMANN A., GAUCHET A., ROUSTIT M., BEDOUCH P., GOLAY A. (2013), « Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, Vol. 71, n° 2, p. 135-141.

2.5.1. Comportement du consommateur du médicament un comportement de l'intermédiaire

Cette nature ambiguë de ce consommateur a fait l'objet de différentes analyses on parle ainsi par exemple du comportement du consommateur intermédiaire¹¹⁶. On parle ici d'une relation business-to-business, en opposition à la relation de l'entreprise avec son consommateur final, relation business-to-consumer. Les intermédiaires entre le producteur et le consommateur sont des entreprises, organisation ou toute autre entité avec lesquelles le producteur entretient des relations marketing. Sur le marché de la santé, les laboratoires entretiennent des relations marketing principalement avec les prescripteurs, les distributeurs et les payeurs.

Les relations B to B présentent des caractéristiques spécifiques qui les différencient des relations B to C :

Les clients sont moins nombreux car il y'a naturellement moins de médecins que de malades ;

Les achats sont plus importants car les achats des médicaments par les établissements de soins sont considérables, de même que ceux réalisés par les grossistes répartiteurs très concentrés ;

Les relations commerciales sont plus étroites car plus récurrentes, on sort du cadre de la transaction pour entrer dans celui de la relation. Les visiteurs médicaux des laboratoires visitent les mêmes médecins et finissent par bien connaître leur clientèle ce qui change la donne de la relation, en instaurant une confiance qui n'existe pas lors d'un achat unique ;

Les achats sont effectués par des spécialistes, experts de leur domaine et donc moins « crédules » envers les opérations de communication des producteurs (on parle la bien sur des médicaments à prescription obligatoire et non pas des OTC) ;

L'acheteur « intermédiaire » n'est pas seul, il y'a de nombreux intervenants avant que la décision ne soit prise. Par exemple lors de l'AMM, le laboratoire passe devant de nombreuses instances avant de recevoir l'autorisation.

¹¹⁶ Serre MP, Wallet-Wodka D, Marketing des produits de santé, Dunod, 2008

Ces spécificités conduisent à un processus de décision de l'intermédiaire différent de celui du consommateur final, le processus comprend ainsi huit étapes ;

- Reconnaissance du problème
- Description des caractéristiques du produit répondant au problème
- Spécification du produit
- Recherche des fournisseurs
- Choix des fournisseurs
- Décision financière
- Procédure de commande
- Suivi et évaluation des résultats

Comme pour le consommateur, il existe différentes situations d'achat qui viennent modifier la longueur, l'intensité et l'ordre de ce processus de décision :

- Le simple achat : on rentre dans une relation récurrente entre le producteur et son client ;
- Le rachat modifié : on souhaite un produit plus performant et la porte peut s'ouvrir à de nouveaux fournisseurs ;
- Le nouvel achat.

Le marketing se rapproche plus ici de la fonction vente et à pour objectif de pérenniser la relation et d'anticiper les besoins futurs des clients.

Les relations avec les payeurs et les prescripteurs, qui n'achètent pas directement de produits pour eux, s'apparentent plus à de la communication du producteur (nous exposerons évidemment cette communication).

2.5.2. Les principales Phases du comportement du consommateur des médicaments

La consommation ne se réduit pas uniquement réduite à l'acte d'acheter un produit ou de payer un service. Elle englobe trois phases distinctes et séquentielles :

2.5.2.1. Le pré-achat

Phase pendant laquelle l'individu accepte son besoin, fait naître son désir, recherche de l'information, évalue les alternatives,...cette phase est une phase à dominante cognitive, plus ou moins longue selon le type d'individu et de besoin. Elle peut être initiée par un individu différent de l'acheteur final. Dans le cas des médicaments, cette phase est initiée et réalisée par le médecin ou tout autre prescripteur (pharmacien...) le besoin et la durée de cette

phase aussi peut naitre de façon différente et ce après la dégradation d'un état de santé réel ou sous un effet de «mode».

2.5.2.2. L'achat

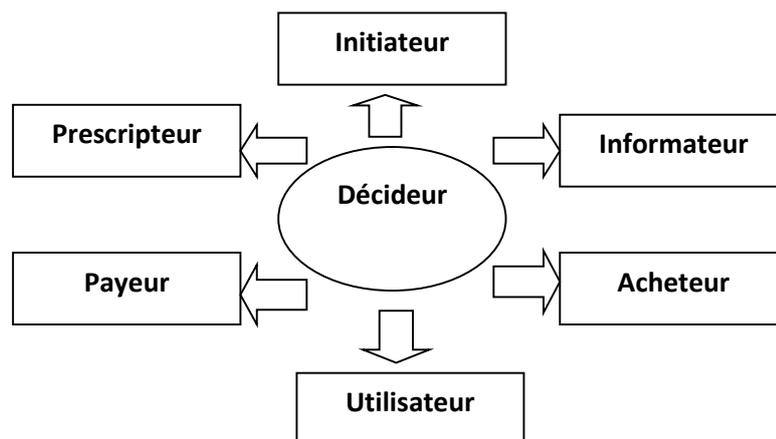
Phase où l'individu se décide pour un bien ou un service et l'achète. L'utilisateur du bien ou du service n'est pas forcément celui qui l'achète. C'est une phase purement conative, basée entièrement sur l'action, l'action d'acheter et donc naturellement de payer encore une fois cette phase diffère chez le consommateur des médicaments et selon le type du médicament car pour les produits remboursés et donc à prescription obligatoire l'achat reste entièrement ou presque délégué décidé par un médecin et payé par un organisme d'assurance privé ou public, cependant pour les OTC les produits d'automédication seul le prescripteur (médecin ou pharmacien) peut intervenir ou pas faisant de cette étape un achat classique

2.5.2.3. Le post-achat

Phase pendant laquelle l'individu juge son achat et forme ses préférences. C'est pendant cette phase que peut avoir lieu les réclamations et que se construit la mémoire interne du consommateur, nécessaire à la phase pré-achat du prochain achat similaire. C'est une phase à dominante affective. Dans le cas des médicaments les réclamations seront naturellement dirigées vers le prescripteur donnant lieu à un effet de fidélité ou de rejet du prescripteur et de ces décisions ou des conseils du pharmacien.

Toute personne qui intervient au cours de l'une des trois étapes de la consommation et que toute organisation est susceptible de vouloir atteindre par une action marketing ayant pour but d'influencer son comportement est considérée comme un consommateur.

Le consommateur n'est donc pas un tout homogène, ce n'est pas forcément une seule personne face à ses choix, son portefeuille et ses problèmes. Nous allons voir que cette multiplicité de consommateurs s'amplifie dans le cas des médicaments. On distingue habituellement sept sortes de consommateurs :

Figure 2. Les différents types de consommateurs

Source : Marketing des produits de santé, Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, 2008

2.5.3. Les différents comportements du consommateur des médicaments

Décrivons ces différents types de consommateurs dans le cadre d'un produit de santé, en ne perdant pas de vue qu'une même personne peut être tous les consommateurs à la fois :

- **Initiateur :** c'est la personne qui initie le processus de décision, c'est-à-dire la personne qui fait ressortir le besoin chez l'utilisateur. C'est par exemple un ami qui vous trouve mauvaise mine, un parent qui s'inquiète de la toux d'un enfant, ou tout simplement ne pas se sentir en bonne santé c'est-à-dire réaliser que son état de santé se dégrade.
- **Prescripteur :** la notion de prescripteur est très forte dans le cas des produits de santé, en effet on pense tout de suite au rôle du médecin, que ce soit pour les produits à prescription obligatoire ou pour le conseil donné par rapport aux OTC ou comme médecin de famille par exemple, prescripteur légal de produits de santé, Il est également possible de penser au pharmacien (Schonauer M., Klar M. 1999)¹¹⁷, dont le rôle de prescription est officieux en matière de médicaments a prescription obligatoire voire important parfois pour les OTC.
- **Informateur :** l'informateur est la personne réelle ou morale (magazine, internet, ...) qui aide le consommateur dans sa recherche d'information. Le pharmacien et l'entourage représentent des informateurs clés en matière de médicaments¹¹⁸ les médecins encore une fois le sont aussi.

¹¹⁷ SCHONAUER M., KLAR M. (1999), "The colors of relief. An empirical contribution to pharmacosemiotics : semiotics and medicine", *Semiotic Inquiry*, Vol. 19, n° 1, p. 63-78.

¹¹⁸ Etude pharmagora 2007, « le rôle contemporain du pharmacien d'officine », GERMS.

- **Décideur** : le décideur est la personne qui se décide pour le choix du produit, ce n'est pas forcément l'utilisateur, par exemple le cas d'un médicament pour un enfant, le décideur est le parent et non l'enfant qui est lui l'utilisateur. Plus encore dans le cas des médicaments à prescription obligatoire ou le décideur est encore une fois le médecin vu qu'il s'agit là de la vie ou de la mort de l'utilisateur du produit en question, et qu'il n'est pas en mesure de juger et de prendre la décision adéquate par rapport à sa pathologie. Une dépendance au prescripteur qui s'amplifie avec la gravité de la pathologie.
- **Acheteur** : dans le cas des médicaments, il existe une distinction entre acheteur et payeur et ce pour les médicaments remboursés. Pour les produits non remboursables (OTC), l'acheteur est le payeur comme pour tout autre produit classique.
- **Payeur** : le payeur est soit l'acheteur soit l'organisme qui prend en charge la dépense une fois celle-ci engagée, à l'instar de la sécurité sociale ou d'une mutuelle. C'est le principe de l'assurance là encore le consommateur du médicament peut déléguer cette étape faisant l'objet d'un passager clandestin, et ce principalement pour les médicaments remboursés.
- **Utilisateur** : enfin l'utilisateur est la personne qui consomme à proprement parler le produit ou le service proposé. Ce type de consommateur est très rarement la cible des politiques marketings des fabricants de médicaments, du fait des restrictions légales. On parle ici de consommateurs. Chacun des sept types d'individu peut être la cible de la politique marketing de l'organisation. Les industries pharmaceutiques viseront les médecins et les pharmaciens, donc les prescripteurs et les informateurs, et non pas l'utilisateur et ce principalement à travers la visite médicale car la publicité directe aux consommateurs n'est autorisée que pour les OTC. Une mutuelle vise l'assuré qui peut être considéré comme l'acheteur et pas forcément l'utilisateur final (un enfant par exemple).

2.5.4. Divergences entre consommateur classique et consommateur des médicaments

En économie de la santé, Arrow ¹¹⁹ explique que, le marché de la santé est caractérisé par des dysfonctionnements liés à l'imperfection et à l'asymétrie de l'information. Arrow identifie principalement cinq caractéristiques particulières du marché des soins médicaux : la nature de la demande, les attentes en termes d'incitation des médecins, l'incertitude sur les produits, les conditions de l'offre et le mode de fixation des prix. Ces éléments confèrent au secteur de la santé une relative complexité en termes de régulation et d'analyse.

¹¹⁹ Publié en 1963 dans l'American Economic Review ; S Chambaretaud, L Hartmann, Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles revue de l'OFCE, 2004/4 (n° 91)

Le marketing et plus généralement le management de la santé n'échappent à ces particularités et distinctions ce qui fait que le secteur de la santé est longtemps resté un secteur à part. En effet ces derniers ont mis longtemps à trouver une place dans un environnement assez réticent à toute forme d'incitation et de gestion économique. Le cadre législatif restrictif a fait que le marketing a mis longtemps avant d'être introduit et ce dans la plupart des pays développés, et encore il tarde à s'imposer auprès des praticiens. Une des plus fortes oppositions au refus de la « marchandisation » de la santé est la nature du consommateur. Le consommateur de santé étant par définition malade, il ne peut être la cible de manipulations marchande. Ainsi, peut-on dire que le consommateur de santé est si différent du consommateur lambda. Aujourd'hui l'introduction de la prévention, du marketing social et éthique mais également les évolutions de la législation et l'internationalisation des laboratoires pharmaceutiques sonnent quelque peu le glas des discours de rejet catégorique. Il ne faut pas pour autant nier toutes différences entre consommateur de santé et consommateur lambda. Des différences qui paraissent parfois comme évidentes vu le contexte et la nature du besoin et de la consommation en question.

2.5.4.1. Le déclenchement du processus de prise de décision

La première étape du processus de prise de décision est la reconnaissance du problème qui se trouve dans la notion de « besoins » de santé définis comme la différence entre l'état de santé constaté et l'état de santé souhaité. L'achat de soins et éventuellement ou probablement de médicaments est provoqués par la survenance d'un risque : la maladie. Au niveau individuel, cette différence résulte le plus souvent d'une dégradation de l'état de santé relativement imprévisible. Par ailleurs, le patient ne connaît pas son état de santé (présent et futur), et il ne possède pas non plus de réponse médicale à un état de santé donné ; de ce fait quelles sont les combinaisons probables des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées à son état de santé (qualité/quantité/ nature des soins) (Arrow 1963 ; Culyer, 1971)¹²⁰.

2.5.4.2. La prise de décision induite

Le consommateur de santé n'est pas forcément l'initiateur de la décision, ce n'est pas non plus le prescripteur. Il y a un intermédiaire entre le consommateur final et le produit et cet intermédiaire est le plus souvent le médecin ou éventuellement un pharmacien dans le cas des produits non prescrits ou à PMF. Un patient refuse rarement un traitement, cependant il peut

¹²⁰ Valérie Fargeon, Introduction à l'économie de la santé, Presses Universitaires de Grenoble, Septembre 2014.

faire laisser croire cela au médecin, comme il peut « menacer » si l'on peut dire son médecin dans le cas où il ne partage pas ses opinions d'aller voir un autre, différentes postures en découlent de cette relation déjà complexe à la base vu l'asymétrie de l'information, des postures que nous analyserons dans la partie traitant de la relation entre le patient et son médecin (chapitre III). Et c'est donc le médecin qui devient le premier interlocuteur des laboratoires pharmaceutiques¹²¹. Ce sera donc lui la cible des politiques marketing, même si la segmentation des produits se fait sur l'utilisateur final. C'est le seul secteur où le consommateur final est totalement dépendant d'un prescripteur, du moins dans le cas des produits de prescription.

2.5.4.3. L'effet du prix sur la prise de décision

L'autre distinction de taille réside au niveau prix et de la tarification. c'est un enjeu d'une nature très particulière. Si, selon la formule consacrée, « la santé n'a pas de prix »¹²², il est toutefois nécessaire de lui en donner un, ne serait-ce que pour rémunérer ceux qui contribuent à l'entretenir.

Dans la théorie économique classique, le prix est la résultante du croisement entre une offre et une demande. Dès lors qu'un marché concurrentiel est, peu ou prou, en mesure de fonctionner, les prix qui se forment librement permettent d'une part d'orienter les choix des consommateurs et de révéler leurs vraies préférences, d'autre part de stimuler les efforts des producteurs pour la recherche du meilleur couple prix/qualité. La liberté des prix apparaît alors comme le moyen le plus efficace de coordonner les acteurs et de tendre vers un optimum. Ainsi, Les consommateurs dévoilent leurs préférences et le prix se détermine à l'équilibre. Dans le cas de la santé que ce soit pour les soins comme prestations ou pour les produits c'est-à-dire les médicaments, les prix sont pour la plupart des systèmes de santé fixés par l'État¹²³. Cette déconnexion du prix et de la qualité dans le processus décisionnel du patient s'apparente à une économie de la qualité (Karpik, 1989)¹²⁴. Le consommateur n'est donc pas incité à révéler ses préférences, ce qui est peut-être mieux dans un cas aussi difficile que celui de la santé on préfère tous être en bonne santé mais quel prix est-on prêt à payer ? Se pose ici un problème résolument éthique sur le prix d'un médicament, qui dans le cas où il

¹²¹ Richard K. Thomas, *Marketing Health Services*, Aupha/HAP, 2005.

¹²² Pierre Louis Bras, *Le prix des soins, marché ou régulation publique ?*, *Les Tribunes de la santé* 2005/3 (n° 8)

¹²³ Les différentes méthodes de fixation des prix et du taux de remboursement des médicaments ont été analysées au niveau de notre thèse de magister intitulée : *Marketing Pharmaceutique ; le rôle des visiteurs médicaux dans la promotion des produits pharmaceutiques en Algérie*, Université Abou Bakr Belkaid, 2009-2010.

¹²⁴ Karpik L. (1989), *l'économie de la qualité* », *Revue Française de sociologie*, XXX : 187-210.

est administré, indépendamment des consommateurs mais également des coûts de fabrication des médicaments, il reste du ressort des régulateurs.

2.5.4.4. La situation d'aléa moral sur la prise de décision

Le besoin étant diagnostiqué, reconnu et évalué par le médecin ou pharmacien, le prix étant fixé par les institutions concernées, reste le paiement. Encore une fois l'utilisateur est très rarement son payeur puisque la santé est un bien public, un droit individuel et que dans les pays européens et même en Algérie, l'État assure une équité en subventionnant en très grande partie les dépenses de santé des individus, toujours dans le cas des produits remboursés. Le consommateur de médicament ne se voit même pas confier le prix des produits qu'il consomme, car l'assurance-maladie lui permettant de solvabiliser sa demande. En conséquence, cette dernière introduira forcément une différence entre le cout payé par l'assuré et celui soumis à l'ensemble de la société ; cette différence est source d'inefficience dans le sens où l'assuré, ne supportant pas la totalité du cout des médicaments peut être incité à consommer une quantité excessive. Une situation « d'aléa moral » (Pauly, 1968)¹²⁵ conduisant à la modification des comportements des individus assurés (situation que l'on analysera dans une partie suivante).

Ce statut d'utilisateur subventionné classe encore une fois le consommateur de santé à part par rapport au consommateur lambda. A noter que la situation est très différente aux États-Unis où les médicaments sont très peu couverts par les systèmes d'assurance et restent très largement à la charge des patients.

2.5.4.5. Effet d'incertitude du consommateur sur la prise de décision

L'autre élément différenciateur est la difficulté d'évaluation. Le malade étant « ignorant » ou en tout cas, moins bien informé que le professionnel de santé, qui détient le pouvoir médical ; le premier s'en remet au second, comme on vient de citer, pour avoir accès à l'information sur son état de santé et sur les soins, c'est-à-dire à l'information sur les diagnostics et traitements possibles, et leurs bénéfices/risques associés ; d'autre part, aux prescriptions elles-mêmes c'est-à-dire aux traitements, médicaments... toutefois, le contact du patient avec un professionnel de santé ne lève pas toujours l'incertitude sur les produits de santé et leurs effets. Il peut y avoir incertitude sur l'efficacité médicale du traitement. La stratégie optimale de traitement à adopter ainsi que ce qu'aurait dû être le processus de

¹²⁵ Valérie Fargeon, Introduction à l'économie de la santé, Presses Universitaires de Grenoble, Septembre 2014.

production en termes d'efficacité médicale ne sont pas toujours connus ; pour une pathologie donnée, on peut disposer de plusieurs stratégies pour une pathologie donnée, on peut disposer de plusieurs stratégies thérapeutiques. Parfois même il est difficile d'établir un diagnostic exact chose qui va remettre complètement en question le processus de prise de décision.

La médecine n'étant pas une science exacte et le savoir médical est complexe et provisoire. Il est extrêmement difficile pour un consommateur de santé d'évaluer la qualité du produit qu'il consomme, comme il lui est difficile de savoir ce qu'il lui faut lorsqu'il est malade. Ainsi la relation médecin/malade est marquée par une asymétrie d'informations mais aussi par l'incertitude car les biens et services médicaux s'apparentent à la fois par l'incertitude s'apparentent à la fois à des biens d'expérience (Nelson, 1970¹²⁶ ; Shapiro, 1983¹²⁷) et à des biens de confiance.

Ainsi ces produits de santé s'ils appartiennent à la catégorie des biens d'expérience leur qualité non connue avant leur consommation s'apprécie et se construit dans la durée, en effet la répétition de la consommation va produire de l'information sur le bien se fondant sur des effets de réputation. D'autres produits doivent plutôt être considérés comme des biens de confiance ; leur qualité n'étant pas révélée par leur consommation ni par sa répétition. Leur consommation n'apporte en effet pas d'informations nouvelles aux consommateurs ni en termes d'efficacité ni de qualité (Batifoulier, 1992).

Par conséquent, une notion déterminante peut être altérée celle de la satisfaction. Évaluation et satisfaction reposent en effet sur des éléments intangibles plus liés à la relation avec le prescripteur ou les autres intermédiaires. Aujourd'hui cependant les choses évoluent et l'on voit apparaître un certain consumérisme de la part du consommateur de santé qui est de plus en plus expert, actif et indépendant des acteurs du système, du fait entre autres du développement des sites Internet d'éducation à la santé et des associations de patients.

2.5.5. Similarités entre consommateur classique et consommateur des médicaments

Le consommateur est tout à fait capable d'exprimer ses préférences dans le cas de produits de santé sans ordonnance. Il peut choisir et le prix peut redevenir un équilibre entre une offre et une demande. Le fait que le consommateur soit également le payeur de ces produits l'incite également à révéler ses préférences, puisque le médicament n'est plus gratuit

¹²⁶ Nelson P (1970). Informatin and consumer behavior, Journal of polical economy, 78: 311-329.

¹²⁷ Schapiro C (1983), Premius for high quality products as rents to reputations, Quarterly journal of economics, 98: 659-680.

et rentre donc dans un arbitrage avec les autres produits en concurrence dans son budget, partant du principe que celui-ci est limité. Le prix étant connu et dépendant de la demande, celle-ci va être élastique au prix, en particulier quand le produit n'est pas « vital » et non remboursé. On réintroduit le prix dans le processus de décision.

Aujourd'hui encore, il est impossible d'affirmer qu'il n'existe pas de consommateur de santé bien-portants. Les produits à allégation de santé, axés en majorité sur la prévention ainsi que toutes les médecines alternatives préventives, poussent le consommateur « sain » à se soigner pour ne pas tomber malade. Il peut donc devenir le centre des politiques marketings des entreprises proposant ce type de produit. Il n'est plus écarté de la filière. À noter le cas particulier des vaccins qui, bien généralement prescrits et remboursés, s'adressent à des personnes en bonne santé et ont obtenu l'autorisation de communiquer directement auprès des consommateurs.

2.5.5.1. L'approche « consumériste » de la santé

Le consumérisme réconcilierait le consommateur de santé avec la consommation, en effet le consommateur est plus proactif, il a plus de connaissances et peut donc s'intéresser aux produits de santé, même quand il est bien portant. La recrudescence des magazines et sites Internet dédiés à la santé en est la preuve ; le consommateur de santé n'est finalement pas si différent du consommateur lambda : il s'informe, se renseigne, compare, évalue et choisit, puis il réévalue et rachète ou pas

Le médicament est non seulement censé guérir des pathologies, mais aussi soulager des problèmes sociaux de plus en plus médicalisés. C'est ainsi que de plus en plus de « problèmes » qui jusqu'alors n'étaient pas pris en charge par le corps médical, deviennent de plus en plus médicalisés. Il en est ainsi par exemple du stress, ou encore des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue...etc¹²⁸.

On associe la promotion pharmaceutique à certains changements contemporains observés dans le domaine de la santé : augmentation du recours au médicament dans la pratique psychiatrique (Lakoff, 2004)¹²⁹; médicalisation de problèmes esthétiques comme la

¹²⁸E. Jahan, 2008, Le médicament au service de qui ? <http://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2008/12/dt52jahan.pdf>

¹²⁹ Lakoff, A. (2004), « The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina », *Social Studies of Science*, 34, 2, 247-269.

calvitie (Moynihan *et al.*, 2002)¹³⁰; augmentation du volume de médicaments prescrits (Mintzes *et al.*, 2003)¹³¹; augmentation du prix des médicaments via une action sur la demande (Vogel *et al.*, 2003)¹³²; accroissement des diagnostics attribuables perception stéréotypées (Stimson, 1975)¹³³. Directement ou indirectement, la publicité pharmaceutique est aussi pointée comme un facteur expliquant l'apparition de maladies construites fournissant de nouveaux marchés aux molécules découvertes par les chercheurs de l'industrie pharmaceutique : calvitie (Gotzsche, 2002)¹³⁴, dysfonction érectile (Hart et Wellings, 2002¹³⁵; Healy, 2004¹³⁶; Moynihan *et al.*, 2002; Tiefer, 2000), phobie sociale (Healy, 2004; Moynihan *et al.*, 2002¹³⁷), désordres émotifs (Dworkin, 2001; Sismondo, 2004; Williams et Calnan, 1996).

2.5.6. Développement du consommateur de médicament « le patient »

Le développement du consommateur des soins de santé constitue un point de départ important pour le développement du consommateur des médicaments car comme nous venons de le voir la naissance du besoin chez le patient démarre de la dégradation d'un état de santé réel ou sous un effet de consumérisme (point que nous allons développer ci-dessous), le patient reste dans un état de passivité extrême, n'avons pas les capacités à participer aux choix techniques et économiques concernant sa santé.

Interrogés, la plupart des économistes et des médecins répondraient sans doute par la négative. Les premiers trouveraient le consommateur de soins et de médicaments – le malade – Mauvais juge de son propre intérêt en raison du double handicap d'un manque d'informations (il ignore la science médicale) et d'un brouillage de la raison imputable aux

¹³⁰ Moynihan, R., Heath, I., et Henry, D. (2002), « Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering », *British Medical Journal*, 324, 7342, 886-891.

¹³¹ Mintzes, B., Barer, M. L., Kravitz, R. L., Bassett, K., Lexchin, J., Kazanjian, A., et al. (2003), « How Does Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) Affect Prescribing? A Survey in Primary Care Environments With and Without Legal DTCA », *Canadian Medical Association Journal*, 169, 5, 405-412

¹³² Vogel, R. J., Ramachandran, S., et Zachry, W. M. (2003), « A 3-Stage Model for Assessing the Probable Economic Effects of Direct-to-Consumer Advertising of Pharmaceuticals », *Clinical Therapeutics*, 25, 1, 309-329.

¹³³ Stimson, G.-V. (1975), « The Message of Psychotropic Drug Ads », *Journal of Communication*, 25, 3, 153-160.

¹³⁴ Gotzsche, P. C. (2002), « Commentary: Medicalisation of risk factors », *British Medical Journal*, 324, 7342, 890-891.

¹³⁵ Hart, G., et Wellings, K. (2002), « Sexual Behaviour and Its Medicalisation: In Sickness and in Health », *British Medical Journal*, 324, 7342, 896-900.

¹³⁶ Healy, D. (2004), « Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves », *Social Studies of Science*, 34, 2, 219-245.

¹³⁷ Moynihan, R., Heath, I., et Henry, D. (2002), « Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering », *British Medical Journal*, 324, 7342, 886-891.

effets physiques et psychiques de la maladie. Les seconds partageraient d'autant plus volontiers ce point de vue que l'expression même de « *patient* » renvoie, selon son étymologie latine, aux trois sens de souffrance, de passivité et de résignation (Lebaigue 1881)¹³⁸.

L'absence d'un consommateur souverain – ainsi que l'impératif d'équité – constitue ainsi une des spécificités de ces disciplines telles que l'économie le management ou encore le marketing de la santé qui l'invoque pour expliquer la spécificité des arrangements institutionnels particuliers qui gouverne le secteur (A.J. Culyer 1971)¹³⁹, notamment la séparation des fonctions de prescription, de consommation et de financement. Les choix relatifs à la santé des « patients » sont intégralement délégués à des professionnels¹⁴⁰ qui s'obligent en contrepartie au respect de règles déontologiques que symbolise le serment d'Hippocrate. Délégation, confiance et éthique seraient ainsi les ingrédients essentiels de la relation médecin-malade (Reberieux 2002¹⁴¹, Rochaix 1997).

Le patient-principal est en réalité très peu principal. Le malade, comme l'enfant, le vieillard ou le pauvre, apparaît plutôt comme un « *être sous tutelle* », et même doublement sous tutelle, la « tutelle sociale » des pouvoirs publics venant doubler la « tutelle médicale » des professionnels de la santé (Le Pen, 2009)¹⁴².

En effet, en s'interrogeant sur ce nouveau consommateur émancipé des médicaments nous nous devons d'analyser. Cette nouvelle donne ainsi que ses conséquences sur la conception économique et managériale du patient. Nous soutiendrons, parfois de manière allusive :

- Que la « *personne malade* » n'est ni aussi ignorante ni aussi dénuée de raison que le suppose le modèle tutélaire (Culyer AJ, 1973)¹⁴³ et qu'elle le sera de moins en moins dans l'avenir. Cela tient pour une part à son meilleur niveau d'information, mais aussi à la transformation même de la notion de « maladie » ;

¹³⁸ Lebaigue C. [1888], *Dictionnaire français-latin*, Paris

¹³⁹ A.J. Culyer 1971, dans Cooper et Culyer ,eds, 1973, p. 52

¹⁴⁰ Bien F., Reberieux A. [2002], « La relation médecin-patient : quelques éléments d'analyse à partir de la théorie des contrats », dans Béjean S. et Peyron C. (eds), *Santé, règles et rationalités*, Paris, Economica.

¹⁴¹ Comme le notent Bien et Reberieux [2002] qui, voulant critiquer l'application du modèle « principal-agent » à la relation médecin-malade, en reviennent finalement à une vue traditionnelle.

¹⁴² Le Pen Claude, « " Patient " ou " personne malade " ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2/2009 (Vol. 60), p. 257-271.

¹⁴³ Culyer A.J. 1973, « Is medical care different? », dans Cooper M.H. et Culyer A.J. (eds), *Health Economics*, Penguin Books.

- Que cette personne malade exprime, individuellement ou collectivement, ses préférences sous des formes qui peuvent apparaître par rapport au modèle tutélaire comme peu significatives, voire aberrantes ;
- Que ce sentiment est imputable au fait que, dans l'étude très administrée du secteur de la santé, il n'existe pas d'instance de représentation globale du point de vue des « personnes malades ». Celui-ci s'effectue par la médiation d'agents professionnels ou institutionnels qui, par nature, n'en expriment qu'une partie ;
- Que ces changements appellent une modification de la représentation tutélaire du patient-consommateur. Un « modèle » complexe de patient tend à émerger – plus dans la réalité que dans la littérature (Bien F., Rebérioux A. 2002¹⁴⁴ ; Rochaix L. 1997¹⁴⁵ Rothwell P.M., McDowell Z., Wong C.K., Dorman P.J. 1997¹⁴⁶), un patient impliqué et « responsabilisé », à titre individuel pour ses choix de santé et à titre collectif (Zweifel P., Manning W.G. 2000)¹⁴⁷ pour les choix de financement et de prise en charge (Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. 1998¹⁴⁸. L'émergence en cours de ce « nouveau patient »¹⁴⁹ modifiera radicalement les équilibres institutionnels actuels notamment pour ce qui est du fonctionnement de la politique de la santé, et de la politique de communication des laboratoires. (Le Pen C. 1999, Le Pen, 2009)¹⁵⁰.

2.5.6.1 Reconversion du patient vers le consommateur classique

L'émancipation du patient, son avènement comme sujet doté de raison, de réflexion, d'expérience, d'autonomie amène à réévaluer la conception traditionnelle (Bocognano A.,

¹⁴⁴ Bien F., Rebérioux A. [2002], « La relation médecin-patient : quelques éléments d'analyse à partir de la théorie des contrats », dans Béjean S. et Peyron C. (eds), *Santé, règles et rationalités*, Paris, Economica.

¹⁴⁵ Rochaix L. 1997, « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, p. 129-130 (11-24).

¹⁴⁶ Rothwell P.M., McDowell Z., Wong C.K., Dorman P.J. [1997], « Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis », *bmj*, 314 (7094), p. 1580-1583.

¹⁴⁷ Zweifel P., Manning W.G. [2000], « The Anatomy of Health Insurance », dans Culyer A.J. et Newhouse J.P. (eds), *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, Amsterdam, Elsevier, p. 409-459.

¹⁴⁸ Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. 1998, « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé irdes* n° 15.

¹⁴⁹ Le Pen Claude, « " Patient " ou " personne malade " ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2/2009 (Vol. 60), p. 257-271.

¹⁵⁰ Le Pen C. [2000], « La logique du panier de biens et services est-elle fondée ? », dans Charpentier F. (ed.), *Encyclopédie de la protection sociale*, Paris, Economica.

Le Pen C. [1999], *Les habits neufs d'Hippocrate*, Paris, Calman-Lévy.

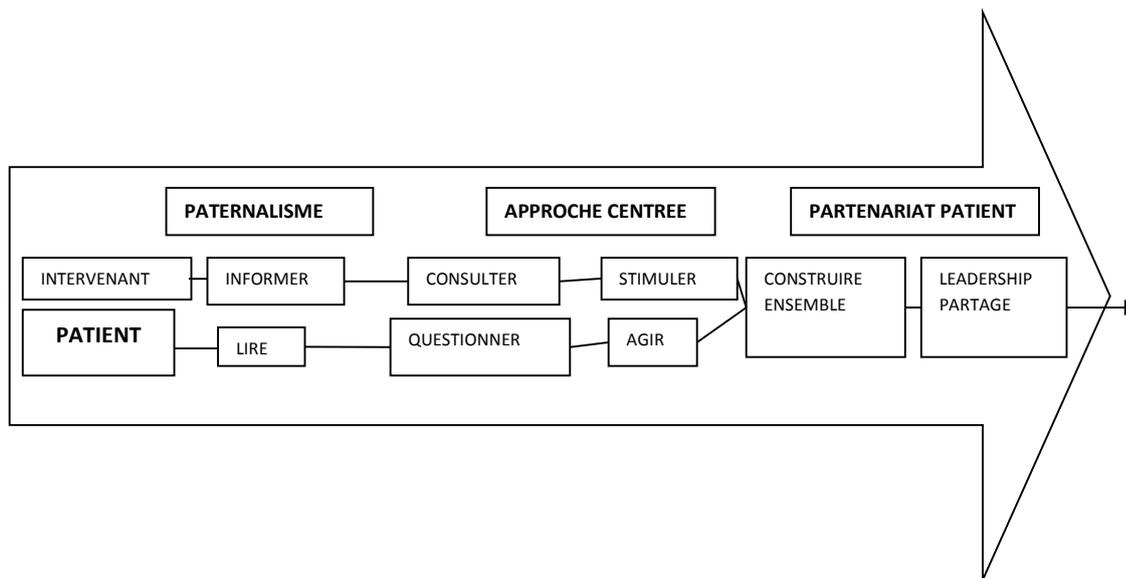
Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. 1998¹⁵¹);). Plusieurs pistes semblent se dessiner que l'on examinera partie par partie: la première, et la plus évidente, consiste à affirmer le droit du patient (Rochaix L.,1997) à l'information (Batifoulier P, Domin J P, Gadreau M, 2008¹⁵², Batifoulier & Biencourt, 1996) et lui donner les éléments sur lesquels ils pourraient fonder des choix éclairés (Hall M, 1998)¹⁵³. Le patient trouverait (ou retrouverait) le rôle du consommateur traditionnel de la théorie comme agent doté de raison, de capacité de choix et de sens des responsabilités (comme le montre la figure ci-dessus). Mais – et c'est le deuxième point – ce modèle trouve ses limites dans l'impossibilité – pour des raisons d'équité – d'une entière et pleine responsabilisation financière. Il n'y a alors d'autres solutions que de maintenir un système de décision collective pour les choix de financement. Dans ce cadre institutionnel renouvelé par rapport au modèle canonique de 1945 (Batifoulier & Biencourt, 1996), le rôle du patient s'affirme cependant au niveau collectif à travers un mouvement associatif (Barbot, 2002 ; Dodier, 2003¹⁵⁴) qui tend à occuper une place croissante dans le système de régulation collective du secteur au détriment des partenaires sociaux.

¹⁵¹ Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. [1998], « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé irdes* n° 15.

¹⁵² Batifoulier Phillippe, Domin Jean-Paul, Gadreau Maryse, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue Française de Socio-Économie* 1/2008 (n° 1), p. 27-46

¹⁵³ Hall M.A., Berenson R.A. 1998, « Ethical practice in managed care: a dose of realism », *Ann Intern Med*, 128 (5), p. 395-402.

¹⁵⁴ Dodier N. *Leçons politiques de l'épidémie de Sida*, 2003, Editions de l'EHESS.

Figure 3. Un registre de relations entre patients et professionnels de la santé

Source : Lugi F, Patient acteur-patient ressource-patient expert, définitions et enjeux, IRESP France, 2016

Le nouveau patient (La Pen C, 2009) ¹⁵⁵est un agent complexe qui s'exprime à la fois sous une forme individuelle et sous une forme collective, qui est savant et ignorant, qui revendique son autonomie mais reste soucieux de nouer une relation personnelle avec son médecin, qui exige des professionnels simultanément compassion et compétence, qui, bref, est à la fois un client et un citoyen et, malgré tout, un être souffrant cherchant explications et soulagement. Cette complexification de la figure du patient-consommateur de la santé est un des traits caractéristiques des systèmes de santé contemporains, et il reste sans doute aux études économiques managériales et marketing d'en prendre pleinement la mesure.

2.5.6.2. Eléments d'analyse du consommateur de la santé

Comme tout individu doit un jour ou l'autre prendre des décisions importantes qui auront une influence sur sa santé, les stratégies visant à soutenir l'information donnée aux patients et la participation de ceux-ci devraient constituer l'une des pierres angulaires des stratégies marketing des laboratoires et des politiques sanitaires. Les patients peuvent aussi jouer un rôle essentiel en cernant les causes de leur maladie, en protégeant leur santé et en prenant des mesures appropriées, en choisissant les traitements qui conviennent lors d'une maladie. Il importe dès lors de reconnaître et de conforter ces rôles (Coulter A, Parsons S, Askham J, 1998).

¹⁵⁵ Le Pen Claude, « "Patient" ou "personne malade" ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2/2009 (Vol. 60), p. 257-271.

En effet, une étude menée dans le milieu de la santé au niveau des patients a fait ressortir les tendances et l'implication de ces nouveaux consommateurs autrefois appelées et considérés comme de purs patients dans un cadre infiniment éthique. L'étude a permis d'identifier les rôles de ces nouveaux patients ainsi que les facteurs qui ont participé à leurs émergence comme des consommateurs de santé se rapprochant des consommateurs classiques comme le montre le tableau suivant.

Tableau 6. Etudes sur les conditions de collaboration entre médecins et patients

Conditions de collaboration entre médecins et patients	Littérature
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision libre et éclairée à la décision partagée • Mobilisation des savoirs expérientiels • Développement de compétences de soins • Mobilisation d'un projet de vie • Le patient membre de l'équipe de soins pour son traitement • Autogestion (self management) 	<p>(Charles et al, 1999 ; Légaré et al 2007)</p> <p>(Jouet, Flora, Las Vergnas 2010)</p> <p>(Flora, 2012)</p> <p>(Arana, 2006)</p> <p>(Karazivan et al, 2015)</p> <p>(Lorig et al, 1985, 1999)</p>

En effet l'analyse de la relation médecin patient a fait ressortir les rôles attribués à ces consommateurs émergents sous l'effet d'une émancipation majeure donnant lieu à plusieurs types de patients.

2.5.7. Typologie des patients

2.5.7.1. Typologie des patients selon leurs attentes

Etudier le comportement du consommateur implique également l'étude de sa vision et de ses attentes envers le produit en question c'est-à-dire « le médicament ». Le marketing dans le contexte de la santé constitue un champ de recherche émergent. Dans ce secteur, le patient occupe une place de plus en plus importante¹⁵⁶. Actif dans la prise de décision (Shaffer & Sherrell, 1995; Charles & al., 1999; and Stevenson & al., 2000), impliqué dans le diagnostic et le traitement (Herzlich & Pierret, 1984) et en recherche d'information (Risher 1996; Wagner & al., 2001), le patient est qualifié "d'acteur" du système de santé, de "patient-expert" (Barbot, 2002¹⁵⁷; Fox, & al., 1999) voire de "consommateur" de médicaments et de soins (Chauveau, 2004). Le patient, en tant qu'utilisateur final du système de santé émerge

¹⁵⁶ Barbot, Janine (2002), *Les Malades en Mouvement, la Médecine et la Science à l'Epreuve du Sida*, Paris, Balland.

¹⁵⁷ Barbot J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du Sida*, Paris, Balland.

ainsi comme un objet de recherche à part entière. Il devient donc intéressant d'étudier son comportement, ses attentes et ses préférences.

Tableau 7. Les rôles identifiés des patients

<p>Le militant ou activiste associatif (Barbot, Pignarre 2001)</p> <p>Le représentant des usagers (Brun & Lascoumes, 2002)¹⁵⁸</p> <p>Les membres de groupe d'auto-support et d'entraide (Jauffret.Roustide, 2004, 2010¹⁵⁹ ; Flora, 2012, 2015)</p> <p>Le pair aidant (Lagueux et al, 2010)</p> <p>Le médiateur de santé/pair (DGS 2006, Dupont et al, 2011 ; Flora, 2012, 2015)</p> <p>La case manager (Poirrier M..et al.,1998)</p> <p>Le patient navigateur (H.P.Freeman, 2010 Patient Navigation institute, USA)</p> <p>Le patient chercheur/co chercheur (Greacen & Jouet 2009¹⁶⁰, Pomey et al, 2015 ; Flora et al, 2016)</p>	<p>Le patient expert (Lorig et al, 1999¹⁶¹, NHS, 1999)</p> <p>Le patient ETP (éducation thérapeutique du patient) (Tourette-Turgis, Perreira Paulo 2006)¹⁶²</p> <p>Le patient sentinelle (Crozet, d'ivernois 2007)¹⁶³</p> <p>Le patient autonormatif (Barrier 2007, 2010)¹⁶⁴</p> <p>L'éducation par les pairs (ONUSIDA2000)</p> <p>Le patient formateur auprès des professionnels de santé (Novack 1992, Flora 2017, 2008,2010, 2012, 2015, 2016, DCP, 2014, 2015, Varnier et al, 2016)¹⁶⁵</p> <p>Le patient ressource (AFH, également présent sous une autre forme dans les associations, dans les maisons des usagers, à la cité de la santé, et dans les établissements de santé...)</p> <p>Le patient savant (Stiegler, Barrier 2010)</p> <p>Le patient coach (Flora, 2012, 2014 ; 2015, 2016 ; Vanier et al, 2016)</p>
--	---

Source : Luigi Flora-patient acteur-patient ressource-patient expert : définitions et enjeux-IRESP Bretagne, le 27/09/2016

¹⁵⁸ Brun N., Lascoumes P. (2002), « Les grands secteurs associatifs à l'hôpital, l'action des usagers et de leurs associations nouveaux facteurs de qualité ? », *Revue hospitalière de France*, n°484, pp. 14--17.

¹⁵⁹ Jauffret--Roustide M. (2010), « *L'auto-support des usagers de drogues, des « Life skills » reconverties en expertise dans le champ de la santé* », *Actes de l'AREF, Université de Genève, septembre*, publié en ligne : <https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums---courts/coordinateurs---en---f/nouveaux---rapports---aux---savoirs---en---sante---urgence---et---usages---de---nouvelles---formes---de---savoirs/Lauto---support%20des%20usagers.pdf/view>, [Dernière consultation le 23/09/2016].

¹⁶⁰ Greacen T., Jouet E. (2009), « Psychologie communautaire et recherche : l'exemple du projet EMILIA », (coord Saïas T.), *Pratiques psychologies*, vol. 15, n°1, pp. 77--88.

¹⁶¹ Lorig K., et al. (1999), *Chronic Disease Self--Management Course Leader's Manual*. Palo Alto, CA : Stanford Patient Education Research Centre.

¹⁶² Tourette--Turgis C. (2010), « Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique », (coord. Jouet E, Flora L.), *Pratiques de formation : Analyses*, N° 58/59, pp.135--151.

¹⁶³ Crozet C., d'Ivernois J.F. (2007), « La perception de symptômes comme outil de contrôle sur la glycémie : Le cas des patients sentinelles », *ipcem* : <http://www.ipcem.org> [Dernière consultation le 22/09/2016].

¹⁶⁴ Barrier P. (2010), *La blessure et la force: La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'autonormativité*, Paris, PUF.

¹⁶⁵ Flora L., Vanier M.--C., Lebel P., (2016) « Un professionnel de santé qui pratique la collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient », in (Dir. Pelacia T.) *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*, Bruxelles, De Boeck, pp.74--104.

2.5.7.2. Typologie de patients selon une Analyse sémiotique des attentes

La littérature existante dans ce domaine propose plusieurs typologies. Certaines s'intéressent aux préférences des patients en terme de relation médecin-malade (Vick & Scott, 1998) ou en terme de participation dans la prise de décision (Flynn *al.*, 2006).

En revanche, On sait peu de choses sur les représentations du médicament¹⁶⁶ (en excluant bien sur les médicaments relatifs aux pathologies lourdes), toutes catégories d'individus confondues, et encore moins pour certaines populations spécifiques. Qui plus est, les travaux existants – centrés essentiellement sur les usages ou sur la modélisation de la confiance du consommateur dans le médicament (Andréani et al, 2014)¹⁶⁷ – appréhendent peu les conséquences de ces représentations sur le processus d'achat, en particulier sur les modalités de recherche d'information et sur les stratégies d'approvisionnement des patients-acteurs.

Les typologies existantes n'analysent souvent qu'un seul aspect de la relation entre patient et système de santé. Une approche plus globale est donc nécessaire si nous souhaitons saisir pleinement les attentes et préférences des patients et obtenir ainsi une segmentation plus pertinente d'un point de vue marketing. Dans cette logique nous nous sommes inspiré de quelques analyses dans ce sens ;

L'étude faite par (Chalamon I, Heilbrunn B, Chouk I, 2014¹⁶⁸ ; Heilbrunn, Hetzel 2003 ; Thivant et al. 2012¹⁶⁹) a proposé une analyse sur la base du cadre conceptuel identifié par Floch (Floch, 1988, 2001),

En effet, étant basée sur le cadre conceptuel identifié par Floch, c'est une recherche qui a permis notamment d'identifier les différentes valorisations du système de santé et de la consommation de médicaments présentes dans le discours des patients, à partir d'une analyse sémiotique. Ensuite, de développer un outil de segmentation adapté au contexte de la santé, en fournissant aux professionnels une vision globale des attentes du consommateur final, en permettant aussi de mieux cerner le processus décisionnel envers le médicament.

¹⁶⁶ Kessous Aurélie, Chalamon Isabelle, Paché Gilles, « Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, *Management & avenir*, 5/2016 (N°87), p175-199.

¹⁶⁷ Andréani J.-C., Moulins J.-L., Conchon F., Fons C., Bœuf B. (2014), « Une approche protéiforme de la confiance du consommateur : le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, n° 75, p. 79-94.

¹⁶⁸ Chalamon I., Chouk I., Heilbrunn B. (2013), "Does the patient really act like a supermarket shopper ? Proposal of a typology of patients"

¹⁶⁹ Thivant E., Ientile-Yalenios J., Roger A. (2012), « Discours managériaux et analyse sémiotique : comparaison de guides d'entretien dans des contextes culturels différents », *Management & Avenir*, n° 55, p. 147-167.

Dans leur analyse (I, Chalamon, B, Heilbrun, I, Chouk, 2014) ont abordé une approche plus globale afin de pouvoir saisir pleinement les attentes et préférences des patients.

Cependant et afin de mieux appréhender les attentes des patients, et d'identifier des positions "virtuelles" dans le but de construire des scénarios situationnels, l'analyse sémiotique (Greimas, 1983¹⁷⁰; Greimas & Courtès, 1983) et dont l'application la plus connue en marketing est celle de l'axiologie des valeurs de consommation de Floch (1990), à eu l'avantage de permettre de développer une segmentation "virtuelle".

Une typologie a ainsi pu être tirée de cette analyse sémiotique, en fonction du type de médicament acheté, de la gravité de la maladie, de son niveau d'implication ou encore de son humeur. Cette étude a pu aussi révéler les structures profondes du discours qui n'ont pas été identifiés dans un premier temps (Floch, 1990 ; Hetzel et Marion, 1995¹⁷¹ ; Rossolatos, 2012¹⁷²; Oswald, 2015¹⁷³).

a. L'Analyse sémiotique de Floch

Le carré sémiotique peut être défini comme une représentation visuelle des relations existantes entre les caractéristiques distinctives d'une catégorie sémantique. Illustrons la construction d'un carré sémiotique en utilisant l'opposition entre les valeurs "pratiques" et "existentielles" par exemple. Le carré sémiotique aide à former des catégories et à visualiser les relations existantes entre différentes valeurs exprimées par le consommateur. La paire de mots "existentiel" et "pratique" peut être vue comme un axe sémantique à partir duquel chaque terme présuppose l'autre : ces termes sont dits en relation de contrariété. Le principe de base de la sémiotique structurale est alors le suivant : il n'y a pas de sens sans différence. En d'autres termes, tout système de signification est avant tout un système de relations. Chacun de ces termes peut donc, par le biais d'une opération de négation, contacter une relation de contradiction : "non existentiel" est la contradiction d'"existentiel" et "non pratique" celle de "pratique". Un troisième type de relation émerge de cette typologie : une

¹⁷⁰ Greimas A. (1966), *Sémantique structurale*, Larousse, Paris.

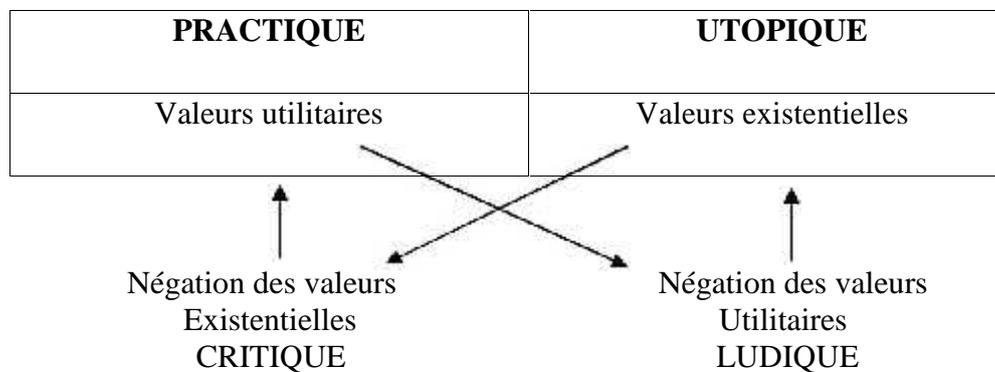
¹⁷¹ Hetzel P., Marion G. (1995), "Contributions of French semiotics to marketing research knowledge", *Marketing & Research Today*, Vol. 23, n° 1, p. 75-85.

¹⁷² ROSSOLATOS G. (2012), "Applications, implications and limitations of the semiotic square for analyzing advertising discourse and discerning alternative brand futures", *Signs International Journal of Semiotics*, n° 6, p. 1-47.

¹⁷³ Oswald L. (2015), *Creating value : the theory and practice of marketing semiotics research*, Oxford University Press, Oxford

relation de similarité ou de complémentarité (selon les termes sémiotiques) entre valeur "pratique" et "non existentielle" d'un côté, et "existentielle" et "non pratique" de l'autre.

Figure 4. Le système de valeur dans le champ de la consommation

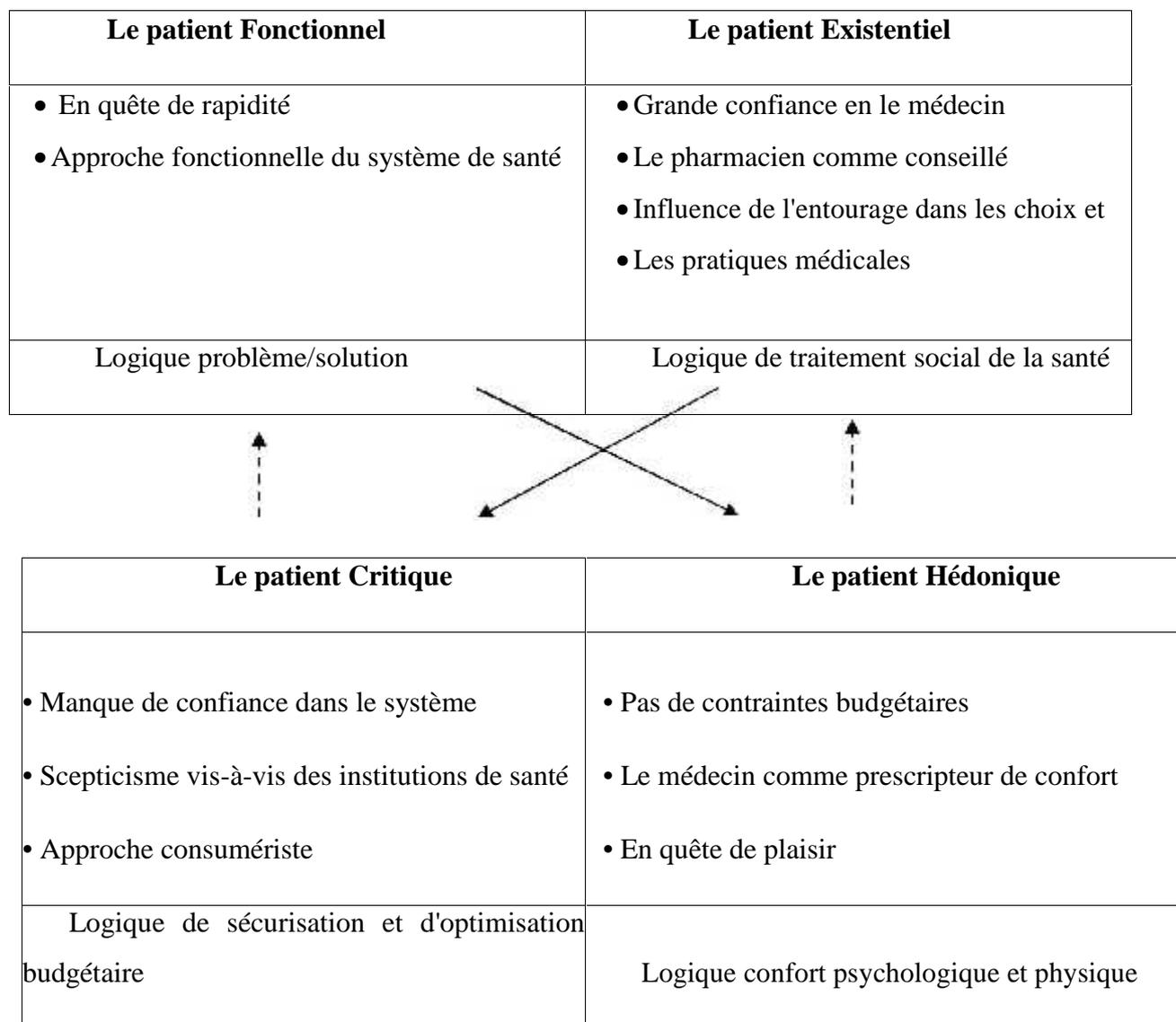


Source : Floch, 1988

Ce célèbre carré sémiotique a ainsi été très largement développé par Floch pour rendre compte des différents types de valeurs exprimées par les consommateurs vis-à-vis de l'automobile (Floch, 2001) et des types de valeurs attribués potentiellement à un hypermarché (Floch, 1988). Elle permet d'organiser de façon cohérente notre univers conceptuel mais également d'anticiper la façon dont le sens suivra.

b. Analyse sémiotiques des attentes des patients

En projetant cette catégorie de consommateurs « les patients » dans un carré sémiotique, quatre types de valeur de la santé, des soins et de la consommation de médicaments peuvent être déterminés : le type fonctionnel, critique, existentiel et hédonique. Les segments fonctionnels et critiques sont complémentaires et font référence aux valeurs fonctionnelles, tandis que les positions existentielles et hédoniques font référence aux valeurs existentielles et sont également complémentaires. Ces différentes façons de valoriser impliquent des attitudes différentes vis-à-vis de la santé, des soins et des médicaments.

Figure 5. Le système de valeur dans le champ de la consommation

Source : I, Chalamon, B, Heilbrunn I, Chouk, Le patient : un acheteur de supermarché ?
Typologie sémiotique des attitudes et des attentes des patients vis-à-vis du système de santé et de la consommation de médicaments

En effet, les auteurs de l'analyse ci-dessus ont pu démontrer les catégories suivantes de patients ;

- *Les hédonistes* ; Pour ces patients, l'achat de produits de santé est assimilé à du "shopping". Ils aiment aller à la pharmacie pour le plaisir, prennent soin d'eux même et de leur bien-être général. Ils vont chez le médecin, même si cela n'est pas nécessaire. Ils peuvent se laisser tenter par de nouveaux médicaments ou produits et ne sont pas très sensibles au prix.

- *Les fonctionnels* ; Les individus de ce groupe adoptent des stratégies d'optimisation du temps. Ils cherchent la rapidité et la praticité. Plus le système est rapide, plus ils seront satisfaits. Ils ne vont à la pharmacie ou chez le médecin que quand cela est nécessaire.

- *Les optimiseurs* ; Les actions de ces patients s'inscrivent dans une logique d'optimisation des coûts. Ils sont très sensibles au prix des produits de santé. Par conséquent, ils adoptent des stratégies pour trouver les meilleurs prix et cherchent souvent à avoir un remboursement total de leurs frais par la sécurité sociale.

- *Les sceptiques* ; Les patients de ce groupe n'ont pas confiance en le système de santé et affichent une certaine sensibilité au prix des produits de santé. Parce qu'ils sont méfiants, ils ont tendance à poser beaucoup de questions et à demander des conseils pour avoir le plus d'informations possible. Pour ces individus, le pharmacien est avant tout un "vendeur" qui cherche à faire du profit sans aucune considération pour les intérêts du patient. Le tableau suivant synthétise l'approche adoptée par chaque groupe de patient.

Tableau 8. Les approches sémiotiques des patients

Groupe	Approche
Les hédonistes	Maximisation du plaisir
Les fonctionnels	Optimisation du temps
Les optimiseurs	Minimisation des coûts
Les sceptiques	Critique

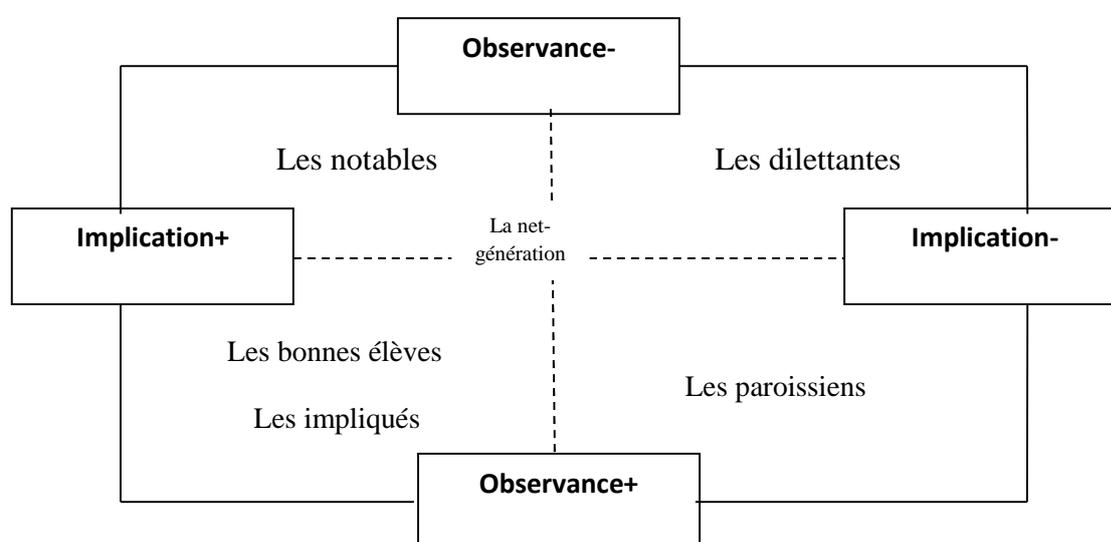
Source : I, Chalamon, B, Heilbrunn I, Chouk, Le patient : un acheteur de supermarché? Typologie sémiotique des attitudes et des attentes des patients vis-à-vis du système de santé et de la consommation de médicaments

2.5.7.3. Typologie de patients selon leurs relations aux médicaments

Définir une typologie en ce qui concerne les produits de santé représente un défi majeur. En effet, les produits de santé étant par nature tellement hétérogènes, il est essentiel d'arriver à définir des consommateurs type pour chaque sorte de produits de santé, qu'ils soient remboursables, d'automédication, générique ou princeps, à prescription obligatoire ou à prescription facultative, traitant des pathologie importante ou juste des médicament dit de confort.

Une étude a été réalisée en 2008¹⁷⁴ sur 460 patients, et leur relation aux produits de santé, consommation, confiance, observance, attitude par rapport aux marques, caractéristiques individuelles (sociodémographiques et psychographiques). Elle avait pour objectif d'établir, à l'aide d'une analyse des correspondances multiples, une typologie des consommateurs de santé en fonction de leur attitude et de leur comportement face à aux produits de santé comme le montre le schéma suivant.

**Figure 6. Une typologie des consommateurs du médicament
(implication/observance)**



Source : M.-P Serre, D Wallet-Wodka, Marketing des produits de santé, Dunod, 2008

Chaque type de consommateur a été quantifié dans la population et décrit par ses caractéristiques majeurs comme le montre le tableau suivant ;

¹⁷⁴ Étude du GERMS (Groupe d'études et recherche sur le marketing de la santé de Paris VI), table ronde MEDEC, mars 2008.

**Tableau 9. Typologie consommateurs, résultats étude GERMS Paris V Mars
2008**

<p align="center"><u>Les notables 14%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PCS+ • Experts • Peu anxieux • Favorables mais préoccupés • Automédication • Recherche d'information • Sensibles marques et pubs • Solution déficit dans les comportements individuels 	<p align="center"><u>Les paroissiens 13%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agés • Ruraux • Anxieux • Industrie responsable du déficit de la SS • Confiance médecins • Bonne hygiène de vie • Pas confiance médias • Favorables aux génériques • Anti-marques
<p align="center"><u>Les impliqués 9 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie chroniques • Recherche des infos pour eux et en général • Connaissance des autres médecines et praticien • Très experts • Solutions au déficit ne sont pas individuelles • Grande consommation journalière de médicaments 	<p align="center"><u>Les dilettantes 19 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes • Sains • Mauvaise hygiène de vie • Contre les médecines alternatives • Pas observant • Pas confiance dans le pharmacien mais dans le médecin • Pas de recherche d'info • Hermétiques à la pub
<p align="center"><u>Les bonnes élèves 17 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes • Ville • Confiance dans les médecines alternatives mais ne consomment pas • Observantes • Confiance dans les pharmaciens • Consomment des génériques mais ne font pas confiance réellement 	<p align="center"><u>La net-génération 22 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeunes • Recherche d'informations générales ponctuelles • Confiance dans les médias • Pro marques • Impact de la prévention • Favorables à la gestion de la santé • Non préoccupés par le déficit • Pas confiance dans les génériques

Source : M P, Serre, D Wallet-Wodka, le marketing des produits de santé, Dunod, Paris, 2008.

2.5.7.4. Typologie des patients selon leur état de santé

Au niveau de leur étude A.Kessous, I. Chalamon, G. Paché, 2016¹⁷⁵, ont pu souligner en quoi la consommation de médicaments s'apparente à un processus socio-symbolique ensuite et ce après une analyse sémiotique effectuée sur un échantillon de patients français cette dernière a pu révéler ou faire ressortir des représentations types de profils de consommateurs que nous avons tenu à présenter. Ces typologies de patient consommateurs découlent de leurs relations et de leur vision par rapport aux médicaments ;

Les consommateurs du médicament obligatoire

La relation au médicament est une affaire de survie (Akrich M, 1996)¹⁷⁶. Ce qui compte est de préserver son existence, vivre avec la maladie ou parvenir à la neutraliser. Le médicament rythme et conditionne le quotidien de ces consommateurs : il doit être prescrit, retiré en pharmacie, consommé dans le strict respect des dosages et moments de la journée. Les points de vente physiques (pharmacies) sont ainsi préférés aux canaux de distribution alternatifs (Internet) compte tenu de la présence d'experts, et de l'accès à des médicaments tout ou en partie remboursés et exempts de risques de contrefaçon.

Ainsi les profils qui en découlent de cette position par rapport aux médicaments sont : d'un côté, les malades chroniques malins, et de l'autre, les malades épisodiques malins. L'usage du mot « malin » fait ici référence à une terminologie médicale, à savoir une maladie d'une gravité anormale (une infection maligne), en opposition à une maladie bénigne. Les malades malins se distinguent par la variation de durée de leurs maux, qui influence leur niveau d'implication dans la recherche d'information, leur autonomie dans la gestion de la maladie et leur relation avec le professionnel de santé :

Les malades chroniques malins

Cette catégorie de patients est constituée d'individus atteints d'affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et engagent le pronostic vital à moyen / long terme. Le caractère obligatoire de la médication (prise de médicament obligatoire) relève de la gravité des affections dont ils sont sujets. On retrouve majoritairement dans cette classe d'individus des diabétiques, des hypertendus ou encore des personnes ayant un taux de cholestérol élevé. On les qualifie parfois « d'experts » compte tenu de leur maîtrise de la

¹⁷⁵ Kessous a., Chalamon i. (2014), « “Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es !” : Approche sémiotique des représentations mentales des marques alimentaires », *management & avenir*, n° 70, p. 33-54.

¹⁷⁶ Akrich M. (1996), « Le médicament comme objet technique », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, p. 135-158

maladie et des modalités de sa prise en charge. Bien que très autonomes dans la gestion de leur maladie et requérant peu de conseils, ils sont soumis aux prescriptions de leurs médecins et doivent passer par des circuits d'approvisionnement classiques.

Les malades épisodiques malins

Les patients qui font partie de cette catégorie sont le plus souvent atteints d'une infection (virale ou non virale) qui demande une prise en charge rapide sur une durée de traitement limitée. Contrairement aux malades chroniques malins, ce ne sont pas des experts. Ils fréquentent ainsi les pharmacies classiques pour les conseils et les suivis personnalisés qu'ils peuvent obtenir sur place. Malades de façon ponctuelle, ils requièrent l'aide du médecin et du pharmacien dans la prescription et les recommandations en matière de posologie.

Les consommateurs du médicament transgressif

Un autre groupe de patient apparaît à travers cette étude, celui des adeptes de la performance physique et esthétique, ce sont les éléments qui comptent le plus pour eux.

Ils donnent du sens à leur existence cela leur permet de se dépasser et de se positionner par rapport à autrui (Hasbani M., Breton G., 2013)¹⁷⁷. Entre jeunesse, beauté, force et puissance le médicament s'apparente à un remède magique sensé subvenir à cet effet de consumérisme. Cependant, leur usage doit rester secret afin que la performance ne soit pas démythifiée et accessible au plus grand nombre. Ainsi, Internet sera préféré tant dans l'obtention de l'information sur le produit que dans le retrait du médicament et ce pour plusieurs avantages comme le volume des produits en question, la diversité des références, des produits innovants, ainsi que des prix abordables.

Deux types de consommateurs sont des prototypes extrêmes de cette relation à la médication transgressive. D'un côté, nous retrouvons les adeptes de l'esthétisme, dont la relation au médicament s'inscrit dans la durée, et de l'autre, les adeptes de la performance, qui sont plus axés sur des mono-prises de médicaments ;

¹⁷⁷ Hasbani M., Breton G. (2013), "Restoring social legitimacy : discursive strategies used by a pharmaceutical industry leader", *Society & Business Review*, Vol. 8, n° 1, p. 71-89.

Les adeptes de l'esthétisme

Cette catégorie qui s'apparente beaucoup plus à des consommateurs classiques qu'à des patients cherche dans le médicament des solutions répondants à des besoins autres que la maladie en elle-même. Ces derniers accordent généralement une grande importance aux effets marketing autour des produits comme par exemple les tests d'efficacité réalisés (parfois spécifiés sur l'avant du packaging), mais également aux commentaires de leurs pairs mentionnés sur les blogs et forums spécialisés.

Les adeptes de la performance

Cette catégorie de consommateurs ne diffère pas de la précédente cependant à ce niveau, nous retrouvons deux grands types de médicaments : ceux qui concourent à la performance physique des sportifs ou des culturistes (exemple : stéroïdes anabolisants), et ceux qui favorisent la performance sexuelle des hommes souffrant des troubles de l'érection ou souhaitant se surpasser. Leur relation au médicament pouvant relever de l'addiction, les adeptes de la performance reconnaissent, au-delà de l'usage des canaux de distribution virtuels, côtoyer des canaux de distribution parfois qualifié de parallèles.

Les consommateurs du médicament pragmatique

La relation de ces consommateurs au médicament est une question de pragmatisme. Se soigner consiste à neutraliser les petits maux du quotidien. Ainsi, le référent en matière de santé sera plus souvent le pharmacien que le médecin, et le produit en question est naturellement un médicament à prescription facultative ou d'automédication. L'intensité des effets escomptés étant modérée, leur implication dans la recherche d'information sur la maladie ou le produit demeure faible.

Naturellement, deux types de consommateurs très différents illustrent cette position : d'un côté, les malades chroniques bénins et de l'autre, les malades épisodiques bénins. Outre la fréquence d'apparition et la durée de leurs maux, ces profils sont assez similaires dans la gestion autonome de leur maladie (automédication, fréquentation de points de vente classiques, achat de médicaments en libre-service requérant peu de conseil). On les qualifiera ainsi de clients autonomes et l'on distingue :

Les malades chroniques bénins

Cette catégorie de consommateurs représente souvent des patients atteints d'affections de longue durée, qui évoluent lentement mais qui n'engagent pas le pronostic vital du sujet. De manière semblable au malade chronique malin, le malade chronique bénin maîtrise souvent sa maladie et ses modalités de traitement. La relation aux médicaments repose sur une forme de médication traditionnelle, marquée par une fréquentation des canaux de distribution classiques dans une logique d'automédication. Ils achètent le plus souvent des médicaments basiques, en vente libre, de façon régulière

Les malades épisodiques bénins

Les consommateurs qui représentent cette catégorie souffrent de petites affections ponctuelles comme le rhume, le mal de gorge ou le mal de tête. De façon semblable aux malades épisodiques chroniques, ils côtoient les canaux de distribution traditionnels pour l'achat de produits basiques sur le mode de l'automédication. L'achat de médicaments se veut routinier, fréquent et concernent majoritairement les médicaments indispensables, en vente libre.

Les consommateurs du médicament alternatif

Similaires en partie aux consommateurs du médicament transgressif, les consommateurs de la médecine alternative cherchent l'atteinte du bien-être intérieur et extérieur. Le but est de se soigner autrement et de répondre aux insuffisances de la médecine traditionnelle. La médication alternative séduit car elle apparaît comme naturelle, saine, et se fonde sur des recettes magiques et ancestrales, ou tout simplement à des remèdes de grand-mère. La médication alternative est adoptée aussi bien dans une logique curative (traitement de pathologies chroniques et épisodiques bénignes) que préventive (renforcement du métabolisme et du système immunitaire).

Deux profils illustrent cette position : d'un côté, les adeptes de la zenitude, dont le rapport à la médication s'inscrit dans la durée, avec un accent mis sur la découverte et le partage de remèdes entre pairs et de l'autre, les adeptes des circonstances sous un effet d'incitations du moment :

Les adeptes de la zenitude

A ce niveau les consommateurs sont convaincus des limites de la médecine traditionnelle. Les médicaments sont assimilés à des drogues ou à des produits chimiques dont les effets néfastes sur le corps ne sont plus à démontrer. La médication alternative paraît comme une évidence, c'est un traitement de fond permettant l'atteinte d'une sérénité de corps et d'esprit. Elle est censée répondre à un large éventail de maux du quotidien. Les adeptes de la zenitude sont en quête permanente d'informations (Aubert N, 2004)¹⁷⁸ et ce à travers les blogs, les forums, ou encore les réseaux sociaux qui représentent autant de moyens d'apprendre et d'échanger son savoir au sein d'un même groupe partageant les mêmes convictions.

Les adeptes des circonstances

Cette catégorie développerait un caractère plus opportuniste et peut-être moins convaincu que les adeptes de la zenitude. L'achat de médicaments résulte du besoin ou de l'incitation du moment. La médication alternative est donc ici plus ponctuelle¹⁷⁹. Elle peut suivre la saisonnalité, ou les problèmes soudains. Contrairement aux adeptes de la zenitude que l'on pourrait aisément qualifier d'expert, les adeptes des circonstances ont une posture de novice nécessitant plus les conseils de leur pharmacien.

L'analyse effectuée par rapport notamment aux typologies des consommateurs patients souligne la pertinence de la complexité du médicament ce qui débouche sur une multitude de profils de consommateurs selon l'aspect abordé.

Nous avons ainsi pu révéler l'aspect « prise de pouvoir du patient » et « son attente envers les soins de santé en général et le médicament plus précisément », l'aspect « sémiotique des attentes des patients » et enfin l'aspect « perception du médicament ».

Par de là l'apport à la connaissance cette analyse permet de mieux cerner le comportement du consommateur patient.

¹⁷⁸ Aubert N., éd. (2004), *L'individu hypermoderne*, Editions Erès, Toulouse.

¹⁷⁹ Chalamon I., Nabec L. (2013), « Les pratiques de lecture des étiquettes nutritionnelles : une analyse sémiotique des représentations des règles de nutrition », *Décisions Marketing*, n° 70, p. 59-74.

Conclusion

L'analyse et La compréhension du comportement, des attentes et des catégories de ce consommateur « patient », et du produit « médicament », a été établie dans le but de pouvoir esquisser le profil du consommateur des médicaments avant de passer à l'étude de son processus de prise de décision car nous avons jugé primordial de comprendre et de connaître ce produit qu'est le médicament ensuite d'analyser le comportement de celui qui va effectuer le rôle de la prise de décision.

Ainsi nous essayerons de décrire et d'analyser dans le chapitre suivant le processus décisionnel pour l'achat d'un médicament à travers toutes ses étapes.

CHAPITRE II

ETAPES DU PROCESSUS DECISIONNEL POUR L'ACHAT D'UN MEDICAMENT

Introduction

Le comportement du consommateur est « *l'ensemble des actes des individus directement reliés à l'achat et à l'utilisation de biens économiques et de services, ceci englobant les processus de décision qui précèdent et déterminent ces actes* » (Engel, Kollat et Blackwell, 1982).

En effet, comprendre les mécanismes psychosociaux est essentiel pour comprendre comment les consommateurs prennent leurs décisions d'achat, depuis la prise de conscience du besoin, l'analyse de l'information sur les caractéristiques du produit et le choix de la marque, jusqu'à l'utilisation et l'adoption ou l'abandon du produit (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

Le modèle classique du processus d'achat illustre cinq phases que nous allons analyser en essayant de les juxtaposer sur le comportement d'achat du consommateur du médicament. Selon ce modèle, le consommateur franchit successivement les cinq étapes. Or certaines peuvent être déclinées ou inversées -notamment au niveau du processus d'achat d'un médicament- rendant ce processus particulièrement rapide. En revanche, pour d'autres situations liées à des achats complexes, le modèle est utile car il permet d'identifier la nature des problèmes posés à chaque étape (William P. Putsis et Narasimhan Srinivan, 1994)¹⁸⁰

¹⁸⁰ William P. Putsis et Narasimhan Srinivan, « Buying or just Browsing ? The Duration of Purchase Deliberation », Journal of Marketing Research, août 1994, p.393-402.

SECTION I. Les étapes du processus d'achat

1.1. Le processus de prise de décision dans le comportement du consommateur

La prise de décision du consommateur a été un sujet d'un grand intérêt pour les chercheurs. Il y a environ 300 ans, Nicholas Bernoulli, Jonh Van Newmann et Oskar Morgenstern ont commencé à réfléchir au comportement du consommateur (Richarme, 2005). Ces économistes ont seulement exploré l'acte d'achat (Loudon et al, 1993). Un modèle issu de cette théorie est le "Utility théory" qui suggère que les consommateurs choisissent d'avoir à l'esprit les résultats attendus de leurs décisions. Les consommateurs sont considérés comme des décideurs rationnels qui ne s'intéressent qu'à leurs propres intérêts (Schiffman et Kanuk, 2007¹⁸¹ ; Zinkham, 1992¹⁸²).

Bien que la recherche contemporaine considère de nombreux facteurs composants la prise de décision du consommateur, ces facteurs peuvent être décrits comme le besoin de reconnaissance, la recherche d'information, la recherche d'alternatives et d'évaluation, la construction d'intention d'achat, l'acte d'achat.

C'est aussi un processus qui se produit tous les jours. Cependant, il a plus d'impact sur les consommateurs lorsque l'achat est important pour eux, par exemple s'il s'agit d'un produit coûteux ou s'il a un impact sur la santé ou l'image de soi (Noel, 2009)¹⁸³.

Les modèles fondateurs en comportement du consommateur se sont développés à partir des insuffisances de la psychologie économique et par la volonté de constituer une discipline autonome qui traite des domaines aussi divers que complexes cependant il est vrai que les études marketing d'un consommateur tel que le patient régit par l'éthique et la complexité ne se trouvent pas à grande échelle ou du moins sont pas encore très indépendantes de l'empreinte économique de base. Mais les auteurs qui ont développé de tels modèles se sont également attachés à comprendre les mécanismes de la décision¹⁸⁴. Une décision qu'on ne peut détacher de son acteur quel que soit son origine c'est ce qui nous oblige à étudier le comportement de ce dernier afin de pouvoir mettre un visage sur celui qui va effectuer ce processus qu'est le processus de prise de décision.

Le développement des outils de mesure et des méthodes d'analyse a beaucoup influencé la modélisation du comportement du consommateur. Ci-dessous un tableau qui regroupe les grandes tendances de modélisation avec quelques auteurs principaux.

¹⁸¹ Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2007). *Consumer behavior*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

¹⁸² Zinkham, G. M. (1992). Human Nature and Models of Consumer Decision Making. *Journal of Advertising*

¹⁸³ Noel, H. (2009). *Basics Marketing 01: Consumer Behaviour*. AVA Publishing SA.

¹⁸⁴ Richard Ladwein Le comportement du consommateur et de l'acheteur, 2^{ème} édition, Economica, Paris, 2003.

Tableau 10. Les grandes tendances de modélisation du comportement du consommateur

	Modèles	Auteurs
Un des premiers modèles	Modèle de la boîte noire	
Modèles fondés sur une seule variable	Modèle de la dissonance cognitive Risque perçu à l'achat Psychologie de la mode Diffusion des innovations	Festinger (1957) Bauer (1960) King (1963) Robertson (1967)
Modèles fondés sur plusieurs variables	Traitement d'un message publicitaire Processus de traitement de l'information -Processus de choix	Nicosia (1966) Bettman (1979a et b) Howard (1989)
Modèles intégrateurs	Modèle général du comportement Modèle général Modèle de choix du point de vente	Engel, Kollat et Blackwell (1968) Engel, Blackwell et Miniard (1990) Howard et Sheth (1969) Lush (1982)
Modélisation actuelle	Test de l'influence d'une variable ou d'un bloc de variables sur le comportement. Analyse de phénomènes dynamiques (séries chronologiques).	
Les modèles ci-dessus ont aidé à perfectionner les outils de mesure et à mettre en évidence les relations de dépendance et de causalité entre variable. Ils sont attachés au principe de la rationalité (comportements explorateurs et pluralité du consommateur non pris en compte), à dominante cognitive (traitement d'information, capacité d'apprentissage, quasi absence de la sphère affective), et focalisés sur des comportements individuels.		
Modélisation expérientielle	Modèle expérientiel : recherche de sensations et d'expériences (culture, loisirs...)	Holbrook et Hirschman (1982) Zajonc (1980) Zajonc et Markus (1982)

Source : d'après Filser (1994)

1.2. Les caractéristiques des principaux modèles fondateurs

Différents modèles globaux ont été proposés en marketing afin de modéliser le comportement du consommateur. Nous allons naturellement citer ceux qui ont fait le plus d'unanimité auprès des chercheurs, et qui ont servi de base à de nombreuses recherches dans le domaine. Par ailleurs, il importe de rappeler que l'étude du processus de décision du consommateur a été un sujet important de connaissance du comportement du consommateur depuis de nombreuses années ; le modèle de (Nicosia, 1966), le modèle du comportement de l'acheteur (Howard et Sheth, 1969)¹⁸⁵, le modèle décisionnel du consommateur (Engel, Kollat et Blackwell, 1968¹⁸⁶; Engel, Blackwell et Miniard, 1990¹⁸⁷), la théorie du comportement raisonné

¹⁸⁵ Howard J. et Sheth J. (1969), *A theory of buyer behavior*, New-York, John Wiley & Sons Inc

¹⁸⁶ Engel J., Kollat D. et Blackwell R. (1968), *Consumer Behavior*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

¹⁸⁷ Engel J., Blackwell R. et Miniard P. (1995), *Consumer behavior*, Fort Worth, TX, The Dryden Press.

(Fishbein et Ajzen, 1975)¹⁸⁸, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)¹⁸⁹. Afin de comprendre ce processus, nous essayerons de présenter les apports des principaux modèles dans les étapes du processus de décision du consommateur.

1.2.1. Modèle Nicosia 1966

Il s'agit du modèle le plus ancien. Il correspond à la première tentative de modélisation du comportement du consommateur. Ce modèle aborde la question du traitement de l'information publicitaire par le consommateur. Il est composé de quatre principaux blocs et analyse la manière dont les messages publicitaires agissent sur la formation des préférences et le comportement du consommateur comme le montre la figure suivante.

La première partie représentée dans la figure 6 renvoie au traitement du message. Dans cette phase, le consommateur est exposé à un message publicitaire envoyé par une source (émetteur). La réception de ce message va donner lieu à la formation des attitudes chez le consommateur.

La deuxième partie a trait à la recherche de l'information et à l'évaluation du produit ou service concerné par le message publicitaire. Le consommateur va à l'issue de cette étape générer une motivation.

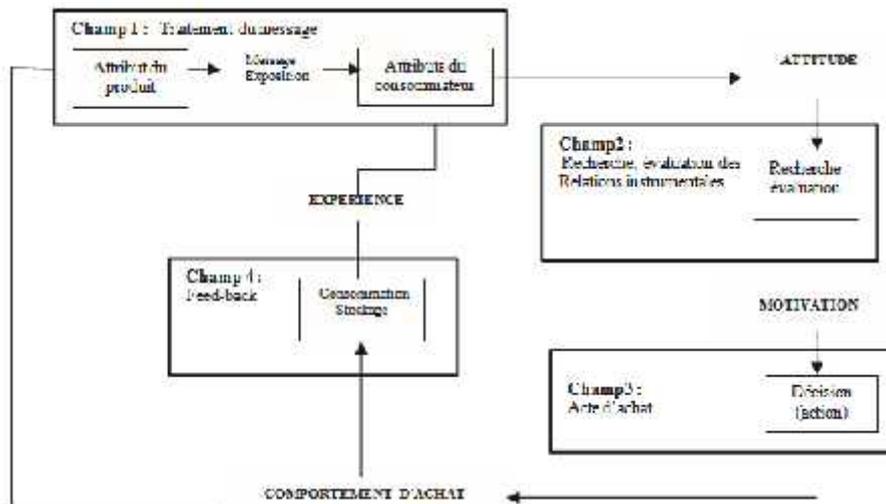
La troisième quant à elle concerne l'acte d'achat. La motivation générée dans l'étape précédente va se transformer en décision d'achat puis en acte d'achat.

Enfin, la quatrième partie, le consommateur va enregistrer toutes les informations relatives à l'achat et à l'utilisation du produit ou service (consommation). Lesquelles informations vont contribuer à enrichir son expérience. Toutefois, ce modèle présente quelques limites (Guichard et Vanheems, 2004)¹⁹⁰.

¹⁸⁸ Fishbein M. and Ajzen I. (1975), *Belief, Attitude, Intention and behaviour: an introduction to theory and research*, Boston, Addison-Wesley.

¹⁸⁹ Ajzen I. (1991), The theory of planned behaviour, *Organizational behavior and human decision making*, 50, 2, 179-211.

¹⁹⁰ Guichard N. et Vanheems R. (2004). *Comportement du consommateur et de l'acheteur*, Editions Bréal, Lexifac Gestion, 159p.

Figure 7. Le modèle NICOSIA (1966)

Source : Nicosia dans Guichard et Vanheems (2004, p8-26)

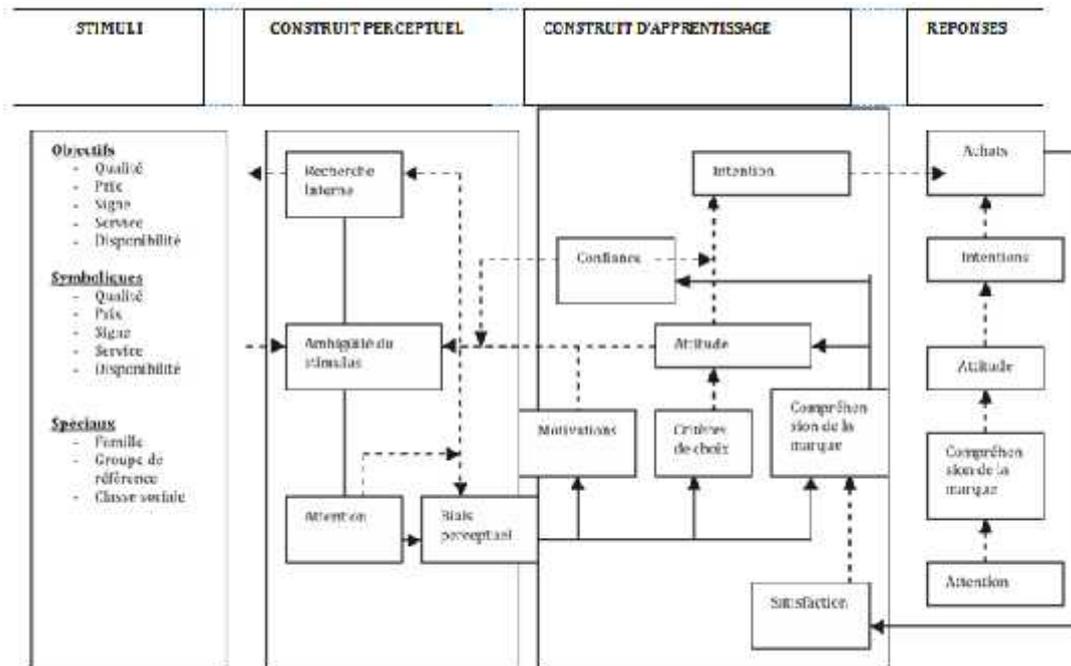
1.2.2. Modèle Howard et Sheth(1969)

Le modèle de Howard et Sheth (1969)¹⁹¹ est le plus connu dans le milieu de la recherche et a donné lieu à de nombreuses applications. Ce type de modèle bâti sur la théorie de l'apprentissage ou du conditionnement classique, présente une description et une explication du choix des marques par le consommateur. Il synthétise quatre principaux construits : les stimuli (ou inputs), le processus interne (construit perceptuel et d'apprentissage) et les réponses (ou outputs).

Les stimuli représentent des facteurs susceptibles de déclencher un processus d'achat (Guichard et Vanheems). Ils peuvent être objectifs (liés aux caractéristiques objectives du produit ou service), symboliques (liés à la nature commerciale des messages sur les caractéristiques du produit ou service) ou sociaux (liés aux informations provenant des membres du groupe social de référence).

¹⁹¹ Howard J.A. et Sheth J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*, New York: John Wiley & Sons, Inc.

Figure 8. La théorie du comportement d'achat de Howard et Sheth (1969)



Source : Howard et Seth (1969)

Le processus interne est le point central de ce modèle. Il correspond à la boîte noire ou au cerveau de l'individu où s'opèrent tous les processus cognitifs et perceptuels. Howard et Sheth (1969,1973) font cependant une distinction entre les concepts perceptuels (la recherche d'information, la formation des biais, etc.) et les concepts d'apprentissage (les motivations et les freins à l'achat, l'ensemble évoqué, les critères de choix, etc.).

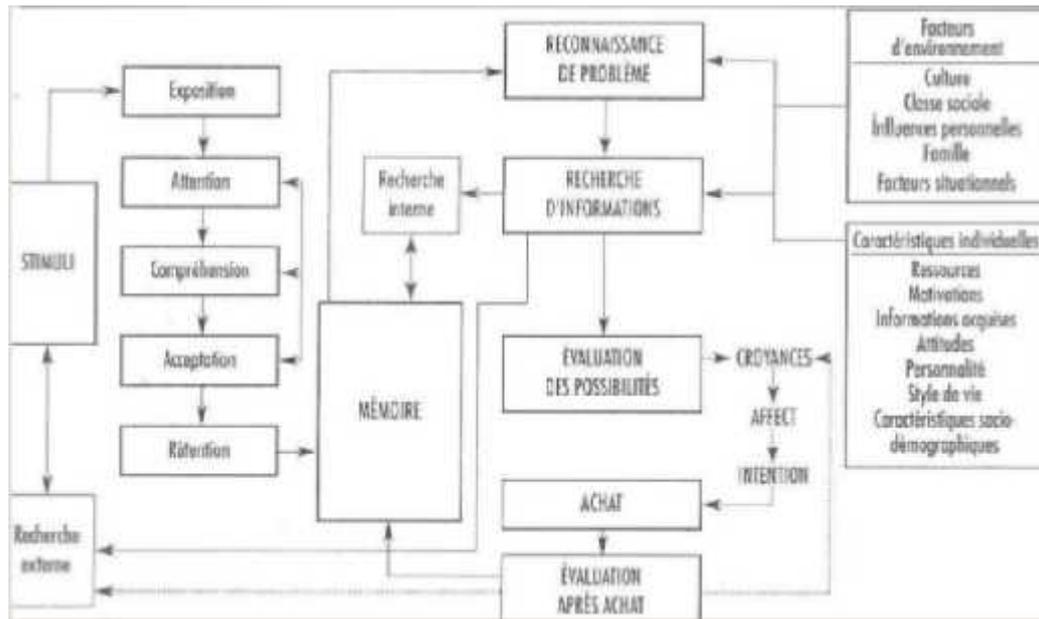
On distingue trois types de réponses : cognitives (attention à l'égard de la marque), affectives (attitudes à l'égard de la marque), conatives (comportement d'achat de la marque).

Ce modèle développé par Howard et Sheth (1969), propose d'intégrer dans le processus de choix du consommateur, diverses influences sociales, psychologiques et marketing.

1.2.3. Modèle Engel, Blackwell et Kollat (1968)

Le second modèle, initié par Engel, Blackwell et Kollat¹⁹², développe et précise certaines imperfections du modèle de Howard et Sheth. L'approche présentée est fondée sur les différentes étapes du processus de décision et les facteurs qui sont susceptibles de l'influencer.

¹⁹² Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W. (1990), *Consumer Behavior*, 6^e édition, The Dryden Press, Chicago.

Figure 9. Schématisation du modèle d'Engel, Blackwell et Kollat

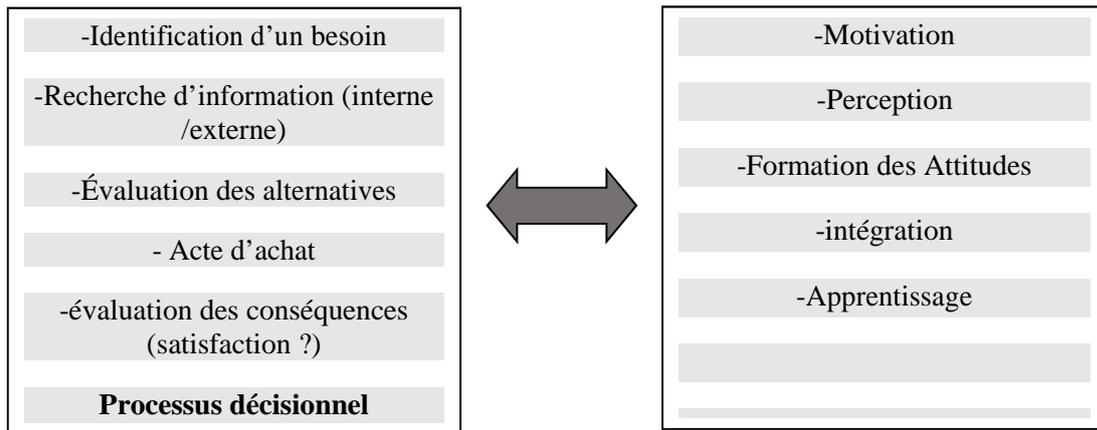
Source: Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W. (1990).

Le processus de décision est constitué de plusieurs étapes qui décrivent successivement la reconnaissance du besoin, la recherche d'informations pour répondre au besoin, l'évaluation d'offres en concurrence et enfin la satisfaction qui résulte de l'achat. Celle-ci est alors en mesure de modifier les croyances ou l'attitude de l'individu. Dans ce modèle, le processus de décision est affecté par les processus de traitement des informations, par les caractéristiques spécifiques à l'acheteur ou au consommateur et enfin par l'environnement dans lequel il évolue. Dans son environnement, l'individu est exposé à un ensemble de stimulations auxquelles il prête une attention variable et qui, en fin de processus, sont susceptibles d'être mémorisées. Les processus perceptifs et la mémoire permettent ainsi l'acquisition d'informations nouvelles ou l'utilisation d'informations déjà détenues. Le processus de décision est également influencé par des variables environnementales, parmi lesquelles les auteurs associent indifféremment la culture, la classe sociale, les influences interpersonnelles, la famille et d'une manière générale, la situation dans laquelle se prend la décision. Enfin, des différences individuelles caractérisant les acteurs affectent le processus de décision. Il s'agit alors de variables de ressources, de motivations, de personnalité, de connaissances ou de styles de vie.

Ainsi et comme le montre le schéma suivant Le processus décisionnel du consommateur se divise en 5 étapes (Engel, Kollat et Blackwell, 1968 et Howard et Sheth, 1969)¹⁹³.

¹⁹³ Le Traitement de l'information dans le processus de prise de décision du consommateur: le cas de la tracabilité des produits alimentaires. Gestion et management. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I; vetagro sup - campus agronomique de clermont, 2010.

Figure 10. Les différentes étapes du processus décisionnel en parallèle avec les étapes du processus psychologique



Source : Richard Ladwein Le comportement du consommateur et de l'acheteur, 2^{ième} édition, Economica, Paris, 2003.

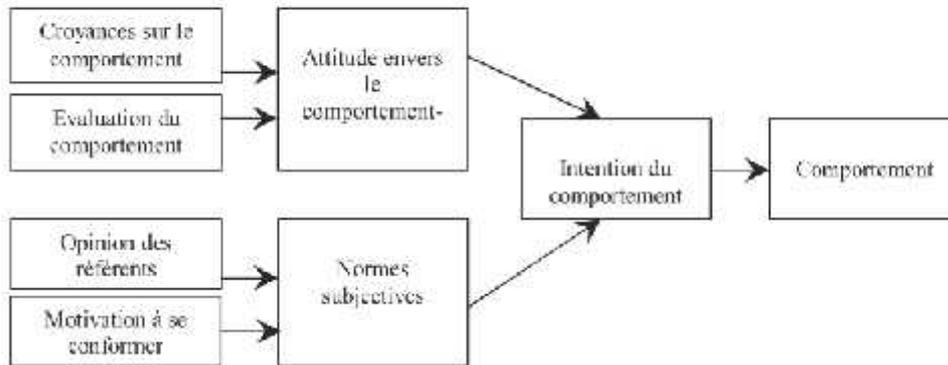
1.2.4. Le modèle du comportement raisonné de Fishbein et Ajzen (1975)

Le modèle développé à l'origine par Fishbein (1965,1967) examine les mécanismes par lesquels se forment les attitudes. Selon la théorie de Fishbein, l'attitude globale d'un individu envers un objet est régulée par ses croyances et ses sentiments envers divers attributs de cet objet. Le modèle va être amélioré par la suite par Fishbein et Ajzen (1975)¹⁹⁴ pour donner lieu à la théorie du comportement raisonné (Boyom C K, 2012)¹⁹⁵. Le nouvel apport tient au fait qu'il n'explique plus uniquement la formation des attitudes, mais le comportement tout entier.

¹⁹⁴ Fishbein M. et Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.

¹⁹⁵ Boyom C K, Les effets des dimensions culturelles sur l'évaluation des produits domestiques : cas des produits d'ameublement domestiques par les consommateurs européens, thèse de Doctorat en sciences de gestion, novembre 2012.

Figure 11. Le modèle de Fishbein et Ajzen (1975) : la théorie du comportement raisonné



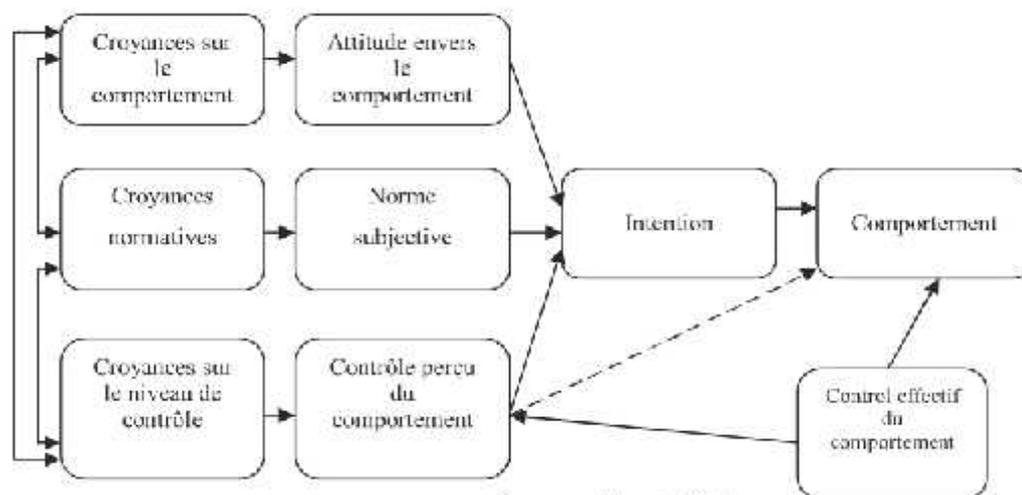
Source : Fishbein et Ajzen (1975)

A travers le concept de normes subjectives, les chercheurs mettent en avant l'influence des autres individus dans l'adoption d'un comportement. Ces normes subjectives sont modérées par la motivation de l'individu à se conformer à la volonté des autres membres du groupe. D'après cette théorie, l'attitude et les normes subjectives ne contribuent pas de la même façon à la formation de l'intention du comportement (Fishbein et Ajzen, 1975). Ce qui a été vérifié plus tard par d'autres chercheurs tels que Lee et Green (1991).

Par ailleurs, l'une des principales critiques formulées par la recherche est la prétendue relation forte que les auteurs établissent entre l'intention et le comportement d'achat. Une variable médiatrice qui va être proposée plus tard par Ajzen (1985) dans sa théorie du comportement planifié afin de pallier les insuffisances de la théorie du comportement raisonné.

1.2.5. Le modèle du comportement planifié de Ajzen (1975,1991)

La théorie du comportement planifié est une extension de la théorie du comportement raisonné, qui cherche à expliquer le rôle de l'intention dans la prédiction du comportement.

Figure 12. Le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1991)

Source : Ajzen (1991)

Selon Ajzen, l'action humaine est guidée par trois principaux éléments : les croyances sur le comportement, les croyances normatives et les croyances de contrôle.

D'une manière globale, plus favorable sont l'attitude et la norme subjective, et plus la perception du contrôle est forte, plus forte devrait être l'intention de l'individu à adopter un comportement donné (Ajzen, 1991)¹⁹⁶. Par conséquent, l'intention est donc l'antécédent immédiat du comportement. Cette dimension du contrôle comportemental perçu a été rajoutée du fait que l'individu n'a pas toujours le contrôle de ses actes. Dès lors, Il est utile de considérer le contrôle comportemental perçu en plus de l'intention dans la prédiction du comportement.

De nombreuses analyses sur la théorie du comportement planifié ont apporté la preuve de la validité prédictive de cette théorie (Conner et Armitage, 1998)¹⁹⁷. Ce modèle est facile à comprendre et peut être appliqué à un large éventail de comportements (Lee et Green, 1991)¹⁹⁸.

Pour résumer, on pourrait dire qu'il existe dans la revue de la littérature une multitude de théories explicatives du comportement du consommateur. A la base, les premières tentatives de modélisation du comportement avaient pour objectif d'examiner les processus de traitement de l'information chez l'individu. Ces modèles se sont améliorés avec le temps. Il n'était plus question d'examiner qu'un seul aspect (traitement de l'information) du comportement, mais le comportement du consommateur tout entier. On observe que ces modèles s'accordent tous sur un

¹⁹⁶ Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

¹⁹⁷ Conner M., Armitage C. (1998), Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research, *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 15, 1429-1464.

¹⁹⁸ Lee C., Green R.T (1991), Cross-cultural examination of the Fishbein behavioural intentions model, *Journal of International Business studies*, 22, 2, 289-304.

fait, le comportement du consommateur est influencé par un ensemble de variables liées à l'environnement et à l'individu (chapitre III).

Dans le champ de la modélisation du comportement du consommateur, nous allons étudier en détail les processus de prise de décision du « patient ».

1.3. Les différentes étapes du processus de prise de décision classique

L'analyse du processus de décision est l'un des principaux domaines de recherche en comportement du consommateur comme on vient de le voir. En effet, afin de pouvoir comprendre le comportement du consommateur, il faut s'intéresser à son processus de prise de décision : comment organise et construit-il ses préférences ? Comment oriente-t-il son choix ? Quels sont les facteurs générateurs de l'achat ?

Le processus de décision d'achat du consommateur est un processus de décision d'achat en cinq étapes qui comprend la reconnaissance du problème, la recherche d'information et l'évaluation des solutions de rechange, l'achat et l'évaluation après achat. L'acte d'achat n'est qu'une étape du processus décisionnel. Tous les processus de décision, une fois initiés, ne mènent pas à un achat final; l'individu peut mettre fin au processus à n'importe quel stade. Les décisions d'achat des consommateurs ne comprennent pas toutes les cinq étapes¹⁹⁹. Le processus de décision du patient ou du consommateur des médicaments, selon (MP Serre, D Wallet-Wodka, 2008) peut s'avérer restreint dans le cas des produits de santé à PMO. Voir résumé à une étape celle de la recherche de l'information, car avec le développement technologique économique et social le patient prend l'autonomie et de la puissance face à son prescripteur, il peut ainsi avoir un rôle à jouer (Ding, 2014)²⁰⁰ : il peut changer de médecin en cas de désaccord et il peut ne pas suivre le traitement conseillé (Ding & Jehoshu, 2014). Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé et revendique plus d'influence dans le processus de prise de décision (Camacho, 2014)²⁰¹. En conséquence, le comportement du consommateur patient s'éloigne du consommateur classique, puisque ses choix sont parfois induits par le prescripteur (médecin ou pharmacien) et souvent payés par l'assurance maladie. Ce qui lui laisse un libre arbitre assez faible mais dont il mérite d'être étudié.

1.3.1. L'identification d'un besoin ou la reconnaissance d'un problème

Le point de départ du processus est la révélation du problème ou du besoin. Un besoin peut se manifester en réponse à des stimuli internes ou externes. Le premier cas se produit lorsque l'une

¹⁹⁹ Business Insights (2010). The OTC Pharmaceutical Market in Emerging Countries: Market overview, key trends, competitive landscape and growth strategies, published by Business Insights, Mumbai.

²⁰⁰ Ding, M. (2014). The Pharmaceutical Industry: Specificity. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry: emerging practice, research, and policies* (pp. 1-19). Philadelphia: Springer.

²⁰¹ Camacho, N. (2014). Patient Empowerment: Consequences for Pharmaceutical Marketing and for the Patient-Physician Relationship. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry: emerging practice, research, and policies* (pp. 425-456). Philadelphia : Springer.

des pulsions fondamentales –la faim, la soif, la maladie- dépasse un certain seuil d'alerte. En général l'individu a appris grâce à ses expériences à répondre à ce besoin ; il se porte donc naturellement vers les produits susceptibles de le satisfaire. Un besoin peut également être révélé par un stimulus externe, qui puisse éveiller son besoin ainsi l'inciter à entamer le processus décisionnel.

1.3.2. La recherche d'information

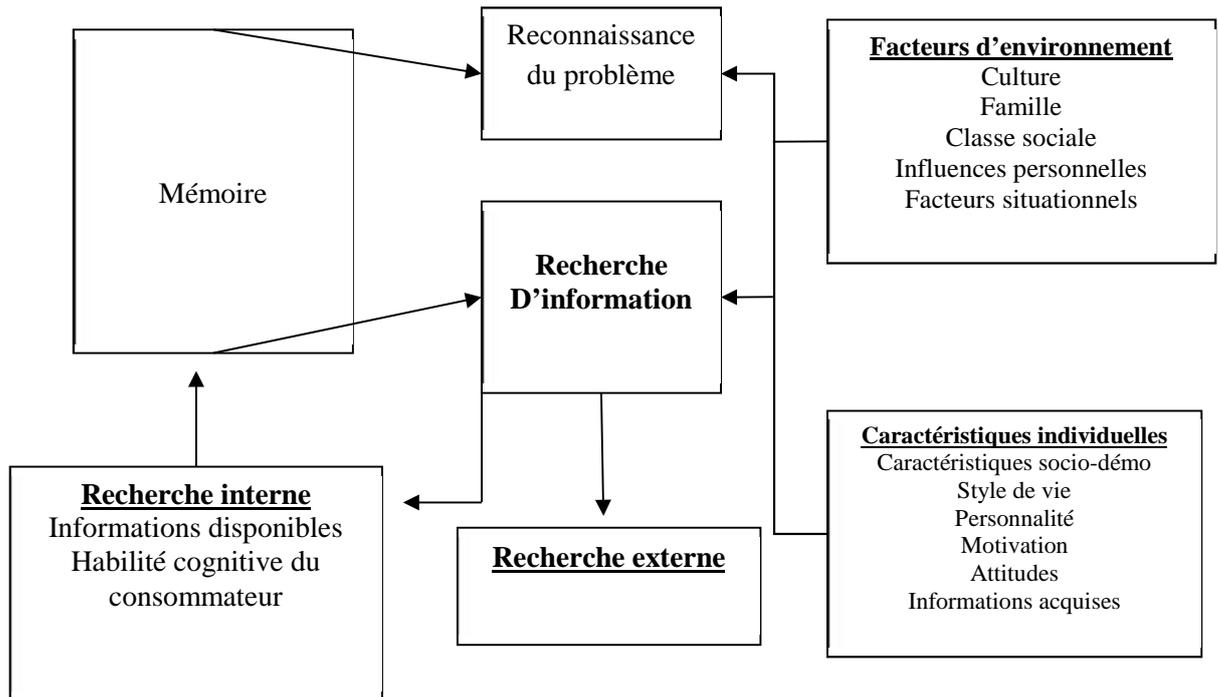
Afin de combler ce besoin, le consommateur commence d'abord par analyser les informations internes (stockées dans sa mémoire à long terme) suivie d'une recherche d'informations externes plus active (médias, amis, famille, lieu de vente...) en cas où les informations stockées en mémoire ne sont pas suffisantes pour prendre une décision ou lorsque la situation de choix est complexe.

(Engel, Blackwell & Miniard 1990) proposent trois caractéristiques de la recherche d'information : son intensité, son orientation et la séquence d'étapes de cette recherche.

(Bettman 1979b)²⁰² distingue entre deux types de recherche d'information en fonction de l'objectif visé : une recherche permanente d'information, et une recherche liée à une décision d'achat qui, a pour objectif un achat.

L'une des raisons pour laquelle les consommateurs sont poussés à rechercher de l'information avant l'achat est de réduire l'incertitude inhérente à toute décision et de la ramener à un niveau acceptable.

²⁰² Bettman J.R. (1979b). An Information Processing Theory of Consumer Choice, Reading, MA: Addison Wesley.

Figure 13. Le processus de recherche d'information

Source : Engel, Blackwell et Miniard (1990)

1.3.3. L'évaluation des possibilités

À partir des informations récoltées, le consommateur évalue les alternatives et leurs attraits respectifs en confrontant les éléments disponibles et les attributs des alternatives avec ses critères personnels. Les facteurs cognitifs et les règles de jugement d'un produit (prix, marque, « made-in »...) jouent un rôle important dans cette étape. Cette procédure permet la formation et à l'orientation des préférences et des attitudes du consommateur.

1.3.4. L'acte d'achat

A l'issue de la phase d'évaluation, le consommateur dispose d'un ordre de préférence permettant de classer les différents produits. Normalement, le produit qu'il achète devrait être celui qu'il préfère. Lors de la réalisation de son intention d'achat, il prend toute une série de décisions correspondantes aux différentes dimensions de l'achat : marque, point de vente, quantité, mode de paiement et moment d'achat. Naturellement, l'ordre dans lequel ces décisions sont prises peut varier d'un consommateur à l'autre de même que le temps consacré à chacune d'elles.

Ainsi, C'est le choix d'une des alternatives. Il dépend largement de l'attitude développée par le consommateur envers le produit ou le point de vente en question.

1.3.5. L'évaluation des conséquences après l'achat

C'est l'analyse post-achat de l'adéquation de la solution choisie au problème initial. Suite à l'achat, le consommateur peut éprouver un sentiment de satisfaction ou de mécontentement. Cette étape de retour sur expérience (feed-back) aura de l'influence sur les choix ultérieurs (théorie de l'apprentissage cognitif), ce qui fait la continuité du processus.

1.4. Processus de prise de décision pour l'achat d'un médicament

Le processus de décision du patient ne peut être similaire à celui d'un consommateur classique et ce pour différentes raisons comme les particularités du médicament que nous venons d'exposer, la multiplicité des acteurs intervenants au niveau de ce dernier et la complexité des relations qui les régissent ou encore à cause de représentations et perceptions symboliques culturelles ou sociologiques –des représentations que se font les patients de ce produit vu qu'il concerne un post d'achat fragile et déterminant celui de la santé.

Selon Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, 2008²⁰³, le processus de décision du patient peut être restreint dans le cas des médicaments à PMO. Dans ce cas le consommateur ne ressemble plus parfaitement au consommateur classique puisque ses choix sont souvent imposés par le prescripteur (médecin) et payés par l'assurance maladie. Le libre-arbitre est faible et peut se résumer à l'acceptation de la prescription. Dans le cas des produits non prescrits, la situation devient beaucoup plus proche de celle d'un produit de consommation courante et le comportement confirme cela.

Darpy & Volle, 2007²⁰⁴ déclarent à propos du processus de prise décisionnel pour l'achat d'un médicament que les étapes de ce dernier sont les mêmes que celles du consommateur classique mais leur ordre ainsi que leur durée varie du fait de la nature de l'achat. Il est également possible de rajouter une étape en parallèle, postérieure ou antérieure à la recherche d'information, la consultation.

Ayant conscience de ces différents points, on considère que le processus de décision peut être restreint pour les médicaments à prescription obligatoire notamment ceux prescrits pour des pathologies lourdes, il peut au contraire devenir plus impliquant pour des pathologies plus ou moins bénignes avec une prescription, d'où une prise de décision induite par le médecin. Par ailleurs, pour les produits non prescrits le processus de prise de décision s'apparente largement à celui d'un produit classique avec parfois l'intervention encore une fois d'un autre prescripteur celle du pharmacien.

²⁰³ Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, Marketing des produits de santé, Dunod, 2008.

²⁰⁴ Darpy. D et Volle.P (2012), *Comportements du consommateur : concept et outils*, Ed. Dunod.

1.4.1. Processus décisionnel et situation d'achat

Le comportement d'achat dépend de la situation de celle-ci, il existe plusieurs types d'achat en fonction des situations, il en est de même sur le marché pharmaceutique, ou on passerait ainsi du simple achat pour les produits d'automédication avec ou sans prescription car étant considérée comme facultative. A l'achat purement réglementé et fortement induit des produits éthiques à prescription obligatoire remboursés par la couverture sociale.

En effet, il existe plusieurs types d'achat du médicament, d'une situation qui place l'individu en pure situation de patient à une situation de pur consommateur ;

1.4.1.1. L'achat prescrit et remboursé

C'est le type d'achat qui annihile le processus de décision individuel. Le patient regarde à peine son ordonnance et va chez le pharmacien pour prendre possession de produits qu'il n'aura pas à payer. L'instauration du tarif de référence, du ticket modérateur (chapitre III), ainsi que la multiplicité des sources d'informations notamment à travers internet viennent remettre en cause la passivité du patient puisqu'il doit à présent s'engager à titre individuel dans l'achat.

1.4.1.2. L'achat d'un produit non remboursé mais prescrit

Le patient devient consommateur et commence à exercer son libre arbitre : a-t-il vraiment besoin de ce médicament ? Pourquoi ce dernier n'est-il pas ou plus remboursé ? De plus en plus de consommateurs refusent le médicament s'il n'est pas remboursé. L'introduction parallèle du prix d'achat et du doute quant à l'efficacité du produit lié aux déremboursements modifie le statut du patient pour le transformer en payeur.

1.4.1.3. L'achat sans ordonnance

Le consommateur va de son propre chef en pharmacie pour s'automédiquer, se déroule ainsi un processus de décision classique. C'est dans cette situation qu'il est le plus consommateur de santé et maître de ses choix.

1.4.1.4. L'achat de produits de soins, médecines alternatives, aliments santé

Le consommateur est ici pleinement consommateur et le processus s'apparente à la consommation courante. On retrouve ici des achats de type complexes (produits minceur), routiniers (dentifrice), diversifiés (vitamines) et réduisant la dissonance (appareillage auditif).

1.4.2. Les étapes du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament

Le processus de décision d'achat du consommateur est un processus en cinq étapes, qui comprend : la reconnaissance du problème, la recherche d'information, l'évaluation des alternatives, l'achat et l'évaluation après achat. Passées aux étapes du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament, celles-ci vont introduire ou éliminer des éléments pour donner lieu à un processus propre au médicament.

1.4.2.1. La reconnaissance du problème

La première étape dans le processus décisionnel pour le médicament est assez particulière, il s'agit en réalité simplement de reconnaître le fait d'avoir besoin de soins notamment de médicament l'individu peut lui-même identifier un malaise ou bien un tiers le fait à sa place (famille, entourage, médecin...). Cette reconnaissance vient du décalage entre la situation idéal du patient (qui est dans ce cas d'être en bonne santé) et la situation réelle (être malade) (Darpy & Volle, 2007)²⁰⁵. Le malaise est identifié mais pas la source de celui-ci. L'individu ne connaît pas encore la nature de son problème, ni la nature précise du besoin qui l'accompagne si ce n'est celui d'être soigné.

Si le médicament ne se vend que sur prescription, la reconnaissance du besoin se fera par le médecin et ce du fait de l'interdiction de la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments à PMO, et la firme pourra jouer sur l'activation du besoin grâce aux méthodes communications destinées aux médecins. Les firmes pourront également utiliser des campagnes de sensibilisation (Glatter D, Allen S, Jones J, 2007)²⁰⁶ et le financement d'association de patient (Baggott and Forster 2008²⁰⁷, Ball et al. 2006²⁰⁸).

Par contre, pour les produits non prescrits ou d'automédication, les entreprises jouissent de plus de leviers légaux pour activer le besoin comme, la publicité télévisée, dans les journaux, etc. Nous pouvons prendre l'exemple d'un médicament antimycotique (contre les champignons) sans prescription qui jouent sur l'activation d'un besoin latent en décrivant les symptômes causés par les champignons (Landsman, 2014, p. 195).

Par ailleurs, le besoin en économie de la santé se décompose en deux types lorsqu'il s'agit de santé aussi on peut en distinguer ;

Besoin réel : qui se caractérise par le fait d'être réellement malade et d'avoir un besoin immédiat voir indispensable de soins et éventuellement de thérapeutique.

Besoin ressenti ; qui se définit sous l'angle d'un effet de consumérisme en effet le fait de vouloir à tout prix avoir un corps de mannequin ou une crinière parfaite ou être au sommet de sa forme même en l'absence de maladie ne nécessite pas forcément l'intervention d'un professionnel de santé encore moins une prise en charge sociale ou avoir recours à une thérapeutique conséquente cependant ce besoin existe et s'accroît avec le développement

²⁰⁵ Darpy, D. & Volle, P. (2007). Comportement du consommateur. Dunod.

²⁰⁶ Glatter, D., Allen, S. & Jones, J. (2010). Direct to consumer advertising versus disease awareness advertising : Consumer perspectives from down under. *Journal of Public Affairs*. 11(1). 60-69.

²⁰⁷ Baggott, R. & Forster, R. (2008). Health consumer and patients' organizations in Europe, *Health Expectations*. 11(1). 85-94.

²⁰⁸ Ball, D., Tisocki, K. and Herxheimer, A. (2006) Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites, *BMC Public Health*, 6, 201.

économique social et technologique.

a. Analyse du besoin de santé en économie

La demande de soins, traduction des besoins de santé, se déclare comme étant largement dépendante de l'offre (Chambaretaud S, Hartmann L, 2004)²⁰⁹. En effet, le patient, seul, ne dispose pas des connaissances médicales nécessaires pour déterminer ou juger de l'opportunité des soins qui lui sont prodigués en fonction des besoins qu'il exprime. L'utilité et la qualité des soins sont donc difficiles à évaluer par les patients — bien que se développent aujourd'hui des méthodes de révélation des préférences qui tendent à donner un rôle plus actif à ces derniers. Par ailleurs, de nombreux travaux ont analysé les éventuelles déviations liées à ce pouvoir discrétionnaire des médecins dans le cadre de l'hypothèse de demande induite.

La notion de besoins de santé renvoie à l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité comme on vient de l'expliquer. Cette définition implique que pour évaluer les besoins de santé il faut, d'une part, mesurer l'état de santé et, d'autre part, définir et quantifier un état de santé souhaité. Là encore, la détermination d'un référentiel d'état de santé est difficile : des référentiels absolus définis par des experts risquent d'être déconnectés des besoins ressentis de la population ou tout simplement de refléter les services disponibles ; des référentiels relatifs définis sur la base de comparaisons territoriales tendent à ériger la moyenne en norme. La mesure de l'état de santé constaté n'est pas aussi exempte de difficultés (Lacoste, Salomez, 1999).

Au niveau individuel, l'expression d'un besoin de santé traduit une détérioration — au moins perçue — de l'état de santé. L'incertitude sur la probabilité de connaître une dégradation de l'état de santé et d'avoir recours à un médecin constitue ce que l'on appelle le risque épidémiologique.

Cette dégradation de l'état de santé est la première phase qui explique le processus décisionnel pour l'acquisition d'un médicament, mais avant tout il faudra faire la distinction entre « petits risques » et « gros risques », une distinction qui va orienter le patient vers le type du panier de soins et/ou de thérapeutique, il est d'usage de distinguer entre des risques de faible probabilité mais associés à des coûts importants et des risques de forte probabilité associés à des coûts relativement modérés. Cette distinction s'applique, par exemple, entre le recours à la médecine de ville (forte probabilité mais moyenne et variance des dépenses modérées) ainsi une consommation quasi automatique de médicaments et le recours à l'hôpital (probabilité faible mais variance et moyenne élevées) et une consommation de soins et de thérapeutique spécifiques aux pathologies complexes —qui ne font pas partie de notre étude-

²⁰⁹ Chambaretaud Sandrine, Hartmann Laurence, L'assurance maladie Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, Revue de l'OFCE 2004/4 (n° 91)

Tableau 11. Etude économique de la demande de santé

Études Demande de santé	Déterminants
Grossman 1972 ²¹⁰ de la théorie du capital humain	Dégradation du capital santé
Théorie de la demande induite par l'offre (Evans 1974)	La demande induite renvoie à la capacité (réelle ou supposée) dont dispose un médecin pour générer une demande pour ses propres services
Pheleps & Newhouse (1989) ²¹¹	L'état de santé et la gravité de la maladie Le cout pour se soigner ; (qui est en fonction de l'assurance maladie) Cout du temps consacré à se soigner (la rémunération horaire si l'individu travaillait au lieu de se soigner)
Rochaix (1997) ²¹² d'après Grossman	La santé a une valeur d'usage, Les soins de santé ont une valeur d'échange

Source ; une analyse synthétisée par nos soins d'après l'étude de ; Chambaretaud S, Hartmann L, Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, OFCE, 2004/4 (n° 91).

1.4.2.2. La consultation

Le marché pharmaceutique est divisé en deux secteurs principaux ; les médicaments sur ordonnance (PMO) et les médicaments en vente libre, sans ordonnance, ou encore à PMF. Les médicaments sur ordonnance sont les médicaments qui ne peuvent pas être délivrés sans prescription d'un médecin autorisé (Siecker, 2002).

Les médicaments à PMF sont ceux qui peuvent être obtenus sans ordonnance. Ils procurent souvent un soulagement temporaire contre de simples malaises et sont jugés suffisamment sûrs pour être achetés par les consommateurs à leur discrétion (Barrett, Jarvis, Kroger et London, 2002)²¹³.

En général, et principalement dans le système de santé classique où les patients sont couverts de leurs dépenses de santé, l'individu qui a un problème va consulter un médecin. Cette phase de consultation augmente avec l'âge. Les jeunes consultent trois fois moins que les seniors, ils s'automédiquent beaucoup plus (Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, 2008).

²¹⁰ Grossman M. (1972), « the concept of health capital and the demand for health », *Journal of political Economy*, 80:223-225.

²¹¹ Pheleps C.E., Newhouse J-P (1974), *Coinsurance and the demand for medical care*, *Review of Economics and Statistics*, 56 (3):334-342.

²¹² Rochaix L., (1997), *Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats*, *Economie et Prévision*, n° 129-130 : 11-24.

²¹³ Barrett, Stephen, William T. Jarvis, Manfred Kroger, and William M. London (2002), *Consumer Health: A Guide to Intelligent Decisions*, New York: McGraw Hill.

En outre, avec l'émergence des soins gérés au cours de la dernière décennie, le rôle des médecins en tant qu'autorité unique dans le processus de prise de décision médicale a été miné par les exigences des organismes de soins gérés qui surveillent et contrôlent les décisions médicales des médecins. Pour contrôler les coûts. Cette modification de la position des médecins combinée à la tendance de «responsabilisation du consommateur» a stimulé la participation des consommateurs aux processus de prise de décision médicale afin de leur assurer le meilleur traitement médical possible (Wilke, 1997²¹⁴; Devereux, 2001²¹⁵).

En effet, selon Nelson (1970, 1974) et Darby et Kari (1973)²¹⁶, l'étape critique de la sélection d'un médicament à PMO spécifique survient lorsqu'un médecin prescrit le médicament et que les consommateurs ne sont pas certains de la pertinence de la décision du médecin, même après avoir pris le médicament d'ordonnance. Il pourrait être possible aux consommateurs de demander un deuxième avis sur la prescription d'autres médecins ou d'un pharmacien. Puisque la prescription de médicaments appropriés pour des maladies est possible sur la seule base de connaissances médicales expertes, des sources d'informations interpersonnelles non expertes telles que des amis et des parents ne seraient pas le meilleur moyen de juger du bien-fondé d'une prescription.

1.4.2.3. La recherche d'information

Une fois le besoin reconnu, les consommateurs commencent à rechercher des informations qui peuvent les aider à prendre la meilleure décision d'achat possible.

La recherche est définie comme «le processus de recherche d'informations pertinentes sur les solutions potentielles du problème à partir de l'environnement externe, ou l'activation des connaissances de la mémoire» (Peter et Olson, 1999)²¹⁷. Comme la définition le suggère, la recherche peut être interne ou externe. Par exemple, les consommateurs peuvent accéder à leur mémoire pour des situations d'achat répétées et ne s'engageraient dans aucun processus de recherche externe. Toutefois, lorsque les consommateurs réalisent qu'ils ont besoin de plus d'informations après la recherche interne, ils essaient de rechercher des informations en consultant des publicités et des informations provenant de divers médias, amis, famille et autres sources d'informations externes.

Cette phase n'existe pas toujours et est parfois remplacée directement par la consultation. Elle peut accompagner la consultation ; de plus en plus d'individus arrivent chez le médecin avec

²¹⁴ Wilke, Micheael (1997), "Ad Fever Sweeps Healthcare Industry," *Advertising Age*, 68(2), 17-19.

²¹⁵ Devereux, Anne (2001), "Direct-To-Consumer Branding - the US Perspective," in Tom Blackett and Rebecca Robins (Ed.), *Brand Medicine*, New York: Palgrave, 85-94.

²¹⁶ Darby, Michael R. and Edi Kari (1973), "Free Competition and the Optimal Amount of Fraud," *Journal of Law and Economics*, 16, 67-86.

²¹⁷ Peter J.P, Olson J.C. et Grunert K.G. (1999). *Consumer Behaviour and Marketing Strategy*, (European Edition), McGraw-Hill: London, UK.

leur pré-diagnostic tiré d'un site Internet du type Doctissimo par exemple. Dans le cas de l'automédication, la recherche d'information, auprès des sources d'informations familiales, pharmaciens, sites internet...remplace l'étape de consultation. La recherche d'information est de même beaucoup plus courte dans le cas de produits remboursés et/ou de pathologies graves. Selon (MP Serre, D Wallet-Wodka, 2008), en moyenne on peut dire que la recherche d'information est plus restreinte puisque la santé est un problème délicat qui doit être résolu rapidement. Le cas de produits de bien-être est différent.

Strutton et Lumpkin (1992)²¹⁸ ont par ailleurs étudié la différence dans les comportements de recherche d'information des consommateurs pour les médicaments génériques et les dispositifs d'autodiagnostic. Les résultats de cette étude ont montré que les consommateurs considéraient les experts médicaux comme une source d'information plus importante pour les médicaments génériques que les appareils d'autodiagnostic. Les médicaments génériques peuvent être considérés comme un produit d'expérience ou de crédibilité, tandis que les dispositifs d'autodiagnostic peuvent être considérés comme un produit de recherche.

Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)²¹⁹ ont examiné comment les consommateurs utilisaient les sources d'information pour se renseigner sur les médicaments d'ordonnance. Cette étude a montré que des sources d'information professionnelles telles que les médecins et les pharmaciens étaient utilisées comme principales sources d'information pour les médicaments d'ordonnance.

Morris, Tabak et Olins (1992)²²⁰ ont identifié quatre segments distincts de chercheurs d'information sur les médicaments d'ordonnance, soit les apprenants ambivalents, les patients incertains, les personnes qui évitent les risques et les patients autosuffisants. Les médecins prescripteurs étaient considérés comme l'une des sources d'information les plus importantes, quels que soient les segments.

Rothkopt (2003)²²¹ a mené une enquête pour examiner comment les consommateurs cherchaient de l'information sur les médicaments d'ordonnance. Cette recherche a montré que les consommateurs utilisaient des médecins et des sites de santé Internet (par exemple, WebMD.com) plus souvent que toute autre source d'information pour se renseigner sur les médicaments d'ordonnance.

²¹⁸ Strutton, H. David and James R. Lumpkin (1992), "Information Sources Used by Elderly Health Care Product Adopters," *Journal of Advertising Research*, 32(4), 20-30.

²¹⁹ Morris, Louis A., Ruth Grossman, Gerald Barkdoll, Evelyn Gordon and Misoon Y. Chun (1987), "Information Search Activities among Elderly Prescription Drug Users," *Journal of Health*

²²⁰ Morris, Louis A., Ellen R. Tabak and Nancy J. Olins (1992), "A Segmentation Analysis of Prescription Drug Information-Seeking Motives Among the Elderly," *Journal of Public Policy and Marketing*, 11(2), 115-125.

²²¹ Rothkopt, Carol (2003), "The DTC Information Process", *Direct-to-Consumer Promotion: Public Meeting*, Center for Drug Evaluation and Research, U. S. Food and Drug Administration, September 22 and 23, 2003.

En revanche, il a été supposé que les consommateurs utilisent l'expérience personnelle antérieure, le bouche-à-oreille des amis et de la famille et les stimuli marketing comme sources primaires d'information plutôt que l'expertise professionnelle d'un médecin lorsqu'ils décident d'utiliser des médicaments en vente libre (Creyer, Hrsistodoulakis, et Cole, 2001)²²². Et, l'Association de vente de médicaments en vente libre (NDMA) a affirmé que la plupart des gens comptent sur quatre sources d'information en ce qui concerne l'achat de médicaments en vente libre. Ce sont la famille et les amis, la publicité, les étiquettes de produits et les professionnels de la santé (NDMA, 1992).

Hughes, Whittlesea et Luscombe (2002)²²³ ont organisé des groupes de discussion pour examiner les sources d'information que les consommateurs utilisent pour se renseigner sur les médicaments en vente libre. Ils ont montré que les patients avaient obtenu des informations sur les médicaments en vente libre auprès de nombreuses sources, y compris les professionnels de la santé, les amis et la famille, les livres, les médias et Internet.

Par ailleurs, l'information semble être nécessaire à tous les stades du circuit du médicament. Elle conditionne la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique du patient. Ainsi, l'information imprécise, erronée ou manquante favorise la survenue d'une erreur médicamenteuse (Fusier.I, Tollier.C, et Husson.M, 2004). L'information fait partie intégrante du médicament à travers la notice, l'actualisation des connaissances sur les effets thérapeutiques, les recommandations de bon usage, l'information sur les essais cliniques et les informations institutionnelles données par les autorités de santé et les professionnels de santé (Andreani.J et al 2014)²²⁴.

Afin de percer le marché, comme tous produits de commerce, les laboratoires effectuent des efforts d'informations et de promotions. Dans le cas du médicament, l'objet de la publicité médicale est de s'adresser aux médecins, afin d'engager leur préférence dans le processus de choix du médicament (Weber.M, 2008)²²⁵.

a. La recherche d'information dans le modèle de croyance en santé

Le modèle de croyance en matière de santé (en anglais le health belief model –HBM-) est l'un des cadres conceptuels les plus largement utilisés dans le comportement en matière de

²²² Creyer, Elizabeth H., Illias Hrsistodoulakis, and Catherine A. Cole (2001), "Changing a Drug from Rx to OTC Status: the Consumer Behavior and Public Policy Implications of Switch Drugs," *Journal of Product & Brand Management*, 10(1), 52-64.

²²³ Hughes, L., C. Whittlesea, and D. Luscombe (2002), "Patients' Knowledge and Perceptions of the Side- Effects of OTC Medication," *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 243-248.

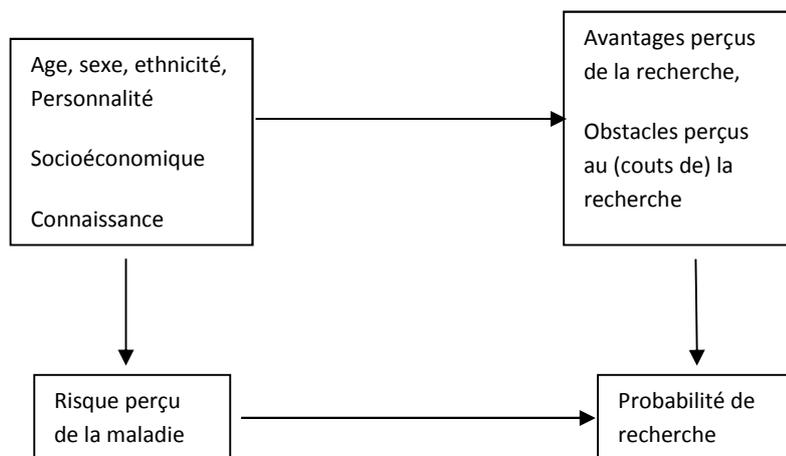
²²⁴ Andréani J.-C., Moulins J.-L., Conchon F., Fons C., Bœuf B. (2014), « Une approche protéiforme de la confiance du consommateur : le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, n° 75, p. 79-94

²²⁵ Salma Ayeb, Kaouther Saied Ben Rached, L'importance des caractéristiques extrinsèques des médicaments génériques sur la prescription médicale, Université Tunis El Manar, Laboratoire de recherche : Etudes et Recherches en Marketing (ERMA).

santé (Glanz, Rimer et Lewis 2002)²²⁶. Considérant que le comportement de recherche d'information externe des consommateurs pour les médicaments sur ordonnance et en vente libre est un type de comportement de santé, ce modèle fournit des perspectives théoriques importantes pour le comportement de consommation des médicaments. Risker (1996)²²⁷ a appelé à combiner la théorie du processus décisionnel des consommateurs, développée principalement dans la littérature marketing, avec le modèle de croyance sur la santé pour fournir une étape importante vers une meilleure compréhension du comportement de recherche d'information des consommateurs. De plus, Johnson et Meischke (1993)²²⁸ ont souligné le rôle des croyances en matière de santé dans leur modèle complet de recherche d'information sur le cancer.

La Figure 12 résume les composants de base et leurs relations. Une des mesures prises par les gens pour contrôler les conditions de santé serait de rechercher des informations sur les médicaments sur ordonnance et en vente libre pour traiter les problèmes de santé. Par conséquent, même si ce modèle provient de contextes de santé publique, il fournit un cadre théorique prometteur pour expliquer les comportements de recherche d'information externe des consommateurs pour les produits pharmaceutiques.

Figure 14. Le modèle de croyance en santé appliqué à la recherche d'informations



Source : Extrait de Janz, Champion, and Strecher, 2002

En outre, il semble évident que la méthode HBM ressemble à l'approche coûts-avantages susmentionnée (au niveau de la partie comportement du consommateur), sauf qu'elle a pour élément constitutif la menace perçue, en plus de la construction des avantages et des coûts perçus. La menace perçue est, comme le montre sa définition, un type de risque perçu par les consommateurs vulnérables ou confrontés à des maladies. Cette construction supplémentaire

²²⁶ Glanz, K., B. K. Rimer, and F. M Lewis (2002), *Health Behavior and Health Education*, San Francisco, CA: John Wiley and Sons, Inc.

²²⁷ Risker, D. C.(1996), "The Health Belief Model and Consumer Information Searches: Toward an Integrated Model," *Health Marketing Quarterly*, 13(3), 13-26.

²²⁸ Johnson, J. David and Hendrika Meischke (1993), "A Comprehensive Model of Cancer-Related Information Seeking Applied to Magazines," *Human Communication Research*, 19(3), 343-367.

augmente la validité de ce modèle en tant que cadre théorique pour les comportements de recherche externe des consommateurs pour l'information pharmaceutique puisque le risque perçu a été considéré comme un facteur important influençant la recherche externe des consommateurs.

b. Le locus de contrôle de la santé et recherche d'information

Locus de contrôle de la santé (LCS) fait référence à la perception qu'a un individu de la source du contrôle sur son propre comportement. Les personnes ayant un locus de contrôle «interne» croient que leur comportement est déterminé par leurs propres décisions et efforts personnels. En revanche, les personnes ayant un locus de contrôle «externe» croient que leur vie est déterminée par le destin, le hasard, la puissance des autres.

Il a été démontré que les personnes avec plus de LCS interne adhèrent généralement plus étroitement aux régimes de santé et s'engagent dans des actions de protection de la santé que les personnes avec plus de LCS externe (Bundek, Marks et Richardson, 1993²²⁹; Newsom, Knapp et Schultz, 1996²³⁰; Turbin et Costa, 1998²³¹). Puisque la recherche d'information est considérée comme une étape importante dans les comportements liés à la santé et la prise de décision, des efforts ont également²³² été déployés pour déterminer la relation entre LCS et les efforts de recherche d'information.

Wallston, Maides et Wallston (1976)²³³ ont testé l'hypothèse selon laquelle la recherche d'informations sur la santé est une fonction conjointe de LCS et de la valeur accordée à la santé.

Gerend, Aiken et West (2004)²³⁴ fournissent un autre angle à la relation entre LCS et la recherche d'information externe. Ils ont examiné l'effet de LCS sur la susceptibilité perçue des femmes âgées aux maladies du vieillissement telles que le cancer du sein, les maladies cardiaques et l'ostéoporose. Les résultats ont indiqué que les femmes avec LCS interne avaient des niveaux inférieurs de sensibilité perçue aux maladies que les femmes avec LCS externe. Puisque la susceptibilité perçue est un type de risque perçu, cette recherche fournit des preuves d'un lien possible entre LCS et le risque perçu.

²²⁹ Bundek, Nancy I., Gary Marks, and Jean L. Richardson (1993), "Role of Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women," *Health Psychology*, 12, 193-199.

²³⁰ Newsom, Jason T., Judith E. Knapp, and Richard Schulz (1996), "A Longitudinal Analysis of Specific Domains of Personal Control and Depressive Symptoms in Patients with Recurrent Cancer," *Health Psychology*, 15, 323-331.

²³¹ Wonsuk Kim, Une investigation exploratoire de la recherche d'informations externes des consommateurs pour les médicaments a prescription et non prescription, Doctorat en philosophie. Université d'Athènes Georgia, 2005

²³²

²³³ Wallston, Kenneth A., Shirley Maides, and Barbara Strudler Wallston (1976), "Health-Related Information Seeking as a Function of Health-Related Locus of Control and Health Value," *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.

²³⁴ Gerend, Mary A., Leona S. Aiken, and Stephen G. West (2004), "Personality Factors in Older Women's Perceived Susceptibility to Diseases of Aging," *Journal of Personality*, 72(2), 243-270.

c. Les types d'information chez les patients

Les besoins en information et en communication des patients sont potentiellement nombreux. Mieux informé, le patient se prend en charge plus efficacement et renforce sa position dans le système de santé Bundeck, Nancy I., Gary M, and Jean L. Richardson (1993)²³⁵. Toutefois, l'observation des arbitrages concrets démontre la nécessité de distinguer suivant les catégories de patients et les moyens mis à leur disposition.

Il est possible d'analyser l'information en considérant les différents rôles qu'elle est susceptible de jouer. Les patients peuvent mobiliser l'information pour mieux connaître les maladies, les traitements, le système de santé, pour choisir un producteur de soins ou une assurance, pour « superviser » les producteurs et les assurances. Par ailleurs, en mobilisant des données médicales personnelles, ils concourent à la production du service médical. Enfin, ils doivent se coordonner avec les assurances ou les producteurs (Brousseau, 1993)²³⁶.

➤ L'information pour connaître

L'information pour connaître, (les maladies, les traitements, le système de santé) sert de diverses manières aux patients, et ce de la manière suivante ;

- La Compréhension de la maladie : l'information permet de comprendre le problème de santé qui est en jeu, d'avoir une idée du pronostic, de tirer meilleur profit de la consultation, de comprendre les tests et traitements ainsi que leurs résultats (Coulter et al. 1999)²³⁷.

- La Gestion de la maladie : elle revêt une importance particulière dans le cas des pathologies chroniques (asthme, diabète, dépression, hypertension, problèmes liés au stress, maladies gastro intestinales, arthrite, mal de dos...). Nombre d'études témoignent de l'effet positif sur l'état de santé d'un rôle actif du patient.

- La Décision médicale : l'intervention du patient dans un choix thérapeutique se fonde sur sa connaissance des traitements possibles et sur ses préférences en matière de santé.

- La Prévention : les patients peuvent modifier leurs comportements pour améliorer leur santé (consommation de tabac, d'alcool, pratiques à risque...). Dans les systèmes de santé contemporains, la responsabilité des individus est mise en avant de façon croissante.

- Sa propre prise en charge : le patient et son entourage sont les premiers intervenants de la prise en charge. Ils mobilisent une connaissance sur les soins de base et sur les différentes attitudes à adopter.

²³⁵ Beaudouin V., Velkovska J. (1999), « Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique) », *Réseaux*, n° 97.

²³⁶ Brousseau E. (1993), *L'économie des contrats, technologie de l'information et coordination interentreprises*, PUF.

²³⁷ Coulter et al. (1999), « Sharing decisions with patients: is the information good enough? », *British Medical Journal*, 318.

- Accompagnement psychologique : les groupes d'entraide, les échanges d'information et d'expérience sont importants pour les patients.

L'exemple de la décision médicale montre comment l'information du patient favorise une collaboration plus efficace. Les analyses sur la prise de décision thérapeutique distinguent une attitude paternaliste, un modèle de « transfert d'information » vers le patient et un modèle de « médecin agent parfait » -phénomène qui sera analysé dans la partie traitant de la relation médecin-patient. En effet, le choix d'un traitement parmi plusieurs possibles (chaque traitement ayant ses avantages et ses inconvénients) implique que le décideur dispose de l'information sur les traitements et connaisse les préférences du patient. Soit le médecin transfère au patient l'information sur les traitements, et le patient décide (modèle de transfert d'information), soit le patient transfère des éléments d'information sur ses préférences, et le médecin choisit le traitement (Charles et al., 1999 et Gafni et al., 1998)²³⁸ (modèle de l'agent parfait). Le modèle de transfert d'information est rendu beaucoup plus facile lorsque le patient est déjà informé : le médecin n'a plus qu'à contrôler le bien fondé des connaissances et du raisonnement des patients. Le modèle du médecin agent parfait est facilité, mais à un bien moindre degré : le patient informé transmet plus efficacement les éléments sur ses préférences, mais le médecin assume toujours la lourde tâche d'élucider ces dernières et de décider du traitement. Dans ce dernier cas, les contenus informationnels ne vont pas jusqu'à permettre aux patients de bien formaliser leurs préférences, mais ils facilitent le dialogue avec le médecin (Lenert, 2000)²³⁹. L'adoption d'un modèle dépend principalement des caractéristiques psychologiques du patient et de sa capacité de faire des choix en connaissance de cause.

➤ **L'information pour superviser**

Cette dernière concerne les informations mobilisées par des groupes de patients, leurs représentants ou les patients eux-mêmes, lorsqu'ils ont la possibilité de contrôler la production de soins ou l'action des assurances.

L'information pour connaître et l'information pour superviser sont susceptibles de diminuer l'asymétrie d'information qui pénalise traditionnellement les patients consommateurs. En effet, les acteurs ne sont pas égaux vis-à-vis de l'information. La spécificité du savoir médical induit une asymétrie d'information entre le médecin et le patient, qui laisse ce dernier plus ou moins ignorant de ses propres besoins, des caractéristiques du marché, et de la qualité des services offerts par le médecin (Bejean 1994)²⁴⁰.

²³⁸ Charles et al., 1999 et GAFNI et al., 1998. Voir aussi EMANUEL, EMANUEL, 1992 pour un article précurseur.

²³⁹ Lenert, 2000. Elucider les préférences en matière de choix du traitement revient à apprécier l'aversion au risque, la préférence pour le présent, et la valeur accordée à différents niveaux de qualité de vie. Voir GERBER, EISER, 2001 pour une analyse plus complète de l'impact des systèmes d'information sur le modèle de décision.

²⁴⁰ Bejean S. (1994), *Economie des systèmes de santé*, Economica.

Mieux informés, les patients ont par exemple la possibilité de vérifier que les soins y compris la thérapeutique prodigués correspondent aux dernières recommandations scientifiques²⁴¹.

➤ **L'information pour produire et se coordonner**

Les patients mobilisent des informations personnelles de santé lorsqu'ils racontent leur histoire médicale, expriment leurs symptômes, leurs préférences en matière de santé et de thérapeutique. L'information personnelle est nécessaire à la production des traitements adéquats. Les patients jouent un rôle important en communiquant cette information lors des rencontres avec les professionnels de santé, en la stockant, voire parfois en la transmettant à travers des dispositifs techniques. Lorsqu'ils adaptent eux-mêmes leurs comportements en fonction de ces informations (par exemple, par des changements de posologie définis au préalable avec le médecin), ils assument une partie de la production du service médical.

Les producteurs de soins et les rencontres avec eux ne suffisent pas à fournir l'ensemble de cette information. Les professionnels sous-estiment parfois le désir et la capacité du patient de recevoir de l'information, ils n'ont pas forcément intérêt à délivrer certaines informations, ils ne connaissent pas toujours tous les traitements existants et leurs effets, les temps de consultation sont limités. Différentes enquêtes montrent que les personnes atteintes d'une affection sont en moyenne mécontentes de la communication qu'elles ont avec leur médecin (reproches sur le manque d'information, sur le faible choix quant aux différents traitements possibles (Coulter et al., 1999)²⁴². Pour ces raisons, l'information est souvent délivrée par les acteurs tiers : la tutelle, les payeurs, les associations de patients, les patients eux-mêmes, les médias, des sociétés spécialisées. Par exemple, la tutelle et les payeurs mènent des actions de prévention, les associations de patients aident les malades dans leur vie quotidienne, les associations de consommateurs informent ceux qui s'estiment lésés des possibilités de recours existantes.

Cette complexité et diversité de l'information recherchée par le patient doit de se faire par des outils aussi efficaces et disponibles que possible et ce quel que soit leurs nature

Dans cette partie, nous observerons donc les sources d'information disponibles au potentiel patient et le degré d'importance que celui-ci lui apporte.

²⁴¹ Voir par exemple le Rapport « un pouvoir accru pour les patients », groupe de travail présidé par CANIARD, 2000 : le groupe propose que des usagers puissent participer à des instances telles que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ou les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) des hôpitaux.

²⁴² Coulter *et al.* (1999), « Sharing decisions with patients: is the information good enough? », *British Medical Journal*, 318.

d. Information par le médecin

Si le fait d'aller chez le médecin constitue, d'une part, une étape légalement obligatoire dans la consommation de médicament sous ordonnance, c'est également un pas supplémentaire dans le comportement de recherche d'information du patient.

Le cheminement le plus habituel pour un individu malade sera de se rendre premièrement chez son médecin généraliste (Beisecker, 1990)²⁴³. En fonction de la maladie en question et des connaissances des généralistes, celui-ci peut l'envoyer chez un spécialiste. Le spécialiste prendra donc en compte les symptômes du patient et, si nécessaire, recommandera des tests complémentaires afin de préciser le diagnostic. C'est bien entendu sur base de ce diagnostic que toutes les décisions de consommation sont prises. Notons que sur la base d'une étude sur différents médecins interviewés, ceux-ci ont observé un mode croissant de l'autodiagnostic préalable. Selon, Abdul Rauof et al (2012), certains patients justifient l'achat de médicaments sans prescription du fait qu'ils aient la capacité de diagnostiquer les maladies, et qu'il leur est facile de comprendre le diagnostic de leur maladie.

Dans le cadre d'une analyse effectuée sur la base d'interviews sur des médecins de différentes spécialités²⁴⁴ ces derniers expliquent lorsqu'on leur demande si la relation entre le patient et le médecin a changé que le patient est devenu revendicateur, minimisant parfois la savoir du médecin, pensant que ce dernier doit se limiter à l'écoute de ses désirs et à la prescription en établissant parfois au préalable son autodiagnostic.

Car toutes les recherches préalables du patient avant la visite chez un médecin sont dans un objectif d'autodiagnostic (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007)²⁴⁵.

En outre, L'information du patient est une base essentielle pour la compréhension de l'intérêt du traitement (Boucharla T J., Steimetz M, 1990)²⁴⁶. Or, de nombreux patients ne se souviennent pas, à l'issue de la consultation, de ce qui leur a été dit (Blackwell B., 1976²⁴⁷; Erhardt LR., 1999²⁴⁸; Morrow D., Von Leirer O., Sheikh J.²⁴⁹). A l'issue d'un entretien médical, les malades ne sont capables de restituer que 50% des informations données par le médecin

²⁴³ Beisecker, A.E. (1990). Patient's information seeking behaviors while communicating with doctors. *Medical Care*. 28(1). 19-28.

²⁴⁴ Moens, Edouard. *L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2015. Prom. : Kestemont, Marie-Paule.

²⁴⁵ Renahy, E., Parizot, I., Lesieur S. & Chauvin, P. (2007). *WHIST : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*. Paris : Université Pierre et Marie Curie.

²⁴⁶ Boucharla T J., Steimetz M. L'importance de la publicité dans l'acte de prescrire *Psychol Med* 1990 ; 22 (6) : 483-48

²⁴⁷ Blackwell B. Treatment adherence *Br J Psychiatry* 1976; 129: 513-31

²⁴⁸ Erhardt LR. The essence of effective treatment and compliance is simplicity *Am J Hypertens* 1999 ; 12 (10 Pt 2) : 105S-110S

²⁴⁹ Morrow D., Von Leirer O., Sheikh J. Adherence and Medication Instructions: Review and Recommendation *J Am Geriatr Soc* 1988 ; 36 : 1147-1160

concernant le traitement²⁵⁰. Cependant, la plupart des patients réclament davantage de détails qu'il ne leur a été fourni au sujet de leur maladie et de leur traitement (efficacité attendue, effets secondaires ...). Cela montre bien toute la difficulté de dispenser au patient une information simple, compréhensible et de qualité. Cela souligne aussi tout l'intérêt des programmes d'éducation des patients.

e. Information par internet

Il est facilement envisageable qu'un premier réflexe est de s'informer sur internet en tapant les symptômes dont le patient souffre. En effet, vu l'augmentation ininterrompue du média et considérant la multiplication des sites professionnels ou non et des forums liés au domaine de la santé, il n'est pas surprenant qu'un internaute choisisse d'aller voir un médecin selon les avis donnés sur la toile.

En effet, l'internet médical s'apparente à un espace gigantesque, dans lequel les patients peuvent avoir accès à l'information²⁵¹, communiquer, et gérer des données personnelles de santé (Brodie M. *et al.* 2000),²⁵².

L'internet dans le domaine de la santé est ouvert aux producteurs et aux consommateurs, il offre diverses possibilités d'information et de communication, et touche tous les stades de la prise en charge (Eysenbach, 2000)²⁵³. Si tout nouveau médium impose un environnement et des modes de distribution de l'information qui changent les usages, cela a d'autant plus de chances d'être vrai dans un secteur marqué par l'importance de l'information en tant que support de production et de consommation, et aussi par une forte asymétrie entre producteurs et consommateurs. Les services du nouveau média, complémentaires des rencontres avec les producteurs de soins dans le monde physique, peuvent faire évoluer les conditions d'information sur la maladie, ses potentiels traitements, l'accompagnement et la gestion des problèmes de santé, et les relations du patient aux offreurs de soins et au système de santé. D'où l'intérêt d'envisager l'utilisation concrète des nouvelles technologies par les patients.

L'internet médical est en train de faire naître une nouvelle discipline, l'informatique médicale du consommateur (Eysenbach G. 1998)²⁵⁴ « consumer health informatics » (Eysenbach 2000)²⁵⁵. Il s'agit d'une branche de l'informatique médicale qui analyse les besoins en information du consommateur, étudie et met en œuvre les systèmes délivrant l'information,

²⁵⁰ Anderson RJ. Kirk LM. Methods of improving patient compliance in chronic disease states *Arch Intern Med* 1982 ; 142 : 1673-1676

²⁵¹ A l'image de la base de données bibliographiques Medline, développée par la Bibliothèque nationale américaine de médecine : elle est la première base au monde avec 10 millions d'articles référencés (www.nlm.nih.gov).

²⁵² Brodie M. *et al.* (2000), « Health information, the Internet and the digital divide », *Health affairs*, November/December.

²⁵³ Eysenbach, 2000 développe une comparaison de la télémédecine et de la cyber médecine.

²⁵⁴ Eysenbach G. (1998), « Responses to unsolicited patient e-mail requests for medical advice on the world wide web », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280

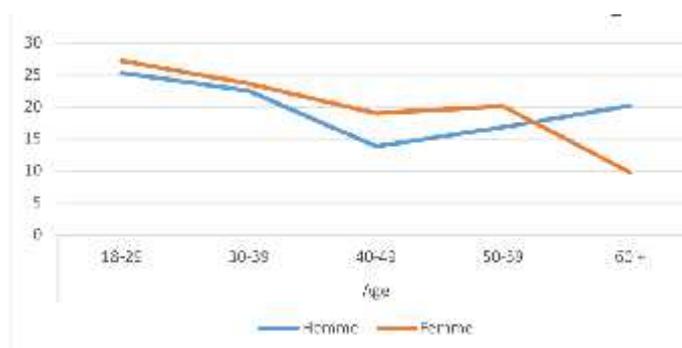
²⁵⁵ Eysenbach G. (2000), « Consumer health informatics », *British Medical Journal*, 320.

observe les conditions d'utilisation et l'efficacité des applications, ainsi que leur effet sur la santé publique, les relations avec les médecins, et la société en général. Cette discipline cherchera à connaître de manière fine les usages et les hybridations l'internet/monde physique, comme cela a commencé d'être fait dans certains domaines, comme par exemple celui des achats aux supermarchés (Licoppe, 2001)²⁵⁶.

Selon une étude de 2007 (Andreassen & al, 2007)²⁵⁷, on voit qu'entre 54% et 77% (en moyenne 70%) des internautes européens ont déjà utilisé un service internet lié à la santé. Ce pourcentage diminue avec l'âge des internautes interrogés. Il est plus important pour les femmes que pour les hommes et est corrélé positivement avec le niveau de revenu et d'éducation. Un autre facteur d'influence est la chronicité de la maladie chez un patient : un internaute avec une maladie chronique diagnostiquée depuis plusieurs années sera plus enclin à chercher de l'information sur le net. Enfin, on peut ajouter que la pénétration d'internet est très importante en Europe par exemple (70,5%).

Ces chiffres sont plus importants encore selon l'Inserm (Institut de la santé et de la recherche médicale) : plus de 93% des internautes français par exemple se seraient informés en matière de santé sur le net pendant les 12 mois précédents l'enquête (mais ce chiffre pourrait être généralisable à d'autres pays du nord de l'Europe occidentale) (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007)²⁵⁸. Les facteurs d'influence étant : le sexe, l'âge, comme le montre la figure 13 ainsi que le revenu et l'état de santé. Il faut souligner que cette étude contient un nombre important de répondants liés au domaine de la santé (42,7%).

Figure 15. Pourcentage de la population française s'étant informé sur internet en 2014 en fonction de l'âge



Source : Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2014, enquête web sur les habitudes de recherche d'information liées à la santé sur internet.

²⁵⁶ Licoppe C. (2001), « Faire ses courses par téléphone ou par internet », *Réseaux*, n° 106.

²⁵⁷ Andreassen, H.K., Bujnowska-Fedak, M.M., Chronaki, C.E., Dumitru, R.C., Pudule, I. & Santana, S. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*. 7(53).

²⁵⁸ Renahy, E., Parizot, I., Lesieur S. & Chauvin, P. (2007). *WHIST : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*. Paris : Université Pierre et Marie Curie.

Tout cela, à l'image du groupe Doctissimo²⁵⁹ qui connaît un succès impressionnant dans le domaine de la santé et des nouvelles technologies. Suscitant un engouement certain de la part du grand public (*Le Monde*, 24/02/2008. *alexa.com*)²⁶⁰ à la recherche dans un premier temps d'informations et dans un deuxième temps, d'avis, de conseils d'autres personnes ayant les mêmes préoccupations. *Doctissimo.fr* intervient sur un marché spécifique à la convergence de deux marchés porteurs : la santé et internet média de communication qui semble concurrencer de plus en plus les médias traditionnels (IDATE, 2008).

Doctissimo.fr, met à la disposition du grand public des informations médicales, en vulgarisant un savoir auparavant réservé aux professionnels de la santé. Ses forums et autres espaces d'expression sont symboliques de l'engouement du public pour les formes de communication dites participatives et qui sont emblématiques du web 2.0.

Cependant, il semblerait que s'informer sur internet ne constitue pas une véritable alternative à la consultation d'un médecin aux yeux des internautes : 88% de ceux qui se sont informés sur internet ont également un médecin régulier qu'ils ont consulté durant les 12 derniers mois, une proportion similaire à ceux qui ne sont pas informés sur la toile (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007)²⁶¹. L'étape de cette recherche d'informations dans le processus de prise de décision est aussi un point important. Cependant, selon une enquête (Touboul A, Vercher E)²⁶² effectuée sur le site en question. Il semblerait que la majorité des internautes recherchent sur internet sans lien direct avec une consultation. Cela dit, 17,1% expliquent qu'ils ont tout simplement remplacé une consultation médicale par une recherche sur un moteur de recherche. 41,9% des répondants ont cherché l'information avant la consultation médicale et 49,1% après la consultation.

Nous pouvons noter qu'uniquement 43% du grand public vérifie les sources des sites internet et des autres articles qu'ils trouvent. Sauf que, ces sources sont souvent des entreprises pharmaceutiques, bien au courant du comportement des individus.

1.4.2.4. L'évaluation des alternatives

(Serre MP, Wallet-Wodka D, 2008), déclarent que cette phase est quasiment inexistante dans le cas de produits de médicaments remboursés. L'évaluation des alternatives se limite au choix du princeps ou du générique. Même dans le cadre de l'automédication, peu de produits

²⁵⁹ Nous avons choisi de parler du site *doctissimo.fr* car il illustre l'alliance entre médecins et communicants. L'un de ses principaux fondateurs, L. Alexandre, est un médecin urologue et se présente comme un *leader* d'opinion (<http://www.medcost.fr>, rubrique « l'équipe ») dans le domaine de la santé. La direction est partagée entre des médecins et des professionnels du marketing et de la communication.

²⁶⁰ <http://www.alexa.com/data/details/main/doctissimo.fr> consulté le 13/06/2008,

²⁶¹ Renahy, E., Parizot, I., Lesieur S. & Chauvin, P. (2007). WHIST : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. Paris : Université Pierre et Marie Curie.

²⁶² Touboul A, Vercher E, 2008, Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts, <https://ticetsociete.revues.org/326>

sont pris en compte, 60 % des individus ont tendance à utiliser des produits qu'ils connaissent car déjà prescrits par le médecin. Pour les produits de confort type dermocosmétique et aliments santé, la question se pose. Aucune analyse n'a été menée pour identifier le mode d'évaluation à l'œuvre dans le cas particulier de produits de santé. Le prix, les effets secondaires et les attributs mis en avant par le pharmacien ou le producteur sont certainement les caractéristiques les plus influentes dans la décision.

L'évaluation des alternatives peut également être le choix entre plusieurs catégories de produits de santé : allopathie versus homéopathie par exemple.

La littérature nous donne un grand nombre de modèles multi-attributs qui nous permettent de mieux comprendre comment les patients vont choisir parmi les différents médicaments qui leur sont proposés. Tout d'abord, rappelons que les médicaments sont des produits que l'on appelle « experience good » c'est à dire que pour avoir une appréciation exacte à leur propos, il faut les avoir testés (en opposition avec les « search good » (Cabral, 2000)²⁶³.

Ensuite, Crawford et Shum qui en (2005)²⁶⁴ ont fait la distinction entre deux effets distinctifs d'un traitement : l'effet symptomatique et l'effet curatif. Par effet symptomatique, les auteurs entendent nous faire comprendre la diminution des symptômes de leur maladie et/ou l'apparition d'effets secondaires négatifs dus au traitement. Une diminution de la fièvre lors d'une grippe sera un effet symptomatique positif. L'effet curatif traduit l'idée de pourcentage de guérison du patient. Dans ce modèle, le patient, incertain au début, apprend par son expérience les deux types d'effets que le traitement aura sur lui. Il accordera une importance différente/variable à la suppression des symptômes et à la guérison. Il choisira son médicament en conséquence. Une critique de ce modèle vient du fait qu'il ne prend pas en compte les maladies dont la suppression du symptôme est équivalente à la guérison comme la dépression. Le modèle nous donne un indice important sur la manière d'aborder et de théoriser les préférences des patients pour un médicament : un modèle multi-attribut dont l'efficacité et la suppression des effets secondaires sont les plus critiques. C'est donc bien sur ces facteurs que les firmes devront jouer dans leur plan de communication (Chan, 2014, p. 182-185)²⁶⁵.

En 2007, King conduit une expérience durant les tests cliniques d'un médicament pour déterminer les préférences les plus importantes d'un patient dans le choix d'un médicament.

Les attributs évalués durant cette expérience sont, entre autre, le contrôle des symptômes, l'effet sur la vie quotidienne, les effets secondaires, la facilité et le coût de prendre le médicament.

²⁶³ Cabral, L. (2000). Stretching Firm and Brand Reputation. *The RAND Journal of Economics*. 31(4). 658–673.

²⁶⁴ Crawford, G. & Shum, M. (2005). Uncertainty and learning in pharmaceutical demand. *Econometrica*. 73. 1137–1174.

²⁶⁵ Chan, T. (2014). Evaluating the impact of treatment effectiveness and side effect in prescribing choices. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and*

L'expérience se déroule comme suit : un groupe de patient souffrant d'asthme prend un médicament parmi trois médicaments possibles pendant 6 semaines. Pendant cette période, ils notent chacun des attributs. Ils passent ensuite deux semaines sans médication (période transitoire de « wash-out²⁶⁶ »). Ils s'informent durant ce temps sur les deux autres médicaments (eux-aussi notés sur leurs différents attributs) avant de choisir s'ils veulent changer de médicament, garder le même ou ne plus prendre de médicament. King a trouvé que les patients choisiront un médicament leur permettant de participer à leurs activités quotidiennes, avec le moins de symptômes et d'effets secondaires possible et le moins cher (King et al., 2007)²⁶⁷. Une remarque doit être formulée : l'étude a été effectuée aux USA où le prix est un facteur important dû au manque de remboursement public. L'attribut prix de l'étude pourrait être largement différent en Europe ou en Algérie.

En 2006, Chan & Hamilton²⁶⁸ ont montré que pour des traitements longs et lourds, l'effet symptomatique prônait sur l'effet curatif. En effet, sur quatre propositions de médication pour le HIV, les patients avaient une préférence pour celui qui montrait la moins bonne efficacité curative (600 mg de zidovudine). Cette étude a montré que le modèle multi-attribut d'un médicament dépendra grandement du marché thérapeutique dans lequel le médicament évolue.

En 2010, Ching²⁶⁹ montre que le type de médicament aura une influence sur la préférence du patient. Ainsi, les malades préféreront en général un médicament original plutôt qu'un générique. Cette donnée importante prouve que les patients sont souvent peu informés sur les médicaments, les génériques et les originaux étant parfaitement similaires. Il a également démontré que les patients sensibles au prix seront plus enclins à essayer les médicaments génériques.

Une autre étude de Chan & al en 2013 montre que ces différents modèles de formation des attitudes ne sont réellement applicables sur le marché qu'une fois que le patient a pu essayer le médicament. Cela ne signifie pas qu'il doit essayer tous les médicaments pour connaître celui qu'il choisira mais qu'après avoir utilisé un certain type de traitement, il sera plus enclin à comprendre quels effets symptomatiques et curatifs il désire et donc à se créer son modèle préférentiel en fonction des informations disponibles sur les autres médicaments.

²⁶⁶ Wash-out : période de sevrage

²⁶⁷ King, M.T., Hall, J., Lancsar, E., Fiebig, D., Hossain, I., Louviere, J., Reddel, H.K. & Jenkins, C.R. (2007). Patient preferences for managing asthma: results from a discrete choice experiment. *Health Economics*. 16(7). 703–717.

²⁶⁸ Chan, T. & Hamilton, B. (2006). Learning, private information and the economic evaluation of randomized experiments. *Journal of Political Economy*. 115(6). 997–1040.

²⁶⁹ Ching, A. (2010). Consumer learning and heterogeneity: dynamics of demand for prescription drugs after patent expiration. *International Journal of Industrial Organisation*. 28(6). 619–638.

a. Evaluation d'alternatives et adaptation du traitement

Une étude dans le milieu de la thérapeutique (Matthias E. Liechti)²⁷⁰ a démontré que lorsqu'un médicament permet d'obtenir une réduction de la douleur de 3/10, le traitement est poursuivi. Si une dose et une durée de traitement (quatre six semaines) adéquates ne permettent pas de réduire suffisamment la douleur, il convient de passer un autre médicament. Les études montrent aussi que la réponse à un médicament n'est pas prédictive de la réponse à une autre substance²⁷¹. Cela signifie que l'efficacité ou l'inefficacité d'un médicament doivent être établies par des essais chez chaque patient. Si l'amélioration n'est que partielle (4/10) malgré un traitement adéquat, il convient d'administrer un médicament supplémentaire²⁷².

L'efficacité des médicaments systémiques est comparable dans les études. Tous peuvent en principe être employés pour initier le traitement (Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. 2015²⁷³; Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, et al.²⁷⁴). La réponse à une substance doit être testée individuellement chez chaque patient. Le choix en début de traitement et en cas de traitements combinés dépend des effets indésirables et contre-indications des médicaments, ainsi que des maladies concomitantes du patient²⁷⁵.

Ainsi cette analyse reste certainement purement technico-médicale mais nous permet cependant de tirer des conclusions quant à l'effet de l'adaptation du traitement sur une des étapes du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament qu'est l'évaluation des alternatives.

1.4.2.5. La décision d'achat

Le coût supporté par le patient étant souvent faible ou nul, l'achat est rarement repoussé. Au contraire l'objectif étant le mieux-être, les consommateurs procrastinent assez peu. Les modalités de paiement entrent peu en jeu, principalement dans des produits à prescription obligatoire donc remboursés. Ainsi, le tiers payant pousse les individus les plus démunis dans la voie de l'achat immédiat.

Par ailleurs, l'achat du produit aura une importance pour le plan marketing de la firme pharmaceutique si celle-ci utilise des conseillers pharmaceutiques destinés à convaincre le

²⁷⁰ Matthias E. Liechti, Traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques, swiss medical forum, 2015;15(19):446-452

²⁷¹ Raja SN, Haythornthwaite JA, Pappagallo M, Clark MR, Trivison TG, Sabeen S, et al. Opioids versus antidepressants in postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. *Neurology* 2002; 59:1015–21.

²⁷² O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009;122:S22–32.

²⁷³ Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2015.

²⁷⁴ Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17:1113–e88.

²⁷⁵ Welsch P, Sommer C, Schiltewolf M, Hauser W. [Opioids in chronic noncancer pain-are opioids superior to nonopioid analgesics?: A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized head-to-head comparisons of opioids versus nonopioid analgesics of at least four week's duration.]. *Schmerz* 2014.

pharmacien. Ainsi l'endroit où le patient ira chercher ses médicaments peut avoir son influence. Dans le cadre d'une analyse effectuée sur la base d'interviews²⁷⁶ sur des médecins de différentes spécialités l'un d'entre eux - le Dr. Moens, rhumatologue-, explique que les pharmaciens peuvent aujourd'hui en partie choisir le médicament que le patient recevra, même si le médecin a inscrit le nom d'un médicament précis et ce principalement à travers le processus substitution d'un médicament.

Par ailleurs, une étude au niveau européen sous l'appellation projet ENDEP²⁷⁷ (Huttin C, Atella V, Brenner G, Hedvall M B, Mechtler R, Noyce P, Schafheutle E, 2008), visant à examiner comment les frais influençaient la prise de décision des consommateurs et des médecins, dans le cas des dépenses pharmaceutiques et ce dans un certain nombre de pays européens comme la France et l'Allemagne et ce à travers encore une fois une application du health belief model sur la prise en considération de l'impact du remboursement des médicaments. Les frais des patients étant définis comme tout type de contribution financière directe du patient au coût des médicaments. Ainsi, il a été constaté que le prix pour le patient n'était pas un problème majeur et ce que ce soit en termes de coûts et d'utilisation des produits pharmaceutiques et services de soins, mais pouvait affecter d'autres choix tels que les décisions sur les tests, examens, aiguillage, à des spécialistes, etc... De plus, les visites chez le médecin sont des services complémentaires et il est difficile d'analyser l'impact sur les produits pharmaceutiques sans tenir compte des effets sur l'utilisation des médecins.

Par ailleurs, Le processus de consommation sera lui bien moins important que pour d'autres gammes de produits la consommation d'un médicament dépend entièrement de la nature de celui-ci et le rythme de consommation est très souvent imposé par le médecin. Ce rythme dépendant des résultats des tests cliniques sur lesquels la firme a peu de contrôle.

Néanmoins nous remarquerons que beaucoup de patients ne suivent pas les rythmes de consommation imposés par leur professionnel de la santé. Ainsi il est estimé que globalement, 50% des patients seulement prennent leurs médicaments comme conseillés (Ilyuk, Irmak, Kramer, & Block, 2011, p. 318)²⁷⁸, un phénomène de non observance qui a un effet sur la nature de consommation d'un médicament.

²⁷⁶ Moens, Edouard. *L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2015. Prom. : Kestemont, Marie-Paule.

²⁷⁷ Le projet ENDEP Biomed visait à fournir des données primaires afin de combler les lacunes dans les ensembles de données administratives existants (pour fournir des mesures subjectives de l'état de santé ou des niveaux de conscience des coûts des patients) et pour construire un ensemble de données centralisées au niveau européen. le groupe de recherche ENDEP avait pour objectif de générer des informations sur six systèmes de réimplantation nationaux et des données appropriées pour analyser leur impact sur les médecins et les processus décisionnels des patients.

²⁷⁸ Ilyuk, V. (2014). Efficacy expectations and adherence: evidence of consumer biases and heuristic in the pharmaceutical market. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 315-345). Philadelphia: Springer.

L'analyse effectuée par Moens E²⁷⁹, sur une série d'interviews des médecins a révélé que la majorité de ceux-ci ne sont pas regardant par rapport au prix des médicaments à condition que celui-ci soit (partiellement) remboursable par l'organisme assureur. Ceux-ci seront donc souvent enclins, après avoir prescrit la même marque pendant toute la durée du brevet, à ne pas changer lorsque les génériques entrent sur le marché. On comprend alors soudainement pourquoi les pharmaciens deviennent la cible principale des entreprises de génériques.

1.4.2.6. Le comportement post-achat

Il est principalement lié aux effets secondaires indésirables des produits de santé, à des niveaux plus ou moins graves. Un produit mal toléré ou présentant trop d'effets secondaires, qu'il soit remboursé ou non, sera refusé par le patient, dès la rédaction de l'ordonnance. Sur ce point, une grande majorité des patients a très bonne mémoire. Un point stratégique est donc pour les laboratoires de minimiser les effets indésirables de ses produits, même performants.

Par ailleurs, Les médicaments étant des « experience good » (Moens E), la majorité des modèles multi-attributs analysés au niveau de la formation des attitudes sont applicables à l'évaluation après achat. En effet, la nature même des « experience good » veut que le consommateur ne dispose d'une attitude éduquée qu'en cas d'achat et de consommation préalable.

a. Comportement post-achat et non-observance au traitement

La non-observance thérapeutique est un phénomène fréquent mais bien souvent sous-estimé et méconnu. Le monde médical se trouve, en général, étonné par l'attitude d'un patient qui demande une aide et des soins, accepte une hospitalisation, bénéficie de progrès scientifiques et thérapeutiques inégalés jusque-là, et ne suit pas correctement son traitement. Ainsi, les enjeux de la non-observance sont-ils difficiles à cerner. Nombreux sont les professionnels de santé qui la perçoivent comme une « déviance » plus que comme un phénomène fréquent, voire « normal ».

En effet, les comportements individuels vis à vis du traitement ont essentiellement été étudiés par l'intermédiaire de l'observance thérapeutique. Les approches médicales comme sociales décrites jusque-là, sont basées sur le désir du médecin d'accroître son « pouvoir » thérapeutique. Selon Ankri et al., (1995)²⁸⁰, ces approches sont insuffisantes pour expliquer le phénomène de non-observance. En effet, elles prennent en compte le patient comme « *un patient passif dont l'action vis-à-vis de l'observance thérapeutique est déterminée par le comportement du médecin* ». Dans un article de 1992, Donovan et Blake (1992)²⁸¹ tentent d'ailleurs de dépasser ces modèles dans lesquels le patient est perçu comme trop passif pour s'inscrire activement dans

²⁷⁹ Moens, Edouard, « L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients », document de type mémoire

²⁸⁰ Ankri J., LE Disert D., Henrard J.C. Comportements individuels face aux médicaments de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature Santé publique 1995 ; 4 : 427-441

²⁸¹ Donovan JL., Blake DR. Patient non compliance: deviance or decision making ? Soc Sci Med 1992 ; 34 : 507-13

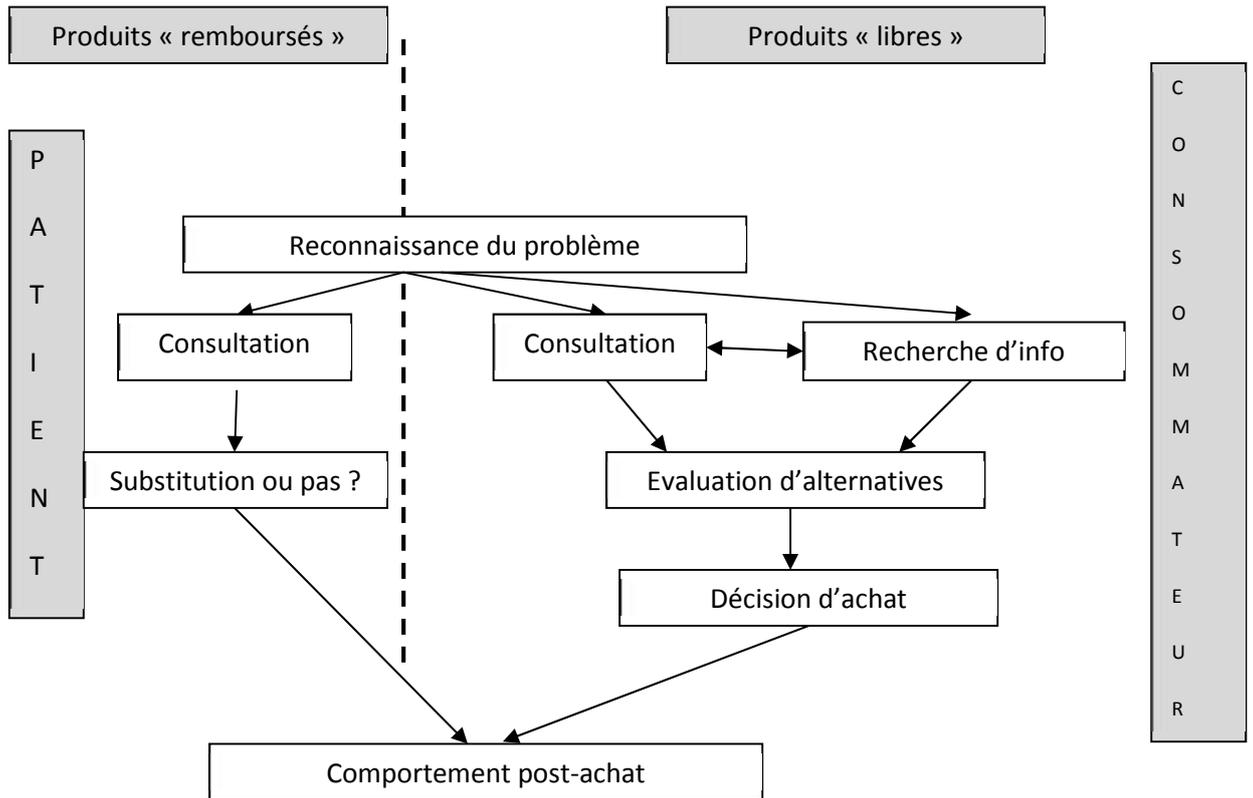
sa prise en charge. Ils citent des exemples d'études décrivant des patient choisissant sciemment de ne pas suivre les consignes médicales, soit pour essayer de se débrouiller seuls avec leur maladie (Conrad, 1985) parfois à cause des effets secondaires, soit comme sanction à la manière dont ils ont été reçus par leur médecin (Zola, 1981). Ainsi, ce qui peut paraître totalement incohérent par le médecin a, en réalité, un sens profond pour le patient et répond à une prise raisonnée de décision (Antonellf, 1992)²⁸².

Ainsi, plusieurs auteurs ont cherché à trouver une méthode prédictive de non-observance en associant certains facteurs connus, sans pour autant proposer de modèle structuré (voir Annexe 3).

MP Serre, D Wallet-Wodka, (2008) ont synthétisé les différentes étapes du processus décisionnel pour l'achat des médicaments à PMO/PMF, comme on peut le voir au niveau de la figure suivante :

²⁸² Antonellf P. «ça marche!» Quelques réflexions sur la question de l'observance médicamenteuse dans le cadre de la pathologie à VIH Ann Psychiatr 1998 ; 13 (3) : 203-207

Figure 16. Le processus de décision du consommateur du médicament



Source : Marketing des produits de santé, (2008), Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod

SECTION II. Théories de la décision du consommateur

2.1. L'Heuristique de décision

Par heuristique, nous entendons une association cognitive rapide et intuitive faite par un individu sans juger de sa véracité ou de son fondement. En effet, le patient tire souvent des conclusions rapides sur un médicament sans fondement scientifique précis.

Ce problème de compliance vient de l'efficacité perçue du médicament. On distingue l'efficacité perçue avant consommation et l'efficacité perçue après consommation. Ce facteur jouera un rôle primordial dans le choix d'un médicament puisqu'il sera pris en compte non seulement par le patient mais également par le médecin grâce au feedback du malade. Bowman montre que des heuristiques influenceront le patient durant les diverses étapes du processus de prise de décision. On voit ainsi que lors de la formation initiale de l'attitude avant achat, le patient est influencé par la manière dont il perçoit les risques et les bénéfices d'un médicament. Même l'évaluation après achat peut être profondément erronée dans l'esprit du patient : les inconvénients et les bénéfices apportés par la prise du médicament, les signaux envoyés par la publicité, la perception des effets négatifs et les propriétés associées à ce médicament pourront changer l'avis du malade sur le traitement (Bowman, 2004, Cowfield & Buckalew, 1988).

2.2. L'implication dans le processus de prise de décision

Le processus décisionnel peut être plus ou moins long en fonction de l'implication. (Sherif & Cantril 1947)²⁸³, les pères de ce concept en psychologie sociale, définissent l'implication comme « *un état de tension qui naît chez l'individu à partir du lien entre ses valeurs fondamentales et une situation* ». La façon dont un individu réagit dans une situation donnée ou un problème dépend donc de son implication, celle-ci étant fonction de l'intérêt qu'il porte à un produit ou à une situation. C'est (Krugman 1965)²⁸⁴ qui a rendu ce concept populaire en marketing avec ses travaux sur la publicité. L'implication se distingue par deux dimensions : l'intensité (faible/forte) et la persistance (durable/situationnelle).

²⁸³ Sherif M. et Cantril H. (1947). *The psychology of ego-involvement, social attitudes and identifications*, New-York: John Wiley & Sons.

²⁸⁴ Krugman H. (1965). The impact of television advertising: learning without involvement, *Public Opinion Quarterly*, 29, 349-356.

Tableau 12. Intensité de l'implication et comportement du consommateur

	Implication forte	Implication faible
Phase cognitive	-Recherche et traitement d'information	-Exposition involontaire aux informations et - collecte de l'information sans traitement
Phase affective	- Maximisation de la satisfaction - Comparaison de plusieurs attributs - Influence forte de la personnalité, du style de vie et des groupes de référence	-Niveau acceptable de satisfaction -Comparaison d'un petit nombre d'attributs -Influence faible de la personnalité, du style de vie et des groupes de référence

Source : d'après Rotschild (1987)

2.2.1. Implication du consommateur du médicament

Nelson (1974)²⁸⁵ a classé les médicaments comme un produit d'expérience, mais n'a pas fourni d'analyse sur la différence entre les médicaments à PMO et ceux à PMF. Il semble vrai que les médicaments à PMF sont un produit d'expérience parce que les consommateurs ne connaissent pas les effets pharmacologiques de chaque médicament sans ordonnance sur leur corps jusqu'à ce qu'ils l'utilisent.

De plus, les médicaments à PMF peuvent être un produit à faible ou à fort degré de participation, selon le type de maladie qu'ils traitent. Par exemple, Rossiter, Percy et Donovan (1991)²⁸⁶ ont classé l'«aspirine» en tant que produit à faible participation tandis que Ratchford (1987)²⁸⁷ a classé le «remède contre les maux de tête» en tant que produit à forte implication. Compte tenu des caractéristiques du produit inhérent aux médicaments à PMF, les consommateurs peuvent utiliser la publicité et les sources interpersonnelles pour prendre une décision d'achat de ces médicaments, même si le niveau de recherche varie selon le niveau d'achat associé aux médicaments à prescription facultative.

Selon Serre MP & Wallet-Wodka D (2008)²⁸⁸, le produit de santé est extrêmement impliquant. Il est porteur de beaucoup d'espoir mais également de beaucoup de risques tant physiologiques que psychologiques. Un médicament qui soigne est considéré comme normal, un médicament qui rend malade est jugé très négativement, il n'existe pas réellement d'évaluation positive dans le cas du médicament. Cela est moins vrai dans le cas du produit à allégation de santé qui est consommé dans un but « d'amélioration » et non de « guérison » et qui est moins impliquant. Le consommateur de

²⁸⁵ Nelson, Philip J. (1974), Advertising as information, *Journal of political economy*, 82 (4), 729-754

²⁸⁶ Rossiter, John R., Larry Percy, and Robert J. Donovan (1991), "A Better Advertising Planning Grid," *Journal of Advertising Research*, 11-21.

²⁸⁷ Ratchford, Brian T. (1987), "New Insights about FCB Grid," *Journal of Advertising Research*, August / September, 24-38.

²⁸⁸ Serre MP, Wallet-Wodka D, 2008, op. cit

santé est moins rationnel que le consommateur lambda puisqu'il est impliqué et que la santé à une portée émotionnelle forcément plus grande. Ils expliquent que l'implication dans la santé dépend fortement de l'état de santé initial, de la perception de celui-ci par le patient et du niveau d'anxiété de l'individu. Il existe des produits de santé plus ou moins impliquants en fonction du risque financier et de la gravité de l'état de santé que leur utilisation requiert.

Tableau 13. Les différents niveaux d'implication par rapport au médicament

	Risque financier fort (produit non remboursé)	Risque financier faible (produit remboursé ou peu cher)
Pathologie bénigne	Veinotonique : <i>implication moyenne</i>	Doliprane : <i>implication faible</i>
Pathologie grave	Traitements alternatifs non remboursés contre maladies graves : <i>implication forte</i>	Tahor : <i>implication moyenne</i>

Source : Marketing des produits de santé, Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, 2008

Le tableau ci-dessus démontre ainsi des niveaux d'implications très distincts concernant le médicament résultants d'une fusion entre les deux variables représentative de ce dernier que sont la pathologie et le risque financier, résultat des processus de prise de décision différents qui en découlent.

2.2.2. Les différents processus décisionnels en fonction de l'implication

La décision prise par un consommateur dépend du modèle de décision utilisé pour faire son choix. La littérature marketing distingue plusieurs types de processus de décision :

Le processus d'attitude, qui se caractérise par une importante expérience et une implication forte à l'égard du produit.

Le processus cognitifs : se caractérise par une implication forte mais une faible expérience du produit. Ces processus sont plus longs et plus complexes et impliquent l'évaluation des diverses caractéristiques du produit. Cette approche comprend deux grands modèles de prise de décision :

Le modèle compensatoire : Créé par le psychologue Fishbein (1963), il vise à décrire la structure des processus décisionnels des consommateurs. Dans ce modèle, le consommateur peut effectuer une compensation entre les forces et les faiblesses des attributs d'un produit. C'est un raisonnement relativement élaboré.

Le modèle non compensatoire : Comme le modèle linéaire compensatoire, ce modèle tente de décrypter le processus décisionnel.

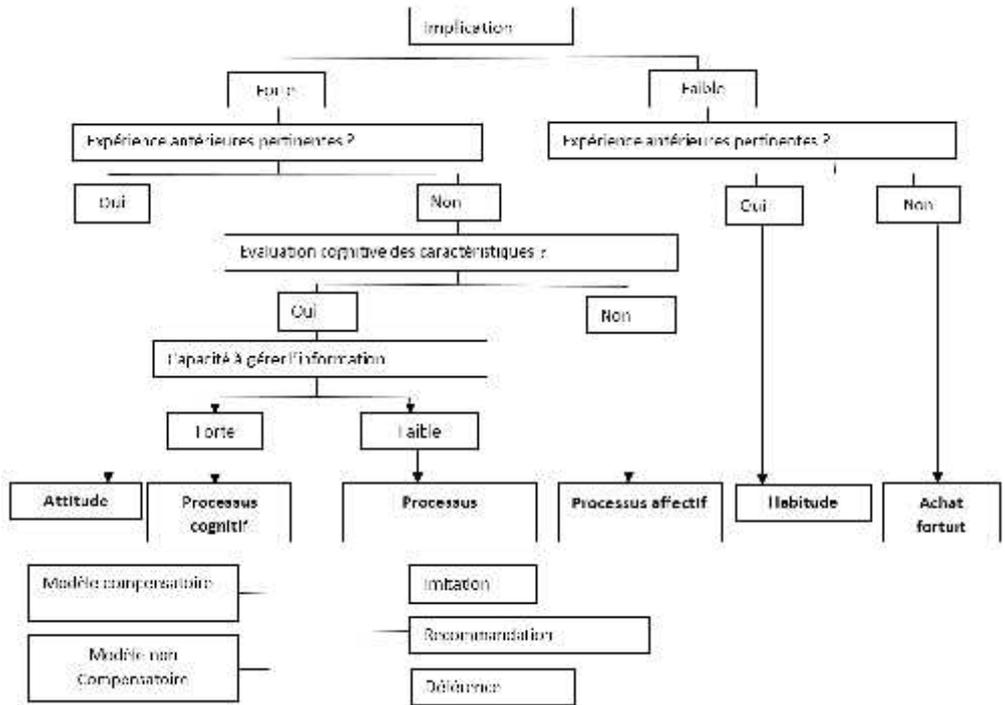
En général, les processus de décision ne sont jamais complètement compensatoires ou conjonctifs, ils sont plutôt hybrides.

Les processus sous – contractés : Un consommateur qui n'a pas toute la compétence ou le temps de traiter toute l'information nécessaire à la prise de décision, confierait cette charge à une tierce personne crédible à ses yeux. On distingue trois types de ces processus : celui basé sur l'*imitation* (famille, amis, groupes de référence...), celui basé sur les *recommandations* de personnes compétentes (vendeur, associations...) et enfin les décisions basées sur la *différence* (le respect et la conformité).

Les processus affectifs : ils concernent les produits achetés non en fonction d'attributs spécifiques mais parce qu'ils constituent une expérience globale visant à procurer une gratification hédonique.

L'habitude : elle est caractérisée par un processus à faible implication. Elle permet à l'acheteur de prendre rapidement sa décision et constitue une façon simple et routinière de procéder au choix d'un produit à faible risque.

Figure 17. Les différents processus décisionnels en fonction de l'implication



Source : d'après Nantel (1998)

2.2.3. Les différents processus décisionnels du patient en fonction de l'implication

2.2.3.1. Pathologie maligne

Si la pathologie est grave le niveau d'implication est forcément au minimum moyen, cependant l'aspect financier de la décision joue également sur le niveau d'implication dans l'achat (Serre MP, Wallet-Wodka D, 2008). On parle ici des espoirs liés au traitement qui eux sont

toujours forts et donc synonymes d'une implication forte dans le traitement de la pathologie lourde.

Donc si la pathologie est lourde et le produit remboursé, le consommateur sera moyennement impliqué : il voudra prendre connaissance des effets secondaires, des performances du produit mais ne cherchera pas d'avantage d'informations puisque le produit ne lui coute rien. Ce n'est pas le cas si le produit est par exemple très nouveau, encore peu connu et non remboursé comme, par exemple, le traitement de certaines maladies orphelines. Là, le consommateur est très impliqué puisqu'il fait un choix ayant des répercussions à la fois financières et psychologiques.

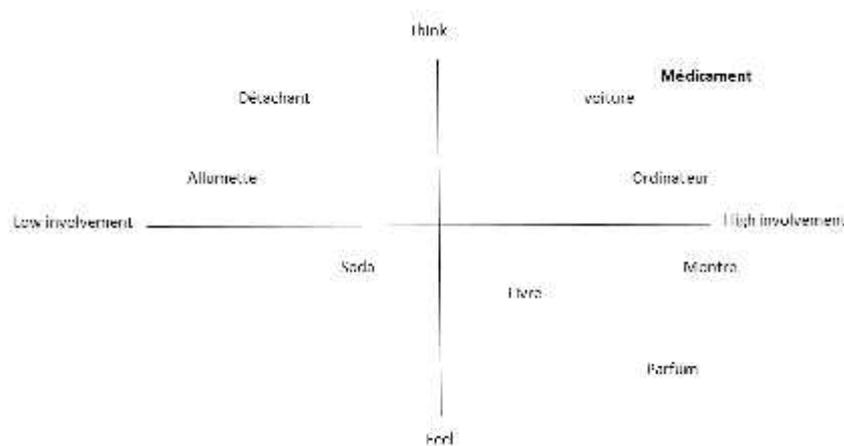
2.2.3.2. Pathologie bénigne

Pour les produits de santé destinés aux pathologies bénignes ou de confort, l'implication est au plus moyenne, au moins faible quand le médicament est remboursé (Serre MP, Wallet-Wodka D, 2008). Les stratégies marketing doivent s'adapter au type de situation et au niveau d'implication qu'ils engendrent.

2.2.4. Implication-médicament dans le modèle « FCB » grid

La grille « Foot-Cone-Belding » a pour but de différencier les produits pour ensuite analyser les types de comportements que les consommateurs vont avoir en rapport avec le produit. La grille sépare les différents produits en fonction de deux axes : le premier est l'axe Think- Feel : Penser-Ressentir et le second, l'axe High involvement – Low involvement : forte implication-faible implication (De Pelsmacker, Geuens, Van Den Bergh, 2013)²⁸⁹. Voici quelques exemples de produits situés sur la FCB grid.

²⁸⁹ De Pelsmacker, P., Geuens, M. & Van Den Bergh, J. (2013). *Marketing communications : a european perspective*. Harlow : Pearson.

Figure 18. Exemple de produits placés sur la FCB grid

Source : Moens, Edouard. *L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2015. Prom. : Kestemont, Marie-Paule

Pour mieux comprendre, La grille FCB développée par Foote, Cone & Belding (Vaughn 1980, 1986)^{290 291} fournit un autre schéma utile de classification des produits. Cette grille utilise deux critères de classification des produits : l'implication et la spécialisation cérébrale. La participation est définie comme un continuum d'intérêt des consommateurs pour les produits et services. En outre, la spécialisation du cerveau comprend deux côtés du cerveau menant à différents comportements du consommateur. Le côté gauche du cerveau est relativement plus capable de fonction cognitive (pensée) tandis que le côté droit du cerveau est engagé dans des fonctions affectives (sentiment). La grille qui en résulte suggère que les consommateurs en apprennent davantage sur les produits à forte implication avant de prendre une décision d'achat, tandis que les consommateurs achètent d'abord avant d'en apprendre davantage sur les produits peu impliquants. Cela a une implication similaire à la grille de Rossiter-Percy car cela implique que les consommateurs ayant un niveau d'implication élevé chercheront davantage d'informations avant de prendre une décision d'achat que les consommateurs ayant un faible niveau d'implication.

Essayons maintenant de placer les médicaments sur la FCB grid. Il est important de mentionner que la plupart des processus décisionnel adoptés par les consommateurs ne sont ni entièrement cognitifs, ni entièrement affectifs, mais plutôt un mélange des deux. Pour ce qui est du médicament, la littérature nous indique que le choix d'un médicament reflète une décision cognitive et non affective (Wozniak- Holecka, Grajek, Siwojad, Czech & Mazgaj, 2012)²⁸⁵ pour les médicaments à prescription facultative. Ces auteurs déduisent qu'il en va de même pour les

²⁹⁰ Vaughn, Richard (1980), "How Advertising Works: A Planning Model," *Journal of Advertising Research*, 20(5), 27-33.

²⁹¹ Vaughn, Richard (1986), "How Advertising Works: A Planning Model Revisited," *Journal of Advertising Research*, Feb/Mar, 57-66.

²⁸⁵ Wozniak-Holecka, J., Grajek, M., Siwojad, K., Czech, K. & Mazgaj, E. (2012). Consumer behavior in OTC medicines market. *Przeql epidemiol.* 66(1). 157-160.

médicaments à prescription obligatoire. Nous sommes donc dans la partie supérieure de la grille.

Dans tous les cas, peu importe le type de processus décisionnel choisi, la décision prise doit permettre au consommateur de faire le meilleur choix, de minimiser l'effort cognitif, d'atténuer l'émotion négative ressentie durant/après l'achat, et de faciliter la justification du choix.

2.2.5. Implication et recherche d'information

L'implication dans l'achat est définie comme le degré de soin attribué à la décision d'achat ou le choix (Hawkins, Best, and Coney, 1986)²⁸⁶. Dholakia (2001)²⁸⁷ a mené une enquête pour examiner la relation entre la participation à la situation et la recherche d'information donc à être impliqué. Il a été émis l'hypothèse que la propension du consommateur à rechercher des informations relatives au produit avant l'achat serait positivement influencée par son implication situationnelle dans la catégorie de produit.

L'influence de la participation à l'achat sur la recherche externe se retrouve également dans les contextes de soins de santé. Lueg, Moore et Warkentin (2003)²⁸⁸ ont étudié la recherche d'information sur la santé des patients comportements sur Internet en utilisant des données recueillies dans un rapport pour le projet Pew Internet et American Life. Dans cette étude, l'implication situationnelle a été mesurée par la description de l'état de santé actuel d'un répondant et le résultat de l'analyse a montré que l'implication de la situation influençait l'intensité de la recherche en utilisant Internet comme source d'information sur la santé.

En outre, l'étude de recherche de Sansgiry et Cady (1996)²⁸⁹ portait sur le contexte de l'achat de médicaments en vente libre pour déterminer la relation entre la participation aux achats et les comportements d'achat de médicaments en vente libre.

Ils ont constaté que le niveau de participation à l'achat était significativement et positivement lié à la fréquence de l'aide demandée aux pharmaciens. Gore, Medhavan, McClung et Riley (1994)²⁹⁰ ont également rapporté que la participation des consommateurs à l'achat de médicaments en vente libre augmentait la probabilité que les consommateurs recherchent des conseils et des informations auprès de sources expertes telles que médecins, pharmaciens et infirmières.

²⁸⁶ Hawkins, Del I., Roger J. Best, and Kenneth A. Coney (1986), *Consumer Behavior: Implications for Marketing Strategy*, Plano, TX: Business Publications.

²⁸⁷ Dholakia, Utpal M. (2001), "A Motivational Process Model of Product Involvement and Consumer Risk Perception," *European Journal of Marketing*, 35(11/12), 1340-1360.

²⁸⁸ Lueg, Jason E., Robert S. Moore, and Merrill Warkentin (2003), "Patient Health Information Search: An Exploratory Model of Web-Based Search Behavior," *Journal of End User Computing*, 15(4), 49-61.

²⁸⁹ Sansgiry, Sujit S. and Paul S. Cady (1996), "How the Elderly and Young Adults Differ in the Decision Making Process of Nonprescription Medication Purchases," *Health Marketing Quarterly*, 14(1), 3-21.

²⁹⁰ Gore, Prasanna, Suresh Madhavan, Gordon McClung, and David Riley (1994), "Consumers Involvement in Nonprescription Medicine Purchase Decisions," *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 16-22.

Les relations entre les niveaux de connaissances et la recherche d'information externe des consommateurs ont également été signalées dans divers contextes de soins de santé. Hoyer et Jacoby (1983)²⁹¹ ont étudié les facteurs influençant les processus de prise de décision pour la sélection d'une méthode contraceptive. Les résultats ont montré que les expériences passées avaient des effets positifs sur la recherche d'informations sur les méthodes contraceptives.

2.3. Le risque perçu

En 1960, Bauer²⁹² intègre pour la première fois le risque perçu dans le processus de décision menant à l'achat. « *Le comportement du consommateur intègre le risque dans le sens où toute action d'un consommateur produira des conséquences qu'il ne pourra anticiper de façon certaine, et certaines d'entre elles sont susceptibles d'être désagréables* ».

En évoquant le médicament générique plusieurs facettes du principe du « médicament » peuvent être plus ou moins remises en cause, on cite en premier lieu le principe actif ensuite la marque puis en dernier et en conséquence à tout cela la confiance et le risque perçu face envers ce « produit ».

Le médicament générique se définit selon des critères pharmacologiques censés assurer que ses caractéristiques essentielles sont identiques à celles du médicament princeps. Si cette définition se place dans le Code de santé publique, c'est qu'elle remplit avant tout un rôle sanitaire : il s'agit pour les pouvoirs publics de s'assurer que les médicaments génériques ne diffèrent pas des médicaments princeps dans leur « efficacité et leur sécurité » et que leur substitution –une substitution parfois indirectement imposée par les pouvoirs publics afin de contrer quelques défaillances liées au système de santé national- à ceux-ci ne peut entraîner de risque pour les patients.

Sachant que le patient est toujours libre de choisir entre médicament de marque (*princeps*) et médicament générique lors de la substitution²⁹³, Paraponaris et al., (2004)²⁹⁴. W. Ferchakhi, J-J Cegarra. 2014²⁹⁵, ont étudié la perception du risque par le consommateur lors de la substitution d'un médicament de marque par un médicament générique. Les résultats ont montré, en effet, que plusieurs variables influencent directement ou indirectement les perceptions, les attitudes et

²⁹¹ Hoyer, Wayne D. and Jacob Jacoby (1983), "Three-Dimensional Information Acquisition: An Application to Contraceptive Decision Making," *Advances in Consumer Research*, 618-623.

²⁹² Bauer R.A. (1960). Consumer behavior as risk taking, in *Dynamic Marketing for a Changing World*, R.S Hancock ed., Chicago: American Marketing Association, 389-398.

²⁹³ Le principe de la substitution sera abordé dans la partie traitant le personnel prescripteur au niveau du chapitre III.

²⁹⁴ Paraponaris A. et al., (2004), Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names, *Health Policy*, Volume 70, Issue 1, Pages 23-32.

²⁹⁵ W. Ferchakhi, J-J. Cegarra. L'influence du capital marque sur le risque perçu de la substitution d'un médicament de marque par un médicament générique : proposition d'un modèle. 13TH international congress marketing trends ISBN 978-2-9532811-2-7, Jan 2014, Venise, Italie. pp.12, 2014. <hal-00955752>

les connaissances des consommateurs vis-à-vis des médicaments génériques et par conséquent l'intention d'achat, notamment dans le cadre d'une situation de substitution.

2.3.1. Risque perçu et capital marque

Schuiling et Moss (2004)²⁹⁶ soulignent le retard pris dans la gestion du capital marque par l'industrie pharmaceutique par rapport à d'autres industries de biens de consommation. Selon Kapferer (1997)²⁹⁷, ce retard est lié au fait que les laboratoires pharmaceutiques ne connaissent pas les marques historiquement et culturellement. Néanmoins, en dépit de ce retard, quelques études ont retracé la relation entre la marque pharmaceutique et le choix du consommateur (Ladha, 2007²⁹⁸ ; Chailan et Chakroun, 2007²⁹⁹). En revanche, ces travaux restent généralistes et ne se sont pas intéressés au rôle du capital marque sur la perception du risque par le patient-consommateur lors de la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique.

²⁹⁶ Schuiling I., Moss G. (2004), How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast-moving consumer goods sector? *Journal of Brand Management*, 11, (5), 366-380.

²⁹⁷ Kapferer JN. (1997), Marque et médicaments : le poids de la marque dans la prescription médicale, *Revue Française de Marketing* -N°165- 1997/5.

²⁹⁸ Ladha Z., (2007), Marketing Strategy Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products? *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, 2 146–151.

²⁹⁹ Chailan C. et Chakroun R. (2007), Les marques de référence face à la pénétration des produits génériques dans l'industrie pharmaceutique : l'exemple de la pilule contraceptive, *Actes de la conférence de l'Association Française de Marketing*, 31 mai & 1er juin, Aix-les-Bains.

Tableau 14. Etudes de référence perception du risque et effet de marque

Etudes	Références
<ul style="list-style-type: none"> • La perception du risque par les pharmaciens et/ou les médecins • La perception du risque par les médecins • Rôle de la marque pharmaceutique en montrant l'importance de la réputation, notamment dans le comportement de prescription du médecin. • L'une des fonctions de la marque est de réduire le risque perçu. (les consommateurs seraient plus favorables envers la substitution s'ils avaient une attitude favorable à l'égard des médicaments génériques) • L'influence de la marque dans un processus de réduction du risque : fidélité à la marque, notoriété de la marque, réputation de la marque 	<ul style="list-style-type: none"> • Mason et Bearden, 1980³⁰⁰ ; Carroll et al. 1988³⁰¹ ; Al-Gedadi et Hassali, 2008 • Lagarce et al., 2005 ; Hassali et al., 2009. Heikkila et al., 2007 ; Bhardwaj et Jadeja, 2010 • Bearden et Mason 1978³⁰², Kapferer 1997³⁰³. • Sansgiry et al. 2005³⁰⁴ • Cunningham, 1967³⁰⁵; Roselieus, 1971³⁰⁶ ; Taylor et Rao, 1982³⁰⁷; Kapferer, 2007³⁰⁸

Source : W.Ferchakhi, J-J Cegarra, L'influence du capital marque sur le risque perçu de la substitution d'un médicament de marque par un médicament générique: proposition d'un modèle^{13TH} international Congress Marketing Trends, Venice, January 23th-24th-25th 2014

³⁰⁰ Mason et Bearden (1980), Generic drugs: consumer, pharmacist and physician perceptions of the issues, *Journal of Consumer Affairs*, 14(1): 193–206.

³⁰¹ Carroll et Jang (1981), Consumer awareness of generic drug, *Contemporary Pharmacy Practice*;4(3):155-9.

³⁰² Bearden W, Mason J. (1978), Consumer-perceived risk and attitudes toward generically prescribed drugs, *Journal of Applied Psychology*, 63(6): 741–746.

³⁰³ Kapferer JN. (1997), *Marque et médicaments : le poids de la marque dans la prescription*

³⁰⁴ Sansgiry et al. 2005. Op, cit

³⁰⁵ Cunningham, 1967, op.cit

³⁰⁶ Roselieus, 1971, op. cit

³⁰⁷ Taylor R.L et Rao C.P (1982), An Assesment of the interaction Effects of Brand and Store Reputation on Consumer Perceived Risk and Confidence, *Akron Business and Economic Review*, 13,2, p.43-47

³⁰⁸ Kapferer, 2007, op. cit

Notons que les auteurs ont essentiellement centré leurs recherches sur la perception des médicaments génériques en général, et non dans une situation de substitution. Seul Sansgiry et al. (2005)³⁰⁹ a étudié la perception de la substitution. Ainsi cette étude s'intéresse plus particulièrement au rôle joué par les marques sur le risque perçu dans une situation de substitution d'un médicament de marque par un médicament générique institutionnel (Chailan et Chakroun, 2007).

Elle a également révélé que les patients font parfois référence à la marque, soit d'une manière directe (en citant spontanément des marques de médicaments), soit d'une manière indirecte (à travers les dimensions du capital marque), ainsi ils percevaient un risque envers le générique et ils avaient tendance ne pas accepter facilement la substitution.

Ainsi, sont confrontés parfois malgré eux à la possible substitution du médicament dont ils ont l'expérience par un *nouveau médicament*, qu'ils ne reconnaissent pas mais dont on leur assure qu'il est identique au premier.

Deux niveaux cognitifs structurent l'« attachement » des patients à leur médicament habituel et peuvent être la cause d'un refus de la substitution. Le premier niveau est celui de la présentation matérielle, visuelle. La substitution est d'autant plus difficile à accepter pour un patient que les dissemblances (nom, forme couleur...) entre le médicament générique et le médicament princeps sont importantes. Le second niveau est celui de perception du « mieux-être » qui fait suite à la prise médicamenteuse et qui la motive. Certains patients considèrent en effet avoir été moins bien soignés par le générique que par le *princeps* ou avoir connu, à la suite de la prise du générique, des effets secondaires que le princeps ne générerait pas.

Ces doutes des patients quant à l'équivalence effective entre les médicaments génériques et les médicaments *princeps* sont fonction de l'attachement singulier qu'ils ont pour un médicament singulier lié à une pathologie particulière. Ainsi, bien que certains patients soient persuadés en général de l'équivalence entre les médicaments princeps et génériques et acceptent le plus souvent la substitution, il arrive qu'ils la refusent pour un médicament en particulier, parce qu'il concerne une pathologie vis-à-vis de laquelle ils ne veulent prendre aucun risque³¹⁰.

³⁰⁹ Sansgiry S., Bhosle M, Pope N, (2005), Consumer perceptions regarding generic drug substitution: an exploratory study. *Journal of Pharmaceutical Marketing et Management*, 17:77-81.

³¹⁰ On observe ici comme un retour de la question du prix, interprété comme indice de valeur. Un médicament moins cher ne saurait avoir la même valeur que le médicament d'origine. Cette psychologie du prix, repéré dans des études sur les marchés agro-alimentaires peut avoir été relayée, pour les personnes issues des pays du tiers-monde, par la connaissance de trafic de médicaments qu'on peut effectivement y observer. Pour les marchés alimentaires, cf. LA PRADELLE, MICHELE (DE), *Les vendredis de Carpentras : faire son marché, en Provence ou ailleurs*, Fayard, 1996.

2.3.2. Gestion du risque perçu par le prescripteur pharmacien

Bien qu'ayant à la base une formation purement pharmacologique, le pharmacien faisant parti du personnel prescripteur ne peut négliger son côté manager (Sitkin, Pablo, 1992 ; Pras, Summers, 1978 ; Baird, Thomas, 1985 ; Mitchell, Boustani, 1993), conseiller par rapport au produit qu'il met à la disposition de ses clients prospects « les patient ». Ainsi il doit malgré lui gérer (Volle 1995), des situations purement managériales ou marketing telle que la gestion du risque perçu (Cunningham, 1967³¹¹ ; Jacoby et Kaplan, 1972, Kaplan, Szybillo, Jacoby, 1974³¹²) par les patient face au médicament générique.

La preuve de la similitude scientifique des deux principes actifs (princeps /générique) ne pouvant être remise en cause, le pharmacien, qui reste un scientifique avant tout, et ne conçoit pas que l'on puisse avoir une quelconque crainte et que le patient est déjà informé oubliant parfois que celui-ci n'est pas un scientifique censé connaître cette similitude entre générique et princeps (M. Bergadaà, G. Coraux, M. Damperat, 2006)³¹³.

Cependant, le risque le plus facilement identifiable par certains pharmaciens, est celui de l'efficacité du générique. Ceux-là conçoivent que les patients mettent en doute l'efficacité du générique par rapport à l'original (Bettman 1973 ; Dholakia 1997) aussi il s'agirait d'un rapport prix/Efficacité car l'efficacité d'un médicament bien moins cher semble suspecte. Par ailleurs si le pharmacien est convaincu de pouvoir aider le client, car il dispose de preuves scientifiques de l'efficacité des génériques, certains pharmaciens ne voient pas l'intérêt de jouer ce rôle. Ils ne font alors aucune promotion pour les génériques. En fait, il semblerait que si le patient se convainc que le générique est égal au médicament original, c'est grâce aux connaissances acquises auprès de son pharmacien et/ou de son médecin. Ce type de patient aura suffisamment confiance dans les produits génériques ou du moins Il n'identifiera pas plus de risque qu'en consommant un médicament original.

Intégrer le risque afin de pouvoir mieux l'appréhender (Fischler, 1990, 1994, Greenberg. *al.*, 1990, 1992; Solomon. *al.* 1991, Bergadaà, Urien, 2003) et le gère

³¹¹ Cunningham S. M. (1967), The major dimension of perceived Risk, in D.R Cox Ed. Risk taking and information handling in consumer behavior. *Graduate School of Business Administration, Harvard University*, Boston, p. 82-108.

³¹² Kaplan, L. B., Szybillo, G. J. & Jacoby, J. (1974). Components of perceived risk in product Purchase, *Journal of applied Psychology*, 59(3), 287-291.

³¹³ M.Bergadaà , G. Coraux , M. Damperat Le risque d'achat : comment est-il appréhendé par le personnel de l'interface entreprise-client?, 5TH International Congress Marketing Trends, Venice, January 20-21 2006

seuls de rares sont les pharmaciens qui intègrent cette dimension et comprennent la crainte de leurs clients vis-à-vis de leurs habitudes de vie une crainte qui varie bien souvent selon le niveau intellectuel ou l'âge.

2.4. Risque perçu et incertitude face aux médicaments

Bauer définit le risque perçu aussi comme « *une fonction croissante de l'incertitude liée aux conséquences potentielles engendrées par un comportement et du caractère désagréable de certaines de ses conséquences* » (Bauer cité par Derbaix, 1983). Quant à Cox (1967)³¹⁴, il le définit comme une fonction de l'incertitude subjective perçue par le consommateur et de la conséquence de non satisfaction d'un ensemble de buts d'achats (Calandre, 2006)³¹⁵. Cette définition appliquée aux produits ingérés par l'individu, le consommateur percevra un risque, une menace pour la santé, si le produit ne satisfait pas son but recherché de sécurité sanitaire. Le risque perçu est traité comme un élément essentiel à la formation de l'attitude globale envers d'un produit : plus l'incertitude liée à un produit est forte, plus l'attitude à l'égard de ce produit est négative (et inversement) (Stone et Mason, 1995)³¹⁶. Muraro-Cochart (2003b)³¹⁷ considère que la différence entre attitude et risque est due au fait que ce dernier ne concerne que les croyances défavorables envers un produit alors que l'attitude prend en considération les croyances favorables aussi. Ce même auteur définit le risque de santé lié à la consommation de médicaments comme « *l'incertitude et l'importance des conséquences potentiellement négatives de la consommation de médicaments sur la santé* ».

Cunningham (1967a)³¹⁸ va plus loin en définissant le risque perçu comme un concept avec les deux composantes d'incertitude et de conséquences, en subdivisant la dernière composante en conséquences liées à la performance du produit et en conséquences psychosociales.

³¹⁴ COX, D. F. (1967): «Risk taking and Information Handling, Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior », D.F. Cox ed. Boston, Harvard University Press, pp. 604-639.

³¹⁵ Calandre N. (2006). Pratiques et perception des risques nutritionnels : Les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam, Thèse en Economie et Gestion du Développement Agricole, Agro-alimentaire et Rural, Ecole nationale supérieure agronomique de Montpellier.

³¹⁶ Stone R.N. et Mason J.B., (1995), Attitude and Risk: Exploring the Relationship, *Psychology and Marketing*, 12, 2, 135-153.

³¹⁷ Muraro-Cochart M. (2003a). La perception du risque de santé alimentaire : approfondissement conceptuel et perspectives managériales, *3^{ème} Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe*, 28-29 novembre, Venise, 24p.

³¹⁸ Cunningham S.M. (1967). The major dimensions of perceived risk, in D. F. Cox, (ed.), *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behaviour*, Boston, MA: Harvard University Press, 82-108.

La perception du risque dépend de la situation, de la nature du risque et de ses conséquences. Le risque possède trois dimensions : l'incertitude, les conséquences négatives et l'importance qu'accorde le consommateur à ces conséquences (Bauer, 1960 ; Cox et Rich, 1964³¹⁹ ; Cox, 1967). L'incertitude peut être interne (relative aux connaissances et aux expériences de l'acheteur) ou externe (relative aux informations disponibles sur les alternatives présentées).

Par ailleurs, La certitude est une notion fondamentale en psychologie du consommateur. Elle détermine dans quelle mesure la croyance d'un individu sur un produit donné peut être utilisée dans son processus évaluatif (Cally, 2012)³²⁰. On peut la définir comme le « *degré d'assurance avec lequel le consommateur considère que sa croyance sur le produit est exacte* ». Ainsi, à partir du moment où un acheteur est certain qu'un produit bénéficie (ou non) de telle ou telle avantage, sa décision de l'acheter (ou de ne pas l'acheter) peut être confortée. Cependant, bon nombre de professionnels de la vente oublient que lorsque l'acheteur manque de certitude sur une ou plusieurs caractéristiques d'un produit, sa décision d'achat peut également en être directement affectée. Autrement dit, comme le souligne Romain Cally (2014), « *même si la certitude n'automatise pas l'achat d'un produit, personne, ou quasiment personne, n'achète un produit sans un niveau minimum de certitude sur la valeur de ses caractéristiques* ».

2.4.1. Incertitude face au médicament

Dans le domaine médical, force est d'admettre que les médicaments dits génériques se caractérisent par des prédispositions parfois réitérantes. Un certain nombre de personnes ont un préjugé négatif sur ces produits et ne les achètent pas ou rechignent à le faire. La raison est simple et les intéressés le disent eux-mêmes ils auraient une préférence pour la marque car selon eux ils veulent ce qui est meilleur pour eux et pour leur membre de famille.

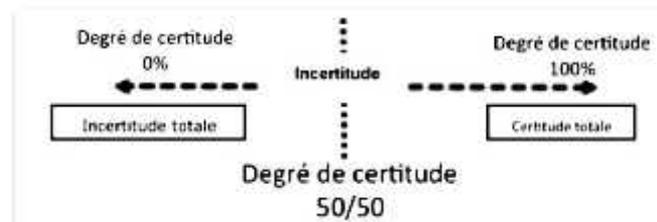
En fait, ils ne sont pas sûrs de l'efficacité et l'innocuité du générique par rapport aux médicaments dits de marque. Il est toujours perçu et jugé comme « moins bon », « moins efficace », une sorte de copie du « vrai médicament ». Ces incertitudes font que le générique n'inspire pas confiance. À l'heure actuelle, les professionnels de santé doivent encore convaincre le consommateur de sa bioéquivalence. Ils doivent prouver par le biais de publicités,

³¹⁹ Cox D.F. et Rich S.U. (1964). Perceived risk and consumer decision-making: the case of telephone shopping, *Journal of Marketing Research*, 1, 4, Novembre, 32-39.

³²⁰ Cally, R. (2014) : « La certitude des acheteurs et son importance en psychologie du consommateur », *Le Journal des psychologues*, n° 322. Novembre 2014, pp. 72-76.

de reportages télévisés, d'articles de revues scientifiques que ces médicaments contiennent le même principe actif, le même dosage, la même voie d'administration et qu'ils ont surtout la même biodisponibilité (c'est-à-dire le même type d'action au fil du temps). Autrement dit, ils doivent encore travailler sur l'image perçue par les consommateurs.

Figure 19. Certitude /Incertitude ; degré



Source : Cally, R. (2014) : « La certitude des acheteurs et son importance en psychologie du consommateur », *Le Journal des psychologues*, n° 322. Novembre 2014, pp. 72-76.

La variable « certitude » peut être placée sur un continuum dont les deux extrémités sont l'incertitude totale (degré de certitude égal à 0%) et la certitude totale (degré égal à 100%)

Il est important de souligner que la certitude de l'acheteur peut varier entre les caractéristiques d'un même produit. Lors de l'achat d'un médicament, un individu peut posséder un niveau élevé de certitude sur la valeur d'un attribut – par exemple son niveau de guérison – mais un niveau moindre ou nul sur d'autres (comme les effets secondaires ou, le pays de fabrication, etc.).

2.5. L'expérience

L'expérience est la première source d'information à laquelle le consommateur recourt lorsqu'il est confronté à une décision d'achat (Gr nhaug, 1972, Rao et Farley, 1987). La répétition dans le processus d'achat par l'utilisation, l'achat ou la simple évaluation rend le produit plus familier au consommateur (Pires et al., 2004), réduisant le risque perçu (Gr nhaug, (1999) et Murphy et Laczniak (1979), Kim (2001), Mattila et Wirtz (2002). De cette manière, les achats antérieurs fournissent au consommateur un apprentissage qui conduit à une diminution de l'incertitude sur les résultats de l'achat ou de l'utilisation du produit (Alba et Hutchinson, 1987; Pires et al., 2004); la probabilité que le consommateur achète les marques acquises dans le passé qui répondent aux normes de qualité souhaitées est forte (González et al., 2006).

Par ailleurs, Selon Nelson (1970, 1974)^{321 322} et Darby et Karni (1973), il existe trois types de produits : les produits de recherche, d'expérience et de crédibilité (SEC). Ce système de classification fournit des implications théoriques qui peuvent aider à expliquer et prévoir les comportements des consommateurs. Nelson (1974) a classé les médicaments comme un produit d'expérience, mais n'a pas fourni d'analyse sur la différence entre les médicaments sur ordonnance et les médicaments sans ordonnance. Il semble vrai que les médicaments sans ordonnance sont un produit d'expérience parce que les consommateurs ne connaissent pas les effets pharmacologiques de chaque médicament sans ordonnance sur leur corps jusqu'à ce qu'ils l'utilisent. De plus, les médicaments sans ordonnance peuvent être un produit à faible ou à fort degré de participation, selon le type de maladie qu'ils traitent.

D'autre part, la définition de la catégorie de médicaments à PMO n'est pas facile et claire parce que le processus d'acquisition d'un médicament sur ordonnance comprend deux types de produits différents : les médicaments sur ordonnance et les médecins prescripteurs. Les médicaments à PMO peuvent eux-mêmes être considérés comme un produit «d'expérience». Cependant, il est également important de noter que les médicaments à PMO ne peuvent pas être obtenus sans ordonnance d'un médecin qui est un fournisseur de services de «crédence». Par conséquent, il semble plus exact de considérer les médicaments à PMO comme un produit de «crédence».

Par ailleurs, Parce que le consommateur est reconnu comme "non-expert" lors de l'achat d'un médicament, en plus d'utiliser sa propre expérience, il cherche généralement des informations externes fournies par les prescripteurs comme "expert" (Alba et Hutchinson, 1987³²³, Park et al., 1981³²⁴)

De cette manière, les connaissances acquises par les consommateurs grâce à leur expérience sont accrues par les informations provenant des prescripteurs - médecins et pharmaciens -, étant donné l'influence positive entre l'expérience acquise et l'utilisation des informations personnelles qui sensibilise les consommateurs vers l'intention d'achat (Matti-la et Wirtz, 2002).

³²¹ Nelson, Philip J. (1970), Information and Consumer Behavior, *Journal of Political Economy*, 78(2), 311-329.

³²² Nelson, Philip J. (1974), Advertising as Information, *Journal of Political Economy*, 82(4), 729-754.

³²³ Alba, Joseph. W. and Hutchinson, J. Wesley (1987), "Dimensions of Consumer Expertise," *Journal of Consumer Research*, 13, 411-454.

³²⁴ Park, C. Whan and V. Parker Lessig (1981), "Familiarity and Its Impacts on Consumer Decision Biases and Heuristics," *Journal of Consumer Research*, 8 (September), 223-230.

Johnson et Drungle (2000)³²⁵ ont étudié l'influence de la familiarité dans les processus décisionnels liés aux médicaments en vente libre. La familiarité a été considérée comme une variable liée à connaissance (Brucks, 1985). Les résultats de cette étude ont montré que la familiarité et la quantité d'informations nécessaires pour faire une sélection étaient négativement liées.

2.6. La confiance dans le médicament

La nature de la confiance varie selon les disciplines (J C Andreani, J L Moulines, F.Conchon, G.Bascoul, B. Bœuf, J. Dubec, 2014)³²⁶. Les économistes qui l'ont étudié (Kreps 1990, Williamson 1985) envisagent la confiance comme une anticipation du comportement. Elle est le résultat d'un calcul plus ou moins rationnel et opportuniste (confiance stratégique, rationnelle, réfléchie, calculée, opportuniste) selon Williamson (1985) pour maximiser ses gains (Kreps 1990). Par extension dire « je fais confiance dans le médicament » signifie dans ce cas « le médicament répond à mes besoins, à mes intérêts ».

Pour les économistes (Williamson 1985 Kreps1990³²⁷, Hardin 2006, Laurent 2009³²⁸), la confiance est du domaine du comportement (actes, actions de faire confiance et de prendre un risque) alors que pour les psychologues, les psychosociologues (Deutsch 1958³²⁹; Larzelere et Huston1980³³⁰; Mauss 1924³³¹; Quere 2006, Zucker 1986), les sociologues et les théoriciens du comportement du consommateur elle est par nature cognitive Siriex et Dubois 1999, Guibert1999; Gurviez et Korchia 2002, Akrouit et Akrouit 2004 Bartikowski, Swaen et Champitaz2008, Chandon et Müller 2009; Cisse- Depardon et N'Goala 2009), ses facettes sont habituellement décrites par la compétence et la crédibilité, l'intégrité, et la bienveillance. Johnson et Grayson (2005)³³² parlent de confiance cognitive (connaissances acquises, expérience) et de confiance affective pour les représenter, Aiken et Boush (2006) de confiance cognitive, de confiance affective et de confiance conative.

³²⁵ Johnson, Mitzi M. S. and Suzanne C. Drungle (2000), "Purchasing Over-The-Counter Medications: The Influence of Age and Familiarity," *Experimental Aging Research*, 26, 245-261.

³²⁶ ANDRÉANI J.-C., MOULINS J.-L., CONCHON F., FONTS C., BŒUF B. (2014), « Une approche protéiforme de la confiance du consommateur : le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, n° 75, p. 79-94.

³²⁷ Kreps D.M. (1990), « Corporate culture and economic theory"; in Alt J. et Shepsle K. (eds), *Perspective on positive political economy*, Cambridge University Press, Cambridge.

³²⁸ Laurent N. (2009), Peut-on se fier à la confiance ?, *Revue de l'OFCE 2009/1*, N° 108

³²⁹ Deutsch M. (1958), "Trust and suspicion", *Journal of Conflict Resolution*, 2, 265-279.

³³⁰ Larzelere, R. et Huston, T. (1980), "The dyadic trust scale: toward understanding interpersonal trust in close relationships", *Journal of Marriage and the Family*, 595-604.

³³¹ Mauss M. (1968), « Sociologie et anthropologie », Paris, PUF (1ère édition : 1924).

³³² Johnson D. and Grayson K. (2005), "Cognitive and Affective Trust in Service Relationships", *Journal of Business Research*, 58 (4), pp. 500 -507.

Le médicament souffre d'un paradoxe au cœur de la confiance, tiraillé entre la perception de sauver les vies et tout en même temps d'être suspect et parfois douteux. D'un côté, les travaux récents des économistes de la santé (Almaric et Le Pen 2009, Grootendorst, Piérard et Sim 2007 ; Lichtenberg 2006³³³ ; Lichtenberg et Duflos 2008³³⁴) tendent à démontrer ce que tout le monde subodorait intuitivement : le médicament contribue à l'augmentation de l'espérance de vie, les nouveaux médicaments sont porteurs de plus d'espoir car ils améliorent la longévité et la durée de vie en bonne santé.

Quant aux travaux récents (Luhmann 2001, Noteboom 2001³³⁵, Quere 2001³³⁶), ils estiment que la confiance est un choix de mode de relation et de délégation à quelqu'un ou à quelque-chose (volonté de compter sur le partenaire).

De l'autre diverses publications font état d'une crise du système de santé des nations (Saout 2009)³³⁷, de crises du médicament lors de la survenue d'effets secondaires inconnus (Perez 2008)³³⁸ et de défis à relever par l'industrie pharmaceutique (Navarro, 2009)³³⁹. Par ailleurs des travaux américains (D'Arcy 2009³⁴⁰; Parker 2007³⁴¹; Pesse 2007³⁴²; Radoilska 2008³⁴³) notent une dégradation nouvelle de l'image du médicament et un climat de suspicion et de perte de confiance³⁴⁴.

³³³Lichtenberg F.R. (2006), "The impact of new laboratory procedures and other medical innovations on the health of Americans, 1990-2003: evidence from longitudinal, disease-level data", *working paper NBER* 12120, mars 2006

³³⁴ Lichtenberg F.R., Duflos, G. (2008), "Pharmaceutical innovation and the longevity of Australians : a first look", *NBER working paper* 14009, may 2008

³³⁵ Noteboom (2001), « How to combine calculative and non-calculative trust », *Paper for the symposium Trust and Trouble in Organisations*, Erasmus University Rotterdam, 4-5 May.

³³⁶ Quere (2006), « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux* p. 125 à 152

³³⁷ Saout C. (2009), *La crise de confiance dans le système de santé*, *Sève* 2009/1, N° 22

³³⁸ Perez M. (2008), *Les crises du médicament*, *Sève* 2008/3, N° 20, p. 57-66

³³⁹ Navarro M (2009), *L'industrie pharmaceutique*, *Regards croisés sur l'économie* 2009/1, N° 5

³⁴⁰ D'Arcy E. (2009), "Presence, alignments and shared authenticity: Considering the new era of engagement between experts and the pharmaceutical industry", *Journal of Medical Marketing*, vol 9, 2, 175-183.

³⁴¹ Parker J. (2007), "The reputation, image and influence of the pharmaceutical industry: Regaining credibility", *Journal of Medical Marketing*, vol 7, 4 309-313

³⁴² Pesse M. (2007), « Addressing the trust issue: From share of voice to share of care", *Journal of Medical Marketing*, vol 7, 4 303-307

³⁴³ Radoilska L. (2008), "Truthfulness and Business", *Journal of Business Ethics*, 79: 21_28

³⁴⁴ D'après une étude menée par le LEEM en 2014, si 45 % des personnes interrogées prennent des médicaments tous les jours, elles ne sont plus que 75 % à accorder leur confiance aux médicaments en général. Les Français interrogés jugent même que la sécurité des médicaments a plutôt régressé, et ils sont 65 % à éviter, autant que possible, d'en prendre. (A. Kessous I. Chalamon G. Paché, Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, *revue management et avenir* N°87, 5/2016).

L'étude menée par J C Andreani, J L Moulins, F.Conchon, G.Bascoul, B. Bœuf, J. Dubec (2009)³⁴⁵ effectuée sur un échantillon de 682 personnes en France, en 2009 a permis d'identifier cinq dimensions permettant de définir et de mesurer la confiance dans le médicament : fiabilité, innovation, information, respect des règles et responsabilité sociétale. Ces dimensions ont permis de dresser une typologie des consommateurs en trois groupes distincts selon leur attitude de confiance dans le médicament ; une confiance sereine, une confiance inquiète et une méfiance généralisée. Aussi le rôle important de l'information, de la prise en évidence de la relation et de la responsabilité sociétale des firmes pharmaceutiques.

Les travaux en comportement du consommateur (Sirieix L. et Dubois P.-L. (1999)³⁴⁶, Gurviez, P. et Korchia, M. (2002) ont montré que la dimension loyauté (ou honnêteté, intégrité) était une des dimensions de la confiance. Dans leur étude (JC Andreani, JL Moulins, F Conchon, G Bascoul, B Bœuf, J Dubec, 2009), ont montré que la facette loyauté s'exprimait vis-à-vis des partenaires du médicament (les médecins, les pharmaciens, les autorités de santé) et non vis-à-vis des consommateurs (les médicaments de prescription ne peuvent pas s'adresser directement au consommateur).

2.6.1. Les formes de confiance en fonction des situations

Même si la confiance est fortement contextuelle (les modalités d'échange varient d'un contexte à l'autre), les chercheurs n'ont abouti que très récemment à distinguer les situations dans laquelle elle se déroule. D'après les travaux de Luhmann (2001)³⁴⁷, Noteboom (2001), Quere (2001), trois situations peuvent se présenter : une situation routinière, une situation à faibles risques perçus et une situation à risques.

Dans les situations routinières, la confiance est tacite, invisible, limitée: Noteboom (2001) parle de confiance « catégorielle » et Luhmann (2001) de confiance inconditionnelle. Par exemple dire « je fais confiance dans le médicament » signifie dans ce cas « je prends mon médicament et je sais qu'il me fait du bien en toute habitude, en fermant les yeux ». La confiance

³⁴⁵ J C Andreani, J L Moulins, F.Conchon, G.Bascoul, B. Bœuf, J. Dubec, La Confiance dans le Médicament, Proposition d'une Echelle de Mesure, Travaux réalisés, en collaboration avec Les Entreprises du Médicament LEEM et le site internet Doctissimo, dans le cadre de la Chaire Marketing-Communication, ESCP Europe, 2009.

³⁴⁶ Sirieix L. et Dubois P.-L. (1999), « Vers un modèle qualité-satisfaction intégrant la confiance ? », *Recherche et Applications en Marketing*, 14, 3, 1-22.

³⁴⁷ Luhmann, N. (2001), « Confiance et familiarité - Problèmes et alternatives », *Réseaux*, p. 15 à 35 no 108 2001/4

« tacite » repose à la fois sur les savoir-faire, les expériences et les connaissances acquises par les individus et à la fois sur leurs attentes face à une situation stable, régulière et familière.

En ce qui concerne les situations à faible risque, la confiance est passive, sereine. Elle est désignée par Luhmann (2001) de confiance « assurée » (confident). Par exemple déclarer « j'ai confiance dans le médicament » signifie « je crois que c'est un produit fiable, de qualité et que je n'ai pas de raisons de me méfier ». La confiance « passive » est fondée sur la croyance que les attentes ne seront pas déçues et qu'il est possible de se constituer des prédispositions face à des conduites futures perçues comme peu risquées.

Dans le cas des situations à risque, la confiance est active, choisie. Elle est appelée par Luhmann (2001) confiance « décidée » (trust) et par Quere (2001) confiance « engagée ». Par exemple dire « je fais confiance au médicament » signifie « je m'en remets au médicament pour me traiter ». La confiance active suppose le choix d'un mode de relation et de partenariat : se dessaisir de la situation (sa maladie) au profit d'un tiers (le médicament), lui déléguer son pouvoir et accepter d'être vulnérable.

Enfin, ces analyses sur la confiance dans le médicament, stipule qu'il existe une confiance générale à une catégorie de produits et que les produits et leurs fabricants ne font qu'un dans l'esprit du consommateur, et que la différence entre les deux entités produit et entreprise est reste faible.

Conclusion

Les mécanismes étudiés ci-dessus sont très importants car ils permettent de comprendre comment les consommateurs prennent leur décision d'achat. En effet, Le modèle classique du processus d'achat comporte cinq phases dont ; la reconnaissance du problème, la recherche d'information, l'évaluation des alternatives, la décision d'achat et le comportement post achat. Ce modèle fait clairement apparaître que le processus de décision commence bien avant et finit bien après l'acte d'achat.

Selon ce modèle, le consommateur franchit successivement les cinq étapes. Or, en étudiant le processus d'achat du médicament, on a pu remarquer que certaines de ces étapes peuvent être déclinées ou inversées, donnant lieu à un processus d'achat particulièrement rapide et à une évaluation globale du produit. En revanche, pour d'autres situations plus complexes le modèle est utile et l'évaluation plus impliquante, car cela permet d'identifier la nature et les problèmes posées à chaque étape.

Ainsi, après avoir étudié toutes ces étapes, nous allons par la suite déterminer les facteurs et acteurs qui influencent le comportement du consommateur « patient ».

CHAPITRE III

LES FACTEURS ET ACTEURS INFLUENÇANT LE PROCESSUS DECISIONNEL DU PATIENT

Introduction

La façon dont les consommateurs se comportent, comment ils achètent des biens et services peut être influencée par différents facteurs. Les individus et les groupes ne suivent pas tous les mêmes comportements et les organisations doivent tenir compte des facteurs culturels, sociaux, personnels et même psychologiques lorsqu'ils étudient le comportement des consommateurs. (Kotler et al. 2005, p. 256).

En effet la compréhension des facteurs qui influencent le comportement du consommateur en général et la prise de décision plus précisément représente un axe essentiel afin de pouvoir cerner tout consommateur quelque soit son comportement et le produit qu'il va éventuellement acquérir. Ces facteurs peuvent avoir un impact sur les actions du consommateur à n'importe quelle étape du processus d'achat, et peuvent en conséquence raccourcir, allonger ou mettre fin au processus d'achat (Aaker D, 1982)³⁴⁸.

Par ailleurs, de par son essence même, le marché pharmaceutique a une structure particulière qui permet une optimisation de la protection du consommateur (Stremersch & Van Dyck, 2009)³⁴⁹. Ainsi, dans le secteur médical plus que dans les autres secteurs, on observe une complexité importante tant au niveau des différents acteurs présents qu'au niveau des interactions entre ces acteurs les uns par rapport aux autres (Krings, Leroy, & Laperche, 2008). En effet plusieurs rôles habituellement tenus par le consommateur dans le processus de prise de décision sont délégués lors de celui des médicaments.

En conséquence, la partie qui va suivre analysera dans un premier temps les facteurs susceptibles d'influencer le consommateur lors de l'achat d'un médicament, ensuite nous présenterons les différents acteurs qui entrent en jeu lors de ce processus.

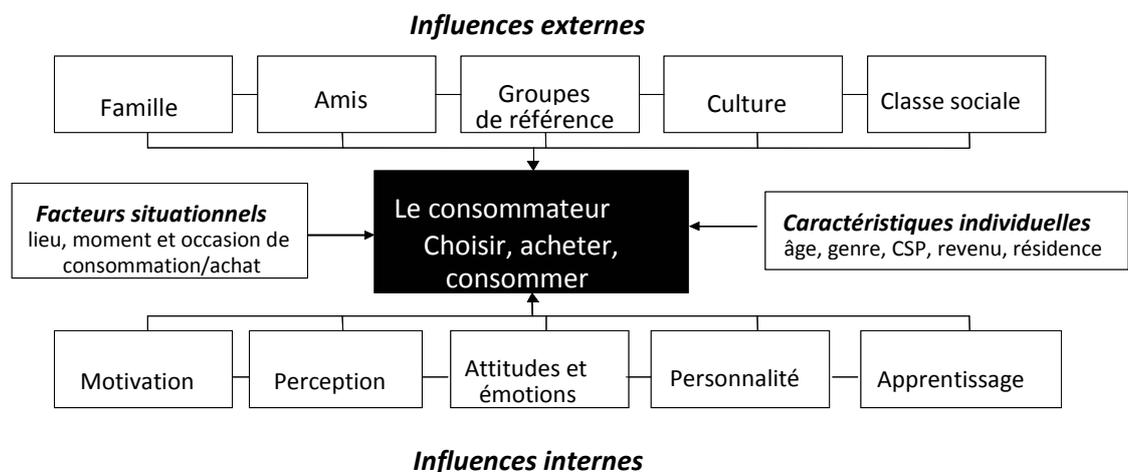
³⁴⁸ Aaker, David (1982). *Strategic Marketing Management*, John Willey & sons. Inc, New York.

³⁴⁹ Stremersch, S., & Van Dyck, W. (2009). Marketing of the Life Science : A framework and research agenda for a nascent field. *Journal of Marketing*, 73, 4-30.

SECTION I. Les principaux facteurs influençant le processus de prise de décision du patient

Les décisions d'achat d'un consommateur subissent l'influence de nombreux facteurs culturels, sociaux, personnels et psychologiques. Nous allons les examiner afin de pouvoir les tracer en un modèle au niveau de l'étude empirique. En effet, selon Lilien et Kotler (1983), « *Un modèle est la spécification d'un ensemble de variables et de leurs inter-relations, destiné à représenter un système ou un processus réel en intégralité ou en partie* ».

Figure 20. Modèle élaboré des variables intervenantes dans le comportement du consommateur



Source: Ra a Halawany-Darson. Le Traitement de l'information dans le processus de prise de décision du consommateur : le cas de la traçabilité des produits alimentaires. Gestion et management. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I; Vetagro sup - campus agronomique de clermont, 2010.

Ainsi et afin de pouvoir esquisser un portrait des principaux facteurs intervenants sur le comportement du consommateur nous nous sommes référés à la littérature dans le champ des sciences sociales et humaines ainsi que le champ du marketing, pour appréhender ces derniers. Etant donné que cette recherche s'applique au domaine de la santé, nous nous sommes aussi référés aux recherches appartenant à la discipline du marketing santé et pharmaceutique.

1.1. Facteurs culturels

Les décisions d'un consommateur sont profondément influencées par sa culture, ses affiliations socioculturelles et son appartenance de classe (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

1.1.1. La culture

L'environnement culturel constitue le niveau le plus général à partir duquel l'individu peut être appréhendé. La culture est à la fois productions et prescriptions (R. Ladwein, 2003 pp. 59-63)³⁵⁰ L'effet que la culture a sur le comportement d'un consommateur est considérable c'est un facteur qui a une grande influence

(Kotler 2003, p.183). La culture crée le fondement des valeurs, des opinions et des comportements de l'individu et est apprise des autres membres de la société ou de l'école et des institutions qui jouent un rôle important dans son environnement. Ces traits constituent ce que le consommateur valorise ou veut et affectent donc la façon dont le consommateur agit. Une culture se compose également de différentes sous-cultures qui regroupent les gens selon leur nationalité, leur appartenance ethnique, leur situation géographique, leurs opinions religieuses ou par leur ensemble de valeurs partagées (Solomon 2006 pp. 542-544)³⁵¹

Elle détermine pour une large part les modalités de la socialisation de l'individu, en fournissant de solides référentiels. Le principal intérêt de considérer la culture des acteurs réside dans son impact sur la consommation. L'environnement culturel peut être défini comme l'ensemble de la production sociale. Les arts, les théories scientifiques, les législations, les religions, les savoir-faire sont ainsi définis comme des composantes de la culture.

La liaison entre culture et consommation n'est pas un phénomène récent. Les historiens ou les sociologues ont révélé l'étroite relation entre l'origine culturelle et les choix en matière de consommation et cela aussi bien pour le vêtement, l'habitat, les aspirations esthétiques ou plus généralement la structure des dépenses (Elias N., 1985³⁵² ; Roche D., 1989³⁵³ ; Le T.M., Jolibert A. 2001³⁵⁴ ; McCracken, 1998 ; Hirschman et Holbrook, 1992 ; Zhang M.X., Jolibert A. 2000³⁵⁵). De manière plus contemporaine (Barthes, 1967³⁵⁶ ; Baudrillard, 1972³⁵⁷). On constate que les individus souhaitent préserver leur héritage ethnique et religieux, ce qui n'est pas sans effet sur la consommation. Ainsi aux Etats-Unis, les populations noires, les Italiens de deuxième génération, les protestants blancs d'origine

³⁵⁰ Ladwein Richard (2003), *Le comportement du consommateur et de l'acheteur*, 2^{ème} édition, Economica, Paris.

³⁵¹ Solomon 2006, op. cit

³⁵² Elias N. (1985), *La société de cour*, Flammarion, Paris ;

³⁵³ Roche D. (1989), *La culture des apparences, une histoire du vêtement : XVII^e-XVIII^e siècle*, Fayard, Paris.

³⁵⁴ Le T.M., Jolibert A. (2001), « L'influence de la culture vietnamienne sur le comportement de l'acheteur », *Décisions Marketing*, 22, janvier-avril, p. 43-51 ; Zhang M.X., Jolibert A. (2000), « Culture chinoise traditionnelle et comportements de consommation », *Décisions Marketing*, 19, janvier-avril, p. 85-92

³⁵⁵ Zhang M.X., Jolibert A. (2000), « Culture chinoise traditionnelle et comportements de consommation », *Décisions Marketing*, 19, janvier-avril, p. 85-92

³⁵⁶ Barthes R. (1961). *Pour une psychosociologie de l'alimentation contemporaine*, Annales ESC n°16, Paris.

³⁵⁷ Baudrillard J. (1968). *Le système des objets*, Gallimard, Paris.

anglo-saxonne ou les individus de confession juive, ont des profils de consommation caractéristiques induits par leurs valeurs communautaires, ethniques ou religieuses. Par ailleurs la culture traditionnelle chinoise, largement déterminée par le bouddhisme, le taoïsme et le confucianisme, induit des modes de consommation spécifiques, comme la recherche d'une consommation très instrumentale basée sur une vie simple, l'importance accordée à la santé et la tradition des médecines naturelles ou encore une consommation traversée par de nombreux symboles (Le T.M., Jolibert A. 2001).

La culture a une influence essentielle sur l'achat et la consommation de médicaments (MP Serre, D Wallet-wodka, 2008), certaines cultures favorisent les médecines préventives et en particulier la phytothérapie. L'utilisation de certains médicaments peut également être conditionnée (contraception, prévention des MST...). Les sous cultures ethniques et religieuses ont également une influence sur le comportement de consommation des médicaments. En effet nous allons tenter d'analyser quelques aspects qui mettent en cause la culture et le médicament.

1.1.1.1. Le Médicament comme lien sacré

Lachaux (dans M Bureau, 2001)³⁵⁸, dans une analyse historique du médicament, rappelle que dès la Grèce antique, le «*pharmakon*» désignait tout aussi bien le poison que son antidote. Il relève les liens étroits que foi et médicament ont toujours entretenus, tout d'abord foi religieuse (le médicament était du côté de la magie, protégeant ou attirant les bonnes grâces des dieux), et aujourd'hui foi scientifique. Ce lien du médicament au sacré est d'autant plus vivant que la médecine moderne, scientifique et rationnelle a voulu l'en expurger: il reste présent dans l'inconscient collectif. Peut-être que l'engouement actuel pour les médecines douces ou parallèles est une manière d'échapper à cette toute puissante rationalité scientifique. En effet de plus en plus de patients ont consulté au moins une fois un autre thérapeute qui, dans un tiers des cas, était un guérisseur (Bureau M, 2001)³⁵⁹. Cette démarche souligne nettement les limites d'une médecine uniquement scientifique qui ne laisse aucune place aux éléments magiques et symboliques liés au contexte socioculturel du patient, lui permettant de faire un lien entre sa maladie, son traitement et son histoire .

³⁵⁸ *lachaux B.*, Le placebo dans le cadre de la prescription médicamenteuse: Panacée ou psychotrope? *Psychologie Médicale* 1990 ; 22 (6) : 491-495

³⁵⁹Matthieu Bureau, l'observance thérapeutique, ses facteurs et ses enjeux, Thèse de Doctorat en médecine, Université de Lorraine, 2001.

1.1.1.2. Médicament et stigmatisation sociale

Certaines maladies ont un caractère social très stigmatisant. On y trouvait autrefois, la lèpre, la peste, la tuberculose ou la vérole. On peut citer aujourd'hui, le Sida ou l'épilepsie.

Quand ce patient est asymptomatique, le traitement est souvent le seul lien qui le rattache à sa maladie. Ainsi, le traitement peut contribuer à entretenir le sentiment de stigmatisation sociale, et le mener à une relation complexe face à ce dernier

Toutes les cultures sociales, familiales ou religieuses, possèdent leurs propres croyances en matière de santé.

Ainsi, la prise de médicament pour se soigner peut être perçue comme signe de faiblesse (Fleischhacker WW., Meise U., Kurz M., 1994³⁶⁰ ; Rogers A., DA Y JC., Williams B., Randall F., Wood P., et al.³⁶¹), et le médicament peut être assimilé à une « drogue », dont le patient a besoin pour se sentir bien³⁶².

En effet, ces facteurs contribuent à culpabiliser ou à marginaliser le sujet vis à vis de son entourage culturel. Ainsi, lorsque la prise d'un traitement ne coïncide pas avec ses croyances sociales et culturelles, sa santé peut être mise en cause.

1.1.1.3. Le Médicament dans la société

Fainzang, (2001)³⁶³ a montré dans une étude -qui avait pour objectif de comprendre les logiques qui organisent les comportements des patients dans le domaine de la consommation médicamenteuse, autrement dit d'une part, de repérer les constantes dans les pratiques de consommation, et plus généralement dans les usages qui sont faits des médicaments- que le comportement des patients à l'égard des médicaments était imprégné par la référence à des valeurs qui existent à l'intérieur des groupes culturels auxquels ils appartiennent, et que le savoir qu'ils ont sur les médicaments est construit par des logiques culturelles et symboliques qui lui donnent forme.

En effet ces constatations étaient le résultat d'un examen du rapport des patients aux médicaments, aux ordonnances et aux médecins ces derniers étaient de différentes origines culturelles religieuses (catholique, protestante, juive et musulmane), ainsi l'étude a montré

³⁶⁰ Fleischhacker WW., Meise U., Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment : influence of side effects Acta Psychiatr Scand 1994 ; 89 (suppl 382) : 11-5

³⁶¹ Rogers A., DA Y JC., Williams B., Randall F., Wood P. , et al. The Meaning and Management of Neuroleptic Medication: A Study of Patients with a Diagnosis of Schizophrenia Soc Sci Med 1998 ; 47 (9) : 1313-1323

³⁶² Evans L., Spelman M. The problem of non compliance with drug therapy Drugs 1983 ; 25 : 63-76

³⁶³ Fainzang S. (2001). *Médicaments et Société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.

que les comportements des individus à l'égard des médicaments n'étaient pas exclusivement construits par leur appartenance sociale, leur âge, leur genre ou encore leur capital scolaire, mais qu'ils portaient également l'empreinte de leur culture d'origine. Des valeurs et des représentations circulent ainsi à l'intérieur de ces groupes, et imprègnent les individus au point de construire en partie leurs conduites et leurs attitudes à l'égard par exemple des psychotropes, de l'automédication, ou de la douleur. Des comportements qui dépassent le cadre médical

D'autres études (A Kessous, I Chalamon, G Paché 2016)³⁶⁴, (I Chalamon, B Heilbrunn, I Chouk, 2005)³⁶⁵ ont en effet pu relever ces représentations découlant des groupes socio-culturels comme on a pu le constater précédemment. Telles que la soumission, l'indépendance, les représentations du corps et de la personne, etc.

Toutefois ces analyses montrent que l'empreinte culturelle trouve ses formes non pas seulement dans les systèmes de pensée auxquels ces groupes se rattachent ou les doctrines sur lesquelles ils s'appuient, mais aussi dans leur histoire collective. Il convient donc d'intégrer le poids de l'histoire sur l'empreinte que laissent les cultures religieuses sur les conduites individuelles et sur les valeurs où s'enracinent les représentations et les savoirs acquis, de génération en génération, par les patients. Chose qui nous a mener à relever l'aspect générationnel et religieux dans la représentation et le comportement dont fait preuve ce « patient ».

(Fainzang, 2001), a exposé la question de la longévité d'une ordonnance médicale, et aux rapports aux médicaments. Mais la question essentielle porte sur les dimensions susceptibles de faire varier ces attitudes des patients à l'égard de tout cela parmi lesquelles l'auteur retient l'origine religieuse.

L'intérêt de cette démarche rigoureuse se fonde précisément sur la manière d'aborder la dimension religieuse en tant que système de valeur, qui confère un sens au comportement des patients à l'égard du médecin, de l'ordonnance et des médicaments.

Et c'est à partir de cette notion d'empreinte religieuse, que celle-ci a proposé l'hypothèse d'une différence possible entre les individus vis-à-vis de la prescription médicale car il faut rappeler qu'un problème de non observance relance à nouveau ou en partie le processus de prise de décision quant aux médicaments.

³⁶⁴ A Kessous, I Chalamon, G Paché 2016, op. cit p72

³⁶⁵ I Chalamon, B Heilbrunn, I Chouk, 2005, op. cit p 74

Par exemple, il ressort que les personnes catholiques ou d'origine catholique ont tendance à garder leurs ordonnances pour pouvoir mieux informer les médecins en vue de consultations futures et aussi parce qu'elles pensent qu'il faut le faire, tandis que les protestants font le choix de garder l'ordonnance afin d'y recourir eux-mêmes. Quant aux juifs pour eux le fait de garder l'ordonnance répond à un besoin de se donner la possibilité de questionner le médecin sur la pertinence du traitement octroyé et d'en discuter avec lui. Chez les musulmans, il est intéressant de noter que l'ordonnance médicale n'est pas seulement gardée durant le traitement médical, mais peut l'être aussi jusqu'à la guérison.

L'analyse de la thématique de l'utilisation des médicaments a permis aussi de différencier les conduites des personnes examinées en considérant la nature et la fonction des médicaments prescrits. En effet, les patients catholiques et musulmans ne seraient pas tant préoccupés par le nom et l'usage des médicaments prescrits, car c'est le médecin « qui sait, » alors que les protestants et les juifs contrôlent davantage les médicaments ordonnés par le médecin.

Quant à l'utilisation individuelle et/ou collective des médicaments. Les patients catholiques auraient tendance à vouloir partager avec les membres de la famille qui en ont besoin, les médicaments qui ont été efficaces pour eux - mêmes. On retrouve quelquefois cette tendance dans les familles juives, alors que les protestants sont enclins à gérer individuellement leur prescription médicale, comme ils le font pour la maladie. Un autre exemple aussi est celui des psychotropes des médicaments montrant une crainte relative à l'inconfort, à la somnolence en particulier chez les femmes musulmanes qui admettent difficilement, de prendre des neuroleptiques face aux autres membres de la famille.

Enfin cette analyse reste très exhaustive mais nous a quand même permis d'avoir un aperçu même s'il est restreint sur la relation entre la religion et le comportement du patient face aux médicaments.

1.1.1.4.La médecine douce

Médecine alternatives, médecines naturelles, phytothérapie autant d'appellations un seul but une médecine douce sans produits chimiques, en 2015, 6115 médecins français ont déclaré un titre ou une orientation de médecine alternative et complémentaire, et 40% des français y ont déjà eu recours (ordre des médecins, le Monde, 2016).

Comme nous venons de le préciser cela relève de l'histoire du patient avec son médicament notamment lorsqu'il s'agit de remèdes de grand-mère, Leurs vertus médicinales

sont surtout reconnues dans le traitement de maladies bénignes, de l'anxiété, des douleurs, de rhumatismes, ou tout simplement au quotidien comme activateur de santé (A Kessous a, I Chalamon c, 2014) ³⁶⁶, reposant sur des ingrédients naturels, largement accessibles (denrées alimentaires, plantes) et sur des modes d'administration simples (tisanes, infusions...).

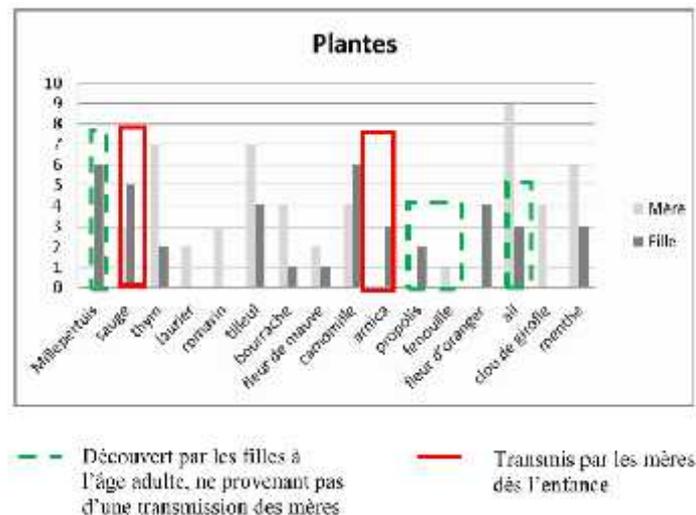
Qu'il s'agisse de Phytothérapie, ou de remèdes de grand-mère. La transmission dépasserait ainsi le tangible puisque ce ne sont pas seulement des remèdes concrets qui sont transmis mais également la volonté d'en découvrir des nouveaux.

En effet, Les représentations symboliques des remèdes sont similaires. Ce sont des astuces curatives parfois magiques, concoctées à partir de composants naturels, selon un processus de fabrication artisanal, dépourvues d'effets secondaires comme les médicaments traditionnels et qui se transmettent de génération en génération.

Les ingrédients utilisés dans ce genre de thérapie sont des produits naturels tels que les plantes, les animaux, ou des solutions liquides venant se substituer au médicament classique tel que peut le montrer la figure 17 suivant (étude sur un échantillon représentatif en France A Kessous ^a, I Chalamon^b, 2014);

³⁶⁶ Aurélie Kessous ^a, Isabelle Chalamon^b, La transmission de remèdes de grand-mères de mère en fille: une extension temporelle de soi, Octobre 2014

Figure 21. Analyse dyadique mère/fille de la nature des remèdes de grand-mères transmis



Source : Kessous A ^a, I Chalamon^b, La transmission de remèdes de grand-mères de mère en fille : une extension temporelle de soi, Octobre 2014

Cette analyse a permis par ailleurs de montrer qu'en ayant recours aux remèdes de grand-mères, les mères ont le sentiment d'être des consommateurs responsables. Et ce grâce à ; la consommation de composants sains et naturels, censés favoriser le bien-être des personnes auxquels ils sont transmis, aussi du fait qu'il existerait un avantage économique associé au gain de temps/argent propre à leur utilisation (possibilité de mobiliser instantanément chez soi une astuce curative sans se déplacer chez son médecin ; accessibilité du prix des ingrédients entrant dans la composition des remèdes)et enfin, un avantage écologique relatif au « fait-maison » permettant de préserver la planète pour les générations futures. Ces résultats s'inscrivent dans le prolongement des travaux de McAdams et Logan (2003)³⁶⁷ qui notent que la générativité prédit des comportements éco-responsables.

Ces analyses nous permettent aussi de cerner les produits qui s'offrent comme produit alternatif lors du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament.

³⁶⁷ McAdams D.P. et Logan R.L. (2003), What is generativity?, in St. Aubin, D.P. McAdams et T.C. Kim (coord.), *The generative society: caring for future generation*, Washington, Harcover, 15-31.

1.1.1.5. Médicament et origine ancestrale

L'origine de la thérapeutique ne date pas d'hier, en effet, le médicament n'est pas apparu avec la création de l'industrie pharmaceutique. Des écrits datant de l'Égypte pharaonique suggèrent l'opium comme remède pour empêcher les enfants de crier trop fort (Meyers, 1985, p. 30). Comme les aliments ou les vêtements, éléments du quotidien de l'humanité depuis des millénaires, les médicaments ne peuvent être considérés comme des objets de consommation répondant à un besoin né (Giroux, 2007)³⁶⁸. Comme pour les vêtements où le tissu, l'origine ou la marque détermine l'achat, l'utilité du recours au médicament (naturel, chimique, prescrit ou non) est admise d'emblée et ce sont les caractéristiques du produit qui en déterminent l'utilisation. Même la personne réfractaire aux panacées que proposent les promoteurs pharmaceutiques trouve dans la pharmacopée alternative (naturelle, traditionnelle, homéopathique, chamanique, etc.) un remède possédant les qualités qu'elle privilégie.

Finalement, comme plusieurs auteurs issus des sciences humaines et sociales l'ont observé, le recours au médicament accompagne l'humanité depuis des millénaires. Potion, philtre, sachet, préparation du chaman ou du guérisseur, du médecin ou de rebouteux, sous tous les continents et à toutes les époques, le médicament sous des avatars qui varient selon les contextes culturels et historiques fait partie de l'expérience humaine (Faure, 1998³⁶⁹; King, 2002³⁷⁰; Szasz, 1976; Van der Geest et Whyte, 1991³⁷¹; Van der Geest et al., 1996³⁷²). Faure en fait un enjeu majeur de la société et le situe depuis fort longtemps au centre de notre civilisation (Faure, 1998, p. 141)³⁷³.

1.1.2. La classe sociale

Toute société met en place un système de stratification sociale. Celui-ci peut prendre la forme d'un système de castes dans lequel les individus ne peuvent échapper à leur destin ou de classes sociales entre lesquelles une certaine mobilité est possible.

³⁶⁸ Claude Giroux Université Laval, La contribution synergique des pratiques de publicité pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament *Revue Internationale sur le Médicament*, vol.1, 2007, ISSN 1718-1534

³⁶⁹ Faure, O. (1998), « La consommation de médicaments. Essai d'approche historique » : 128-141, in Ehrenberg, A. (éds.), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Cahors (France): Éditions Esprit.

³⁷⁰ King, N. B. (2002), « Security, disease, commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, 32, 5-6, 763-789.

³⁷¹ Van der Geest, S., et Whyte, S. R. (1991), « The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 4, 345-367.

³⁷² Van der Geest, S., Whyte, S. R., et Hardon, A. (1996). « The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.

³⁷³ Faure, 1998, op. cit, p158

La classe sociale n'est pas mesurée par une seule variable, mais à l'aide de plusieurs indicateurs ; profession, revenu, patrimoine, zone d'habitat ou niveau d'instruction. Dans ce schéma d'analyse, les positions occupées par les individus dans la société sont considérés comme inférieurs ou supérieurs selon la classe sociale à laquelle ils appartiennent (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

La fin du XIX^{ième} siècle marque l'essor des grandes villes et l'amorce du déclin des populations rurales. En effet, la littérature a montré que vivre en milieu urbain transforme les relations entre les personnes et modifie leurs conditions de vie (horaires de travail, salubrité, revenus) à une époque où la production de masse et le progrès technologique permettent au commun des mortels d'espérer l'accès au « confort » (Ehrenberg, 1995)³⁷⁴. Ce confort est d'autant nécessaire que la réalité des milieux urbains, à cette époque, est difficile. (Collin et Béliveau, 1994)³⁷⁵.

L'urbanisation est associée à l'émergence d'une prise de conscience de l'inconfort état de manque révélé aux populations urbaines. Fowles (1996)³⁷⁶ compare les vicissitudes de la vie urbaine à des maladies de la vie citadine contre les quels la publicité proposait ses « antidotes » (p. 46). Collin (1994)³⁷⁷, soulignant la présence d'alcool et d'opiacés dans plusieurs médicaments princeps, suggère que la consommation de remèdes secrets aide à atténuer ce quotidien pénible (p. 141).

1.1.3. Niveau d'instruction

L'association positive entre le niveau d'éducation et la santé est bien établie. La littérature sur la relation entre ces composantes semble s'accorder sur trois catégories d'explications : les habitudes de vie, les ressources socio psychologiques et les conditions de travail.

L'éducation découle d'une formation continue issue du nombre total d'années d'études³⁷⁸ ou de la réalisation de certaines étapes éducatives catégoriques telles que la fin du

³⁷⁴ Ehrenberg, A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.

³⁷⁵ Collin, J., et Béliveau, D. (1994), *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal, Musée de la pharmacie du Québec.

³⁷⁶ Fowles, J. (1996), *Advertising and Popular Culture*, ThousandOaks, London, New Delhi, Sage publications.

³⁷⁷ Collin, J. (1994), « De la pharmacie à la consommation de médicaments », *Interface*, 15, 6, 33-43.

³⁷⁸ Noufou Gustave NANA, Facteurs socioéconomiques associés à l'usage des médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans vivant dans la communauté : L'étude internationale sur la mobilité des personnes âgées (IMIAS), Mémoire présenté à l'École de Santé Publique en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en santé communautaire, Juin 2014.

secondaire (Feldman, Makuc et al. 1989 ; Elo et Preston 1996). L'exposition à l'éducation formelle implique la collecte de faits, de concepts d'apprentissage et, par-là, de pouvoir déterminer comment accéder aux renseignements. L'éducation offre un ensemble de ressources cognitives qui ont un vaste potentiel pour influencer la santé. La réussite éducative fournit également des informations sur les chances de succès dans le futur. Les niveaux de scolarité les plus élevés sont généralement des prédicateurs de meilleurs emplois, de revenus plus élevés, d'un meilleur logement, d'un bon quartier de résidence et de bonnes conditions de travail. L'éducation est un facteur socioéconomique important même si le prestige de l'institution d'études des individus et les connaissances qu'ils ont accumulées au cours de leur vie peuvent parfois entraîner une certaine variabilité dans les analyses (Lynch et Kaplan 2000)³⁷⁹.

Il a été reconnu que les niveaux d'éducation sont positivement liés à la quantité de recherche externe car des niveaux d'éducation plus élevés augmenteraient la capacité des consommateurs à identifier, localiser et assimiler les informations pertinentes pour prendre une décision d'achat appropriée (Schmidt et Spreng, 1996)³⁸⁰.

Williams et Hensel (1995) ont émis l'hypothèse que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé auraient des attitudes plus favorables à l'égard de la publicité sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des consommateurs. Le résultat de l'étude a soutenu l'hypothèse. Depuis qu'il a été constaté que les attitudes favorables à la publicité des médicaments DTC étaient significativement liées à l'intention de demander des informations à les amis ou un pharmacien, le résultat suggère également une relation positive indirecte entre l'éducation et l'intention d'utiliser les amis ou un pharmacien comme sources d'information.

Hekmat, Farris et Dunning (1998)³⁸¹ ont examiné les effets des niveaux d'éducation sur les types de médias utilisés pour acquérir de l'information sur les dentistes. Ils ont constaté que les consommateurs moins éduqués sont plus susceptibles de préférer l'utilisation des médias, y compris les publicités télévisées, les publicités à la radio, les annonces dans les journaux et les publicités jaunes, plutôt que les consommateurs plus éduqués.

³⁷⁹ Lynch, J. W. et G. A. Kaplan (2000). "Socioeconomic Factors. In: Berkman LF and Kavachi I. (eds) *Social Epidemiology*." New York: Oxford University Press: 13-35.

³⁸⁰ Schmidt, Jeffrey B. and Richard A. Spreng (1996), "A Proposed Model of External Consumer Information Search", *Journal of Academy of Marketing Science*, 24(3), 246-256.

³⁸¹ Hekmat, Firooz, Roy Farris, and Darlene Dunning (1998), "Information Source Preferences for Selecting Dental Services Among Elderly Consumers," *Health Marketing Quarterly*, 16(1), 79-92.

Ross et Wu (1995)³⁸², affirment qu'un niveau de scolarité plus élevé conduit à des saines habitudes de vie. Les activités de nature sportive ou amicale associées au milieu scolaire ont aussi un impact sur la santé physique.

Ils admettent aussi, qu'un niveau d'instruction élevé pourrait faciliter l'établissement de relations procurant un meilleur soutien, augmenter le sentiment personnel de contrôle sur sa vie et la capacité de comprendre les risques en matière de santé (ressources socio psychologiques).

Un peu à l'opposé de Ross et Wu, Tuijnman (1989) parvient à montrer qu'en réalité, les personnes qui ont les niveaux de satisfaction les moins élevés sont celles qui ont le plus haut niveau de scolarité. Cette information est certes surprenante, car on s'attendrait à ce que les personnes les plus scolarisées soient les plus satisfaites. Il s'agit ici d'un aspect psychologique et subjectif.

Johnson, Meischke, Grau et Johnson (1992)³⁸³ ont étudié les effets de divers facteurs sur la recherche de renseignements sur le cancer par les femmes. Les résultats ont montré que des niveaux plus élevés d'éducation ont conduit à une utilisation accrue des organisations liées au cancer (lignes téléphoniques directes) comme source d'information pour le cancer.

Cependant, bon nombre de chercheurs sont ceux qui expliquent le lien entre le niveau d'instruction et la santé par le biais de conditions de travail et de la situation financière. Certains chercheurs soutiennent que les niveaux de scolarité les plus élevés sont associés à de meilleurs revenus, alors que d'autres avancent l'idée selon laquelle, c'est le revenu qui a une influence sur la santé. Mais l'idée la plus répandue est qu'un niveau de scolarité plus élevé permet d'accéder à un emploi offrant plus de sécurité (Ross et Wu, 1996).

D'après l'association canadienne de santé publique, suite aux études menées aux États-Unis et au Canada, en moyenne, les personnes ayant moins d'éducation ont l'espérance de vie plus courte et sont plus souvent malades. Les moins scolarisées, ont plus de risque de développer une crise cardiaque, l'ulcère de l'estomac, le diabète, les maladies rénales, la bronchite, la tuberculose que les plus scolarisées.

³⁸² . Ross Catherine E and Wu Chia-ling, The Links Between Education and Health
American Sociological Review Vol. 60, No. 5 (Oct., 1995),

³⁸³ Johnson, J. David, Hendrika Meischke, Jennifer Grau, and Sally Johnson (1992), "Cancer-Related Channel Selection," *Health Communication*, 4(3), 183-196.

Par ailleurs, Caldwell (1979)³⁸⁴ en abordant la question de la relation entre l'éducation de la mère et la santé de l'enfant arrive, à la conclusion ci-après : l'effet de l'éducation de la mère sur la santé de l'enfant n'est pas seulement dû à des connaissances directement sanitaires mais aussi à d'autres facteurs relevant du statut de la mère dans son environnement et de son pouvoir de décision. Ainsi, les mères éduquées ont une attitude moins fataliste que les mères non éduquées, en face des maladies qui atteignent leurs enfants, ensuite, elles ont une meilleure capacité à utiliser les traitements disponibles et le monde moderne en général, à la fois parce qu'elles connaissent mieux ce qui existe et parce qu'elles ont la capacité de mobiliser une attention sélective des traitements existants.

Williams et Hensel (1995)³⁸⁵ quant à eux, ont émis l'hypothèse que les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé auraient des attitudes plus favorables à l'égard de la publicité sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des consommateurs. Le résultat de l'étude a soutenu l'hypothèse. Depuis qu'il a été constaté que les attitudes favorables à la publicité des médicaments sans prescription étaient significativement liées à l'intention de demander des informations à un ami et un pharmacien, le résultat suggère également une relation positive indirecte entre l'éducation et l'intention d'utiliser un ami et un pharmacien comme source d'information.

Par ailleurs, l'autonomisation est considérée comme l'un des principaux facteurs de changement. De nos jours, les consommateurs sont plus éduqués, ils ont accès à l'information plus rapidement. En raison de ces facteurs, les consommateurs commencent à interroger leurs médecins, exigeant de meilleures conditions de santé, non seulement pour l'élite mais aussi pour le reste. Ce nouveau consommateur exigeant regarde les médicaments non seulement comme un moyen de guérir une maladie, mais aussi comme un moyen de prévention (David, 2001).

1.2. Facteurs Sociaux

Un autre type de facteurs, centré sur les relations interpersonnelles, joue un rôle important en matière d'achat. Il s'agit des groupes de référence (notamment la famille), et statuts et rôles qui leurs sont associés (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

³⁸⁴ Caldwell, JC. 1979. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies* 33, 3:395-413. In, *Women's education, welfare and child survival a review of the evidence*, Health Transition Review, vol 3. NO.2 1993

³⁸⁵ Williams, James. R. and Paul J. Hensel (1995), "Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs," *Journal of Health Care Marketing*, 35-41.

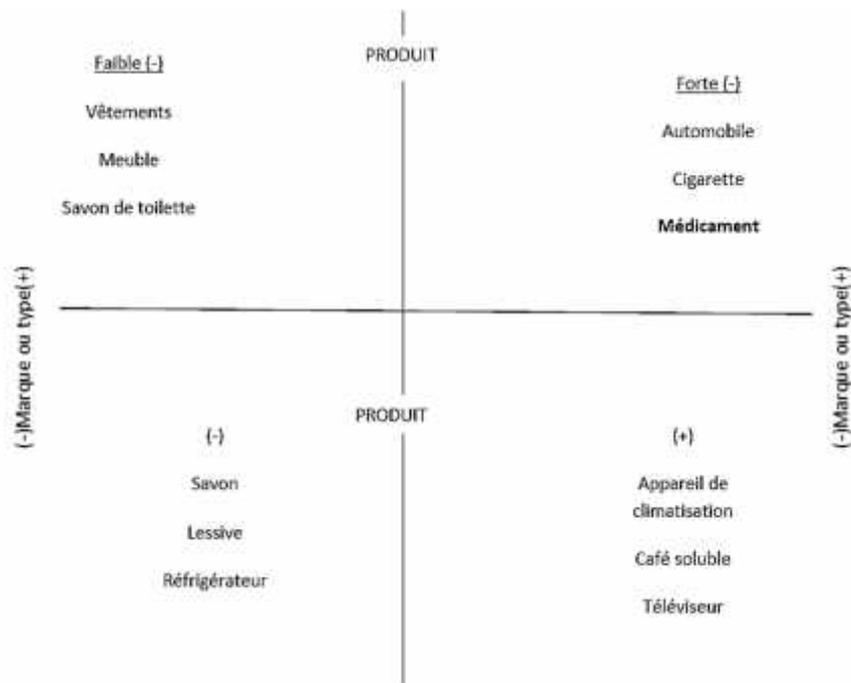
1.2.1. Les groupes de référence

Dans sa vie quotidienne, un individu est influencé par les nombreux groupes auxquels il appartient. L'influence des groupes de référence se fera plus sentir dans le choix des aliments, compléments alimentaires, médecines alternatives, produits de bien-être et de soin. L'utilisation répétée des stars de référence dans l'industrie dermocosmétique en est la preuve.

Jones et Vijayasaraty (1998)³⁸⁶, ont démontré par que l'individu partage les mêmes opinions concernant l'achat des produits de santé à partir du web que son groupe de référence.

Dans son livre comportement du consommateur et marketing, J V Petrof (1993)³⁸⁷ explique que l'influence des groupes de référence peut s'exercer en même temps, par rapport au produit et à la marque (produit+, Marque+). Ainsi, pour les médicaments, le produit et la marque à la fois sont socialement visibles, des médicaments ou les décisions sont prises par le médecin lorsqu'il rédige ses ordonnances.

Figure 22. Influence des groupes de référence (relativement faible(-), relativement forte(+))



Source : J V Petrof, comportement du consommateur et marketing, Les Presses 5^{ème} édition, 1993.

³⁸⁶ Jones. Joseph M, Vijayasaraty, Leo R., (1998) "Internet consumer catalog shopping: findings from an exploratory study and directions for future research", Internet Research,

³⁸⁷ J V Petrof, comportement du consommateur et marketing, Les Presses 5^{ème} édition, 1993.

1.2.2. La famille

Le comportement d'un acheteur est largement influencé par les différents membres de sa famille. Que ce soit la famille d'orientation ou de procréation comme on peut voir sur la figure ci-dessus qui montre le degré d'influence de celle-ci par rapport à plusieurs produits notamment le médicament.

La famille a forcément un rôle dans le comportement du patient, en particulier quand le patient est mineur puisque les décisions sont prises par ses parents. La famille a plus un rôle de conseil que de décideur dans le processus de choix d'un produit de santé. Par ailleurs, ce sont les croyances qui informent sur l'importance qu'une personne accorde à l'opinion des gens de son entourage à propos de l'adoption d'un nouveau comportement (Ajzen et Fishbein cité dans Schepers et Wetzels, 2007). En effet, les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir que s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement. Flynn et al. (1994)³⁸⁸ postulent que les consommateurs font plus confiance à leur entourage et à leurs proches plus qu'aux autres sources d'informations telles que : publicité, journaux.

Par ailleurs, L'investissement du milieu familial (Amdurma, 1979³⁸⁹ ; (Anderson RJ., Kirk LM, 1982³⁹⁰) serait fondamental parfois dans l'efficacité thérapeutique d'un traitement donc dans la relation qui lie le patient à son médicament. Une famille impliquée, espérant une amélioration sous traitement et attentive aux horaires des prises, améliore l'observance du malade (Alvin P, 2000)³⁹¹, par exemple. Cependant, L'isolement familial est un facteur de moins bonne observance (Cromer BA, Tarnowski KJ. 1989³⁹² ; Dahan R., Dahan A, Cadranel J., Caulin c., 1985³⁹³). Les familles présentant des interactions dysfonctionnelles et des difficultés de communication entravent l'observance des patients adolescents. A l'inverse, un entourage hostile à la pharmacothérapie altère les qualités de l'observance. Par ailleurs, l'expérience de la maladie dans l'entourage du patient est souvent un facteur de bonne observance. Etant sensibilisé au problème, le patient suivra plus facilement un traitement.

³⁸⁸ Flynn et al. 1994, op. cit

³⁸⁹ Amdurma. Medication compliance in outpatient psychiatry *Compr Psychiatry* 1979 ; 20 : 339-346

³⁹⁰ Anderson RJ., Kirk LM. Methods of improving patient compliance in chronic disease states *Arch Intern Med* 1982 ; 142 : 1673-1676

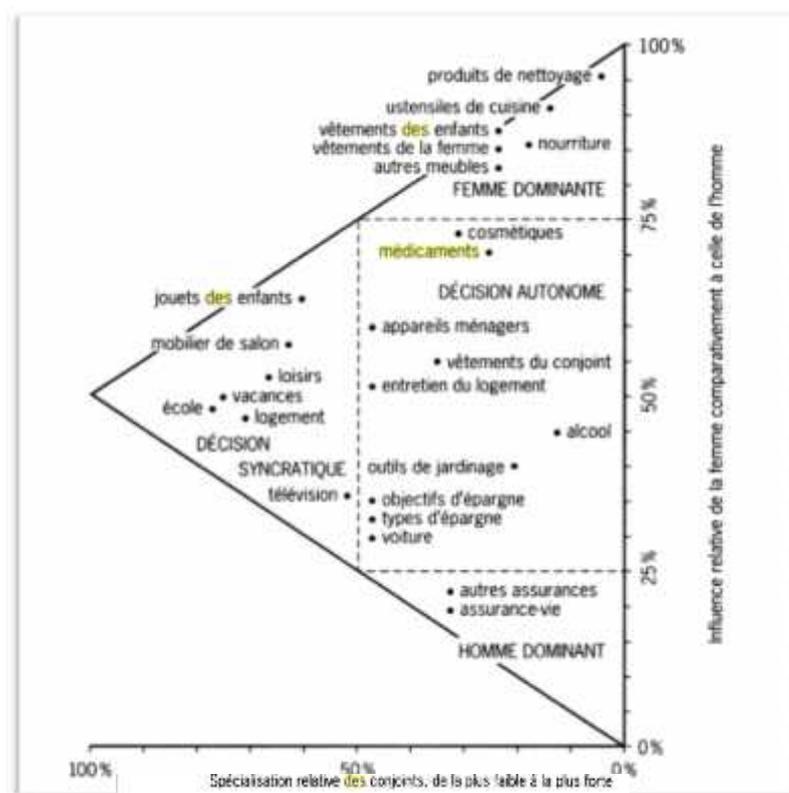
³⁹¹ Alvin P. L'adolescent et l'observance au traitement *J Pédiatr Puériculture* 2000 ; 13 (4) : 225-9

³⁹² Cromer BA, Tarnowski KJ. Noncompliance in adolescents: a review *J Dev Behav Pediatr* 1989 ; 10 : 207-215

³⁹³ Dahan R., Dahan A, Cadranel J., Caulin c. La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique *Thérapie* 1985 ; 40 : 17-23

Davis et Rigaux (1974)³⁹⁴ ont étudié les influences exercées par les maris et les épouses aux différentes étapes de la décision d'achat - reconnaissance des besoins, recherche interne et externe, et décision finale pour 25 décisions économiques en utilisant un échantillon de 73 familles belges, les résultats sont illustrés dans la figure suivante. Les décisions d'achat de médicaments sans ordonnance ont été incluses parmi les 25 décisions économiques. Ils ont constaté que les décisions économiques pour les médicaments sans ordonnance étaient rendues autonomes pour l'ensemble des trois étapes. Cela signifie que ni les maris ni les femmes n'étaient dominants dans la recherche d'information pour les médicaments en vente libre.

Figure 23. Rôles familiaux dans 25 processus de prise de décision



Source : H.L. Davis et B. Rigaux, « Perception of marital roles on decision process », *Journal of Consumer Research*, 1 (1), Juin 1974, p. 54.

³⁹⁴ H.L. Davis et B. Rigaux, « Perception of marital roles on decision process », *Journal of Consumer Research*, 1 (1), Juin 1974, p. 54.

Par ailleurs, force est d'observer que les patients et leurs proches parents multiplient dans le désarroi le plus total, les recours thérapeutiques sur la base d'informations captées d'abord dans le réseau familial et de voisinage. En outre, les avis des professionnels de la santé ne sont pas toujours concordants, conduisant les familles à l'errance sociale et thérapeutique (Mebtoul, 2005)³⁹⁵.

Si la médecine s'appuie dans son exercice quotidien sur un savoir issu des sciences fondamentales (biologie, anatomie, etc.), elle est avant tout une pratique sociale qui autorise la rencontre entre deux subjectivités, celles des médecins et des patients. Rendre compte de la subjectivité du malade permet d'insister sur les tensions, le stress, la peur, l'inquiétude et les angoisses des patients et de leurs proches conduit nécessairement à véhiculer des croyances, des interdits, des non-dits, des interprétations de leur mal, selon leur histoire singulière (Augé, Herzlich, 1984)³⁹⁶. Les malades ne viennent jamais «vierges» dans l'espace de consultation. Ils portent en eux et avec eux les problèmes de la société, qui remodelent la médecine apprise en vase-clos à l'université.

Mebtoul, M., Berriche, A. et Cook, J., (1995)³⁹⁷ illustre bien cela, par exemple, par son observation de l'itinéraire thérapeutique de mères pour leur enfant malade. Itinéraire qui indique la prégnance³⁹⁸ d'une véritable gestion profane de la maladie à l'aide d'un savoir empirique défini comme savoir explicité, transmissible et transposable à d'autres contextes. Face aux différents traitements qui lui sont conseillés ou qu'elle connaît déjà, la mère s'inscrit dans une logique relativement autonome où l'important pour elle est d'accéder à la guérison de son enfant, même s'il est pour cela nécessaire de multiplier et de diversifier les recours thérapeutiques qui existent dans la société. C'est donc moins en fonction de la pathologie, que de l'état de son enfant (qu'elle perçoit et connaît bien) que la mère va être amenée à juger, à évaluer les résultats d'un traitement.

Ainsi, et comme on a pu le constater à travers ces études la famille a forcément une influence et ce quelque soit la nature du produit éthique ou d'automédication, et quelque soit aussi son intensité sur la prise de décision ou sur la relation qui le patient a son traitement.

³⁹⁵ Mebtoul M., 2005, Médecins et patients en Algérie, Edition Dar El Gharb.

³⁹⁶ Auge M., Herzlich C., eds Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, sociologie de la maladie, 1987

³⁹⁷ Mebtoul, M., Berriche, A. et Cook, J., 1995. De l'huile d'olive à la catalgine, *Journal Algérien de Médecine* V, 5, 1995, 228-231.

³⁹⁸ Force, et par suite stabilité et fréquence d'une organisation psychologique privilégiée, parmi toutes celles qui sont possibles.

1.3. Facteurs personnels

Les décisions d'achat sont également affectées par les caractéristiques personnelles de l'acheteur, et notamment son âge, l'étape de son cycle de vie, sa profession, sa position économique, son style de vie et sa personnalité (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

1.3.1 Le concept de soi

Pour Foucault (1984)³⁹⁹, le souci de soi ne désigne pas seulement une vague préoccupation, mais une véritable pratique de soi dont le but serait de parfaire la gouvernementalité de soi. Cette pratique de soi regroupe un ensemble d'occupations, d'exercices, d'activités diverses (les techniques de soi), comprenant par exemple les soins du corps et de la santé, les régimes, les exercices physiques. La pratique de soi implique qu'on se constitue à ses propres yeux non pas seulement comme individu imparfait, ignorant qui a besoin d'être corrigé, formé et instruit, mais comme individu qui souffre de certains maux et qui doit les faire soigner, soit par lui-même, soit par quelqu'un qui en a les compétences. De plus, là où le propos de Foucault rejoint celui de l'interactionnisme symbolique, c'est lorsqu'il nous dit que le souci de soi "constitue, non pas un exercice de la solitude, mais une véritable pratique sociale" à travers, par exemple, l'appui requis d'un autre, parent ou ami (Foucault 1984). C'est bien ce que l'on observe dans le comportement d'automédication, motivé par le souci de soi, puisque il n'est que rarement pur et fait toujours référence à un savoir extérieur, aux conseils de proches (2/3 des cas), à une expérience et à des connaissances propres (1/4 des cas) ou à des informations médiatisées (Reynaud 1987) . Il semble en aller de même pour le recours aux soins alternatifs, comme pratique de soi, qui se fait généralement sous l'influence du bouche-à-oreille (Bonvin 1996)⁴⁰⁰.

1.3.2 L'âge et le cycle de vie

Les produits et services achetés par une personne évoluent tout au long de sa vie (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006). L'âge est une variable incontournable de différenciation entre les patients. Avec l'âge le nombre de pathologie augmente ce qui

³⁹⁹ Foucault M., 1984, Sécurité, Territoire, population. cours au collège de France (1977, 78), Coll. « Hautes Etudes », Gallimard-auil, Paris.

⁴⁰⁰ Eric Bonvin Automédication et recours aux soins alternatifs Du comportement déviant à la responsabilité de soi. Médecin, Psychiatre, Chef de Clinique adj. à l'Unité de Réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, , 1008 Prilly - Suisse

augmente de fait la consommation⁴⁰¹ -Sur le plan individuel, le vieillissement⁴⁰² est défini comme un changement graduel irréversible de la structure et de la fonction d'un organisme qui se produit à travers le temps (online-medical-dictionary, 2013)- . On devient également plus réceptif aux informations liées à la santé et à certaines pathologies même si une récente étude (GERMS 2008)⁴⁰³ montre que les jeunes s'intéressent à la santé comme les CSP supérieures, pour la culture générale.

Aussi selon Johnson et al., (1990)⁴⁰⁴, les personnes âgées propices à développer des maladies chroniques, seraient caractérisées par une forte consommation de médicaments comparativement aux jeunes.

La littérature a démontré que l'âge et le sexe⁴⁰⁵ constituent des prédictors de consommation des psychotropes (Allard, Allaire et al. 1997⁴⁰⁶; Taylor, McCracken et al. 1998⁴⁰⁷; Jorm, Grayson et al. 2000⁴⁰⁸; Sleath and Shih 2003⁴⁰⁹; Anthony, Lee et al. 2008⁴¹⁰; Demyttenaere, Bonnewyn et al. 2008⁴¹¹). Plusieurs études⁴¹² ont montré également que la probabilité que des médicaments soient prescrits dans les soins primaires est associée aux

⁴⁰¹ Le vieillissement de la population est un phénomène mondial, le résultat de la transition démographique. Depuis 1980, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus a doublé dans le monde (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>). Cette transition démographique peut être résumée comme le passage d'une mortalité et d'une fertilité élevée à une baisse de la mortalité et de la fertilité et, conséquemment, d'une faible proportion à une proportion élevée de personnes âgées dans la population (Ward, Parikh et al. 2011; Wu et Blazer 2011).

⁴⁰² Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS.), les hommes et les femmes de plus de 60 ans dans les pays en développement et ceux de plus de 65 ans dans les pays développés sont considérés comme des personnes âgées (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>)

⁴⁰³ Etude du groupe d'études et recherche sur le marketing de la santé de Paris VI, table ronde MEDEC, mars 2008.

⁴⁰⁴ Johnson, J. David, Hendrika Meischke, Jennifer Grau, and Sally Johnson (1992), "Cancer-Related Channel Selection," *Health Communication*, 4(3), 183-196.

⁴⁰⁵ Dans d'autres études par exemple, la consommation des antidépresseurs est associée au sexe féminin (Anthony, Lee et al. 2008).

⁴⁰⁶ Allard, J., D. Allaire, et al. (1997). "[The effect of family and social relations on the consumption of psychotropic drugs by the aged]." *Sante Ment Que* 22(1): 164-182.

⁴⁰⁷ Taylor, S., C. F. McCracken, et al. (1998). "Extent and appropriateness of benzodiazepine use. Results from an elderly urban community." *Br J Psychiatry Suppl*(173): 433- 438.

⁴⁰⁸ Jorm, A. F., D. Grayson, et al. (2000). "Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community." *Aust N Z J Public Health* 24(1): 7-10.

⁴⁰⁹ Sleath, B. et Y. C. Shih (2003). "Sociological influences on antidepressant prescribing." *Soc Sci Med* 56(6): 1335-1344.

⁴¹⁰ Anthony, M., K. Y. Lee, et al. (2008). "Gender and age differences in medications dispensed from a national chain drugstore." *J Womens Health (Larchmt)* 17(5): 735-743.

⁴¹¹ Demyttenaere, K., A. Bonnewyn, et al. (2008). "Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD)." *J Affect Disord* 110(1-2): 84-93.

⁴¹² Noufou Gustave NANA, Facteurs socioéconomiques associés à l'usage des médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans vivant dans la communauté : L'étude internationale sur la mobilité des personnes âgées (IMIAS) Mémoire présenté à l'École de Santé Publique en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en santé communautaire, Juin 2014

caractéristiques des patients, à leur âge et à leur sexe (Linden, Lecrubier et al. 1999⁴¹³; Bushnell, McLeod et al. 2006⁴¹⁴; Kisely 2001⁴¹⁵; Rubio-Valera, Fernandez et al. 2012⁴¹⁶).

Davis et Rigaux (1974)⁴¹⁷ ont étudié les influences exercées par les maris et les épouses aux différentes étapes de la décision d'achat - reconnaissance des besoins, recherche interne et externe, et décision finale pour 25 décisions économiques. Les décisions d'achat de médicaments sans ordonnance ont été incluses parmi les 25 décisions économiques. Ils ont constaté que les décisions économiques pour les médicaments sans ordonnance étaient rendues autonomes pour l'ensemble des trois étapes. Cela signifie que ni les maris ni les femmes n'étaient dominants dans la recherche d'information pour les médicaments en vente libre.

Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)⁴¹⁸ ont constaté que les sujets féminins étaient plus susceptibles d'obtenir des ordonnances pour d'autres (p. Ex. Les enfants) et moins susceptibles de demander des renseignements aux médecins.

Selon Beaudet, Walop et Petit (1997), les femmes déjà mariées ont plus de chance de suivre une hormonothérapie.

Westbrook et Fornell, (1979)⁴¹⁹. De plus, Deshpande et Krishnan (1982)⁴²⁰ ont souligné que l'isolement social et la faible estime de soi observés chez les consommateurs plus âgés contribuent à leur incapacité d'accéder à l'information nécessaire sur les produits pour prendre une décision d'achat appropriée.

L'influence de l'âge sur la recherche externe des informations au niveau du processus décisionnel se retrouve également dans les milieux de soins de santé. Par exemple, Morris,

⁴¹³ Linden, M., Y. Lecrubier, et al. (1999). "The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study." *J Clin Psychopharmacol* **19**(2): 132-140.

⁴¹⁴ Bushnell, J., D. McLeod, et al. (2006). "The treatment of common mental health problems in general practice." *Fam Pract* **23**(1): 53-59.

⁴¹⁵ Kisely, S. R. (2001). "Is it time? The democratic reform of state medical boards." *Aust Fam Physician* **30**(6): 602-604.

⁴¹⁶ Rubio-Valera, M., A. Fernandez, et al. (2012). "Psychotropic prescribing in Catalonia: results from an epidemiological study." *Fam Pract* **29**(2): 154-162.

⁴¹⁷ Davis, Harry L. and Benny P. Rigaux (1974), "Perception of Martial Roles in Decision Processes," *Journal of Consumer Research*, 1, 51-62.

⁴¹⁸ Morris, Louis A., Ruth Grossman, Gerald Barkdoll, Evelyn Gordon and Misoon Y. Chun (1987), "Information Search Activities among Elderly Prescription Drug Users," *Journal of Health Care Marketing*, 7(4), 5-15.

⁴¹⁹ Westbrook, Robert A. and Claes Fornell (1979), "Patterns of Information Source Usage Among Durable Good Buyers," *Journal of Marketing Research*, 303-312.

⁴²⁰ Deshpande, Aparna, Ajit Menon, Matthew Perri III, and George, M. Zinkhan (2004), "Direct-to- Consumer Advertising and Its Utility in Health Care Decision-Making: A Consumer Perspective," *Journal of Health Communication*, 9, 499-513.

Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)⁴²¹ ont exploré comment les consommateurs âgés recherchent l'information pour les médicaments sur ordonnance différemment des consommateurs non âgés. Un point de division de 60 ans a été choisi pour séparer l'échantillon de cette étude en deux segments: les personnes âgées et les personnes non âgées. Ils ont constaté que les sujets plus jeunes étaient plus susceptibles de compter sur des amis et des parents tandis que les sujets plus âgés étaient plus enclins à utiliser les médias.

Turk-Charles, Meyerowitz et Gatz (1997)⁴²² ont examiné les différences d'âge dans l'utilisation de deux types de sources d'information, les établissements non médicaux (journaux, télévision et amis) et les établissements médicaux (médecins et infirmières) parmi les patients cancéreux. Les résultats d'une enquête ont montré que la recherche d'information utilisant les sources de l'établissement médical diminuait avec l'âge, mais qu'aucune différence d'âge n'existait dans la recherche d'information utilisant les sources d'établissement non médical.

Sansgiry et Cady (1996)⁴²³ ont comparé le comportement et l'implication des personnes âgées et des jeunes adultes dans le processus de prise de décision en matière d'achat de médicaments en vente libre. Ils ont constaté que les sujets âgés étaient plus impliqués dans le processus décisionnel d'achat de médicaments en vente libre que les jeunes adultes. Ce résultat est important car il montre une relation positive entre l'âge et la participation à l'achat, qui est un autre déterminant de la recherche.

Par ailleurs, dans la relation médicaments, observance et âge du patient, et ce à travers une revue de la littérature, Deyo et Inui (1980)⁴²⁴ incriminent le jeune âge comme facteur de mauvaise observance. Chez l'enfant, le goût et l'aspect des médicaments auraient un impact majeur. Cependant, l'observance des enfants est surtout le reflet de celle des parents et dépend essentiellement des croyances de leur mère dans la gravité de leur maladie (Blakwell B, 1973)⁴²⁵, ainsi que dans la nécessité ou l'efficacité du traitement. Ou encore Cromer et Tarnowski (1989)⁴²⁶ qui ont développé l'idée selon laquelle la non-observance chez

⁴²¹ Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987), op. cit

⁴²² Turk-Charles, Susan, Beth E. Meyerowitz and Margaret Gatz (1997), "Age Differences in Information-Seeking among Cancer Patients," *International Journal of Aging and Human Development*, 45(2), 85-98.

⁴²³ Sansgiry, Sujit S. and Paul S. Cady (1996), "How the Elderly and Young Adults Differ in the Decision Making Process of Nonprescription Medication Purchases," *Health Marketing Quarterly*, 14(1), 3-21.

⁴²⁴ Deyo RA, Inui TS. Dropouts and broken appointments : a literature review and agenda for futur research *MedCare* 1980; 18: 1146-1157

⁴²⁵ Blackwell B. Drug therapie : patient compliance *N Engl J Med* 1973 ; 289 : 249-52

⁴²⁶ Cromer BA, Tarnowski KJ. Noncompliance in adolescents: a review *J Dev Behav Pediatr* 1989 ; 10 : 207-215

l'adolescent pourrait être liée à une sorte «d'immaturation cognitive» qui ne leur permet pas de réaliser les conséquences à long terme de leurs actes.

Cependant, Le concept de cycle de vie permet aussi de rendre compte de ces évolutions, en matière de désirs, d'attitudes et de valeurs. Le tableau suivant identifie les neuf phases généralement reconnues et les comportements qui leur sont associés. On peut voir que les biens de santé n'apparaissent pas forcément de façon dominante à chaque cycle. Chacun de ces groupes a des intérêts spécifiques. Cependant certaines étapes psychologiques, correspondent à des passages particulièrement significatifs, modifiant les habitudes de consommation et offrant parfois des opportunités aux fabricants de biens et services (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

Tableau 15. Cycle de vie familial et comportement d'achat

Phase du cycle familial	Revenu	Type de consommation
1. Célibataire	Modeste	Vêtements, boissons, loisirs
2. Jeunes couples sans enfants	Croissant	biens durables, loisirs
3. Couples avec enfants de moins de six ans	En baisse	Logement, équipement, jouets, <u>médicaments</u>
4. Couples avec enfants de plus de six ans	En hausse	Education, sport
5. Couples âgés avec enfants à charge	Stable	Résidence secondaire, mobilier, éducation
6. Couples âgés sans enfants à charge, chef de famille en activité	Maximum	Voyage, loisirs, résidence de retraite
7. Couples âgés, mariés sans enfants à charge, chef de famille retraité	En baisse	<u>Santé</u> , loisirs
8. Agé, seul, en activité	Stable	Voyage, loisirs, santé
9. Agé, seul, retraité	En baisse	<u>Santé</u>

Source : adapté de Williams D. Wells et Georges Gubar, « life Cycle Concept in Marketing Research », *Journal of Marketing Research*, nov. 1966, p. 362. Voir également Patrick Murphy et Williams A. Staples, « A Modernized Family Life Cycle Concept », *Journal of Consumer Research*, Juin 1979, p 12-22 et Frederick W. Derrick et Alane E. Linfield, « The family life Cycle : An alternative Approach », *Journal Of Consumer Research*, septembre 1980, p. 214-217.

1.3.3 Le genre

Les hommes et les femmes sont supposés utiliser différentes stratégies lors du processus décisionnel.

Freiden et Goldsmith (1989)⁴²⁷ ont mené une enquête postale auprès des nouveaux résidents afin d'examiner leurs comportements de recherche d'information externe pour les services professionnels, y compris les services médicaux, juridiques, dentaires et vétérinaires. Ils ont constaté que les femmes dominaient la recherche d'information pour les médicaments et les services médicaux, et que les maris assumaient la responsabilité principale de rechercher des informations sur les services juridiques.

Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)⁴²⁸ ont constaté que les sujets féminins étaient plus susceptibles d'obtenir des ordonnances pour d'autres (p. Ex. Les enfants) et moins susceptibles de demander des renseignements aux médecins.

1.3.4 La position socioéconomique

La position socioéconomique est définie par Max Weber en 1958 comme l'ensemble des opportunités économiques dont dispose un individu donné doté de ses connaissances, de ses actifs et de ses compétences dans une société de libre-échange (cité par Lynch JW et Kaplan GA, 2000). Cette définition a été adoptée par les chercheurs nord-américains en santé publique et elle prédomine dans la littérature scientifique au détriment des définitions marxistes des classes sociales⁴²⁹. La position socioéconomique est souvent mesurée par les indicateurs sur l'éducation, le revenu et l'occupation au sens de la tradition wébérienne. Ces aspects fournissent des ressources aux hommes et aux femmes en matière de capacités financières, de connaissances et d'habiletés, et leur permettent de satisfaire des besoins et de cumuler avoirs et richesse. Ces ressources sont donc utiles pour la compréhension des relations entre la position socioéconomique et la santé (Lynch et Kaplan 2000⁴³⁰; Grundy et Holt 2001⁴³¹).

⁴²⁷ Freiden, Jon B. and Ronald E. Goldsmith (1989), "Prepurchase Information Seeking for Professional Services," *Journal of Services Marketing*, 3(1), 45-55

⁴²⁸ Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987), op. cit

⁴²⁹ Noufou Gustave NANA, Facteurs socioéconomiques associés à l'usage des médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans vivant dans la communauté : L'étude internationale sur la mobilité des personnes âgées (IMIAS) Mémoire présenté à l'École de Santé Publique en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en santé communautaire, Juin 2014

⁴³⁰ Lynch, J. W. et G. A. Kaplan (2000). "Socioeconomic Factors. In: Berkman LF and Kavachi I. (eds) *Social Epidemiology*." *New York: Oxford University Press*: 13-35.

⁴³¹ Grundy, E. et G. Holt (2001). "The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities?" *J Epidemiol Community Health* 55(12): 895-904.

Ainsi, L'inégalité de la distribution des soins en santé explique en partie les dépenses dans le système. Nous pouvons retrouver un plus haut taux de prévention de la maladie là où il y'a le plus de médecins et d'hôpitaux. Le fait d'habiter la région urbaine, on retrouve moins de spécialistes et moins de technologies avancées en région rurale. Lago (1993)⁴³² a conclu, selon ses recherches, à un plus haut niveau de consommation de médicaments chez les personnes habitant dans une région urbaine.

1.3.5 Etat de santé

La santé est, selon la définition de l'OMS "un état complet de bien-être physique, mental, social" devant être accessible à tout individu ; elle "ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

L'observateur contemporain pourrait être porté à oublier l'importance du contexte culturel, géographique ou historique dans la définition d'une condition comme étant pathologique. La mélancolie, la faiblesse féminine, furent autrefois considérées comme des maladies. Et l'apparition de l'hypertension, de l'allergie (Jackson, 2001)⁴³³ et de l'hypercholestérolémie au rang des maladies ne date que de quelques décennies. Theriot (2001)⁴³⁴ met en garde le chercheur qui oublierait de situer le matériel produit au XIX^{ème} siècle dans le contexte de l'époque. Il semble admis, de nos jours, que la définition d'une maladie varie selon les contextes (Côté, 2000)⁴³⁵. L'interprétation de données historiques liées aux médicaments impose, à cet égard, une démarche de contextualisation dont l'absence limite la valeur de l'analyse qu'on en fait (De Bonville, 1989⁴³⁶; Laird, 2002⁴³⁷).

L'approche consumériste⁴³⁸ expliquée parfois à travers la promotion autour du médicament est à l'origine d'apparition de maladies construites autour de besoins ressentis et non réels: calvitie (Gotsche, 2002⁴³⁹), dysfonction érectile (Hart et Wellings, 2002⁴⁴⁰; Healy,

⁴³² Lago, D., Stuart, B. et Ahern, F. 1993. « Rurality and prescription drug utilization among the elderly: an archival study », *Journal of Rural Health*, 9(1), p.6-16

⁴³³ Jackson, 2001, op. cit

⁴³⁴ Theriot, N. M. (2001), « Negotiating Illness: Doctors, Patients, and Families in the Nineteenth Century », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 37, 4, 349-368.

⁴³⁵ Côté, L., et Daigle, J.-G. (1999), *Publicité de masse et masse publicitaire : le marché québécois des années 1920 aux années 1960*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

⁴³⁶ De Bonville, J. (1989), « Recension du livre de Denis Goulet, *Le commerce des médicaments au début du siècle* », *Recherches sociographiques*, 39, 2, 291-295.

⁴³⁷ Laird, P. W. (2002), « Stronger Than Dirt: A Cultural History of Advertising Personal Hygiene in America, 1875-1940 (revue) », *Journal of Macromarketing*, 22, 2, 192-193.

⁴³⁸ Le consumérisme principe analysé au niveau de la partie traitant du comportement du consommateur.

⁴³⁹ Gotsche, P. C. (2002), « Commentary: Medicalisation of risk factors », *British Medical Journal*, 324, 7342, 890-891.

2004⁴⁴¹; Moynihan et al., 2002; Tiefer, 2000⁴⁴²), phobie sociale (Healy, 2004; Moynihan *et al.*, 2002), désordres émotifs (Dworkin, 2001; Sismondo, 2004; Williams et Calnan, 1996) autant de « pseudo » maladies qui s'inscrivent dans un contexte de modernisation.

Par ailleurs les études qui inscrivent l'état de santé au rang des facteurs explicatifs de la consommation des médicaments varient.

L'enquête ESPS (menée sur des consommateurs français), (Dourgon P., Sermet C., 2002)⁴⁴³, avait expliqué l'état de santé est approché par des indicateurs généraux comme les indices de risque vital ou d'invalidité et la note subjective d'état de santé. L'étude en analysant les déterminants de la consommation, réalisée pour huit classes thérapeutiques différentes fait apparaître que le motif principal qui explique la probabilité de recours est de loin l'état de santé. Ainsi les personnes semblent donc reporter la prise de médicaments et consommer seulement lorsque leur état de santé est plus dégradé.

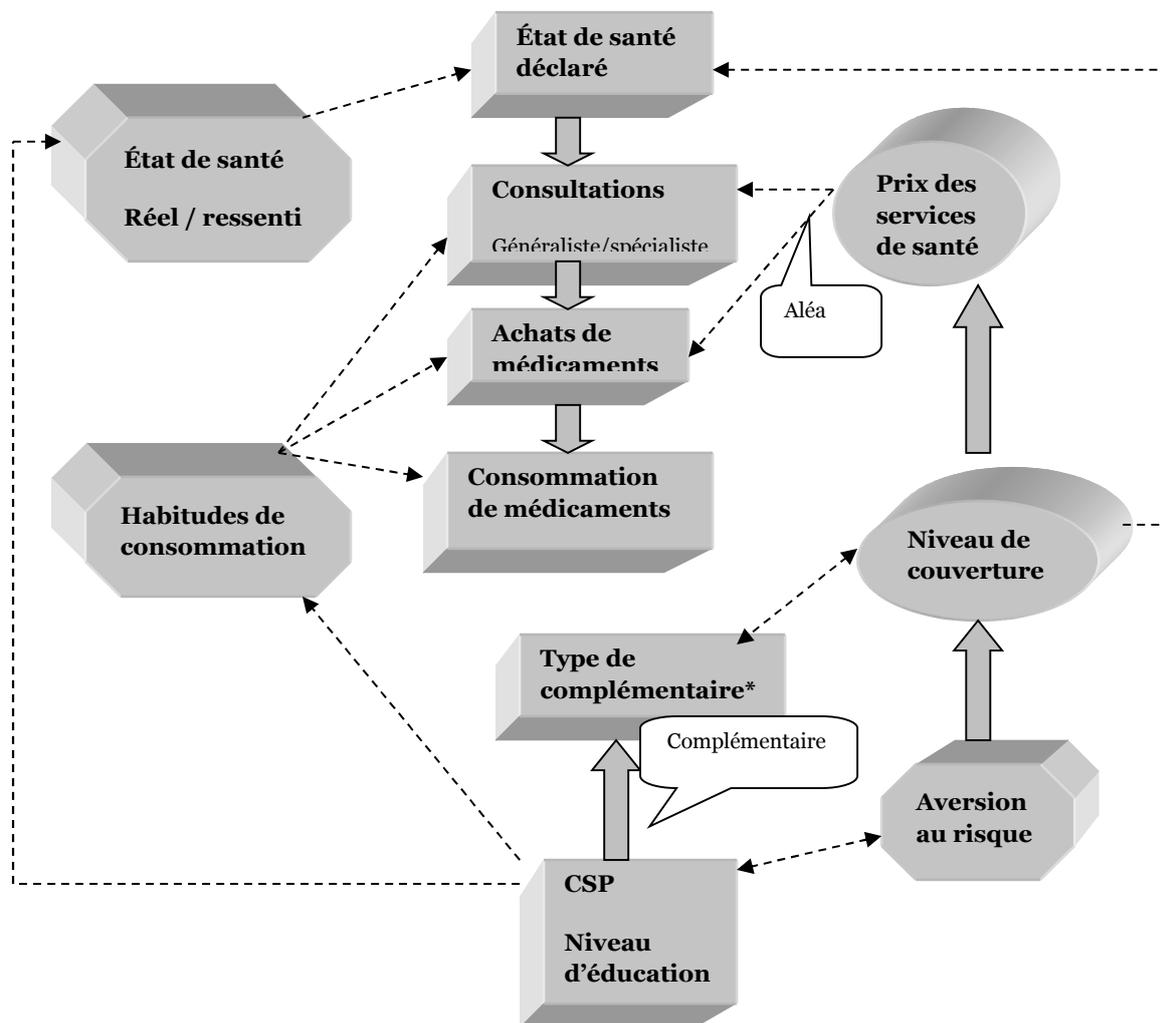
⁴⁴⁰ Hart, G., et Wellings, K. (2002), « Sexual Behaviour and Its Medicalisation: In Sickness and in Health », *British Medical Journal*, 324, 7342, 896-900.

⁴⁴¹ Healy, D. (2004), « Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves », *Social Studies of Science*, 34, 2, 219-245.

⁴⁴² Tiefer, L. (2000), « Sexology and the Pharmaceutical Industry: The Threat of Co-optation », *Journal of Sex Research*, 37, 3, 273-283.

⁴⁴³ Dourgon P., Sermet C., la consommation des médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? n°52, CREDES 2002, biblio n° 1380

Figure 24. L'état de santé comme un des éléments explicatifs de la consommation médicamenteuse



* : Type de complémentaire : non seulement mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance, mais aussi absence de couverture complémentaire

Source : Paul Dourgnon. Catherine Sermet. La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES, Juin 2002 ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes52.pdf>

1.3.5.1 Le Locus de contrôle de la santé

(LC) locus de contrôle ou HLC en anglais Health locus control, se réfère à la perception d'un individu sur la source de contrôle sur son propre comportement. Les personnes ayant un locus de contrôle «interne» croient que leur comportement est déterminé par leurs propres décisions et efforts personnels. En revanche, les personnes ayant un locus de contrôle «externe» croient que leur vie est déterminée par le destin, le hasard, la chance ou d'autres puissants.

Ce concept et l'échelle qui le mesure ont été développés à l'origine par Rotter (1954, 1966)⁴⁴⁴ sur la base de sa théorie de l'apprentissage social. LC a été considéré comme général au début, mais Rotter (1975) a suggéré qu'il y avait un besoin de mesures spécifiques à la zone. Reflétant le besoin d'une nouvelle mesure pour chaque domaine spécifique, une échelle de Locus de contrôle de la santé (LCS) a été élaborée pour mieux prédire les comportements liés à la santé (Wallston, Wallston, Kaplan et Maide, 1976⁴⁴⁵; Wallston, Wallston et DeVellis, 1978⁴⁴⁶). Le locus de contrôle de santé (LCS) est défini comme l'attribution par une personne des causes de sa bonne ou de sa mauvaise santé. Les personnes avec LCS forte "interne" croient qu'elles peuvent affecter leur état de santé par leurs propres actions proactives tandis que les personnes avec LCS "externe" pensent que leur état de santé est décidé par des forces extérieures telles que la chance, le hasard ou d'autres puissantes. Il a été démontré que les personnes avec plus de LCS interne adhèrent généralement plus étroitement aux régimes de santé et s'engagent dans des actions de protection de la santé que les personnes avec plus de LCS externe (Bundek, Marks et Richardson, 1993⁴⁴⁷; Newsom, Knapp et Schultz, 1996⁴⁴⁸; Turbin et Costa, 1998).

Braman et Gomez (2004)⁴⁴⁹ ont étudié l'effet de plusieurs variables de personnalité, y compris le locus de contrôle de santé (LCS), sur le désir de recevoir une information complète et de prendre des décisions - pouvoir dans les interactions médecin-patient chez les adultes d'âge moyen et plus âgés. Ils ont utilisé le questionnaire sur le locus de contrôle multidimensionnel de la santé (Wallston, Wallston et DeVellis, 1978), qui contient des échelles internes et puissantes et des échelles LCS aléatoires mesurant différentes dimensions de LCS. L'échelle interne de LCS a mesuré à quel point les gens croient que le contrôle de la santé est interne, rendant ainsi l'individu responsable.

La puissante échelle LCS a mesuré la conviction des gens que leurs décisions en matière de santé et sont contrôlées par l'influence des autres, y compris des médecins et

⁴⁴⁴ Rotter, Julian B. (1954), *Social Learning and Clinical Psychology*, Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.

⁴⁴⁵ Wallston, Kenneth A., Shirley Maides, and Barbara Strudler Wallston (1976), "Health-Related Information Seeking as a Function of Health-Related Locus of Control and Health Value," *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.

⁴⁴⁶ Wallston, Kenneth A., Barbara Strudler Wallston, and Robert DeVellis (1978), "Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales," *Health Education Monograph*, 6(2), 160-170.

⁴⁴⁷ Bundek, Nancy I., Gary Marks, and Jean L. Richardson (1993), "Role of Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women," *Health Psychology*, 12, 193-199.

⁴⁴⁸ Newsom, Jason T., Judith E. Knapp, and Richard Schulz (1996), "A Longitudinal Analysis of Specific Domains of Personal Control and Depressive Symptoms in Patients with Recurrent Cancer," *Health Psychology*, 15, 323-331.

⁴⁴⁹ Braman, Amie C. and Rowena G. Gomez (2004), "Patient Personality Predicts Preference for Relationships with Doctors," *Personality and Individual Differences*, 37, 815-826.

d'autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que des membres de la famille et des amis. Au hasard et donc entièrement hors de leur contrôle. Les résultats ont montré que les adultes ayant une plus grande croyance que l'entourage contrôlait leur santé étaient moins susceptibles d'être impliqués dans le processus d'achat ainsi envers la décision d'achat.

1.3.5.2 La nature de la pathologie

Ce facteur revêt une grande importance dans le cas des maladies chroniques ou les rencontres avec le médecin par exemple se font rares et le rôle de ce dernier consiste principalement à aider le patient à se prendre en charge. Dans le cas de maladie irrémédiable les informations ne présentent plus la même valeur pour le patient gravement atteint par exemple, ainsi ces patients cherchent moins que les autres à obtenir des explications médicales à propos de leur état de santé (Vick et Scott, 1988).

Hunt, Kreiner et Brody, 2012⁴⁵⁰, indiquent que les personnes âgées, comme les autres groupes d'âge, utilisent des médicaments en vente libre pour gérer les symptômes communs auto-diagnostiquables, tels que la douleur, la diarrhée, la toux ou la fièvre. L'utilisation courante de ces médicaments suggère que les médicaments à prescription médicale facultative sont une composante importante des soins auto-administrés. En effet, des études qualitatives suggèrent que les patients peuvent adhérer sélectivement aux schémas médicamenteux (et même modifier les schémas thérapeutiques en fonction des symptômes perçus) afin d'exercer un contrôle sur les maladies chroniques.

1.3.6 La profession

L'occupation a été utilisée comme un indicateur de la classe sociale au Royaume-Uni et dans plusieurs pays d'Europe. La catégorisation des emplois reflète la hiérarchisation des occupations avec une spécification du travail dans la population comme dans « The Whitehall Study », une étude longitudinale des fonctionnaires de Londres (Smith, Shipley et al. 1990)⁴⁵¹.

L'occupation prend toujours en compte les milieux de travail. Les environnements de travail ont toujours affecté la santé des individus, et il existe une association entre le travail et la santé. La hiérarchisation du travail à travers différents types d'occupations intègre aussi l'éducation des individus, et les occupations qui comportent plus de risques reviennent le plus souvent aux individus ayant un faible niveau d'éducation. Ces occupations sont généralement des travaux d'exécution avec, le plus souvent, un contact avec l'environnement physique, et

⁴⁵⁰ Hunt M, Kreiner M, Howard B., 2012, the changing face of chronic illness management in primary care; a qualitative study underlying influences and unintended outcomes, 2012.

⁴⁵¹Smith, Shipley et al., Intermittent Claudication, heart disease risk factors and mortality, 1990.

les personnes chargée de ses activités se retrouvent habituellement avec de faibles revenus (Lynch et Kaplan 2000). L'occupation peut aussi être divisée simplement en occupation manuelle et occupation non manuelle. Les personnes qui travaillent dans des occupations manuelles ont généralement moins d'autonomie, sont plus contrôlées et ont moins de soutien que les travailleurs ayant des occupations non manuelles (Karasek, Baker et al. 1981)⁴⁵². De ce fait, le travail manuel comporte souvent plus de risques pour la santé.

1.3.7 Le revenu

Le revenu réfère à la capacité financière dont dispose un individu ou sa famille dans une période de temps donnée pour subvenir à ses besoins. Les mesures du revenu sont constituées d'auto-évaluations continues ou de catégoriques de revenu de la famille, soit sur le plan personnel ou sur le plan du ménage (Backlund, Sorlie et al. 1996). Le niveau de revenu est important, car il est relié à la satisfaction des besoins par le biais de ce que l'on peut acheter. Le revenu est une mesure essentielle dans les études socioéconomiques, car il détermine les conditions matérielles qui peuvent influencer la santé.

Le revenu a également été considéré comme un déterminant de la recherche d'information dans les milieux de soins de santé. Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)⁴⁵³ ont montré que les personnes ayant un revenu plus élevé étaient moins susceptibles de demander des renseignements sur les médicaments d'ordonnance auprès des médecins. De même, Hekmat, Farris et Dunning (1998)⁴⁵⁴ ont constaté que les consommateurs à faible revenu accordaient plus d'importance à l'opinion des dentistes ou des professionnels de la santé quant au choix d'un médicament que les consommateurs à revenu élevé.

Selon Cochrane (1997)⁴⁵⁵ les leviers les plus importants pour augmenter la longévité seraient l'éducation, le style de vie, l'environnement, la technologie de l'information, une meilleure nutrition et le revenu.

Les liens pouvant existés entre les dépenses consacrées à la santé et leur impact sur le niveau d'une population ont fait l'objet de nombreuses publications au cours des dix dernières

⁴⁵² Karasek, R., D. Baker, et al. (1981). "Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men." *Am J Public Health* **71**(7): 694-705.

⁴⁵³ Barkdoll, Gordon et Chun (1987), op. cit

⁴⁵⁴ Hekmat, Firooz, Roy Farris, and Darlene Dunning (1998), "Information Source Preferences for Selecting Dental Services Among Elderly Consumers," *Health Marketing Quarterly*, 16(1), 79-92.

⁴⁵⁵ Cochrane AL, St léger AS, Moore F., Health service « input » and mortality « output » in developed countries, *Journal of epidemiology and community health*, 1997, 51 : 344-348.

années. La connaissance des facteurs influençant l'état de santé des populations ainsi que l'impact du niveau des dépenses sur la longévité a évolué dans le temps (Cutler, 2006)⁴⁵⁶.

Cependant en se plaçant sur le marché pharmaceutique celui-ci n'aurait pas un grand effet du moins pour les médicaments remboursés qui représentent l'essentiel de notre étude. En effet, le prix n'aurait pas grand effet en santé puisque soit les produits sont remboursés, ce qui annihile l'effet revenu, soit il serait assez peu éthique de proposer des médicaments de luxe à des prix prohibitifs. C'est le cas par contre dans le cadre des produits de soins et a allégation de santé qui s'adresse en majorité à des personnes ayant un revenu élevé (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

En effet, les régimes d'assurance médicaments publics ou privés procure un meilleur accès aux médicaments en échange du paiement des frais d'un contrat d'assurance. Le niveau de qualité de l'assurance altère la perception du prix des médicaments et atténue le phénomène de rationnement provoqué par ce dernier. L'impact du marché des assurances peut créer une plus grande demande. En fonction du mode de paiement de l'assurance, le prix du médicament apparaît plus faible que celui du marché ou peut même donner l'illusion d'être nul. Cette possible surconsommation constitue un risque moral lié au marché des médicaments (P Batifoulier, JP Domin, P Abecassis, 2010).

En effet au niveau individuel, là où existent des mécanismes de socialisation du risque maladie, le patient n'est pas confronté au prix total des soins médicaux quelque soit leur nature.

La généralisation de la couverture maladie rend plus lâche la liaison entre les dépenses de santé et le prix perçu par les malades (Fargeon, 2004)⁴⁵⁷. La solvabilisation de la demande par des systèmes de couverture socialisés rend la régulation par les prix inopérante et serait à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé. C'est le phénomène d'aléa moral ex post qui est en cause ici.

En outre, selon Lynch et Kaplan (2000) le revenu aurait des implications sur la santé à travers la qualité, le type et la localisation de l'habitat, sur l'alimentation, l'habillement, le transport, les soins de santé, les perspectives culturelles, les loisirs, les activités physiques et l'exposition à une variété de risques environnementaux.

⁴⁵⁶ Cutler D, Deaton A., Lleras-Muney A., The determinants of mortality, journal of economic perspectives- volume 20, numéro 3-été 2006-pp97-120

⁴⁵⁷ V Fargeon, Introduction à l'économie de la santé, Presses universitaires de Grenoble, 2014.

Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987)⁴⁵⁸ ont montré que les personnes ayant un revenu plus élevé étaient moins susceptibles de demander des renseignements sur les médicaments d'ordonnance auprès des médecins. De même, Hekmat, Farris et Dunning (1998)⁴⁵⁹ ont constaté que les consommateurs à faible revenu accordaient plus d'importance à l'opinion des dentistes ou des professionnels de la santé quant au choix d'un dentiste que les consommateurs à revenu élevé.

Newhouse (1977)⁴⁶⁰ soulignait le fait que la santé était un bien de luxe et donc avec une élasticité revenu supérieure à un. Avec l'amélioration des méthodes économétriques et des bases de données, les recherches contemporaines en sont venues à la conclusion qu'il s'agissait d'un bien normal nécessaire dont l'élasticité revenu est autour de 1 à la fin des années 90. Sur le même sujet, Stuart et Grada (1998)⁴⁶¹ ont démontré que plus le revenu était élevé, plus la probabilité d'utiliser les médicaments pour se soigner était grande.

Enfin, les difficultés financières seraient parfois à l'origine de renoncement aux soins ou d'un recours aux soins plus tardif pouvant engendrer une dégradation de l'état de santé à l'origine d'une mortalité plus élevée ou d'une surconsommation involontaire de soins et de médicaments (Couffinal et al., 2002).

1.4 Facteurs psychologiques

Le marketing devrait comprendre ce qui se passe dans l'esprit du consommateur entre l'arrivée du stimulus marketing et la décision. Quatre mécanismes-clés interviennent : la motivation, la perception, l'apprentissage et la mémoire (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

1.4.1 La motivation

Les besoins ressentis par un individu sont de nature très diverse. La plupart des besoins latents ou conscients, ne poussent pas nécessairement l'individu à agir. Pour que l'action intervienne, il faut en effet que le besoin ait atteint un niveau d'intensité suffisant pour devenir un mobile (P Kotler, K Keller, B Dubois, D Manceau 2006).

⁴⁵⁸ Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon et Chun (1987), op. cit

⁴⁵⁹ Hekmat, Farris et Dunning (1998), op. cit

⁴⁶⁰ Newhouse (1977), op. cit

⁴⁶¹ Stuart, Bruce and James Grana (1995), "Are Prescribed and Over-the-Counter Medicines Economic Substitutes? A Study of the Effects of Health Insurance and Medicine Choices by the Elderly," *Medical Care*, 33, 487-501.

La notion de besoins de santé renvoie à l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Au niveau individuel, l'expression d'un besoin de santé traduit une détérioration -au moins perçue -de l'état de santé (Chambaretaud, Hartmann, 2004)⁴⁶². Il s'agit en réalité simplement de reconnaître le fait d'avoir besoin de médicament et cette reconnaissance vient du décalage entre la situation idéal du patient (qui est dans ce cas d'être en bonne santé) et la situation réelle (être malade) (Darpy&Volle, 2007). Si le médicament ne se vend que sur prescription, la reconnaissance du besoin se fera par le médecin.

Par ailleurs, les besoins et motivations sont un élément déterminant de la consommation de santé. Les besoins sont ici essentiellement physiologiques et correspondent à un malaise, une recherche de mieux-être. La consommation de médicaments est le plus souvent de type rationnel puisque ce n'est pas une consommation « plaisir », sauf pour certains individus dont nous reparlerons dans le concept de soi. La notion de besoin est cependant elle-même évolutive. Certains troubles considérés antérieurement comme non pathologique peuvent être présentés comme tels suite à la mise sur le marché d'un nouveau produit. La stratégie consiste ici à créer le besoin et à déclencher la motivation d'aller consulter voire d'acheter le produit si celui-ci est en vente libre.

Les besoins et motivations seront sensiblement différents dans le cas de la dermocosmétique ou les aliments santé, ou la dimension de plaisir et de rêve prend une place essentielle.

1.4.2 La perception

Un individu motivé est prêt à l'action. La forme que prendra celle-ci dépend de sa perception de la situation. La perception est le processus par lequel un individu choisit, organise et interprète des éléments d'information externe pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure⁴⁶³.

⁴⁶² S Chambaretaud, L Hartmann, *Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles*, Revue de l'OFCE 2004/4 (n° 91).

⁴⁶³ Bernard Berelson et Gary A Steiner, *Human Behavior : an inventory of scientific finding* (New York : Harcourt, Brace & World, 1964), p. 88.

1.4.2.1 Perception et concept de soi

Le concept de soi joue ici dans le cas où l'état de santé perçu est différent de l'état de santé réel. Le patient peut alors se sous-médiquer ou se sur-médiquer en fonction du sens du décalage. Cette perception peut être induite par les stratégies de communication des entreprises, en particulier sur les nouvelles pathologies (MP Serre, D Wallet Wodka, 2008)⁴⁶⁴.

a. Concept de soi et surconsommation médicamenteuse

La surconsommation médicale concernerait en effet des groupes d'individus hyperconsommateurs correspondant à l'individualisme conquérant Castel (2004)⁴⁶⁵. Aubert (2004, p. 17)⁴⁶⁶ indique : "on assiste à une recomposition de l'identité personnelle, à la fois renforcée et fragilisée, au renouvellement des profils psychologiques, à l'émergence de nouveaux types de pathologies, à une hyper-compétitivité permanente et à un rapport au temps inédit".

Le sentiment d'insécurité, la peur de l'avenir a envahi les esprits, la santé s'impose comme une obsession de masse Lipovetsky (2004, p.90-91)⁴⁶⁷. Bien que surinformés, les individus hypermodernes n'en sont pas moins déstructurés. Comme l'indique Lipovetsky (2004, p.37), "la crainte s'est imposée à la jouissance, l'angoisse à la libération : l'obsession de soi aujourd'hui se manifeste moins dans la fièvre de la jouissance que dans la peur de la maladie et de l'âge, dans la médicalisation de la vie"

Ainsi, pour cette catégorie d'individus "les flamboyants"(Castel ; 1996), être en mauvaise santé c'est ne plus être compétitif, c'est admettre qu'une vie flamboyante axée sur l'excès, le stress, n'est pas tenable à long terme. La consommation médicale de ces patients se caractérise notamment, par une exigence accrue.

Selon Castel (1996), cette surconsommation médicale deviendrait non pas un moyen de continuer à être compétitif mais de rester dans le wagon d'une consommation égalitaire pour tous.

Deux catégories de patients seraient en effet concernées par ce phénomène ;

- Des patients autonomes, hyper-indépendants affranchis de toute responsabilité envers la société ou les systèmes de régulation collective (Bauman,

⁴⁶⁴ MP Serre, D Wallet Wodka, 2008, op. cit, p 4.

⁴⁶⁵ R. Castel (1996), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard

⁴⁶⁶ N. Aubert (2004), "L'intensité de soi", in *L'individu hypermoderne*, dir. Aubert N., Cahors, Erès éditions, 73-88

⁴⁶⁷ G. Lipovetsky (2004), *Les temps Hypermodernes*, Paris, Grasset

2000⁴⁶⁸ ; Aubert, 2004 ; Cournut, 2004⁴⁶⁹). Et ce comme le rappelle Castel (1996, 2004), parce qu'ils bénéficient d'un socle de ressources économiques et sociales.

- Des patients en situation précaire qui pour eux, la santé serait le dernier secteur de consommation auquel ils ont accès : "se faire soigner comme les autres", "aller chercher ses médicaments à la pharmacie comme les autres", "être accueilli sans discrimination physique, mentale, sociale, raciale", "recevoir un traitement déférent et unique", "être couvert par le secret médical comme tout individu" donne un sentiment d'appartenance à la même société que ses contemporains. Les rêves égalitaires issus du contrat social de l'époque moderne perdurent, dans les pharmacies comme à l'hôpital (Notebaert JF, Le Pogam MA, 2006)⁴⁷⁰.

1.4.2.2 Perception et poids des croyances du patient

L'étude de Schmitt et coll, (1990)⁴⁷¹ illustre le poids des croyances du patient sur ses comportements en matière de santé : les auteurs constatent que 20% des patients iront, après avoir consulté un psychiatre, voir un guérisseur, un acupuncteur ou un homéopathe.

Nous allons par ailleurs afin de mieux cerner ce concept présenter le modèle des croyances en santé (the health belief model en anglais) (Rosenstock, 1974⁴⁷² ; Risker, D. C.1996⁴⁷³).

a. Le Modèle de Croyance en Santé (Le health belief model)

Le terme Health Belief Model (HBM) peut se traduire par « modèle de croyances en matière de santé. » Il a été développé au cours des années cinquante par Rosenstock dans le domaine de la médecine préventive. Il s'inspire des théories de la motivation d'Atkinson ou Lewin, dans lesquelles chaque comportement dépend de deux principaux facteurs: la valeur que le sujet accorde à un but (par exemple guérir), et le crédit qu'il donne au comportement pour atteindre ce but (par exemple prendre tel médicament pour guérir). Les interventions

⁴⁶⁸ M. Baumann, F. Alla, F. Empereur (2001) Psychotropes et dépendances – Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie

⁴⁶⁹ J. Cournut (2004), "Les Défoncés", in *L'individu hypermoderne*, dir. Aubert N., Cahors, Erès éditions, p.73-88

⁴⁷⁰ JF Notebaert, M A Le Pogam Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? *Management & Avenir* 2006/3 (n° 9)

⁴⁷¹ Schmitt L., Espitalier F., Peresson G. et coll. Observance médicamenteuse en psychiatrie: l'opinion du patient, *Psychol Med* 1990 ; 22 (6) : 521-524

⁴⁷² Rosenstock, I. M. (1974), "Historical Origins of the Health Belief Model," *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

⁴⁷³ Risker, D. C. (1996), "The Health Belief Model and Consumer Information Searches: Toward an Integrated Model," *Health Marketing Quarterly*, 13(3), 13-26.

basées sur le Health Belief Model ont pour but d'augmenter la prise de conscience par le patient de sa maladie et de l'intérêt du traitement (Becker MH, Maiman LA, 1975⁴⁷⁴ ; Duclos K, 2000⁴⁷⁵). Ainsi son implication variera en conséquence. Rosenstock fonde son modèle sur quatre points:

- La perception par le sujet de sa vulnérabilité à la maladie. C'est à dire sa susceptibilité à développer la maladie.

- La perception subjective par le patient de la gravité de sa maladie, ainsi que des conséquences de celle-ci s'il n'agit pas. Cette perception n'a rien d'objectif ni de rationnel, mais dépend des croyances du sujet.

- Le rapport « contrainte du traitement sur bénéfice ressenti » : Rosenstock met dans la balance d'un côté l'efficacité d'une action et de l'autre ses désagréments (coût financier, physique ou psychique).

- La nécessité d'un événement déclenchant pour initier le comportement étudié (par exemple, la prise d'un traitement par un patient). Cet événement peut être interne à l'individu ou externe (interaction inter-personnelle, conseil d'un proche, impact des médias ...), Rosenstock complète son modèle en y incluant d'autres facteurs tels que la *volonté du patient* à chercher et à accepter un avis médical, l'importance de la souffrance physique, la qualité de la relation au médecin, la satisfaction vis à vis de la consultation et du traitement, ou l'expérience que le patient a de la maladie.

Par ailleurs, plusieurs autres études ont repris le modèle des croyances en santé, en essayant d'intégrer quelques modifications ont afin de compléter ce modèle, nous avons essayé de les synthétiser dans le tableau suivant :

⁴⁷⁴ Becker MH., Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, Med Care 1975 ; 13 (1) : 10-24

⁴⁷⁵ Duclos K. Réflexions sur les déterminants de l'observance thérapeutique Perspectives Psy 2000 ; 39 (1) : 52-5

Tableau 16. Modèles complémentaires au modèle de croyance en santé

Modèle	Auteurs	Analyse
Analyse de Becker	Becker et Maiman 1975	<p><i>Compléter adapter le HBM à la particularité de chaque patient ;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La perception par le sujet de sa vulnérabilité : ils ajoutant la croyance du malade dans le diagnostic. - La perception subjective par le patient de la gravité de sa maladie: perception peut inhiber les démarches de soins, par le biais de la peur ou de l'angoisse qu'elle génère. -Le rapport contrainte du traitement, bénéfice ressenti : tempéré par le poids de la confiance que les patients mettent dans leur médecin.
Le Health Decision Model	Eraker, Kirscht, et Becker 1984	<p><i>Dans ce modèle, les auteurs s'intéressent aux souhaits et expériences médicales précédentes du patient.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Le patient s'appuie sur ses croyances préexistantes ; -Des croyances qu'il faut connaître pour modifier ou adapter les prescriptions. -Reconnaître le poids de facteurs tels que l'expérience, les acquisitions et les variations sociales. -Il est important de s'appuyer sur les préférences du patient pour y adapter les prescriptions.

Source : M bureau, l'observance thérapeutique: ses facteurs et ses enjeux, thèse de doctorat en médecine, université de Nancy, France 2001.

1.4.2.3 Perception entre couleur et marque du médicament

Depuis l'origine de la médecine, les attentes à l'égard d'un médicament sont associées à son aspect ou à son pouvoir supposé et jouent un rôle significatif sur son efficacité thérapeutique. L'effet « placebo » (« je plairai » en latin) a été reconnu dès Socrate et il est pris en compte dans tous les essais cliniques (Moerman & Jonas, 2002⁴⁷⁶). Plus spécifiquement, l'apparence du médicament (en particulier sa couleur et sa forme) semble avoir une influence sur son efficacité perçue (Buckalew & Coffield, 1982a⁴⁷⁷ ; Rouillet B, Droulers O⁴⁷⁸).

Peu de recherches ont porté sur l'étude des effets de la couleur du médicament sur les attitudes à l'égard du produit ou du traitement, aussi sur l'effet de la marque et du packaging. Nous avons identifié neuf études antérieures, conduites entre 1970 et 1991. La plupart de ces études ont porté sur des patients plus que sur des consommateurs, dont le nombre était souvent limité. Les résultats constatés sont parfois divergents ou peu significatifs. Il ressort néanmoins de cette revue de littérature que la couleur du médicament influence effectivement sa potentialité supposée et ainsi que les attitudes à son égard.

De plus, Johnson et Drungle (2000)⁴⁷⁹ ont mené une expérience pour examiner la relation entre la familiarité des consommateurs avec les marques de médicaments en vente libre et la décision d'achat de médicaments en vente libre. Ils ont constaté qu'une plus grande familiarité avec les marques de soulagement de la douleur en vente libre qui avaient été régulièrement achetées a conduit les sujets de l'expérience à choisir les marques régulièrement achetées. Considérant que la familiarité est une dimension ou un antécédent de la fidélité à la marque.

a. La couleur du médicament et influence sur la potentialité et l'efficacité

Une multitude d'études s'est intéressé aux relations existant entre la couleur et la forme d'un médicament (solide) et leur influence sur la potentialité et l'efficacité perçues. Le premier groupe dont ; Schapira et al. (1970) montrèrent que l'angoisse de patients était davantage réduite avec des pilules vertes et la dépression avec des pilules jaunes. Cattaneo,

⁴⁷⁶ Moerman DE, Jonas WB, Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response, 2002.

⁴⁷⁷ Buckalew & Coffield, 1982a, An investigation of drug, a expectancy as function of capsule color and size preparation from, 1982.

⁴⁷⁸ Bernard Rouillet & Olivier Droulers- Couleur du conditionnement pharmaceutique et croyance envers le médicament ; <http://prism.univ-paris1.fr/sites/resserver.php?blogId=25&resource=Couleur%20du%20packaging%20pharmaceutique%20IAE%202004.pdf>

⁴⁷⁹ Johnson et Drungle, Information Search and Decision Making: The Effects of Age and Complexity on Strategy Use, 2000.

Lucchelli & Filippucci (1970), ainsi que Lucchelli, Cattaneo & Zattoni (1978)⁴⁸⁰, démontrèrent que des pilules bleues induisaient plus rapidement un sommeil de meilleure qualité que des pilules oranges. Des constats similaires furent établis par Blackwell, Bloomfield & Buncher (1972)⁴⁸¹, qui trouvèrent un effet sédatif accru pour des gélules bleues. Huskisson (1974)⁴⁸² montra qu'un placebo rouge était aussi efficace qu'un analgésique réel d'une autre couleur. Sallis & Buckalew (1984)⁴⁸³ démontrèrent que la puissance perçue d'un médicament variait en fonction de sa couleur ; par ordre décroissant, ces couleurs étaient le rouge, le noir, l'orange, le jaune, le vert, le bleu et le blanc. Par la suite, Coffield & Buckalew (1988) indiquèrent que les préférences de couleurs n'étaient pas influencées par le genre ou un traitement en cours mais qu'elles pouvaient influencer sur l'acceptabilité du médicament et l'observance associée (i.e. le respect des posologies et des durées de traitement prescrites).

b. Couleur du médicament et attribution à une classe thérapeutique

Un second groupe d'études s'est penché sur les relations existant entre la couleur des médicaments et leur attribution à une classe thérapeutique particulière. Jacobs & Nordan (1979) montrèrent que des pilules placebos rouge et jaune étaient plutôt catégorisées en tant que stimulants, tandis qu'un placebo bleu était assimilé à un tranquillisant. Dans deux expérimentations successives, Buckalew & Coffield (1982a ; 1982b)⁴⁸⁴ démontrèrent que des facteurs ethniques ou culturels pouvaient modifier les classifications générales d'un médicament coloré : une pilule blanche pouvant être considérée alternativement comme un stimulant ou un analgésique. Enfin, Buckalew & Ross (1991)⁴⁸⁵ révélèrent que seules quelques couleurs présentaient des rapports évidents avec des classes thérapeutiques données : l'orange et le beige pour des produits dermatologiques et le rouge pour des tonicardiaques.

Leurs principales conclusions furent que « la couleur d'un médicament semble influencer son efficacité, mais des tendances convergentes ne sont pas apparentes ». Ils conclurent que de futures recherches « contribuant à une meilleure compréhension de l'effet de la couleur d'un médicament » s'avéraient nécessaires. Nous concluons aussi que la perception de la marque, sa couleur ou son packaging peuvent éventuellement avoir un effet sur l'attitude du consommateur envers le médicament ce qui influera sa décision d'achat.

⁴⁸⁰ Lucchelli, Cattaneo & Zattoni, effect of capsule colour and order of administration of hypnotic treatment, 1978.

⁴⁸¹ Blackwell, Bloomfield & Buncher, demonstration to medical students of placebo responses and non-drug factors, 1972.

⁴⁸² Huskisson, measurement of Pain, 1974.

⁴⁸³ Sallis & Buckalew, Relation of capsule color and perceived potency, 1984.

⁴⁸⁴ Buckalew & Coffield ., 1982a ; 1982b, op. cit p 185

⁴⁸⁵ Buckalew & Ross., Patients' Compliance: The Problem and Directions for Psychological Research, 1991.

c. La marque du médicament

Le médicament de marque est un terme utilisé pour définir les médicaments qui ne peuvent être produits et vendus que par la société qui détient le brevet pour les médicaments. D'un autre côté, les médicaments génériques peuvent être définis comme des répliques de médicaments de marque ayant les mêmes effets thérapeutiques et effets secondaires, mode d'administration, risques et innocuité, ainsi que la force du médicament original; ce qui signifie que les effets pharmacologiques sont les mêmes que ceux des médicaments de marque (Stoppler & Hecht, 2009)⁴⁸⁶.

Le nom d'un médicament susciterait des effets différenciés selon sa sonorité ou sa consonance (Klink, 2003)⁴⁸⁷. Ainsi, une marque pharmaceutique connue suscitera des effets supérieurs à ceux d'une marque inconnue ou d'un médicament générique, même si cette marque connue dissimule un composant inerte sans efficacité réelle (Branthwaite & Cooper, 1981)⁴⁸⁸.

Par ailleurs, et concernant cette marque qui doit être naturellement prescrite le médecin représente forcément la cible promotionnelle principale de la part des laboratoires, ils ont comme but de les convaincre des atouts d'une marque et de graver son nom dans son esprit (Junod.V, 2006). La décision de prescription médicamenteuse est un acte de plus en plus difficile pour le médecin. Il est obligé de fonder son jugement sur ses connaissances générales en thérapeutique, son expérience, en plus des informations qui lui sont communiquées par les visiteurs médicamenteux des laboratoires pharmaceutiques, dont la vocation commerciale ne doit pas lui échapper. Il faut ajouter à cela les informations scientifiques communiquées par les centres de pharmacovigilance et lors des congrès médicaux (Joffe.H, 2003).

Ainsi, que ce soit pour les médicaments de marque ou les médicaments génériques, il existe différents produits qui répondent à une même solution thérapeutique dans les mêmes conditions d'efficacité et de sécurité. C'est dans cette optique que les marques se

⁴⁸⁶ Stoppler, M. M., & Hecht, B. P. (2009). *MedicineNet.com*. Obtido em 2013, de <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=46204>

⁴⁸⁷ Klink R, Creating Meaningful Brands: The Relationship Between Brand Name and Brand Mark, 2003

⁴⁸⁸ Branthwaite & Cooper, Analgesic effects of branding in treatment of headaches , 1981

différencient, même si le consommateur final n'en est pas conscient puisqu'il est juste un utilisateur (Serre.M.P, Wodka.D, 2008)⁴⁸⁹.

Schuilling et Moss (2004)⁴⁹⁰ soulignent le retard pris dans la gestion du capital marque par l'industrie pharmaceutique par rapport à d'autres industries de biens de consommation. Selon Kapferer (1997)⁴⁹¹, ce retard est lié au fait que les laboratoires pharmaceutiques ne connaissent pas les marques historiquement et culturellement. Néanmoins, en dépit de ce retard, quelques études ont retracé la relation entre la marque pharmaceutique et le choix du consommateur (Ladha, 2007 ; Chailan et Chakroun, 2007)⁴⁹².

Bearden et Mason (1978)⁴⁹³ et Kapferer (1997)⁴⁹⁴ quant à eux se sont intéressés au rôle de la marque pharmaceutique en montrant l'importance de la réputation, notamment dans le comportement de prescription du médecin.

Par ailleurs, le packaging aussi peut être utilisé aussi comme un critère de diversification dans l'industrie pharmaceutique. En effet, il est l'une des caractéristiques du produit, qui se compose du conditionnement et de l'emballage. Cochoy.F (2006) précise que l'emballage n'est pas simplement un moyen de conserver les produits, il est aussi un ensemble d'information technique destinées à orienter le choix du consommateur et un support pour l'image de marque. Ainsi, l'emballage est même le seul moyen pour les laboratoires de toucher directement les patients, car la publicité en direction du grand public pour les médicaments remboursés est interdite par la loi.

1.5 La publicité

La réglementation de la publicité directe aux consommateurs dans les médias audiovisuels a été assouplie en 1997 après la levée de l'interdiction de la publicité des médicaments sur ordonnance en 1985. Ces changements réglementaires ont ouvert la voie à

⁴⁸⁹Salma Ayeb, Kaouther Saied Ben Rached, L'importance des caractéristiques extrinsèques des médicaments génériques sur la prescription médicale, Université Tunis El Manar, Laboratoire de recherche : Etudes et Recherches en Marketing (ERMA).

⁴⁹⁰Schuiling I., Moss G. (2004), How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast-moving consumer goods sector? *Journal of Brand Management*, 11, (5), 366-380.

⁴⁹¹ Kapferer JN. (2007), *Les marques capitales de l'entreprise*, Paris, Eyrolles

⁴⁹² Widiiane Ferchakhi, Jean-Jack Cegarra. L'influence du capital marque sur le risque perçu de la substitution d'un médicament de marque par un médicament générique : proposition d'un modèle. 13TH INTERNATIONAL CONGRESS MARKETING TRENDS ISBN 978-2-9532811-2-7, Jan 2014, Venise, Italie. pp.12, 2014.

⁴⁹³ Bearden et Mason, 1978, op. cit

⁴⁹⁴ Kapferer, 1997, op. cit

de nouveaux canaux de publicité pour les médicaments d'ordonnance (Holtz , 1999)⁴⁹⁵. En outre, Internet est apparu comme une source nouvelle et accessible d'informations sanitaires et médicales. Par exemple, selon un rapport du Pew Internet & American Life Project, 80% des utilisateurs d'Internet adultes, ou 93 millions d'Américains, sont entrés en ligne à la recherche d'informations sur la santé en 2002 (Fox et Fallows, 2003)⁴⁹⁶.

Gopinath et al.⁴⁹⁷ (2000), proposent d'utiliser les médias pour sensibiliser le grand public. Selon eux, cette démarche amènerait une transformation progressive des mentalités vers l'acceptation sociale de la maladie.

Boucharlat, Steimetz M, (1990)⁴⁹⁸ , nous invitent à nous méfier de la publicité, qu'elle soit destinée au grand public ou aux médecins. Selon eux, elle peut entretenir l'illusion du médicament panacée ou du médicament produit de consommation courante. Cela favoriserait l'automédication.

Breen⁴⁹⁹ 1998, estime que l'influence des médias, peut diminuer l'observance.

Khammassi, Mansour et al. (2012)⁵⁰⁰, les firmes pharmaceutiques exerceraient une pression pour accroître les prescriptions, surtout pour les nouveaux médicaments, considérés souvent comme plus performants.

La recherche clinique et l'évolution des connaissances thérapeutiques peuvent également être des raisons d'utiliser de nouveaux médicaments tenus pour plus efficaces chez les personnes âgées par exemple (Khammassi, Mansour et al. 2012).

Selon Paul Slovic (Slovic, Finucane, Peters, MacGregor 2004)⁵⁰¹, chercheur principal en matière de perception des risques et de prise de décision, «l'effet de l'heuristique a une incidence sur la façon dont nous percevons et évaluons les risques, et plus généralement, la manière dont cela affecte toute la prise de décision humaine». Dans le contexte de la publicité

⁴⁹⁵ Holtz, William E. (1999), "Consumer-Directed Prescription Drug Advertising: Effects on Public Health," *Journal of Law and Health*, 13(2), 199-218.

⁴⁹⁶ Fox, Susannah and Deborah Fallows (2003), "Internet Health Resources," *Pew Internet & American Life Project*, July 16. 2003.

⁴⁹⁷ Gopinath B., Radhakrishnan K., Sarma PS., JA YA Chandra N D., Alexander A. A questionnaire survey about doctor-patient communication, compliance and locus of control among south Indian people with epilepsy *Epilepsy Res* 2000 ; 39 (1) : 73-82

⁴⁹⁸ Boucharlat T J., Steimetz M. L'importance de la publicité dans l'acte de prescrire *Psychol Med* 1990 ; 22 (6) : 483-486.

⁴⁹⁹ Breen R., Thornhill JT, .Noncompliance with medication for psychiatry disorder *CNS Drugs* 1998

⁵⁰⁰ Khammassi, N., A. B. Mansour, et al. (2012). "Adverse effects of psychotropic drugs in the elderly: Retrospective study of 35 cases." *Annales Médico-Psychologiques* (170): 251-255.

⁵⁰¹ Slovic, Finucane, Peters, MacGregor Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality, 2004.

direct aux consommateurs (DTC en anglais) dans l'industrie pharmaceutique, la dépendance à l'influence et à l'émotion du consommateur est une méthode de communication plus rapide, plus simple et plus efficace pour les patients. De telles publicités utilisent stratégiquement des composants émotionnels pour guider le traitement de l'information du consommateur d'une manière qui décompose et simplifie l'information complexe et la terminologie médicale (Slovic P, et al., 2004)⁵⁰².

Par ailleurs, et vu que les patients se basent souvent sur les heuristiques des affections qui leur sont communiquées par la publicité DTC afin de peser efficacement les risques et les avantages associés aux médicaments sur le marché. La publicité DTC peut influencer directement sur les décisions des consommateurs pour acheter des produits particuliers. Étant donné que la majorité des consommateurs ont une connaissance limitée de l'information sur les médicaments, les sociétés pharmaceutiques sont en mesure de mettre en œuvre des campagnes publicitaires DTC qui utilisent des composantes affectives pour influencer les consommateurs.

L'apprentissage des effets secondaires négatifs peut provoquer une réaction indésirable des consommateurs contre le médicament promu. L'accent mis sur les effets secondaires joue le rôle de marqueurs somatiques négatifs - émotionnellement des réponses physiologiques - ce qui pourrait soulever une alarme possible chez les consommateurs, ce qui amène les consommateurs à hésiter à considérer l'utilisation de ces médicaments.

Les implications économiques, éthiques et sociales de la publicité des médicaments directement auprès des consommateurs stimulent les débats sur les stratégies de DTC. Plus précisément, les mérites éducatifs du marketing DTC sont continuellement mis en doute. La préoccupation quant à savoir si les consommateurs obtiennent effectivement des informations correctes à partir des publicités de DTC reste très élevée.

Les études suggèrent que les messages de médicaments en vente libre ont tendance à confondre les consommateurs en ce qui concerne les informations sur les effets secondaires et, par conséquent, les consommateurs attribuent des effets secondaires à tous les produits de la même catégorie (Sheffet & Kopp, 1990)⁵⁰³. Les raccourcis cognitifs et émotionnels qui

⁵⁰² Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., MacGregor, DG (2004). Le risque en tant qu'analyse et le risque en tant que sentiments: quelques réflexions sur l'affection, la raison, le risque et la rationalité. *Analyse de risque*. Vol. 24. N° 2.

⁵⁰³ Sheffet & Kopp, *Direct-to-Consumer Advertising and Consumer Prescription Prices*, university of Arkansas, 1990.

structurent les médicaments peuvent favoriser les consommateurs avec de fausses croyances que toutes les drogues similaires sont catégoriquement les mêmes.

Par ailleurs, le marketing DTC offre théoriquement aux consommateurs plus de connaissances sur les produits, augmente leur connaissance et leur fournit des informations sur les nouveaux traitements (Sheffet, MJ, Kopp, SW (1990)⁵⁰⁴. Williams et Hensel (1995)⁵⁰⁵ ont étudié comment les attitudes à l'égard de la publicité sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des consommateurs (DTC) influencent le comportement de recherche d'information des personnes âgées. Ils ont constaté que les attitudes à l'égard de la publicité DTC pour les médicaments sur ordonnance étaient positivement liées à l'intention de rechercher des informations auprès des pharmaciens et des amis, menant éventuellement à la décision d'achat.

SECTION II. Les différents acteurs influençant le processus de prise de décision du patient

Il est indispensable de pouvoir qualifier les individus impliqués ou ayant un impact dans les comportements d'achat ou l'activité de consommation. Dans cette perspective, il s'agit de décrire les acteurs spécifiques au marché des médicaments à PMO/PMF, et de pouvoir éventuellement analyser leur effet sur le processus décisionnel pour les médicaments.

En qualifiant les acteurs sur la base de leur situation courante, on est également en mesure d'apprécier leurs rôles. Le choix d'un médicament notamment à prescription obligatoire sera la conséquence des processus de prise de décision du patient et du médecin conjointement, (Camacho, 2014, p. 426) ⁵⁰⁶. Cette relation médecin-patient est importante à saisir dans son entièreté. Le modèle classique de marketing basé sur les médecins qui conseillent et choisissent pour le patient à fonctionner pendant des décennies, mais le développement technologique économique et social a redonné un rôle au patient dans la relation patient-médecin/pharmacien, ce qui a poussé tous les acteurs concernés à réévaluer leur stratégie et à reconsidérer l'importance du patient.

⁵⁰⁴ Sheffet, MJ, Kopp, SW (1990) Publicité sur les médicaments sur ordonnance au public: maux de tête ou soulagement? *Journal of Public Policy & Marketing*. Vol. 9. 42-61.

⁵⁰⁵ Williams, James. R. and Paul J. Hensel (1995), "Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs," *Journal of Health Care Marketing*, 35-41.

⁵⁰⁶ Camacho, N., Landsman, V. & Stremersch, S. (2010). The connected patient. In Wuyts, S., Dekimpe, M.G., Gijbrecchts, E. & Pieters, R. (Eds.) *The connected customer: the changing nature of consumer and business markets* (pp. 107-140). New-York: Routledge Academic.

2.1 La relation Médecin –Patient

Il est important de prendre en considération la variété des situations sociales des médecins et des patients pour comprendre leurs rapports à la prise de décision pour le choix d'un médicament. Car nous allons voir qu'il existe un ensemble d'enjeux socioculturels et économiques qui dépassent la logique médicale parfois.

2.1.1 Aperçu sociologique de la relation patient -médecin

La relation médecin-patient est au cœur des préoccupations de la plupart des professionnels de la santé. A ce titre, elle fait l'objet d'interrogation permanente sur les conditions auxquelles elle pourrait être améliorée en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutique (Deccache A, 1992)⁵⁰⁷. Mais elle intéresse aussi directement les sciences sociales (Ankri J, Le Disert D, Henrard JC, 1995⁵⁰⁸ ; Mormiche P, 1986⁵⁰⁹ ; Serang-Fonterme R, 1983⁵¹⁰) et en particulier l'anthropologie (Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A, 1983)⁵¹¹ dans la mesure où elle est une relation sociale, et où elle se construit diversement à la fois selon le contexte dans lequel elle se déroule, mais aussi selon les protagonistes de cette relation.

2.1.2 La prescription dans la relation patient-médecin

De nombreuses études sur l'acte de prescription de médicaments ont été analysées sous différents angles.

Un premier axe est marqué par les travaux qui partent du médecin prescripteur et s'intéressent, souvent quantitativement, aux facteurs déterminants la pratique de prescription. Denig et al (1988) ont testé un modèle prédictif qui visait à analyser et à mesurer le poids des facteurs tels que l'attitude du patient, l'expérience professionnelle du médecin et son environnement professionnel ainsi que la valeur accordée aux résultats du traitement et son coût. Britten (2001) s'est intéressé à la prescription comme moyen de défense du médecin généraliste pour maintenir son autonomie clinique. Dans le même contexte, Weiss et

⁵⁰⁷ Deccache A, 1992, La confiance dans la relation médecin patient ? un des paramètres de l'adhésion au traitement, in , Education pour la santé et le bon l'usage du médicament, Editions du CFES, Paris.

⁵⁰⁸ Ankri J, Le Disert D, Henrard JC, 1995, op. cit

⁵⁰⁹ Mormiche P, 1986, Pratiques culturelles, profession et consommation médicale, Economie et Statistiques, N 189.

⁵¹⁰ Serang-Fonterme R, 1983, Les disparités sociales de consommation médicale, Economica, Paris

⁵¹¹ Van der Geest., 1996 Whyte SR, Hardon A, the Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach, Annual review of Anthropology, 25: 153-178.

Fitzpatrick (1997)⁵¹² ont pris pour objet d'étude la prescription médicale pour analyser le processus de « déprofessionnalisation » du médecin, lié à l'apparition d'un nouveau type de patient, plus informé et dans les cas extrêmes, partageant le même savoir médical (Hardey, 1999)⁵¹³.

On s'est également pu relever des travaux sur la prescription par le biais d'études portant sur « l'agenda » des patients c'est-à-dire les points que ceux-ci souhaitent aborder dans la consultation. L'étude de Barry et al (2000)⁵¹⁴ montre ainsi que les symptômes, le diagnostic et la demande de médicaments sont des points d'agenda effectivement évoqués par le patient. Tandis que d'autres passent sous silence comme les effets secondaires des médicaments et le refus d'une prescription, ce qui conduit, in fine, à des prescriptions non souhaitées et à leur utilisation.

Un troisième axe est marqué par les travaux centrés sur la prescription et la consommation des familles de médicaments spécifiques, comme les antibiotiques (Grandfils N., Sermet C. Auvray L. 2004) ou les benzodiazépines⁵¹⁵ (Haafkens, 1997).

Il existe même quelques médecins qui avancent l'argument financier dans leurs prescriptions, il s'agit ici de prescrire de façon « économe » pour assurer l'achat de médicaments par le patient.

Les médecins seraient parfois conduits aussi à étiqueter et interpréter les différents comportements des patients selon des critères socioculturels tels que le niveau scolaire, le lieu d'habitation et le nombre d'enfants ou la profession exercée (Mebtoul, 1993)⁵¹⁶. Ce n'est donc plus seulement le corps du malade qui est objet du discours médical, mais aussi ses différents comportements (Adams et Herzlich, 1994)⁵¹⁷.

2.1.3 Communication patient médecin

La rencontre entre médecin et malade est un évènement très important du point de vue du patient. Autrefois laissé au bon sens du praticien, dépendait essentiellement de facteurs

⁵¹² Weiss M & Fitzpatrick R., 1997, Challenges to medicine: the case of prescribing, in: *Sociology of health and illness*, Vol. 19, N°9, p, 297-327.

⁵¹³ Hardey M., 1999, Doctor in the house: the internet as a resource of lay health knowledge and the challenge to expertise, in: *Sociology of health and illness*, Vol, 21, N° 6, p.820-853.

⁵¹⁴ Barry C., Bradley C., Britten N., et al, 2000, Patients' unvoiced agendas in general practice consultation: qualitative study, *BMJ*, 320, P 1246-1250.

⁵¹⁵ Anxiolytiques : utilisés dans le traitement de l'anxiété.

⁵¹⁶ Mebtoul M., 1993, La santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El-Hamri (Oran), *Sciences Sociales et Santé*, XI, 2, Juin, 41-63.

⁵¹⁷ Adams P, et Herzlich C., 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.

personnels et faisant partie plus de l'art médical que de la science. Cette relation s'est beaucoup développée donnant naissance à un patient très actif.

Selon Raine (2002), 60% des diagnostics sont le fruit d'un entretien médical basé sur des stratégies de recueil d'information, ce qui suppose des compétences de communication très efficaces.

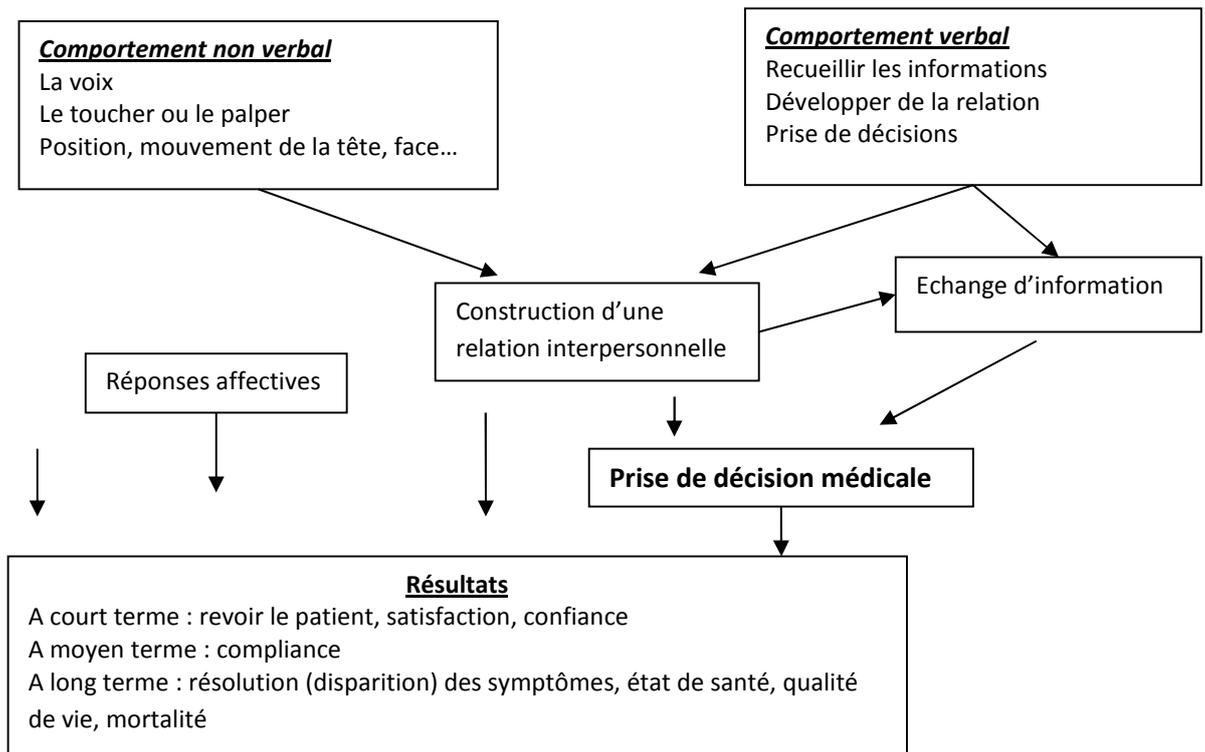
Korsch (1968)⁵¹⁸ a souligné l'importance de la communication dans ce type de relation, il précisa qu'il est généralement admis que le comportement de santé chez les patients et leur réactions vis-à-vis des soins sont influencés par les aspects économiques et culturels et sociaux des patients, ainsi que leur traits de personnalité, leurs connaissances et leurs vécus, mais aussi il faut l'admettre la façon par laquelle un médecin approche la souffrance de son patient.

Doerty (1990)⁵¹⁹ précise que 75% des informations fournies par le médecin à son patient sont oubliés quand le contexte d'interaction entre les deux est stressant. De plus en examinant les programmes de formation des médecins généralistes dans les pays en voie de développement y compris l'Algérie, il est facile de repérer l'absence de programmes relatifs à l'éducation et à l'apprentissage des compétences de communication des futurs praticiens, et la priorité est donné au bagage médical technique.

L'importance d'une communication optimale entre le médecin et son patient est corrélée aux étapes du processus relationnel lui-même (voir la figure suivante).

⁵¹⁸Korsch BB., 1968 Gaps in doctor patient communication: doctor patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, vol. 42, N°5, 855-882.

⁵¹⁹Doherty E., O'Boyle, Shannon W 1990, Communication skills training in under graduate medicine, *Ir. Med. J.* 83,54-56.

Figure 26. Domaines de communication dans la relation médecin-malade (Rainer 2002)

Source : Zaatout R, Korichi A, les aptitudes de communication des médecins des médecins généralistes : Etude comparative entre les médecins algériens et français, revue des sciences humaines et sociales, Rev N°1, 2010.

2.1.4 Augmentation de l'implication du patient face au médecin

Comme nous l'avons expliqué, le choix d'un médicament sera la conséquence des processus de prise de décision du patient et du médecin conjointement pour les médicaments prescrits (Camacho, 2014, p. 426). Le modèle classique de marketing basé sur les médecins qui conseillent et choisissent pour le patient à fonctionner pendant des décennies jusqu'à arriver à expiration avec la prise de pouvoir du patient.

Plusieurs études prônent alors la prise en considération du patient (Camacho & al, 2010). Ce modèle est basé sur le travail du sociologue Parson qui en 1961 étudiait la différence de rôle jouée par le médecin et le patient dans la société. L'impact du patient sera prouvé en 2008 : le prescripteur et le malade prennent la décision conjointement (Ding et Eliasberg, 2008)⁵²⁰.

⁵²⁰ Ding, M. & Eliashberg, J. (2008). A dynamic competitive forecasting model incorporating dyadic decision making. *Management Science*. 54(4). 820–834.

L'augmentation du pouvoir du patient dans le processus de prise de décision s'oriente autour de quatre axes : l'augmentation de l'importance de la libre expression, un changement démographique et de style de vie, l'augmentation des technologies et l'augmentation de la régulation médicale (Camacho, 2014, p. 429-433).

- Premièrement, la libre expression est une valeur culturelle forte notamment dans les sociétés occidentales qui poussent à agir de façon autonome en tentant d'éviter au maximum la conformité. C'est dans cette optique que les sociétés occidentales sont plus enclines à vouloir être un acteur dans le choix des traitements plutôt que simplement un spectateur (Charles & al, 2006)⁵²¹.

- Deuxièmement, le style de vie urbain, la pollution et l'augmentation de l'âge moyen engendre de plus en plus de thérapie à long terme. Pour éviter une croissance des coûts des soins de santé trop importante, l'automédication est de plus en plus encouragée. Les malades chroniques visent à rechercher une autonomie dans leur traitement (Bodenheimer et al. 2002)⁵²².

- L'évolution de la technologie donne également au patient la possibilité de s'informer facilement. Le nombre de site à caractère médical augmente considérablement depuis plusieurs années. Ainsi, Ferguson et Friedman parle d'une « *révolution technologique du domaine médical* ».

- Enfin, des changements dans la régulation médicale sont apportés dans de nombreux pays pour légaliser et rendre plus flexible le marketing direct. Les États-Unis notamment suivent cette direction en prônant une information plus complète du patient (Holmer, 1999)⁵²³. Si ce phénomène n'apparaît pas encore en Europe par exemple, la distinction légale importante entre publicité et information permet tout de même aux firmes de publier des documents informatifs à l'égard du grand public.

Cette prise de position du patient est accueillie de manière mitigée par les médecins. Ainsi, s'ils s'accordent à dire que l'information du patient est positive, ils ne comprennent pas la volonté de donner un diagnostic sans formation médicale. La firme pharmaceutique qui veut informer et convaincre le patient directement doit alors être sûre de ne pas détériorer sa

⁵²¹ Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. & O'Brien, M.A. (2006). Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. *Patient Education and Counseling*. 63. 262–267.

⁵²² Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of American Medical Association*. 288(19). 2469–2475.

⁵²³ Holmer, A.F. (1999). Direct-to-consumer prescription drug advertising builds bridges between patients and physicians. *Journal of American Medical Association*. 281(4). 380–382.

relation avec le médecin. En effet, au début du 19^{ème} siècle, certaines firmes ont tenté une promotion de marketing direct qui a été rapidement abandonnée à cause de tension avec les médecins qui les voyaient alors comme des concurrents (Starr 1982).

2.1.5 La consécration du patient décideur

La notion de contrôle profane évoquée par la sociologie des professions et contestant le pouvoir de monopole du médecin a été récemment étendu à la prise en considération d'un véritable sens critique du patient, débouchant plus largement sur une abolition du modèle paternaliste. Cette transformation majeure du colloque singulier consacrant l'autonomisation du patient lui donne un pouvoir de marché.

Cette évolution considérable s'inscrit dans un contexte où le patient est davantage mis à contribution pour le financement de ses dépenses de santé. Le durcissement des politiques de maîtrise des dépenses de santé conduit à accentuer le décalage entre la dépense de santé et la dépense socialisée, ce qui laisse une place plus grande à la libre prévoyance et à l'espace marchand. Ces nouvelles règles du jeu ont en commun d'être davantage marchandes (Batifoulier P, Domin P, 2008)⁵²⁴.

2.1.5.1 Démocratie sanitaire et autonomisation du patient

Depuis la fin des années 1980, le système de soins connaît d'importantes transformations. Une des plus intéressantes est sans aucun doute le développement du concept de démocratie sanitaire qui consacre l'entrée du patient comme décideur dans un colloque singulier dont il est le principal concerné. En contestant à la fois la doctrine et la pratique du paternalisme médical, de même que la conception du « patient infantile », la démocratie sanitaire souligne un rééquilibrage de la relation de soins, plus démocratique, dans le sens où les pouvoirs sont moins inégalement répartis. On peut trouver trace de ce concept sur deux niveaux. La démocratie sanitaire a, en effet, accéléré l'émergence d'un patient actif, capable de discuter avec le praticien

Cette évolution donne un pouvoir de marché au patient en réduisant l'asymétrie d'information avec le professionnel. Ce rééquilibrage qui a accéléré la fin du paternalisme s'observe dans les pratiques réelles en médecine où émerge un modèle de décision partagée

⁵²⁴Philippe BatifoulierJean-Paul Domin -Maryse Gadreau, Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-1-page-27.htm>

2.1.6 Les différents types de relation patient-médecin en fonction de l'information

En contestant que l'avantage informationnel puisse se traduire automatiquement et naturellement par l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire, des approches aussi bien théoriques qu'empiriques affaiblissent le modèle canonique du différentiel d'information, qui explique cette relation dans le cadre d'une approche macroéconomique de la santé.

Le tableau suivant dresse un panorama (non exhaustif) de la variété des conceptions de l'interaction médecin-patient qui amendent ou réfutent le modèle de base, tout en restant dans un cadre d'asymétrie d'information.

Si le médecin peut confisquer l'information ou tout du moins la monopoliser ou faire de la rétention, il peut aussi la dévoiler et la partager avec le patient. Il est difficile de comprendre le médecin en occultant le patient. Il faut donc travailler le modèle de l'acteur patient pour comprendre celui de l'acteur médecin, ainsi différentes relations apparaîtront comme le résultat d'une relation parfois complexe et introvertie et très simple et transparente ;

Dans le **modèle canonique**, le patient est dépossédé de l'information qui le concerne et donc d'un pouvoir légitime. Il est absent ou transparent.

On peut aussi donner corps et pouvoir au patient en lui attribuant une **stratégie «exit»** (ou de défection) face au médecin. Le patient dispose alors d'un pouvoir de contrainte.

On peut également, en suivant l'opposition proposée par A.Hirschman⁵²⁵, lui donner de la **voix (voice)**. Le patient, doté de la parole, développe alors un pouvoir de négociation. En s'appuyant sur une vision du patient pour éclaircir l'attitude du médecin, on fait ainsi l'hypothèse que le patient «construit» le médecin et participe à la définition de son éthique.

⁵²⁵Hirschman A.-O. *Défection et prise de parole*, 1995, Paris, Fayard

Tableau 17. Diversité des conceptions de la relation patient-médecin

Patient Médecin	Transparent	«exit»	«voice»
Monopole d'information	Modèle canonique (classique)	Contrainte de marché	Approche communicationnelle
			Agence émotionnelle
Partage de l'information	Agence parfaite	Patient décideur	Décision partagée
		Médecin exploité	

Source : Batifoulie P, Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ?, Journal d'économie Médicale, septembre 2006.

➤ **Stratégie « exit »**

Face au pouvoir informationnel du médecin, le patient dispose d'une arme de poids: il peut «voter avec ses pieds» et s'en aller consulter un autre médecin. La menace d'une stratégie «exit», parce qu'elle influe sur le revenu du médecin l'astreint à adopter une posture éthique.

➤ **Stratégie « transparence »**

Tout en disposant d'une position en surplomb concernant l'information, le médecin peut agir dans l'intérêt du patient et les conséquences discrétionnaires de l'asymétrie d'information sont ainsi plus postulées que démontrées. La notion d'agence parfaite, mobilisée comme cas limite et improbable par la théorie, doit alors être prise au sérieux dans la pratique. Cette approche revient sur la vision paternaliste du colloque singulier (le médecin comme décideur unique) mais en pointant un échange d'informations du médecin vers le patient. Le patient bien informé s'en remet alors au médecin qui se conduit comme s'il était le «double médical» de son patient.

➤ **Stratégie « voice »**

En contraste avec les autres perspectives, on peut prêter d'autres objectifs au patient et souligner qu'il accorde peu d'importance à l'information privilégiant le dialogue avec le médecin (Vick S, Scott A, 1998)⁵²⁶. Si cette communication est réalisée le patient

⁵²⁶Vick S et Scott A. Agency in health care: examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship, *Journal of Health Economics*, 1998; 5:987-605.

jugera peu utile d'être impliqué dans la prise de décision médicale en acceptant la position «dominante» du médecin, voire en la valorisant.

➤ *Décision partagée*

Une voie médiane est trouvée dans le modèle de la décision partagée. Les rôles sont davantage symétriques et le médecin met en œuvre une démarche de révélation des préférences du patient (Ferdjaoui *et al.*, 1999⁵²⁷, Moumjid *et al.*, 2003⁵²⁸). Ce dernier prend alors sa décision après consultation et réflexion. L'échange d'information est alors bilatéral : le médecin transmet ses connaissances au patient qui, lui, fait état de ses préférences ; le processus de délibération sur les options de traitement est caractérisé par l'interaction ; la décision de traitement est prise par les deux parties.

Ce bref survol de la littérature révèle l'existence d'un tournant dans la conception de la coordination médicale conduisant à délaisser la dimension stratégique de l'information. Il montre que l'important n'est pas l'information brute mais la façon dont les acteurs sélectionnent l'information pertinente, la manière dont ils la communiquent et les émotions qu'elle enclenche. Les acteurs jaugent l'information et ne font pas que l'accumuler. Cet accent mis sur l'évaluation et la capacité de jugement des individus, et pas seulement sur leur capacité de calcul, lève les obstacles à l'intégration d'une éthique, au sens normatif du terme, dans l'analyse.

2.1.7 Influence de l'éthique médicale sur la prise de décision du prescripteur

Les ressources du médecin ne se composent pas uniquement de savoirs techniques. Le capital professionnel comprend également des représentations communes définissant les obligations et les convictions des professionnels. Ces représentations, qui sont regroupées sous le vocable générique d'éthique professionnelle sont omniprésentes dans le monde médical. Pour l'ensemble des professions médicales, il existe une morale professionnelle supportée par un "code de déontologie" qui prescrit l'attitude éthique à adopter, un "conseil de l'Ordre" qui veille à son respect ou encore, pour les médecins, un "serment d'Hippocrate" qui engage solennellement dans une orientation éthique⁵²⁹.

⁵²⁷ Ferdjaoui N., Carrère M.-O., Charavel M., Brémond A., Fervers B. et Gratadour A.-C. *et al.* (1999), « La prise en compte des préférences des patients dans la décision thérapeutique en cancérologie : développement d'un tableau de décision », *Journal d'économie médicale*, vol. XVII, n° 5, p. 327-342

⁵²⁸ Moumjid N., Carrère M.-O., Charavel M. et Brémond A. (2003), « Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer », *Health Expectations*, n° 6, p. 222-227.

⁵²⁹ Pour un développement plus complet, voir par exemple BOYER et ORLEAN (1997).

L'éthique médicale est incontournable. Cette éthique est d'abord une éthique qui s'écrit ou qui s'institutionnalise à travers les codes de déontologie. Mais, c'est aussi une éthique "qui se fait" dans la mesure où les médecins justifient quotidiennement leur pratique au nom de principes éthiques.

Ainsi, l'éthique professionnelle est un comportement reconnu et aisément testable dans le monde médical. Or, elle interdit de penser le médecin comme un "gameur" c'est-à-dire un entrepreneur individuel maximisant son utilité et laissant libre court à son opportunisme.

2.1.8 Distinction entre le rôle du médecin et du pharmacien

Lors de l'achat d'un médicament nécessitant des connaissances spécialisées, il est important que les consommateurs aient de l'information (Agra-wal, 1995). Dans le cas spécifique des médicaments à prescription obligatoire, le consommateur utilise les informations fournies par les médecins et / ou les pharmaciens, en reconnaissant qu'ils sont des experts (Bonoma 2001⁵³⁰ ; Gallent et Cases, 2007⁵³¹ ; Venkataraman et Stremersch, 2007⁵³²).

Pour ce type de produit, le consommateur reconnaît que son niveau de connaissance est moins élevé (en tant que non expert) que celui des médecins et des pharmaciens (experts). Ainsi, lorsque la prescription par les médecins et les pharmaciens est utilisée par le consommateur comme stratégie de réduction des risques, il existe une relation négative entre les connaissances acquises après prescription et le risque perçu (Gallent et Cases, 2007). Le médecin est reconnu comme ex-proche car, avec les dentistes, ils sont les «seuls professionnels habilités à prescrire des médicaments» (article 77 de la loi 29/2006), et parce que ce sont eux qui reçoivent des informations sur médicaments et couramment obtenus auprès de laboratoires pharmaceutiques par le biais de visiteurs médicaux (Gönul et al., 2001⁵³³ ; ministère de la Santé et de la Consommation, 2004, p.15 Manchanda et Chintagunta, 2004, Venkataraman et Stremersch, 2007).

⁵³⁰ Bonoma, T. 1982. Major sales : Who really does the buying ? Harvard Business Review, 60, 111-119.

⁵³¹ Gallent C, Cases, A. (2007). Le rôle du risque perçu et de l'expérience dans l'achat de vin en ligne. Decisions Marketing, 45, 59-74.

⁵³² Venkataraman, S, Stremersch, S (2007). The debate on influencing doctor's decisions : Are drug characteristics the missing link ? Management Science, 53(11), 1688-1701.

⁵³³ Gonul, FF. , Carter F., Petrova, E & Srinivasan, K (2001), Promotion of prescription drugs and its impact on physicians choice behaviour. Journal of Marketing, 65(«), 79-90.

D'autre part, les pharmaciens - en tant qu'experts médicamenteux - sont prêts à prévenir, identifier et résoudre les problèmes liés aux médicaments, à recommander des traitements en fonction de leur coût et de leur efficacité et à conseiller les consommateurs sur leurs traitements (Hassali et al., 2009⁵³⁴), le service qu'ils fournissent pour les soins de santé est également reconnu (Traverso et al., 2007).

Plusieurs études suggèrent que les pharmaciens appuient la prescription de médicaments à PMO par les médecins (Cline et Mott, 2003, Hassali et al., 2007) et que les consommateurs sont disposés à discuter avec eux de leur problèmes de santé et accepter leur recommandation (Suh et al., 2002).

Enfin, il faut distinguer entre le rôle des médecins et celui des pharmaciens. Le médecin est la personne qui fournit la prescription de médicaments (Gönül et al., 2001, ministère de la Santé et de la Consommation, 2004, Man-chanda et Chintagunta, 2004, Venkataraman et Stremersch, 2007), tandis que le pharmacien est un support pour la prescription du médecin et, par conséquent, il doit être pris en compte que le consommateur accepte généralement sa recommandation (Cline et Mott, 2003, Suh et al., 2002, Hassali et al., 2007).

2.2. La relation patient-pharmacien

Même si les pharmaciens peuvent être considérés à un certain niveau comme des prescripteurs de médicaments, en particulier du fait du droit de substitution, ce n'est pas une prescription au sens médical du terme, c'est un conseil.

2.2.1. Le pharmacien, un rôle de conseil

En rappelant les règles de bon usage du médicament, le pharmacien peut participer au succès du traitement et à la prévention des accidents toxiques. Il est souvent apte à répondre aux questions n'ayant pas été formulées lors de la consultation ou à préciser les modalités du traitement. Mais c'est lors de la délivrance des produits en vente libre que les conseils du pharmacien sont les plus importants. En cas de symptôme banal, il semble souvent plus facile de demander conseil à un pharmacien, plutôt que de consulter un médecin, c'est-à-dire pour les médicaments non prescrits. Ce dernier peut ainsi avoir un véritable rôle de santé publique, en donnant des informations équilibrées (efficacité et effets indésirables) aussi il influence la

⁵³⁴ Hassali, MA, Shafie, AA, Jamshed, S., K, Ibrahim, M.I.M. and Awaisu, A. 2009, « Consumer's views on generic medicines : a review of the littérature », International Journal of pharmacy Practice, Vol 17 No, 2, pp.79-88.

prise de décision du consommateur en conseillant un produit plutôt qu'un autre sur les médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance et en orientant au besoin vers un praticien adapté si un examen ou une prescription médicale lui semblent nécessaires.

2.2.2. Le pharmacien et la satisfaction du patient

La place centrale qu'occupe le pharmacien dans la chaîne de valeurs des soins médicaux entraîne assurément une relation privilégiée entre ce praticien et le patient. Toutefois, ce dernier, plus averti et plus autonome dans son parcours de soins (notamment par le développement de l'automédication et des sites internet d'information médicale et de vente de médicaments) semble plus enclin à développer une incertitude relative, le risque perçu, aux conséquences négatives potentielles associées à l'achat ou à la consommation d'un bien (le médicament) et d'un service (la délivrance de médicament et les éléments de services officinaux associées).

L'étude de la satisfaction du patient-consommateur permet d'apprécier et d'ajuster les pratiques officinales des personnels et les prestations offertes (Bonnal et Moinier, 2014)⁵³⁵. Dans un contexte plus concurrentiel qu'il n'y paraît, les acteurs de la distribution officinale se doivent d'observer les variables comportementales des usagers de leur point de vente. La fidélité par exemple semble être au cœur de la réflexion managériale des titulaires de pharmacies tandis qu'ils se structurent autour d'enseigne de pharmaciens avec pour conséquence la mise en œuvre de stratégies d'enseignes (Moinier, 2009)⁵³⁶.

La satisfaction retirée de l'expérience d'achat (Vanhamme, 2002)⁵³⁷ est un des éléments pour juger de la satisfaction à l'égard de l'officine, en particulier parce que ces éléments de service touchent à la santé et au bien-être du patient-consommateur. Dans le contexte spécifique de services officinaux, la satisfaction a fait l'objet de peu études (Foscht et al. 2006⁵³⁸ ; Clerfeuille et al. 2009 ; Bonnal et Moinier, 2014).

L'étude du secteur officinal montre qu'au-delà du professionnalisme reconnu aux pharmaciens, la fidélité au point de vente qu'est l'officine est un élément fort qui unit le

⁵³⁵ Bonnal. L et Moinier. X (2014), Elements Of Pharmacy Service And Satisfaction: Patient Versus Consumer? *Journal of Applied Business Research*, 30, 2, p. 478-488.

Breiman L., Friedman J.H., Olshen R.A. et Stonce C.J. (1984), *Classification and regression trees*, Belmont California, Wadsworth.

⁵³⁶ Moinier. X (2009) : L'enseigne de pharmaciens : une spécificité au cœur de la distribution, *Revue Décisions Marketing*, 53, p. 1-11.

⁵³⁷ Vanhamme. J (2002), La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures et modes, *Recherche et Applications en Marketing*, 17,2, p. 55-85.

⁵³⁸ Foscht. T, Angerer. T et Moazed. L (2006), Customer satisfaction and the austrian pharmacy retailing industry seen from growth – oriented perspective, *European Retail Digest*, 50, p. 31-36.

patient-consommateur et l'officine dans laquelle il s'approvisionne (Moinier, 2009)⁵³⁹. Plus spécifiquement, il pourrait exister un lien entre les éléments de service officinaux de satisfaction (atmosphère, facilité de se déplacer dans la pharmacie, facilité pour trouver les produits, prix, qualité des services fournis, stock) et la fidélité à la pharmacie (pharmacie principale ou secondaire, périodicité des visites, lieu d'achat principal des produits sans ordonnance).

2.2.3. Pharmacien et risque perçu

Les auteurs montrent que le risque perçu a une incidence sur l'achat de médicaments génériques (Bearden et Mason, 1978⁵⁴⁰ ; Gonzalez et al 2003⁵⁴¹). Plus largement, il a été montré que le pharmacien ou son personnel, grâce à son expertise, apporte des informations afin de rassurer l'individu dans sa décision d'achat (Reyes, 2013). L'identité métier est, dans ce cas, importante car le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres. Il présente certaines caractéristiques de différenciation par rapport aux produits de grande consommation (Ollivier et Hurteloup, 2008⁵⁴² ; Plichon V, 1998⁵⁴³ ; Serre et Wallet Wodka, 2014). Par conséquent, les éléments de service officinaux de satisfaction (amabilité, confidentialité, conseil, expertise, qualité d'écoute, temps d'attente, disponibilité, compétence) qui sont attachés au personnel de l'officine peuvent être considérés comme des réducteurs importants du risque perçu puisqu'ils contribuent à la recherche d'informations du patient-consommateur.

2.2.4. Rôle du pharmacien à travers le droit de substitution

L'arrivée des médicaments génériques est accompagnée par l'octroi à l'officine d'un droit de substitution qui est décrit par l'article L.5125-23 du code de la santé publique: « Le pharmacien peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription ».

⁵³⁹ Moinier. X (2009) : L'enseigne de pharmaciens : une spécificité au cœur de la distribution, *Revue Décisions Marketing*, 53, p. 1-11.

⁵⁴⁰ Bearden.WO, Mason. J, Barry (1978), Consumer-perceived risk and attitudes toward generically prescribed drugs, *Journal of Applied Psychology*, 63(6), 741-746.

⁵⁴¹ Gonzales, S., Gonzales, C. & Diaz, A. M. (2003). Intencion de compra de medicamentos genericos por parte de los usuarios de asturias, *Revista Espanola de salud*, 77 (6), 691-699.

⁵⁴² Olivier. A, Hurteloup. C (2008) *The Drugs Marketing in Question*, ed., Broch

⁵⁴³ Plichon. V (1998), La nécessité d'intégrer les états affectifs à l'explication du processus de satisfaction du consommateur, *Actes de la Conférence de l'Association Française du Marketing*, Bordeaux, p. 671-694.

Le droit de substitution peut donc, s'exercer au sein d'un même groupe générique entre la spécialité de princeps et la spécialité générique ainsi qu'entre deux spécialités génériques.

Ainsi, le prescripteur conserve la possibilité d'interdire toute substitution en portant sur l'ordonnance, de manière prescrite, la mention expresse « non substituable ». Cette mention doit figurer avant même la dénomination de la spécialité prescrite (Joel.A, 1999). Les médecins sont parfois indifférents quant à la substitution des médicaments par les pharmaciens, mais parfois ils interdisent la substitution pour des causes de traitement.

Maîtrise des dépenses de santé oblige, depuis 1999 (en Europe par exemple et depuis avril 2006 en Algérie), le pharmacien a la possibilité de substituer au médicament prescrit par le médecin l'un de ses équivalents génériques, ce qui lui confère un pouvoir non négligeable, qui renforce son rôle stratégique, tout autant avec l'évolution des comportements des patients. Il doit dans ce cas écrire le nom du générique délivré sur l'ordonnance. Le médecin a le droit de s'opposer à la substitution en notant la mention "non substituable" à la suite du médicament sur l'ordonnance.

Ajoutant à tous cela le fait que le pharmacien représente pour le patient ;

- Un lien privilégié
- Il est le premier interlocuteur des patients pour répondre aux questions de santé, avant le médecin
- Il est « Influenceur » de la décision du patient, avant et après la consultation médicale
- Il est acteur privilégié du dépistage et de l'observance.

Tableau 18. Trois comportements de prescripteurs distincts selon les trois segments de médicaments.

Le prescripteur Le médicament	Le médecin	Le pharmacien
Le médicament Princeps	Prescription obligatoire, atténuée par le savoir des patients.	Substituer un générique au princeps prescrit par le médecin, sauf refus du patient
Le médicament Générique	Autorisés à prescrire les médicaments sous leur nom de marque ou leur nom générique. Divers pays et leurs structures de santé usent d'une variété de moyens pour favoriser la prescription et la délivrance des médicaments sous leur nom générique.	Substituer un princeps au générique prescrit par le médecin, sauf refus du patient.
Le médicament D'automédication	Prescription facultative.	Délégation du pouvoir d'achat au pharmacien qui joue le rôle de conseiller-prescripteur

Source : P. Abecassis et N. Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, 2007 :
http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

2.2.5. Les types de patients selon le pharmacien

Différents types de comportements de patients apparaissent dans les analyses faites par les pharmaciens:

- Les patients silencieux
- Les patients sans ordonnance
- Les patients qui aménagent le contenu de l'ordonnance
- Les patients qui négocient le contenu de l'ordonnance.

Les patients dits « silencieux » remettent l'ordonnance au pharmacien. Ils demandent ou non des explications sur le traitement, payant le contenu et se retirant silencieusement de la pharmacie. Ils représentent généralement les patients qui souffrent de maladies chroniques détenteurs de carnets de gratuité ou des patients assurés présentant leurs feuilles de maladie.

La relation pharmacien /patient n'obéit pas toujours à des règles déontologiques. Les observations des comportements des usagers dans la pharmacie montrent bien l'importance de l'automédication et la recherche du « bon » médicament (Hassaine M, 2009)⁵⁴⁴.

L'ordonnance peut être ignorée. Non seulement elle n'est pas demandée par le pharmacien et parfois dévalorisée et réduite un « morceau de papier ». Les médicaments sont identifiés par les patients comme des produits de consommation banale. Le rôle du pharmacien se réduit dans ce cas-là à « un boutiquier », « un vendeur de boîtes » (D Cèbe, P Aiach 2000).

L'aménagement de l'ordonnance (sélection des médicaments) traduit bien la marge d'autonomie des patients qui peuvent acquérir la totalité ou non de la prescription. L'appropriation d'un minimum de connaissances permet à l'autonomie de s'exercer, elle appuie cette acquisition (Hoerni 1991)⁵⁴⁵. L'essor relativement récent de l'automédication est une manière pour les usagers de préserver leur autonomie en se soustrayant au pouvoir médical.

Les stratégies paradoxales élaborées par certains patients, en modifiant les prescriptions pour guérir ou pour prévenir une maladie, ne sont pas conduites à risques (Faizang 1997)⁵⁴⁶.

La charge symbolique de l'ordonnance (pouvoir médical), peut être l'objet d'une construction profane selon la logique du patient. Celui-ci peut discuter le contenu avec le médecin même entre soumission, résistance et négociation, ou l'accommoder chez le pharmacien (enlever un médicament), (Massé 1995)⁵⁴⁷.

D'autres patients refusent d'acheter un médicament à la pharmacie. Ceci correspond à une stratégie d'économie, si le malade possède déjà le médicament, il n'en prend pas un autre.

D'autres patients laissent le choix au pharmacien de sélectionner le médicament efficace. Il est considéré comme un spécialiste de médicament, dans ce cas-là, le pharmacien ou le vendeur, instaure un rapport de proximité avec le patient.

⁵⁴⁴ Hassaine M, 2009, op. cit

⁵⁴⁵ Hoerni B., 1991, L'autonomie en médecine : nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes, Paris : Bibliothèque scientifique Payot.

⁵⁴⁶ Faizang S., 1997, Les stratégies paradoxales : réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades, Sciences Sociales et santé, vol.15, n°3, 1997 : 5-23.

⁵⁴⁷ Massé R., 1995, Culture et santé public : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé, Montréal, Gaetan Morin.

En somme, des trois fonctions de la pratique en officine, l'une technique, a presque complètement disparu, l'autre, soignante, varie considérablement selon l'investissement personnel du pharmacien, et seul la dernière, commerciale, reste importante et se développe même, avec la vente de produits pharmaceutiques. (D Fassin ; 1992)⁵⁴⁸.

Mebtoul (2005)⁵⁴⁹ relève des observations analogues aux nôtres. Il écrit « qu'il suffit d'observer ce qui se passe dans les pharmacies, pour noter combien le médicament en tant qu'objet technique est soumis à un ensemble de questions posées par les usagers aux agents des officines. Les remarques, les interrogations, les raisons de telle ou telle prescription, la volonté de se procurer tel médicament sans ordonnance parfois sur simple présentation de la boîte vide, ou de la (marque) selon les expressions des usagers et enfin en ayant tout simplement mémorisé le nom du traitement ; autant de facteurs qui montrent bien que le médicament et son utilisation sont au cœur des relations entre les acteurs (médecins, pharmaciens, usagers) ».

2.3 Le gouvernement payeur et régulateur

2.3.1 Le gouvernement payeur : sécurité sociale, mutuelles et assurances

Les dépenses liées aux médicaments sont largement prises en charge par le régime de la sécurité sociale et les assurances complémentaires.

L'assurance-maladie obligatoire joue un rôle prédominant dans le financement des soins médicaux. Elle prend en charge jusqu'à 75,5% des dépenses de santé.

Actuellement, la totalité de la population est protégée par l'assurance-maladie. La couverture maladie universelle permet aux plus démunis de bénéficier d'une prise en charge financière de leurs soins.

La majorité des assurés sociaux ont recours à des assurances complémentaires.

Les payeurs ont pendant longtemps joué un rôle passif dans le remboursement des médicaments. Depuis quelques années, au travers de conventions conclues avec le corps médical, l'assurance-maladie obligatoire joue un rôle beaucoup plus actif dans la gestion des dépenses de médicaments et tente de les infléchir. Les assurances complémentaires ont encore un pouvoir d'orientation peu important sur la dépense, mais ce rôle est sans doute appelé à croître au cours des prochaines années (Serre MP, Wodka-Wallet D, 2008).

⁵⁴⁸Fassin D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique Edition l'Harmattan.

⁵⁴⁹ Mebtoul M., 2005, Médecins et patients en Algérie, Edition Dar El Gharb.

2.3.2 Le gouvernement régulateur

En matière de médicament, le rôle principal de régulation revient à l'Etat. Cette régulation est de nature tant sanitaire qu'économique.

La régulation du médicament porte traditionnellement sur les prix administrés. S'y ajoute désormais une régulation portant sur la demande, à travers la mise en place de tickets modérateurs ou tarifs de référence, et ce afin de maîtriser cette demande et ses dépenses.

Par ailleurs cette régulation est d'abord destinée à garantir la sécurité sanitaire des médicaments et à faire respecter les règles générales de concurrence et de protection des consommateurs.

2.3.3 La politique d'assurance en économie et comportement du patient

La théorie économique néo-classique considère que le marché de la santé est durablement marqué par des asymétries d'information entraînées par des comportements stratégiques (Arrow, 1963)⁵⁵⁰. Les rapports entre le principal (mandant) et l'agent (mandataire) se caractérisent en effet par une répartition inégale de l'information. Cette relation dite d'agence est marquée par des distorsions dans l'allocation des ressources qualifiées d'aléa moral et d'antisélection. Ainsi les rapports entre le patient et le praticien sont-ils caractérisés par une telle relation d'agence avec anti sélection et risque moral (Béjean Gadreau, 1992)⁵⁵¹. Il en est de même pour les relations entre l'assureur et l'assuré social.

Le concept d'aléa moral est un terme venu de l'économie de l'assurance. La quantité de soins demandée par un patient dépend du degré de gravité de la pathologie, du revenu et du prix des soins. Pour l'assuré social, le prix des soins est minoré et le risque moral peut être expliqué comme une réponse de la demande à une baisse du prix. Ainsi, les rapports entre le dispositif d'assurance maladie et les patients seraient ils caractérisés par une relation d'agence avec aléa moral (Pauly, 1968).

L'aléa moral est observable quand le risque supporté par l'assureur est aggravé par le comportement des individus. En matière de santé, on en distingue de deux sortes. Si l'individu relâche sa vigilance en raison de l'efficacité de son assurance, alors l'aléa moral est dit (ex

⁵⁵⁰ Arrow K J, 1963, Uncertainly and the welfare economics of medical care, American economic review, 53 (5), p. 941-973.

⁵⁵¹ Bejean S, Gadreau M. 1992, Asymétrie de l'information et régulation en médecine ambulatoire, Revue d'économie politique, 102(2), p. 207-227.

ante). L'aléa moral de seconde espèce (ex post) apparaît une fois le risque survenu : l'assuré consomme d'avantage de soins que son état ne le nécessite.

L'assurance maladie est aussi dans une configuration de double aléa moral dans la mesure où le praticien et le malade peuvent avoir un intérêt commun à la surconsommation (Bardey, Couffinhal, Grignon, 2003)⁵⁵².

La diminution du montant des remboursements contribuerait, selon ses partisans, à limiter l'aléa moral et à réguler les dépenses de santé, notamment par l'intermédiaire d'une co-régulation entre l'assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. La mise en place de déremboursement progressif de certains médicaments participe de la même logique de responsabilisation des assurés sociaux.

2.3.3.1 Assurance complémentaire et surconsommation médicamenteuse

A état de santé donné, l'influence du type de complémentaire sur la consommation de médicaments peut être de nature économique ou sociologique.

L'assurance complémentaire peut encourager la consommation de médicaments car elle en diminue le coût pour l'assuré. A l'inverse ne pas avoir de protection complémentaire peut pousser à consommer moins, voire à renoncer aux soins. Toutefois, des écarts de consommation sont observés entre les différents types de complémentaire, qui ne peuvent s'expliquer par le niveau des garanties pour le médicament : la grande majorité des contrats d'assurance complémentaire, quel que soit l'organisme auprès duquel ils sont souscrits, remboursent en effet la quasi-totalité du ticket modérateur (Buchmueller et al. 2002).

Dourgon P., Sermet C, (2002)⁵⁵³, ont montré que la nature de la complémentaire, mutuelle ou assurance privé, n'influence pas la consommation de médicaments. Les différentiels observés entre les consommations des ressortissants de ces organismes s'expliquent avant tout par les différences d'états de santé. Les personnes sans complémentaires semblent donc reporter la prise de médicaments et consommer seulement lorsque leur état de santé est plus dégradé.

⁵⁵² Bardey D, Couffinhal A., Grignon M 2003, Efficacité et risqué moral ex post en assurance maladie, revue française d'économie, 18 (2), p. 165-197.

⁵⁵³ Dourgon P., Sermet C., la consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?, CREDES, 2002, biblio n°1380.

Conclusion

L'étude des facteurs d'influence sur le comportement du patient montre qu'il existe certains facteurs dont l'influence est essentielle sur l'achat, d'autres par contre peuvent avoir une influence moins importante, ils peuvent aussi avoir un impact sur d'autres étapes en plus de l'achat comme la recherche d'information ou autre.

Par ailleurs on a pu constater que le marché des médicaments, est assez complexe du fait du nombre des acteurs qui interagissent dessus et de leur interdépendance, en particulier le rôle des prescriptions des médecins et pharmaciens.

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Introduction

Le présent chapitre est consacré à la présentation des aspects méthodologiques relatifs à l'étude empirique. Nous commençons, tout d'abord, par la présentation du champ de recherche, du modèle conceptuel et des hypothèses établies, afin d'exposer ensuite l'outil de collecte de données ainsi que la modalité de mise en œuvre de leur collecte. Le choix des instruments de mesure sera discuté en seconde partie de ce chapitre quant à la validation psychométrique de ces instruments elle sera abordée en deuxième section.

SECTION I. Champ de recherche et cadre conceptuel

1.1. Domaine d'application et intérêt de recherche

Notre étude de cas s'effectue dans le domaine du marketing pharmaceutique, plus précisément le comportement du consommateur ou encore la prise de décision pour l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative. Le secteur de la santé revêt une grande importance pour l'économie. La taille du marché pharmaceutique algérien était estimée à 3,3 milliards d'euros à la fin 2016⁵⁵⁴.

De par son essence même, le marché pharmaceutique a une structure qui permet une optimisation de la protection du consommateur (Stremersch & Van Dyck, 2009). Ainsi dans le secteur médical plus que dans les autres secteurs, on observe une complexité importante tant au niveau des différents acteurs présents qu'au niveau des interactions entre ces acteurs les uns par rapport aux autres (Krings, Leroy, & Laperche, 2008). En effet, plusieurs rôles habituellement tenus par le consommateur dans le processus de prise de décision sont délégués lors de celui des médicaments, ainsi le médecin remplira le rôle de prescripteur, vu qu'il a l'avantage de détenir l'information grâce à une éducation médicale poussée, le pharmacien, aura un rôle de conseiller vu qu'il jouit de l'éducation médicale qui lui permettra d'interpréter les prescriptions du médecin, le gouvernement remplira à son tour le rôle de payeur pour les produits remboursables.

Le consommateur patient quant lui remplira sa fonction de consommateur classique pour les produits à PMF, par ailleurs et ce pour les médicaments à PMO, il peut également avoir un rôle à jouer (Ding 2014), il peut influencer le médecin, changer de médecin en cas de désaccord, ne pas suivre le traitement conseillé (Ding & Jehoshu, 2014). Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé et revendique plus d'influence dans le processus de prise

⁵⁵⁴ A indiqué le Directeur de la pharmacie au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Hamou Hafed, Alger, 2016.

de décision (Camacho, 2014). Vous l'aurez compris des relations inter protagonistes existent sur le marché pharmaceutique faisant du consommateur des médicaments un consommateur à part.

1.1.1. Choix du domaine

Nous avons choisi les médicaments à prescription obligatoire ou facultative vu les caractéristiques spécifiques de ce produit. En effet, la majorité des études existantes dans le domaine traitent seulement des médicaments d'automédication dont le processus décisionnel se rapproche énormément de celui d'un produit classique, ou de celui des médicaments prescrits obligatoirement. Nous nous sommes penchés vers les produits obligatoirement ou facultativement prescrit, c'est-à-dire que c'est des produits qui devraient faire l'objet d'une prescription obligatoire mais dont on décline parfois celle-ci à cause de la souplesse règlementaire dans le domaine concerné comme c'est le cas en Algérie.

Ces produits font l'objet aussi d'une multiplicité d'acteurs intervenants au niveau du processus décisionnel. Ainsi ces derniers sont prescrits par le médecin ou par le conseil du pharmacien, ils font l'objet également d'une couverture par la sécurité sociale.

Par ailleurs, le développement technologique, culturel et sociologique a fait que, le choix d'un médicament est devenu la résultante des processus décisionnels du patient et du médecin conjointement (Camacho, 2014).

L'analyse de la revue de la littérature nous a permis de faire ressortir les principaux facteurs qui pouvaient avoir un impact sur le processus décisionnel pour la consommation des médicaments, dont l'état de santé du consommateur, son expérience, son locus de contrôle de la santé interne et externe, la confiance qu'il peut avoir envers le corps prescripteur ainsi que le risque perçu et l'implication envers le médicament. Tous ces facteurs réunis, auraient pour quelques uns dont l'implication ainsi que l'expérience et la confiance, une relation croissante avec l'intention d'achat, soit l'effet contraire, c'est-à-dire qu'un meilleur état de santé, ou une augmentation du risque perçu ferait diminuer l'intention d'achat.

1.1.2. Pourquoi les médicaments à prescription obligatoire ou facultative

Le milieu médical orthodoxe (Bourdieu 1980)⁵⁵⁵ élabore ses concepts thérapeutiques en supposant un équilibre relationnel implicite entre le malade, la maladie, le médecin, le remède

⁵⁵⁵ C'est-à-dire se référant à l'opinion (*doxa*) défendue par ceux qui détiennent l'autorité spécifique du champ médical (Bourdieu 1980).

et la médecine. Equilibre relationnel qui sous-entend que le malade adhère de manière exclusive à son diagnostic, à la relation qu'il entretient avec son médecin, au remède qui lui est prescrit et enfin à la seule médecine orthodoxe. La relation entre le malade et la médecine ou le médecin et la médecine ne sont pratiquement pas abordées dans le milieu médical tant elles sont considérée comment allant de soi. La relation entre le malade et le remède prescrit est conceptualisée pour sa part par la notion de compliance ou d'observance (Trostle 1988). Celle-ci fait référence à un comportement d'adhésion idéal : "Etre malade, c'est se soumettre à des règles, obéir à des prescriptions, respecter des consignes, car il faut être un bon malade pour espérer guérir (Herzlich 1984) ". Nous savons pourtant qu'une majorité de patients n'observe pas l'intégralité de la prescription (Reynaud 1987), exprime spontanément sa répugnance à prendre un médicament (Ankri 1995), avoue avoir eu recours à des méthodes alternatives de soins (Eisenberg 1993) ou fait usage de l'automédication lors de l'apparition d'un symptôme. Ainsi, un bon nombre d'utilisateurs semblent se comporter bien différemment de ce que le milieu médical orthodoxe attend d'eux. C'est le cas pour les deux phénomènes que sont l'automédication (prise d'un produit thérapeutique sans prescription médicale) et le recours aux soins alternatifs. Tous deux ont trait à des comportements d'utilisateurs qui divergent de la prescription ou de la pratique médicale orthodoxe qui les considère comme déviants, par excès de consommation ou d'indépendance face au prescripteur. C'est principalement ce qui caractérise notre choix de produit, une situation amplifiée au niveau du territoire algérien car il faut noter que là ou dans la plupart des pays développés les médicaments à prescription obligatoire ne peuvent être délivrés sans ordonnance, en Algérie, en effet, la plupart des médicaments à prescription obligatoire sont délivrés sans aucune prescription médicale sauf dans le cas où le patient désire se faire rembourser. En 2006, l'étude menée par le docteur en pharmacologie M. ZIARI a révélé que, trois algériens sur quatre pratiqueraient l'automédication. Les discours nombreux et insistants sur le déficit de la sécurité sociale, les déremboursements de médicaments, l'accès direct à certains médicaments en pharmacie, les possibilités d'accès variés à une information sur la santé poussent la population à se soigner par elle-même. En 2015⁵⁵⁶ une autre étude menée au niveau de la wilaya de Tlemcen par une doctorante en pharmacie a montré que 68,89% des pharmaciens pensent, qu'il y a des médicaments en vente libre qui ne devraient pas, et cela pour différentes raisons. 88,89% des pharmaciens encore une fois sont contre l'élargissement de la vente libre des médicaments.

Fardeheb Yasmine, Evaluation du phénomène d'automédication dans la wilaya de Tlemcen mémoire de fin ⁵⁵⁶ d'études pour l'obtention du diplôme en Pharmacie, Tlemcen, 16 Juin 201

Ainsi nous avons tenté de connaître quels étaient les facteurs qui pouvaient avoir une influence sur cette décision de consommation des médicaments à PMO/PMF.

1.1.3. Présentation du contexte pharmaceutique algérien

Le médicament a la particularité d'être en même temps un bien de consommation et un outil des politiques de santé publique. La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accès aux soins de santé, lequel comporte notamment l'accès aux médicaments essentiels, est une condition indispensable à la jouissance de ce droit. Ainsi, la politique publique du médicament correspond à l'ensemble des orientations en matière du médicament prises par l'Etat, comportant l'existence de mécanismes de régulation, visant à garantir à la collectivité et aux individus l'accès à des médicaments efficaces, sûrs et aux meilleurs coûts.

Dans un contexte où d'une part, les développements observés sur la scène internationale imposent à notre industrie pharmaceutique d'être performante et compétitive et d'autre part, la croissance rapide des coûts des médicaments provoquée notamment par le vieillissement de la population, l'augmentation du recours à une thérapie médicamenteuse plus diversifiée et l'utilisation plus fréquente de nouveaux médicaments plus coûteux, en plus de la contrainte majeure dont l'État doit faire face ; garantir un accès équitable aux médicaments à des prix abordables, il devient impératif de mettre en place une politique de médicament qui encourage l'industrie locale afin de maîtriser l'augmentation des dépenses de médicaments tout en garantissant l'accès aux médicaments. Ainsi, l'Algérie s'est engagée à définir sa politique de médicament en édifiant une industrie nationale du médicament pour assurer une couverture d'environ **70%** de ses besoins en la matière⁵⁵⁷, à travers des mesures publiques visant à diminuer graduellement la dépendance du médicament importé.

Une présentation des principaux éléments constitutifs de ce système est nécessaire pour la compréhension de l'évolution du consommateur algérien des médicaments.

1.1.3.1. La consommation médicamenteuse en chiffres

Tout d'abord et pour ce qui est des indicateurs relatifs, la consommation nationale a connu entre 2008 et 2016 une croissance annuelle moyenne de 9,3%⁵⁵⁸, ajoutant à cela que 60% des médicaments sont produits localement, la part de la production locale a été multiplié par

⁵⁵⁷ Snoussi Z, La politique publique du médicament en Algérie : Ouverture versus Protectionnisme, Université de Khemis Miliana, 2015.

⁵⁵⁸ Kerrar A, Président de l'union nationale des opérateurs en Pharmacie (UNOP), Revue de presse, 16/05/2017

cinq durant les cinq dernières années alors que celle des importations (produits finis et en vrac) par les opérateurs privés a diminué de 14,5% sur la même période. Pour 2017, la dotation budgétaire allouée à ce secteur est de 100 milliards de DA contre 54 milliards de DA en 2012⁵⁵⁹. Un approvisionnement assuré par 314 opérateurs privés, 150 grossistes-distributeurs et 9600 officines de pharmacie, dont 458 au niveau de la Wilaya de Tlemcen⁵⁶⁰, le taux par habitant est de 1/18184 dans le secteur public et 1/2216 dans le secteur public+privé. Durant les trois dernières années, l'Algérie a enregistré l'inscription de plus de 140 nouveaux projets d'investissement dans le domaine pharmaceutique avec une moyenne de trois à quatre projets de fabrication qui voient le jour annuellement.

Des projets soutenus par les pouvoirs publics. Par ailleurs, il faut noter que la production du générique constitue le fondement même de cette politique. Donc, l'encouragement du produit générique est une orientation importante que les autorités souhaitent imprimer au marché du médicament. La mise en œuvre de cette orientation s'est appuyée sur les restrictions commerciales à l'importation.

1.1.3.2. Prix des médicaments en Algérie

Par ailleurs, Depuis 2005, les prix des médicaments sont déterminés conformément aux dispositions prévues par l'arrêté ministériel n 137/MSPRH/MIN du 18 Octobre 2005 portant organisation et fonctionnement du comité économique. Le comité est constitué de représentants des structures du MSPRH (direction de la pharmacie, finances, planification), LNCPP et du représentant des experts cliniciens⁵⁶¹. Les prix fixés ne sauraient être en tout état de cause supérieure aux prix pratiqués dans le pays d'origine du produit, aux prix pratiqués dans les pays de vente du produit et aux prix pratiqués dans les pays de la région, notamment Maghreb/Euro méditerranée⁵⁶². Il est également tenu compte du statut du médicament ; nouvelles molécules, apports thérapeutique et service médical rendu (SMR) (médicament essentiel, stratégique, ...), premier générique ou générique existant déjà, etc. , de la nature du produit ; fabriqué ou conditionné en Algérie ou bien importé , de la forme du produit ; matière première, pré mix, vrac, etc. et des prix des médicaments comparables déjà commercialisés.

⁵⁵⁹ Intervenant lors des travaux de la 18^{ème} édition du Forum pharmaceutique international, M Hafed.

⁵⁶⁰ Entretien avec le Directeur de la santé et de la population de Tlemcen, Mr Baghdous Abdelkader, le 05 Décembre 2017.

⁵⁶¹ Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH), Hafed Hamou, Fixation des prix des médicaments en Algérie, 2011.

⁵⁶² Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Op.cit.

1.1.3.3. L'encouragement de l'industrie locale des génériques

La politique de la promotion du générique est une action positive qui doit s'accompagner par des mesures d'encouragement envers la production locale du générique. A cet effet, la diminution de l'importation du générique afin de permettre aux producteurs d'augmenter leur production est l'une des solutions qu'a adoptées l'Algérie. En 2008, a été interdit l'importation de tout médicament fabriqué localement (une liste de 1.000 médicaments) ainsi que l'obligation d'investissement pour tout importateur. L'Algérie doit encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Ainsi, le déremboursement de médicaments importés est une solution pour l'orientation de la demande vers les génériques produits localement. La liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps dans le but d'encourager la consommation du générique d'une part et l'encouragement de la production nationale d'autre part.

1.1.3.4. La couverture sociale

En outre et pour ce qui est du régime algérien de l'assurance maladie ce dernier a pour vocation de couvrir l'ensemble de la population résidant sur le territoire national : salariés, non-salariés et non actifs. Un financement qui provient des cotisations ce qui rend sa capacité étroitement liée au niveau de l'emploi.

Les caisses chargées de la gestion des risques maladie en Algérie sont représentées principalement par la Caisse Nationale d'Assurance Sociale pour les travailleurs salariés (CNAS), et la Caisse d'Assurance Sociale des Non-Salariés (CASNOS). La CNAS est le noyau central du système de sécurité sociale⁵⁶³. Le système national d'assurance maladie offre à tous les algériens assurés (soit 34 millions d'assurés sociaux et ayants droit, représentant un taux de 80% de la population)⁵⁶⁴. Une couverture de base pour les médicaments prescrits. Depuis que l'assurance maladie prend en charge la consommation des assurés et de leurs ayants droits en matière de médicaments, la consommation a été vue à la hausse.

Ainsi, les chiffres indiquent que **55%** de la population algérienne était couverte par la sécurité sociale⁵⁶⁵, au niveau de la Wilaya de Tlemcen ce taux est de **368 260 assurés affiliés**

⁵⁶³ En vertu du décret n° 92-07, 04 janvier 1992

⁵⁶⁴ Mahfoud N. et Brahamia B. Evaluation de la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses d'assurance maladie en Algérie. Séminaire national sur l'évaluation économique en santé .2012 : 20 p.

⁵⁶⁵ Bourkaib Dj, Directeur des caisses d'assurance sociale au ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2017.

par la **CNAS** (dont **598 373 d'ayant droit**) sur une **population totale** de **1 032 067** ce qui donne un **taux de couverture sociale de 93,65%**⁵⁶⁶, le reste est assuré par les autres régimes dont la CASNOS.

Par ailleurs, et face à l'explosion des dépenses de santé dans la plupart des pays en général et spécialement en Algérie, l'instauration du dispositif de tarif de référence et le droit de substitution, sont présentés comme les principaux instruments pour encourager la consommation des médicaments génériques et réduire ainsi la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse supportée par les organismes de la sécurité sociale. Et ce à travers :

a. L'application du tarif de référence

La politique de tarif de référence constitue un des instruments utilisés par les pouvoirs publics afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments. Le tarif de référence pour le médicament a été mis en place, en Algérie depuis Avril 2006, dans l'objectif de l'augmentation de la consommation des génériques, la baisse conséquente des prix des médicaments et le ralentissement de l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques. Le principe de la politique est que quelque soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.

b. Le droit de substitution

La promotion des médicaments génériques dépend aussi des droits du pharmacien à substituer le générique au médicament prescrit. Le droit de substitution est le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament « princeps » prescrit par le médecin. La plupart des pays, dont l'Algérie, accordent ce droit de substitution⁵⁶⁷. En Algérie, le pharmacien d'officine jouit d'un droit de substitution, que lui confère la législation. En effet, en 1992, le Décret 92-276 portant le code de déontologie algérien stipule

⁵⁶⁶ Entretien avec Rahmoun S, sous directeur des prestations d'agence CNAS de Tlemcen, données agence Tlemcen sous la direction de Acimi SM, Décembre 2017.

⁵⁶⁷ Néanmoins, dans certains pays, le droit est limité à l'accord du médecin et c'est une pratique encore interdite en Angleterre, Norvège, Autriche, Grèce et Irlande. Les clauses du droit de substitution sont que la substitution doit être faite au sein d'un même groupe générique, le prescripteur ne doit pas s'y être expressément opposé pour des raisons particulières tenant au patient et elle ne doit pas entraîner de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie.

dans son Article 145 que “Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre "essentiellement similaire" et sous réserve des dispositions de l'article 144⁵⁶⁸, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage”. Ce droit est mis en vigueur en Algérie à partir de 2006.

Allant toujours en ce sens, des mesures d’encouragement à la prescription et à la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement, ont été prises par l’Etat algérien. Ainsi, un partenariat avec les pharmaciens a été mis en place sous la forme de bonus ou de majorations offerts à ces derniers. Ainsi, Ils bénéficient d’une majoration de 20% quand il s’agit du médicament générique et d’une majoration de 50% pour les médicaments de la production nationale⁵⁶⁹. Également, le versement des majorations et autres incitations financières aux officines pharmaceutiques au titre de la dispensation du médicament générique et des produits fabriqués en Algérie dont ;

- 15DA pour chaque médicament générique délivré par le pharmacien à la place du princeps ;
- 10% de majoration du montant de l’ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits génériques ;
- 20% de majoration du montant de l’ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits fabriqués localement.
- De même, le régime fiscal algérien en faveur du pharmacien d’officine prévoit une réfaction de 50% sur le chiffre d'affaires relatif aux ventes des médicaments dont la marge brute est comprise entre 10% et 30%. Le chiffre d'affaires relatif aux médicaments dont la marge bénéficiaire est inférieure ou égale à 10% est exonéré de la TAP (Taxe sur la Valeur Ajoutée) c’est le cas des médicaments destinés aux maladies chroniques.⁵⁷⁰

Par ailleurs, et pour ce qui est de la délivrance de médicaments sans prescription, en Algérie, à part la classification des médicaments en trois tableaux, il n’existe pas une loi franche qui régleme et dissuade l’automédication et la vente libre de certains produits, même il n’existe pas une liste fixée par le ministère de santé des médicaments vendus en automédication

⁵⁶⁸ Article 144 : Le pharmacien doit faire une analyse de la prescription, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, visant à éliminer toute erreur éventuelle de posologie, de contre-indication ou d'interférence médicamenteuse passée inaperçue et en aviser, si nécessaire, le prescripteur qui modifiera sa prescription. Si cette dernière n'est pas modifiée, elle ne peut être honorée que si le prescripteur le confirme par écrit. En cas de désaccord, et s'il le juge nécessaire, il doit se refuser à le faire, et en aviser la section ordinale régionale.

⁵⁶⁹ Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Sécurité Sociale, “Présentation des réformes en cours en Algérie en Matière d’assurance maladie”, 2011, pp18-19.

⁵⁷⁰ Le CA relatif aux médicaments dont la marge de détail est supérieure à 30% ne bénéficie d'aucune réfaction et imposable à la TAP sur la totalité.

d'après les responsable de la direction de santé. Il existe seulement un avant-projet de loi relative à la santé, version provisoire (de février 2003) soumise à concertation qui n'est pas encore appliquée jusqu'à maintenant renfermant, dans son chapitre II les conditions d'exercice des professionnels de santé dans son section 2 les règles particulières à l'exercice des professions de santé, l'article suivant :

- Art 349 : le pharmacien délivre des produits pharmaceutiques sur prescription médicale. Toutefois, il peut délivrer, sans prescription, certains produits dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé.

- Il participe à l'information et à l'éducation sanitaire des usagers notamment, en décourageant l'automédication et en suscitant l'utilisation des médicaments génériques.

1.1.3.5. Les facteurs déterminants de la consommation pharmaceutique en Algérie

Une étude menée au niveau du CREAD sur les déterminants de la consommation des médicaments avait expliqué que la consommation de médicaments en Algérie est une fonction principale de⁵⁷¹ :

La morbidité : les types de maladies ne sont pas les mêmes dans les pays industrialisés et les pays en transition économique et épidémiologique. De sérieux problèmes sont posés par la comparaison internationale en ce qui concerne la consommation du médicament. Ces problèmes sont en réalité le résultat du recours à la médecine moderne, de l'importance du réseau médico-hospitalier, des modalités de prise en charge des dépenses sanitaires, en particulier des dépenses pharmaceutiques (médicaments remboursés par la sécurité sociale, rôle de l'automédication), et des différences entre les modèles pathologiques (certaines pathologies entraînent le recours à des médicaments onéreux).

La structure de la population : la consommation est plus importante pour, les enfants et les personnes âgées que pour les adultes, et pour les urbains que pour les ruraux.

La fonction de la consommation peut être aussi une fonction principale de la qualité de la protection sociale, du nombre de médicaments proposés aux médecins par les laboratoires. De la solvabilité de la demande, des prix pratiqués, de l'information médicale, de la couverture

⁵⁷¹ Oufriha F.Z. Etude des déterminants de la consommation de produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Revue Les cahiers du Cread. 1990 ; 22(2).

médicale et enfin des formations culturelles⁵⁷² ⁵⁷³. D'autres facteurs liés à l'offre de soins s'associent à tout ceci à savoir : augmentations de prescripteurs médicaux, augmentation des structures de santé publiques et privées et le progrès technique⁵⁷⁴.

En effet, L'analyse faite ci-dessus offre aux lecteurs de notre travail une synthèse du contexte pharmaceutique algérien afin de pouvoir placer et analyser le consommateur de médicaments ainsi que les facteurs qui peuvent l'influencer.

1.1.4. Intérêt de la recherche

Cette étude porte sur les facteurs qui influent la prise de décision pour l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative. L'originalité de cette recherche réside dans le fait qu'elle étudie un processus décisionnel aussi atypique que celui des médicaments sous/sans ordonnance ainsi elle permettra de mettre la lumière sur les dimensions des facteurs en question selon leurs impacts sur ce dernier. La validation de l'impact des différents facteurs que nous avons synthétisé permettra aux laboratoires d'appréhender les tendances des consommateurs, et d'exploiter ces données comme outil de compréhension de ces derniers.

Nous tentons à travers notre travail de recherche de déterminer les différentes dimensions des facteurs en question, ainsi que leur impact. Notre objectif principal consiste à déterminer ces éléments dans le but de constituer éventuellement une base de données aux responsables marketing au niveau des laboratoires pharmaceutiques.

La revue de la littérature nous a permis de déceler une liste non exhaustive d'éléments qui pouvaient définir l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF, ainsi que de comprendre le comportement du consommateur des médicaments, différentes questions ont pu nous interpellées, notamment : ce consommateur contrôle-t-il son état de santé ? Quel est le degré d'influence de son entourage sur son comportement ? Est-il impliqué, et à quel degré et par rapport à quoi ? Perçoit-il un risque, à quel niveau, et à quel degré ? Fait-il confiance au corps prescripteur au point de déléguer entièrement sa prise de décision ? Enfin est-il d'accord et quel est son avis par rapport aux réglementations étatiques qui s'imposent ?

⁵⁷² Oufriha F.Z. Etude des déterminants de la consommation de produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Revue Les cahiers du Cread. 1990 ; 22(2).

⁵⁷³ Keddar M. Gaulé P. : le marché mondial des vaccins, évolution et dynamisme, RevueRemed, n° 29, 4^{ème} trimestre, 2004.

⁵⁷⁴ Mahfoud N, Brahamia B, Y Coppieters Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie, Revue Performance des entreprises algériennes, 11/2017.

La relation et l'impact de tous ces facteurs définissent à la base le processus décisionnel pour l'achat des médicaments chose qui est reconnue au niveau de la littérature scientifique mais à des degrés différents. Ainsi, cette analyse permettra de mieux cerner, et d'appréhender les comportements des patients quant à l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative.

1.2. Cadre conceptuel : Modèle et hypothèses de recherche

1.2.2. Présentation du modèle conceptuel

Le choix de notre modèle est basé sur une littérature approfondie des études précédentes, la non abondance de ces dernières nous a amené à exploiter en majorité des études qui se rapprochaient de la nôtre. Ainsi la plupart des modèles rencontrés traitaient l'impact d'une variable sur le processus décisionnel pour l'achat d'un médicament. Ces études étaient également en relation à des produits qui se rapprochaient du notre comme par exemple le médicament générique, les produits ou services de santé en général ainsi que les médicaments d'automédication. Cependant nous avons tenté de juxtaposer ces dernières afin de dresser notre propre modèle de recherche.

Ainsi, certains chercheurs étaient plus enclins à tester certaines hypothèses liées aux modèles d'utilisation des médicaments ou au modèle de locus de contrôle (Wallston et Devellis, 1978 ; Basara, 1995⁵⁷⁵) afin d'expliquer les comportements liés à la santé, et les symptômes liés à la maladie et donc l'état de santé comme facteur déclencher du processus décisionnel médicamenteux (C Huttin, V Atella, G Brenner, M-B Hedvall, R Mechtler, P Noyce and E Schafheutle, 1999)⁵⁷⁶ . Ensuite l'élément corps prescripteur c'est-à-dire le médecin le pharmacien ou les organismes chargés de la santé, que ce soit à travers la confiance (Navarro, 2009⁵⁷⁷ ; Quere, 2006⁵⁷⁸) ou pour certains une source de méfiance (Gausz-Mandelberg 2006) a

⁵⁷⁵ Basara, Lisa Ruby (1995), *The Impact of Direct-To-Consumer Advertising of Prescription Medications on New Prescription Volume and Consumer Information Search Behavior*, Doctoral Dissertation, The University of Mississippi.

⁵⁷⁶ ENDEP document internes. Extraite d'un modèle de recherche discuté lors du projet de l'ENDEP. Reli Mechtler, 1999.

⁵⁷⁷ Navarro M (2009), *L'industrie pharmaceutique*, Regards croisés sur l'économie 2009/1, N° 5

⁵⁷⁸ Quere (2006), « La structure cognitive et normative de la confiance », Réseaux p. 125 à 152

été aussi cité comme élément explicatif du comportement d'achat d'un médicament (Gurviez et Korchia 2002 ; Swaen et Chumpitaz 2008⁵⁷⁹ ; Cisse-Depardon et N'Goala 2009⁵⁸⁰),

D'autres chercheurs plus intéressés par des tests d'hypothèses du risque perçu envers le médicament en général et plus spécialement envers la substitution du médicament princeps par un médicament générique ainsi selon eux le risque perçu est un concept multidimensionnel et les dimensions de ce risque ont une relation positive avec le risque global perçu (Kaplan et al., 1974⁵⁸¹; Stone et Gronhaug, 1993; Dholakia, 2001⁵⁸²; González et al., 2003⁵⁸³ ; Rozano et al., 2009). L'implication dans l'achat et son impact notamment sur le volume de recherche d'informations au niveau du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative fait partie des éléments avancés par quelques auteurs dans les modèles explicatifs du comportement d'achat des médicaments (Wonsuk K., Karen Whitehill K., 2005)⁵⁸⁴. Par conséquent, différentes approches conceptuelles ont été discutés proposant ainsi, afin d'expliquer l'intention d'achat d'un médicament les variables suivantes, à savoir ; l'expérience acquise (Alba et Hutchin-son, 1987, Park et al., 1994. Mitchell, 1993, Miyazaki et Fernández, 2001 ; Serra-Sastre, V. et McGuire, A. 2013), les connaissances subjectives liés à l'implication dans la recherche d'information (Hawkins, Best et Coney 1986⁵⁸⁵ ; Mittal, 1995⁵⁸⁶) l'environnement social, les facteurs sociodémographiques, le système de santé ainsi que et enfin le cout des services de soins.

Par ailleurs, au cours de ces dernières années, plusieurs travaux ont visés à identifier et à mieux comprendre les facteurs psychosociaux qui permettraient de prédire les comportements de santé.

⁵⁷⁹ Swaen V. et Champitaz R.C. (2008), « L'impact de la responsabilité sociétale de l'entreprise sur la confiance des consommateurs », *Recherche et Applications en marketing*, vol.23, n°4/2008

⁵⁸⁰ Cisse-Depardon K. et N'Goal G. (2009), « Les effets de la satisfaction, de la confiance et de l'engagement vis-à-vis d'une marque sur la participation des consommateurs à un boycott », *Recherche et Applications en Marketing*, vol 24, n°1/2009

⁵⁸¹ Kaplan, L. B., Szybillo, G. J. & Jacoby, J. (1974). Components of perceived risk in product Purchase, *Journal of applied Psychology*, 59(3), 287-291.

⁵⁸² Dholakia U. (2001), A motivational process model of product involvement and consumer risk perception, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, n° 11-12, pp. 1340-1360

⁵⁸³ González, S., González, C. & Díaz, A. M. (2003). Intención de compra de medicamentos genéricos por parte de los usuarios de Asturias. *Revista Española de Salud*, 77 (6), 691-699.

⁵⁸⁴ Wonsuk kim, Karen Whitehill K., 2005, An exploratory investigation of consumers' pre-purchase external information search for prescription and non-prescription drugs, The University of Georgia.

⁵⁸⁵ Hawkins, Del I., Roger J. Best, and Kenneth A. Coney (1986), *Consumer Behavior: Implications for Marketing Strategy*, Plano, TX: Business Publications.

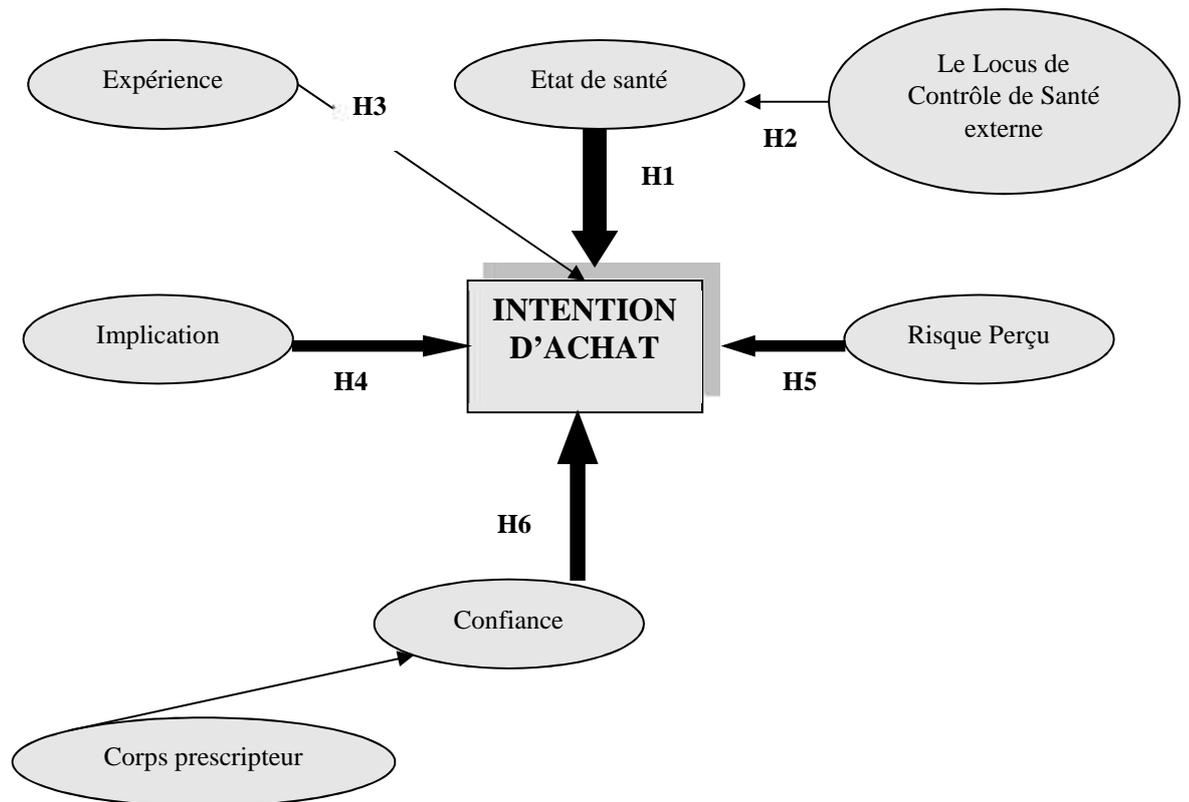
⁵⁸⁶ Mittal, Banwari (1995), "A Comparative Analysis of Four Scales of Involvement," *Psychology &Marketing*, 12, 663-682.

Pour ce faire, différentes théories psychosociales telles que la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985 ; 1988 ; 1991) ont été régulièrement appliquées. Ces travaux ont contribué à valider l'application de ses théories pour l'étude de comportement sociaux liés à la santé (Godin & al. 1996), on en distinguait deux plus susceptibles de s'appliquer au domaine médical : La théorie de l'Action Raisonnée (TAR), La théorie du comportement Planifiée (TCP).

Le health belief model (HBM) aussi comme modèle explicatif, d'ailleurs le modèle de croyance en matière de santé est l'un des cadres conceptuels les plus largement utilisés dans le comportement en matière de santé (Glanz, Rimer et Lewis 2002)⁵⁸⁷.

Les différentes études synthétisées ci-dessus nous ont permis de mieux comprendre le processus décisionnel pour l'achat d'un médicament ainsi que de mieux cerner la multitude de variables pouvant avoir un impact sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF. Nous avons ainsi proposé un modèle de recherche qui retrace l'impact des facteurs explicatifs du comportement d'achat d'un médicament sur sa décision d'achat. Le modèle conceptuel de notre recherche est schématisé au niveau de la figure suivante :

⁵⁸⁷ Glanz, K., B. K. Rimer, and F. M Lewis (2002), Health Behavior and Health Education, San Francisco, CA: John Wiley and Sons, Inc.

Figure 26. Modèle conceptuel de recherche

Source : élaboré par nous-mêmes.

Le cadre conceptuel présenté ci-dessus illustre les variables définies et expliquées dans la revue de la littérature. Dans le cadre de cette recherche, les variables indépendantes sont : l'expérience, le locus de contrôle de santé externe, l'implication, le risque perçu, le corps prescripteur. Précisons que la variable dépendante est l'état de santé, la confiance, et l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF.

1.2.3. Problématique et hypothèses de recherche

Les hypothèses de notre recherche ont été élaborées à partir de la littérature existante et les études qui ont été réalisées sur l'impact de quelques composantes du marketing pharmaceutique sur le comportement du consommateur des médicaments et le processus de prise de décision. La présente étude soulève le problème des facteurs qui rentrent en jeu ou qui impactent le processus décisionnel pour l'achat d'un médicament à PMO/PMF.

Notre recherche a été orientée en fonction de quelques questions à savoir :

La santé se consomme-t-elle réellement ? Est-on consommateur de médicaments ? Où commence le consommateur et où s'arrête le patient ? A quel point le processus de prise de décision pour l'achat d'un médicament est-il différent du processus classique et quels sont les éléments qui font sa spécificité ?

D'où la question fondamentale : ***Quels sont les éléments clés susceptibles d'influencer la décision d'achat du consommateur/patient pour les médicaments à prescription obligatoire ou facultative ?***

Afin d'apporter plus d'éclaircissement à l'ensemble des questions précédemment posées et à notre problématique, nous avons émis à priori un certain nombre d'hypothèses théoriques. Ainsi, il nous a paru utile de présenter nos hypothèses avec explication comme suit :

H1. L'état de santé est une variable prédictive au recours à un médicament à prescription obligatoire ou facultative :

La notion de besoins de santé renvoie à l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Au niveau individuel, l'expression d'un besoin de santé traduit une détérioration — au moins perçue — de l'état de santé. L'incertitude sur la probabilité de connaître une dégradation de l'état de santé et d'avoir recours à un médecin constitue ce que l'on appelle le risque épidémiologique. Cette dégradation de l'état de santé est la première phase qui explique le processus décisionnel pour l'acquisition d'un médicament, mais avant tout il faudra faire la distinction entre « petits risques » et « gros risques », une distinction qui va orienter le patient vers le type du panier de thérapeutique, Ainsi les personnes semblent donc reporter la prise de médicaments et consommer seulement lorsque leur état de santé est plus dégradé (Dourgon P., Sermet C., 2002)⁵⁸⁸.

Dans la littérature, on retrouvait souvent que le statut de mauvaise santé était comme prédictif au recours à un médicament à PMO/PMF. Ainsi les personnes atteintes de plusieurs pathologies chroniques ou évaluant leur état de santé mauvais avaient une tendance plus importante au recours aux médicaments (Amoako, 2003)⁵⁸⁹.

⁵⁸⁸ Dourgon P., Sermet C., 2002, op. cit

⁵⁸⁹ Amoako EPI, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-medication with over the counter drugs among elderly adults. J Gerontol Nurs. 2003 Aug; 29(8): 10-5.

H2. L'état de santé comme étape initiale pour l'achat d'un médicament à PMO/PMF est lié au Locus de Contrôle de la Santé externe :

Les personnes avec LCS externe pensent que leur état de santé est déterminé par des forces extérieures comme la chance, le hasard ou le pouvoir d'autrui comme l'entourage (familles amis...), (Wallston, Wallston et DeVellis, 1978)⁵⁹⁰.

H3. L'expérience antérieure augmenterait l'intention d'achat d'un médicament à prescription médicale obligatoire ou facultative :

L'expérience est la première source d'information à laquelle le consommateur recourt lorsqu'il est confronté à une décision d'achat (Gr nhaug, 1972⁵⁹¹ ; Rao et Farley, 1987⁵⁹²). La répétition dans le processus d'achat par l'utilisation, l'achat ou la simple évaluation rend le produit plus familier au consommateur (Pires et al., 2004). Les achats antérieurs fournissent au consommateur un apprentissage (Alba et Hutchinson, 1987⁵⁹³); donc augmenterait la probabilité que le consommateur achète les produits acquis dans le passé (González et al., 2006).

De plus, le processus de recherche externe des informations des consommateurs pour les médicaments délivrés sur/sans ordonnance nécessite généralement un certain niveau de compréhension des termes pharmaceutiques. Ce contexte unique fait des connaissances acquises par l'expérience un prédicteur important de la participation et à l'intention d'achat.

Ajoutant à cela que, le locus de contrôle de la santé (LCS) qui désigne l'attribution par une personne des causes de sa santé (Wallston, Wallston, Kaplan et Maide, 1976 ; Wallston, Wallston et DeVellis, 1978⁵⁹⁴). Les personnes avec LCS interne croient qu'elles peuvent contrôler leur état de santé par leurs actions proactives. Par conséquent, les personnes atteintes d'une LCS interne ont tendance à être proactives et confiantes face aux problèmes de santé. Ils pensent qu'ils possèdent suffisamment de connaissances, donc de l'expérience pour faire face à leurs problèmes de santé résultant de niveaux plus élevés de connaissances subjectives.

⁵⁹⁰ Wallston, Kenneth A., Barbara Strudler Wallston, and Robert DeVellis (1978), "Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Education Monograph*, 6(2), 160-170.

⁵⁹¹ Gr nhaug, 1972, op. cit

⁵⁹² Rao et Farley, 1987, op. cit

⁵⁹³ Alba, Joseph. W. and Hutchinson, J. Wesley (1987), "Dimensions of Consumer Expertise," *Journal of Consumer Research*, 13, 411-454.

⁵⁹⁴ Wallston, Wallston et DeVellis, 1978, op. cit

H4. Un niveau élevé d'implication dans l'achat pour les médicaments à PMO/PMF augmente le volume de recherche d'information et donc l'intention d'achat des médicaments à PMO/PMF:

La nature du produit, des niveaux élevés de risque perçu associé à une décision d'achat feraient en sorte que le consommateur connaîtrait des niveaux élevés d'implication, car une décision d'achat inappropriée peut entraîner des pertes graves et parfois irrévocables (Bloch, 1982; Batra et Ray, 1983; Laurent et Kapferer, 1985, Day, Stafford et Camacho, 1995).

Il a été émis que la propension du consommateur à rechercher des informations relatives au produit avant l'achat serait positivement influencée par son implication situationnelle dans la catégorie de produit (Dholakia 2001)⁵⁹⁵.

Puisque l'intérêt principal de l'étude actuelle est, l'intention d'achat. Il a été constaté que l'implication dans l'achat est positivement lié à la quantité d'efforts de recherche d'information dans les études empiriques antérieures (Betty et Smith, 1987 ; Lee, Herr, Kardes et Kim, 1999⁵⁹⁶). La même relation positive a été observée dans les contextes de soins de santé (Gore, Medhavan, McClung et Riley, 1994⁵⁹⁷; Sansgiry et Cady, 1996⁵⁹⁸; Lueg, Moore et Warkentin, 2003⁵⁹⁹).

Selon Serre MP & Wallet-Wodka D⁶⁰⁰, le produit de santé est extrêmement impliquant. Il est porteur de beaucoup d'espoir mais également de beaucoup de risques tant physiologiques que psychologiques.

De plus, la connaissance subjective représente un élément explicatif de l'implication dans la recherche d'information (Brucks, 1985). Ainsi, le processus de recherche d'information des consommateurs pour les médicaments délivrés sur/sans ordonnance nécessite généralement un certain niveau de compréhension des termes pharmaceutiques. Ce contexte unique fait des connaissances subjectives un prédicateur important de la participation à l'achat.

⁵⁹⁵ Dholakia 2001), op. cit

⁵⁹⁶ Lee, Hanjooon, Paul M. Herr, Frank R. Kardes and Chankon Kim (1999), "Motivated Search: Effects of Choice Accountability, Issue Involvement, and Prior Knowledge on Information Acquisition and Use," *Journal of Business Research*, 45, 75-88.

⁵⁹⁷ Gore, Prasanna, Suresh Madhavan, Gordon McClung, and David Riley (1994), "Consumers Involvement in Nonprescription Medicine Purchase Decisions," *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 16-22.

⁵⁹⁸ Sansgiry, Sujit S. and Paul S. Cady (1996), "How the Elderly and Young Adults Differ in the Decision Making Process of Nonprescription Medication Purchases," *Health Marketing Quarterly*, 14(1), 3-21.

⁵⁹⁹ Lueg, Jason E., Robert S. Moore, and Merrill Warkentin (2003), "Patient Health Information Search: An Exploratory Model of Web-Based Search Behavior," *Journal of End User Computing*, 15(4), 49-61.

⁶⁰⁰ Serre MP, Wallet-Wodka D, Dunod, 2008, op. cit

H5. Il existe un risque perçu envers le médicament qui impacte l'intention d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative ;

La revue de la littérature met en évidence les effets du risque perçu dans le succès de la catégorie de produits ou de services (DelVecchio, 2001). D'après ce travail le risque perçu par les consommateurs peut-être différents selon les catégories de produits. La catégorie de produits est une variable modératrice entre le risque perçu et l'intention d'achat voire même un facteur inhibiteur d'achat (Cunningham, 1967 ; Dowding et Staeling, 1994).

Pour notre étude, la catégorie de produits dite « santé » n'est pas neutre pour le patient-consommateur, puisqu'il s'agit d'acheter/consommer un produit qui touche directement à sa santé. La perception du risque peut alors être importante (Kaplan et al., 1974; Shimp et Bearden, 1982; Stone et Gronhaug, 1993 ; Stone et Mason, 1995 ; Shimp et Bear, 1997; Dholakia, 2001; González et al., 2003 ; Snoj et al., 2004 ; Lu et al., 2005; Rozano et al., 2009).

En général, les médicaments sont considérés comme un produit présentant un risque inhérent élevé (Bettman, 1973, Dholakia, 2001) et présentant un risque plus élevé pour la santé que les produits à forte consommation (Oglethorpe et Monroe, 1994). Cela peut affecter le comportement d'achat du consommateur (Carroll et Wolfgang, 1989), ainsi une perception de risque pourrait avoir un effet négatif sur l'intention d'achat.

H6. Les acteurs du processus décisionnel (médecin, pharmacien) influent sur la confiance qui représente un facteur non négligeable influant la décision d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative ;

Lors de l'achat d'un médicament nécessitant des connaissances spécialisées, il est important que les consommateurs aient de l'information (Agra-wal, 1995). Dans le cas spécifique des médicaments à PMO/PMF, le consommateur utilise les informations fournies par les médecins et / ou les pharmaciens, en reconnaissant qu'ils sont des experts (Bonoma 2001, Gallent et Cases, 2007, Venkataraman et Stremersch, 2007 ; Hassali et al., 2007, Gallent et Cases, 2007).

Pour ce type de produit, le consommateur reconnaît que son niveau de connaissance est moins élevé (en tant que non expert) que celui des médecins et des pharmaciens (experts).

En ce qui concerne le médicament, l'honnêteté et la sincérité ne peuvent pas être évaluées vis-à-vis d'un seul partenaire (le patient) mais plusieurs, non seulement les médecins prescripteurs, mais aussi les autorités de santé, les payeurs, et les experts.

Ainsi cette confiance se traduirait par un sentiment général qui porte les consommateurs à espérer et à croire que les performances liées au médicament sont en mesure de les traiter et de répondre à leurs attentes, ainsi il existerait une relation positive entre la confiance résultant des propriétés du médicament et de ses prescripteurs et l'intention d'achat. Ils exprimeraient une confiance dans ce que peuvent en dire autant les autorités de santé, le Ministère de la santé, que les médecins ou les pharmaciens. Ils croient aussi en la qualité intrinsèque et à la fiabilité du médicament telle qu'elle est définie par ses prescripteurs.

1.3. Collecte de données et élaboration du questionnaire

1.3.1. Collecte de donnée

Dans la présente recherche, la nature de l'objectif encourage l'utilisation d'une recherche par questionnaire. Selon Despande (1983), ce choix semble être approprié dans la mesure où le travail consiste à vérifier et à confirmer un ensemble de théories en interrelation, et non pas à construire une théorie.

Le questionnaire est l'une des trois grandes méthodes les plus utilisées en recherche marketing. Cette technique a été sélectionnée puisque l'objectif de notre recherche est de découvrir les relations d'influence entre les facteurs explicatifs du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament et l'intention d'achat de ce dernier. C'est une méthode quantitative de recueil d'informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits. Il s'applique à un ensemble (échantillon) qui doit permettre des inférences statistiques. Cette enquête par questionnaire est administrée par la méthode du face à face nous avons assisté chaque enquêté afin d'éviter les erreurs de compréhension de l'énoncé du questionnaire.

Suivant le raisonnement d'Astous (2000), cette méthode de collecte de données a été employée pour deux raisons principales : la nature des informations à obtenir (aucune information de nature personnelle n'est demandée, l'anonymat et la confidentialité sont respectés, et le temps disponible (la contrainte du temps a été très présente, car le questionnaire demandait une attention particulière, cependant la majorité des consommateurs/patients sollicités se disaient pressés et ne disposant pas d'assez de temps pour y répondre, vu aussi que chaque questionnaire nécessitait un temps minimum de quinze minutes.

Afin de mettre en œuvre notre modèle de recherche conçu à travers la littérature, la réalisation de certaines étapes s'impose. Il s'agit d'identifier les échelles de mesure pour chaque variable énoncée au niveau du modèle qui impacte l'intention d'achat d'un médicament à

PMO/PMF. Cette enquête a été réalisée au niveau de la Wilaya de Tlemcen durant la période de Mars, 2018.

Le modèle de questionnaire a été élaboré en nous appuyant tout d'abord sur les méthodes de recherche en marketing, ensuite sur des questionnaires utilisés dans des travaux empiriques antérieurs, et enfin sur la littérature traitant les différents aspects de notre étude.

1.3.2. Méthode d'estimation et taille de l'échantillon

Pour appliquer une analyse factorielle confirmatoire, Evrard Y. et al. (2003)⁶⁰¹ considèrent qu'il est nécessaire de garantir un rapport de 1 à 10 entre le nombre de variables et la taille de l'échantillon (c'est-à-dire qu'ici un nombre de 250 répondants aurait été nécessaire car nous proposons 5 et 6 items pour chacune des variable du modèle structurel). Cependant, selon d'autres auteurs Jolibert A. et Jourdan P., (2006)⁶⁰², il faut s'assurer d'un minimum d'effectif de trois à cinq fois le nombre de paramètres à estimer (donc dans notre cas où nous avons sept dimensions et une quarantaine d'items dans le modèle de mesure, c'est-à-dire 200 ou 250 consommateurs /patients). Enfin, pour Nunnally J. (1978)⁶⁰³, un minimum de 100 répondants est requis pour pouvoir procéder à une analyse en composantes principales. La taille de notre échantillon répond aux deux critères les moins exigeants en matière de taille et n'est pas très éloignée de la référence la plus exigeante.

Suite à l'administration de nos échelles représentées dans le modèle global par le modèle de mesure et qui sont adaptées aux contextes, nous avons procédé, comme il a été avancé au paravent, à l'analyse en composantes principales sur les données recueillies. Nous présentons dans ce qui suit les traitements appliqués à l'ensemble d'Items et variables, les analyses ont été menées avec SPSS version 20.

1.3.3. Le choix des personnes à interroger

Pour une collecte d'information la plus fiable, il nous est nécessaire de déterminer quel sont les consommateurs que nous pouvons interroger et qui va nous fournir les informations les plus concluantes. Certainement, c'est le problème méthodologique qui semble être soulevé par plusieurs chercheurs. L'une des questions qui a retenu l'attention de nombreux chercheurs dans le domaine du comportement d'achat des médicaments à PMO/PMF est de savoir :

⁶⁰¹Evrard y. et AL. (2003).op.cit.

⁶⁰²Jolibert A. et Jourdan P. (2006) « Marketing recherche : Méthodes de recherche et études enmarketing », Paris, Dunod,

⁶⁰³Nunnally, J. C. (1978) « Psychometric Theory», 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

- S'il faut se contenter des réponses d'une personne en bonne santé ou atteinte d'une maladie épisodique,
- S'il faut se fier aux personnes atteintes d'une maladie chronique.
- S'il faut se fier aux personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques

Ainsi, et afin de recueillir des informations fiables et récentes nous nous sommes rendus au niveau de quelques cliniques privés, à l'hôpital, dans des cabinets de médecin et dans des officines, où les répondants ont été plus susceptibles d'avoir consommé des médicaments récemment.

1.3.4. La description de l'échantillon

L'échantillon est une parcelle ou une unité reproduite de la population mère, le recours à une procédure d'échantillonnage se justifie lorsque la population sur laquelle porte l'étude est de grande taille. La réalisation d'une étude sur un échantillon permet de réduire le nombre des investigations (dans les coûts et les délais) tout en obtenant des résultats que l'on espère pouvoir considérer comme vrais au niveau de la population mère.

Le choix des unités d'échantillonnage dépend directement des contraintes associées à l'identification de la population et pose de problèmes lorsque l'unité de l'échantillonnage n'est pas un consommateur classique, et que le produit concerné est aussi complexe que le nôtre, les unités d'échantillonnage sont généralement les individus que l'on interroge, dans notre cas, le consommateur ou le patient est cependant l'unité d'échantillonnage la plus pertinente, mais alors se pose le problème des personnes à interroger, est-ce des personnes atteintes forcément d'une ou de plusieurs maladies chroniques ou des personnes atteintes d'une maladie épisodique?

1.3.5. Les techniques d'échantillonnage ou méthodes de sondage

Ils existent de très nombreuses méthodes de sondage, elles ont généralement pour objectif de sélectionner un échantillon qui assure la meilleure précision possible des résultats. Pratiquement on distingue deux principaux types d'échantillons (voir Annexe 4)⁶⁰⁴:

1.3.5.1. Les méthodes aléatoires ou probabilistes

Un échantillon probabiliste se caractérise par une sélection aléatoire des unités d'échantillonnage au sein de la population dans laquelle chaque individu a une probabilité connue, différente de zéro, d'appartenir à l'échantillon.

⁶⁰⁴ARDILLY. P (1994) « techniques de sondage » Paris. Techni.

1.3.5.2. Les méthodes non aléatoires

Appelées encore méthodes empiriques, la constitution de l'échantillon résulte d'un choix raisonné visant à faire ressembler l'échantillon à la population dont il est issu, par exemple la méthode des quotas.⁶⁰⁵ D'après Evrard Yves et Al⁶⁰⁶, de nombreux plans de sondage d'enquêtes utilisent simultanément les deux types de méthodes probabiliste ou non probabiliste.

1.3.6. Détermination de l'échantillon

La méthode ou la procédure choisie pour le tirage de l'échantillon est la méthode aléatoire simple. Il s'agit d'une méthode de tirage qui consiste à tirer dans la population de taille N, un échantillon de taille n fixé sans remise à partir des seuls identifiants de façon à ce que chaque individu ait la même probabilité d'inclusion, et cela sans aucune information auxiliaire. Nous avons cependant quelques données sur notre échantillon recueillies auprès de la Direction de la Santé et de la Population de la wilaya de Tlemcen (DSP)⁶⁰⁷, et de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS), des données représentatives vu que celle-ci (CNAS) couvre plus de 93,65% de la population tlemcenienne, car le nombre d'habitants de la wilaya de Tlemcen étant de (octobre 2017)⁶⁰⁸ : 1 032 067, et le nombre d'assurés affiliés : 368 260, ce qui donne le taux de couverture sociale susmentionné, ces données concerneraient le type d'affections par nombre de cas et les conventions des organismes concernés (voir Annexe 5). l'échantillon est d'une taille de 250 et ce selon nos moyens et le temps qui nous est impartie.

- On a par ailleurs donné à chaque enquêteur un plan de travail qui lui impose le respect de certaines proportions au sein de ses interviews. Dans la présente étude, les enquêteurs sont des étudiants de l'école supérieure de management de la Wilaya de Tlemcen.

⁶⁰⁵DUSSAIX A.M ; DERROO. M. (1980) « Pratique et analyse des enquêtes par sondage ». Paris PMF.

⁶⁰⁶EVARD YVES, PRAS B ; ROUX E ;(1997) « Market »2^{ème} édition NATHAN. p 177.

⁶⁰⁷ Entretien avec Monsieur de Directeur de la DSP de Tlemcen, Mr, Baghdoud Abdelkader, Décembre 2017.

⁶⁰⁸ Données recueillies auprès de la CNAS Tlemcen, fournies par Mr le Directeur d'Agence Acimi S M, et Mr Rahmoun S, sous directeur des prestations.

1.3.7. L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire (voir Annexe 6) est l'outil principal de collecte de données pour cette recherche. Nous avons distribué 250 questionnaires, ces derniers ont été adressés aux personnes interrogées (les questionnés).

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons veillé à respecter certaines règles telles que celles préconisées par Jolibert et Jourdan (2009), la structure de notre questionnaire se présente comme suit :

- **Introduction** : afin d'inviter le questionné à s'immerger dans le thème de l'étude, l'objet de cette dernière a été annoncé en introduction, qui s'inscrit dans le cadre d'une recherche académique, ainsi que la cible visée (consommateurs/patients).
- **Questions signalétiques** : elles ont été posées à la fin, elles concernent principalement les variables sociodémographiques, ainsi que des données tels que le type d'assurance, son taux, le type d'assuré, des données spécifique à notre étude.
- **Le corps du questionnaire** : les questions (items des échelles de mesure) ont été mise en disposition de telle sorte à ce que le questionné puisse ressentir un acheminement bien structuré et précis.
- **Échelle de mesure** : au niveau de notre recherche, nous avons retenue l'échelle d'intervalle de type « Likert » qui est une échelle métrique adaptée aux recherches marketing et compatible avec les traitements statistiques (Jolibert et Jourdan, 2009) facilitant ainsi l'analyse des données (moyenne, variance, écart type, test...). Nous avons choisi de l'appliquer sur sept échelons allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 7 (Tout à fait d'accord) afin de permettre aux répondants de s'exprimer avec plus de nuances.

Tableau 19. Echelle likert

Echelle de Likert	Pas du tout d'accord (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Tout à fait d'accord (7)

➤ Le pré-test du questionnaire

Il s'agit d'une phase fondamentale, souvent négligée qui consiste à mettre à l'épreuve le questionnaire par rapport à quelques individus, autrement di à le tester. Elle est donc centrée sur l'évaluation du questionnaire lui-même. L'approche ici est plus qualitative que quantitative. Il s'agit d'évaluer la clarté et la précision des termes utilisés et des questions posées, la forme

des questions, l'ordre des questions, l'efficacité de la mise en page, éliminer toutes les questions ambiguës, ou dont le jargon –vu qu'on été dans l'obligation d'utiliser parfois un jargon médical- était peu compréhensible, repérer les omissions, voir si le questionnaire est jugé trop long, ennuyeux voir indiscret...etc. Cette étape a permis de corriger et d'adapter le questionnaire selon les critiques et suggestions concernant tant le fond que la forme. Un pré-test qualitatif a ainsi été réalisé auprès de 50 personnes afin de s'assurer de la fiabilité et validité de cet outil de mesure.

1.3.8. Elaboration des échelles de mesure et construit

La grande majorité des construits du questionnaire sont mesurés à l'aide de questions avec une échelle métrique de type Likert comme on l'a expliqué précédemment. Seulement la section à question ouverte (réponses courtes) laisse place à l'interprétation de la part du chercheur. La diversité des échelles de mesure utilisées dans le questionnaire diminue les biais d'ordonnement (Malhotra, 2004), lors de l'élaboration des échelles on a pris soin de codifier chaque question afin de faciliter l'analyse des données. Voici un descriptif de l'élaboration de chaque construit utilisé dans le cadre de notre recherche.

1.3.8.1. Formulation des items

Il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive des caractéristiques des bons et des mauvais items Gagne C., PH et al (1999). Nous allons présenter certaines particularités propres aux items qui se révèlent habituellement les meilleurs. Ces caractéristiques ont trait à la clarté des items, à leur non-ambiguïté ou sont plutôt en lien avec le fait de favoriser la justesse des réponses.

1.3.8.2. Clarté des items

En principe, les items devraient être formulés de façon à ce que les sujets leur donnent une même interprétation, soit celle attendue du chercheur. Pour ce faire, il faut chercher à :

-Utiliser des phrases courtes, qui sont moins complexes à analyser et à comprendre que les phrases plus longues.

-Utiliser des mots simples : L'intérêt porté à un objet d'étude amène souvent les chercheurs à développer un jargon dont la signification ou les nuances échappent à un bon nombre d'individus de la population cible. Il semble en outre que les responsables d'enquête tendent à surestimer le vocabulaire de ceux qui seront interrogés. Il importe donc de prendre conscience de ces biais et chercher à utiliser des mots simples qui permettront de se faire

comprendre des sujets à qui l'on s'adresse. Le recours à des mots simples implique d'éviter l'usage d'abréviation, de sigles, de termes techniques ou de mots empruntés à une langue étrangère, à moins de les définir au préalable (Gagne, PH et al., 1999)⁶⁰⁹.

-Inclure une seule idée par question. Il est préférable de poser une question concernant le seul aspect qu'on veut tester.

-Eviter les mots transportant plusieurs significations.

-Utiliser avec parcimonie les formulations négatives. Les questions négatives sont en général plus difficiles à interpréter. Ce type de question peut cependant provoquer de la confusion chez les répondants.

1.3.8.3. Formulation qui favorise la justesse des réponses

Il faut non seulement chercher à ce que les répondants interprètent de façon appropriée les items mais aussi qu'ils y répondent correctement. Aux efforts de clarification des items s'ajoutent donc ceux qui encourageront les sujets à dire la vérité ou qui les aideront à mieux traduire leur implication et leur comportement. Aussi est-il souvent suggéré de :

-Faire référence à l'expérience immédiate ou récente des sujets.

-Préciser le temps et le contexte auxquels le sujet doit faire référence. Ajzen et Fishbein (1980)⁶¹⁰

-Laisser au sujet la possibilité de signifier son absence d'opinion (ex : je ne sais pas où je n'ai pas d'opinion) ou son ambivalence (ex : ni en accord ni en désaccord). Il importe de préciser que les avis sont partagés concernant la pertinence d'offrir ainsi aux répondants la possibilité de se désister. Voyer (1996)⁶¹¹

- Eviter de suggérer la réponse. Les questions doivent être formulées de façon à ne pas orienter les réponses dans une direction donnée. Allaire (1988)⁶¹² énumère plusieurs facteurs pouvant intervenir et favoriser une réponse au détriment d'une autre.

⁶⁰⁹ Gagne, PH et al., 1999.op.cit.

⁶¹⁰ Ajzen, I., and Fishbein, M. (1980) «Understanding attitudes and predicting social behavior» .Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

⁶¹¹ Voyer, J. P. (1996) « L'élaboration d'une échelle pour la mesure d'une attitude ou d'un construit psychologique. Document inédit. Département d'orientation, d'administration et d'évaluation ».Faculté des Sciences de l'éducation. Université Laval. Ste-Foy.

⁶¹² Allaire, D. (1988) « Questionnaires: mesure verbale du comportement ». Dans: Robert, M.Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie. Troisième édition. Edisem. St-Hyacinthe, Québec.

1.3.8.4. Présentation des échelles et items

a. Etat de santé

Selon l’OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité », ce qui ne fournit pas de définition objective. D’ailleurs, les mesures objectives de la santé nécessitent une longue liste de questions sur diverses maladies et fonctions, ce qui les exclut de fait de la plupart des enquêtes auxquelles les chercheurs en sciences sociales font appel.

Par ailleurs, Les échelles mise en évidence dans les études antérieures⁶¹³ permettent d’identifier par exemple un outil qui mesure le nombre de visites chez le médecin, de journées de maladie et d’hospitalisation au cours des six derniers mois. Il permet également d’identifier les maladies qui limitent la réalisation des activités de la vie quotidienne, les incapacités physiques. Il évalue aussi le degré de participation à des activités physiques intenses ainsi que l’autoperception de la santé par les patients. On obtient ainsi trois indices de la santé : la santé objective, la perception subjective du sujet et la perception de l’interviewer (George et Fillenbaum, 1985)⁶¹⁴.

Par ailleurs les chercheurs se tournent souvent aussi vers des mesures subjectives de la santé, qui sont beaucoup plus simple à collecter. La santé subjective –ou santé déclarée– correspond à la perception qu’a l’individu de sa propre santé. On la mesure à l’aide de questions du type « **globalement, diriez-vous que votre santé est...(1) très mauvaise, (7) très bonne** (Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout, Van den Bos GA, 1999 ; Jylha M, Guralnik JM, Balfour J, Fried LP, 2001). Toutefois d’autres formulations, plus contextualisées, sont possibles. Par exemple, dans le British Household Panel Survey (BHPS)⁶¹⁵, la question est la suivante : « veuillez indiquer votre état de santé ces 12 derniers mois. Comparé à des gens de votre âge, veuillez indiquer votre état de santé dans l’ensemble ». Une formulation qui invité le répondant à modifier son point de référence, à la fois en termes d’âge et de période de temps. La formulation des modalités de réponse peut également beaucoup varier d’une étude à l’autre. La plupart des enquêtes font toutefois un choix différents en proposant des items. mais le nombre

⁶¹³ Center for the Study of aging and Human Development, 1978

⁶¹⁴ George et Fillenbaum, 1985, OARS Methodology : A decade of experience in geriatric assessment, Journal of American Geriatric Society, 33, 607.

⁶¹⁵ Andrew E. Clark et Augustin Vicard, conditions de collecte et santé subjective : analyse sur données européennes, INSEE, 2007.

d'items proposé varie considérablement (de 3 à 6 item pour la formulation RAND Short-form 12), (Andrew E. Clark et Augustin Vicard, 2007).

Par ailleurs, il existe d'autres variables explicatives de l'état de santé, que sont « les maladies chroniques », « les symptômes » (Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout, Van den Bos GA, 1997⁶¹⁶ ; Amadottir SA, Stenlund H, Lundin-Olsson L, 2001⁶¹⁷). , « La mobilité », « la consommation de médicaments » (Damien J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM, 1999⁶¹⁸), « limitation des activités sociales », « santé mentale », et le « sens ». Ce type de variable est utilisé dans de nombreuses analyses en économie mais aussi dans d'autres disciplines comme l'épidémiologie (Bowling, 2005).

Différents auteurs se sont intéressés aux facteurs influençant la santé subjective. Selon les études les facteurs varient de même que leur influence pour certains, nous avons choisi de tenir en compte au niveau de notre étude des dimensions état de santé, symptômes, et consommation de médicaments. Les tableaux suivants synthétisent les principales dimensions et échelles.

Tableau 20. Présentation des études incluses sur l'état de santé

Auteur (s), année, Pays, Période de l'étude	Formulation de la question sur la santé subjective
Hooker et al., 1993. Etats Unis, 1986	Echelle d'auto évaluation à 4 niveaux : excellent-bonne-acceptable-médiocre
Idler, 1993. Etats Unis, 1982, 1988.	Comment évalueriez-vous votre état de santé actuelle ? Excellente, bonne, médiocre, mauvaise
Ebly et al., 1996. Canada, 1991.	Comment diriez-vous que votre état de santé est ces jours-ci ? très bonne...très mauvaise.
Jylha et al., 2006	Actuellement compte tenu de votre âge comment jugeriez-vous votre état de santé

⁶¹⁶ Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout, Van den Bos GA, Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. Soc Sci Med 1997; 45: 1527-36

⁶¹⁷ Amadottir SA, Stenlund H, Lundin-Olsson L, Determinants of self-rated health in old age : population-based, crosssectional study using the international classification of Functioning BMC public health 2011 :011 :670.2001

⁶¹⁸ Damien J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM, 1999, Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. Epidemiol community Health, 1999: 53:412-6.

Tableau 21. Dimensions état de santé

Variabiles	Items
Etat de santé (esan1)	Globalement je dirais que ma santé est. (1) Très mauvaise...(7) Très bonne.
Etat de santé (esan2)	Compte tenu mon âge je juge mon état de santé
Etat de santé (esan3)	Compte tenu de mes conditions de travail je dirais que mon état santé est
Symptômes (esans1)	Dès les premiers symptômes de maladie, je vais voir un médecin
Symptômes (esans2)	Malgré la sévérité de mes symptômes j'opte généralement pour le médicament à PMF
Symptômes (esans3)	Malgré la sévérité de mes symptômes je préfère commencer par traitement naturel (Phytothérapie ou autre)
Symptômes (esans4)	Je ne souffre pas de symptômes graves, je n'ai pas besoin d'un médicament à PMO
Consommation de médicaments (escm1)	Je suis à la lettre le traitement prescrit par mon médecin
Consommation de médicaments (escm2)	Je préfère les médicaments dont la posologie est simple
Consommation de médicaments (escm3)	J'ai tendance à surconsommer les médicaments
Consommation de médicaments (escm4)	Globalement, une fois la maladie diagnostiquée par un médecin, je préfère me tourner vers la médecine douce
Consommation de médicaments (escm5)	Les traitements des médecines douces ont une meilleure efficacité sur ma santé que les médicaments habituels

b. Type de maladie

En outre, et afin de mieux cerner la variable état de santé, on leur a demandé à travers une question à choix multiples s'ils souffraient d'une ou de plusieurs maladies chroniques, ou d'une maladie épisodique. Car les personnes souffrants de maladies chroniques et de symptômes augmentent leurs niveaux de santé déclarée (Andrew E. Clark et Augustin Vicard, 2007).

c. La décision d'achat

L'intention est définie comme la volonté que le consommateur manifeste - en termes d'effort et d'action - pour effectuer un certain comportement (Ajzen, 19916). L'intention capture les aspects motivationnels qui influencent le comportement du consommateur, il existe une relation entre l'intention et le comportement futur (Armitage et Conner, 2001).

Afin de mesurer les intentions d'achat nous nous baserons sur l'étude de Bergeron (2004) qui a tenu compte de l'étude de Juster (1966) qui considère que les performances de la

mesure dichotomique (oui/non) généralement utilisés dans la littérature pour mesurer les intentions d'achat ne sont pas performantes. A cet effet, nous utiliserons une échelle de Likert (1 fortement en désaccord à 7 fortement en accord) pour mesurer les intentions d'achat. Afin de capter toute l'essence d'achat, Bergeron (2004) affirme que les mesures devraient inclure les aspects liés aux intentions (ex : J'ai l'intention d'acheter ce produit) et les attentes (ex : Je m'attends à acheter ce produit). Les échelles de mesure utilisées par Bergeron (2004) ont été adaptées de Ramsey et Sohi (1997). Ainsi sept items ont du être utilisés et selon les besoins de notre étude comme le montre le tableau suivant :

Tableau 22. Échelles de mesure de l'intention d'achat

Variable	Items
Intention d'achat (int1)	J'ai l'intention d'acheter les médicaments à PMO
Intention d'achat (int2)	J'ai l'intention d'acheter les médicaments à PMF
Intention d'achat (int3)	J'ai l'intention d'attendre que la maladie disparaisse, donc il y'a de fortes chances pour que je ne fasse pas l'achat moi-même
Intention d'achat (int4)	Il y'a 99% de chances pour que je fasse l'achat d'un médicament à PMO
Intention d'achat (int5)	Il y'a 99% de chances pour que je fasse l'achat d'un médicament à PMF
Intention d'achat (int6)	Il y'a très peu de chances pour que je ne fasse pas l'achat moi-même
Intention d'achat (int7)	Il est de mon intérêt d'acheter le médicament à PMO/PMF

d. L'expérience

Deux dimensions sont considérées comme prédictives pour l'expérience dans le domaine du médicament, Les connaissances médicales comme dimension de l'expérience auraient un impact positif et facilitateur au recours à un médicament à PMO/PMF, surtout par l'expérience passée (Fuentes Albarán et Villa Zapata)⁶¹⁹, 4 items ont ainsi été développés. Le locus de contrôle interne (Wallston, Wallston et Devellis, 1978 ; et Basara, 1995) définit la deuxième dimension de l'expérience qui a son tour augmenterait le recours à un médicament à PMO/PMF, les 4 items en relations sont présentés dans le tableau suivant :

⁶¹⁹ Fuentes Albarán K1, Villa Zapata L. Analysis and quantification of self-medication pattern of customers in community pharmacies in southern Chile. Pharm World Sci. 2008 Dec; 30(6): 863-8. Doi: 10.1007/s11096-008-9241-4. Epub Aug 20.

Tableau 23. Dimensions de l'expérience

Variabiles	Items
LCS interne (expl1)	Globalement Quand je tombe malade je sais par moi-même quand est-ce que j'irais mieux et comment
LCS interne (expl2)	Lorsque je suis malade c'est en général à cause de mon manque de prévention
LCS interne (expl3)	Globalement je maîtrise ma maladie et ses modalités de traitement
LCS interne (expl4)	Je dirais que globalement je contrôle ma santé
Connaissances médicales (expc1)	Compte tenu de mes connaissances médicales je dirais que généralement j'ai de l'expérience
Connaissances médicales (expc2)	Vu mon expérience, je suis au courant des effets indésirables des médicaments
Connaissances médicales (expc3)	J'ai de l'expérience vu que j'ai tendance à consommer les mêmes médicaments auparavant consommés
Connaissances médicales (expc4)	En général, Compte tenu des effets indésirables je décide si je dois acquérir les médicaments prescrits ou pas

e. Le locus de contrôle de santé externe

Nous avons défini le locus de contrôle de la santé (LCS) comme l'attribution par une personne des causes de sa bonne ou de sa mauvaise santé. Les échelles adaptées de Wallston, Wallston et Devellis (1978) et Basara (1995)⁶²⁰ ont été utilisées pour mesurer le LCS. Nous avons cependant décidé de mesurer les deux dimensions du LCS, qui sont internes, et le pouvoir des autres c'est-à-dire externes. Le locus interne est lié au niveau de notre étude à l'expérience, le locus externe à l'influence des autres sur l'état de santé.

Tableau 24. Dimension du locus de contrôle de la santé externe

Variabiles	Items
Le locus de contrôle de la santé externe (cont1)	Lorsque je récupère d'une maladie, c'est toujours d'autres gens ont pris soins de moi (famille, amis)
Le locus de contrôle de la santé externe (cont2)	Ma famille a beaucoup à voir avec ma maladie ou ma santé
Le locus de contrôle de la santé externe (cont3)	Les professionnels de santé contrôlent ma santé
Le locus de contrôle de la santé externe (cont4)	En général, Avoir un contact régulier avec mon médecin est la meilleure façon pour moi d'éviter la maladie
Le locus de contrôle de la santé externe (cont5)	A chaque fois que je ne me sens pas bien je dois consulter un professionnel de santé
Le locus de contrôle de la santé externe (cont6)	En ce qui concerne ma santé, je fais toujours ce que mon médecin me demande de faire

⁶²⁰Wallston, Wallston et Devellis (1978), op. cit
Basara (1995), op. cit

f. Implication dans la recherche d'information

Pour l'Implication dans les achats, la présente étude définit la participation à l'achat comme le degré de soin ou d'inquiétude ressenti à l'égard de la décision ou du choix d'achat (Hawkins, Best et Coney, 1986⁶²¹). Les échelles d'implication des achats développées par Mittal (1995)⁶²² ont été utilisées en combinaison avec la motivation pour traiter les échelles utilisées dans Moorman (1990)⁶²³ pour saisir fortement la dimension motivationnelle de la participation à l'achat.

Par ailleurs, les Connaissances subjectives sont définies comme la connaissance perçue de la façon de chercher des informations. Ratchford (2001)⁶²⁴ a classifié le savoir ou le capital humain selon ses termes en deux catégories : le capital d'information et le capital de compétences. Le capital informationnel fait référence à l'information ou aux connaissances sur les attributs et les prix des alternatives apprises dans le passé qui peuvent encore être utilisées dans la recherche d'information pré-achat actuelle tandis que le capital des compétences se réfère à la connaissance de la recherche. La définition de la connaissance subjective de l'étude actuelle est adaptée du concept de capital de compétence pour mesurer et se concentrer sur la capacité perçue de chercher des informations. Les échelles de connaissances subjectives utilisées dans Beatty et Smith (1987)⁶²⁵, Brucks (1985)⁶²⁶; Moorman et Jaworski (1991)⁶²⁷ ont été adaptées pour l'étude actuelle et formulée de manière à refléter les contextes d'achat abordés dans la présente étude.

⁶²¹ Hawkins, Best et Coney, 1986, op. cit

⁶²² Mittal, 1995, op. cit

⁶²³ Moorman, Christine (1990), "The Effects of Stimulus and Consumer Characteristics on the Utilization of Nutrition Information," *Journal of Consumer Research*, 362-374.

⁶²⁴ Ratchford, Brian T. (2001), "The Economics of Consumer Knowledge," *Journal of Consumer Research*, 27, 397-411

⁶²⁵ Beatty, Smith, 1987, op. cit

⁶²⁶ Brucks, Merrie (1985), "The Effects of Product Class Knowledge on Information Search Behavior," *Journal of Consumer Research*, 12, 1-16.

⁶²⁷ Moorman, Christine (1990), "The Effects of Stimulus and Consumer Characteristics on the Utilization, of Nutrition Information," *Journal of Consumer Research*, 362-374.

Tableau 25. Échelles des déterminants de l'implication dans la recherche d'information pour les médicaments à PMO/PMF

Implication dans l'achat (impl1)	Je prends en considération les types et marques des médicaments prescrits.
Implication dans l'achat (impl2)	Je me soucie de ce que le médecin peut prescrire
Implication dans l'achat (impl3)	Généralement je participe avec mon médecin pour les médicaments prescrits
Implication dans l'achat (impl4)	Je trouve qu'il est important de rechercher des informations sur les médicaments à PMO avant d'aller chez le médecin
Implication dans l'achat (impl5)	Je trouve qu'il est important de rechercher des informations sur les médicaments à PMO après être allé chez le médecin
Implication dans l'achat (impl6)	Je trouve que la recherche d'informations sur les médicaments à PMO n'est pas importante
Implication dans l'achat (impl7)	Je pense que la recherche d'information sur les médicaments à PMF est importante
Connaissances subjectives (impl8)	Il m'est facile de trouver des informations sur les médicaments à PMO/PMF
Connaissances subjectives (impl9)	Globalement l'information fournie par mon médecin/pharmacien est assez simple et compréhensible

g. Moyen utilisé pour la recherche d'information

Ensuite, et dans le but de mieux saisir l'intensité des activités de recherche d'information sur les médicaments, la présente étude utilise sept points allant de (1) non important à (7) très important. On leur a demandé d'évaluer l'importance de chaque source en les aidants à se renseigner sur les médicaments à PMO ou à faire le choix final des médicaments à PMF. Ce format de mesure évite le piège de la «double pondération» en n'attribuant pas différentes quantités de poids prédéterminés à différentes sources d'information, mais tente toujours de mesurer l'intensité des efforts de recherche en demandant aux répondants eux-mêmes d'exprimer leurs propres opinions sur les différents niveaux d'importance. Chaque source d'information en relation avec une décision d'achat. Klippel et Sweeny (1974)⁶²⁸, Lumpkin et Festervand (1987)⁶²⁹, King et Haefner (1988)⁶³⁰ et Strutton et Lumpkin(1992)⁶³¹ ont utilisé cette approche de mesure de l'information. Onze sources d'information, y compris celles identifiées

⁶²⁸ Klippel, R. Eugene and Timothy W. Sweeny (1974), "The Use of Information Sources by the Aged Consumer," *The Gerontologist*, 14 (April), 163-166.

⁶²⁹ Lumpkin, James R. and Troy A. Festervand (1987), "Purchase Information Sources of the Elderly," *Journal of Advertising Research*, December / January, 31-44.

⁶³⁰ King, Karen Whitehill and James E. Haefner (1988), "An Investigation of the External Physician Search Process," *Journal of Health Care Marketing*, 8(2), 4-13.

⁶³¹ Strutton, H. David and James R. Lumpkin (1993a), "Elderly Consumers' Characterization of Medication Information Sources," *Journal of Current Issues and Research in Advertising*, 15(1), 101-111.

dans des études de recherche antérieures (Morris, Grossman, Barkdoll, Gordon, et Chun, 1987, Morris, Tabak et Olins 1992, Rothkopt 2003⁶³², Creyer, Hrsistodoulakis et Cole 2001 ; Hughes, Whittlesea et Luscombe 2002⁶³³) et les interviews approfondies ont été incluses dans le questionnaire. Les onze sources d'information sont des amis, des membres de la famille, Internet: site Web relatif à la santé, notice, brochures des laboratoires, Magazine, des revues médicales / livres, les journaux, pharmacien, médecin, la radio et la télévision

h. Risque perçu

Afin de mesurer les risques associés aux médicaments à prescription obligatoire ou facultative, on s'appuiera sur les échelles utilisées au niveau des études précédentes.

Parmi les échelles proposées pour analyser le risque perçu, une échelle multi attributs déjà validée. En effet, cette dernière se propose de mesurer la perception du risque sur la base d'une étude conduite par González Hernando, González Mieres, et Díaz Martín (2003)⁶³⁴. Cette étude a déjà portée sur les médicaments génériques (le cas le plus proche de notre étude) et identifie les dimensions du concept de risque. Chacune de ces dimensions a des influences sur la perception du risque pour ce type de produit et son intention d'achat. Les auteurs ont utilisé cette échelle, qui est une adaptation de celle de Stone et Gronhaug (1993), pour l'achat des ordinateurs portables. L'échelle met en évidence la nature multidimensionnelle du risque, elle en distingue ainsi cinq dimensions : risque fonctionnel, risque financier, risque physique, risque psychologique et risque social mesurés par trois items pour chaque risque. Pour identifier les attributs clés du risque associés à la consommation des médicaments à PMO/PMF, les auteurs, dans leur étude, ont demandé l'aide de sources secondaires et l'avis d'experts pour enrichir les informations fournies par les entretiens. Les items sont finalement au nombre de huit (trois pour chaque dimension du risque) tous évalués dans un questionnaire sur une échelle de Likert de sept points, cependant au niveau de notre étude nous n'avons tenu compte que trois dimensions du risque : fonctionnel avec 2 items, physique avec 3 items, et social avec 3 items comme on peut le voir sur le tableau suivant :

⁶³² Rothkopt, Carol (2003), "The DTC Information Process", *Direct-to-Consumer Promotion: Public Meeting*, Center for Drug Evaluation and Research, U. S. Food and Drug Administration, September 22 and 23, 2003.

⁶³³ Hughes, L., C. Whittlesea, and D. Luscombe (2002), "Patients' Knowledge and Perceptions of the Side-Effects of OTC Medication," *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 243-248.

⁶³⁴ González Hernando, González Mieres, et Díaz Martín (2003), op. cit

Tableau 26. Dimension risque perçu

Variables	Items
Fonctionnel (ris1) Fonctionnel (ris 2)	Je crains que le médicament ne soit pas sûr ou digne de confiance Généralement, les résultats du médicament ne sont pas ceux à quoi je m'attends
Physique (ris3) Physique (ris4) Physique (ris6)	Je suis inquiet au sujet des effets secondaires que le médicament peut me causer à moi ou à l'un des membres de ma famille la consommation abusive de médicaments peut mettre en danger ma santé Je suis préoccupé par les dommages physiques possibles qui peuvent provenir de la consommation de ce médicament
Social (ris7) Social (ris8) Social (ris9)	Je me sens mal à l'aise à l'idée d'acheter ce médicament J'appréhende la réaction de mes proches quant à l'achat de ce médicament Je crois qu'il est imprudent d'acheter un médicament générique

i. Confiance

Pour mesurer le construit de confiance dans le médicament, une échelle d'items représentant ses principales dimensions est élaborée. Les items sont développés à partir d'une analyse de la littérature et des études précédentes (voir le tableau suivant). La confiance dans le médicament est ainsi représentée par un modèle en 3 dimensions distinctes, reliées entre elles par une relation causale, et pouvant varier indépendamment les unes des autres : fiabilité (Cisse-Depardon et N'Goala 2009, Gurviez et Korchia 2002 ; Siriex et Dubois 1999 ; Swaen et Chumpitaz 2008), transparence de l'information, et crédibilité des acteurs c'est à dire du corps prescripteur.

Tableau 27. Les dimensions de la confiance et comportement du consommateur

Travaux récents	Dimensions
<i>Une dimension</i> Bart, Shankar, et Urban (2005)	Confiance
<i>Deux dimensions</i> Sirieix et Dubois (1999) White (2005) Martin et Camarero (2005)	Compétence ; honnêteté et bonnes intentions ; intérêts pour l'autre Bienveillance et expertise Intentions ; valeur et aptitude ; compétence
<i>Trois dimensions</i> Frisou (2000) Mc Knight, Choudhury et Kacma (2002) Gurviez et Korchia (2002)	Bienveillance ; cohérence ; compétence Bienveillance ; compétence ; intégrité Bienveillance ; crédibilité ; intégrité
<i>Quatre dimensions</i> Akrouit et Akrouit (2004) Gefen et Straub (2004)	Bienveillance ; compétence ; honnêteté ; sécurité Bienveillance, intégrité, capacité, prévisibilité

Source : Andreani JC, Moulines JL, Conchon F, Bascoul G, Bœuf B, la confiance dans le médicament : Proposition d'une échelle de mesure, ESCP Europe.

La dimension fiabilité évalue la confiance dans la qualité du médicament, de ses effets thérapeutiques et de son rapport bénéfice /risques. Pour le médicament on peut penser que c'est une dimension fondamentale qui a un plus fort impact que les autres. Elle reprend en adaptant les trois items de l'échelle de confiance compétence/crédibilité en comportement du consommateur (Cisse-Depardon et N'Goala 2009, Gurviez et Korcia 2002, Sirieix et Dubois 1999, Swaen et Chumpitaz 2008): qualité (des médicaments et des médicaments génériques), garantie d'un médicament pas comme les autres, Sécurité du rapport bénéfices/risques, de l'achat en pharmacie (inversé).

Tableau 28. Dimension fiabilité/ confiance

Variables	Items
Qualité des médicaments (conf1)	J'ai confiance en la qualité des médicaments
Qualité des médicaments génériques (conf2)	J'ai confiance dans la qualité des médicaments génériques
Sécurité du rapport bénéfices/risques (conf3)	En général j'ai des doutes sur le médicament à cause des effets secondaires ou de dépendance

Ensuite la dimension information incorpore la troisième composante du médicament : il n'y a pas de médicament sans communication sur ses propriétés thérapeutiques. L'information fait partie intégrante du médicament à travers la notice (information obligatoire dans les boîtes de médicaments), l'actualisation des connaissances sur les effets thérapeutiques, les recommandations de bon usage, l'information donnée par les autorités et les professionnels de

santé. Par ailleurs pour certains auteurs (D'Arcy 2009, Parker 2007, Pesse 2007, Radoilska 2008), l'information est une des composantes de la confiance dans le médicament et du climat de suspicion qui peut exister.

Tableau 29. Dimension transparence de l'information

Variables	Items
Source d'information (conf4) (conf5) (conf6) (conf7)	L'information sur les médicaments est digne de confiance si elle m'est donnée par un : <ul style="list-style-type: none"> • Professionnel de santé (médecin, pharmacien) • Une source officielle (ministère de la santé ou agence du médicament) • Si je la trouve sur un site internet • Si Je la trouve sur d'autres média (TV, Presse, Radio..)
Informations de bon usage (Conf8)	Suivre les recommandations de bon usage du médicament (médecin et/ou pharmacien, notice) permet de limiter les effets secondaires.

Le terme « transparence » utilisé pour qualifier l'information vise à explorer une des sources de méfiance les plus importantes sur le médicament. Cela est d'autant plus important que l'information sur le médicament est difficilement accessible et que la publicité pour les médicaments de prescription est interdite (Andreani, Conchon et Fournier, 2009).

Dimension Crédibilité des Acteurs/confiance

La dimension « crédibilité des acteurs » fait partie traditionnellement des échelles de confiance en comportement du consommateur, même si elle n'en porte pas le même nom : dimension intégrité (Cisse-Depardon et N'Goala 2009, Gurviez et Korchia 2002, Swaen et Chumpitaz 2008) et dimension crédibilité / honnêteté (Siriex et Dubois 1999).

Tableau 30. Dimension Crédibilité des Acteurs

Variabiles	Items
Importance des autorités de Santé (conf9)	Bénéficier d'une assurance me permet d'avoir un meilleur accès aux médicaments
Compétence des experts (conf10)	Les experts médecins sont les plus qualifiés pour évaluer les médicaments
Compétence des experts (conf11)	Le pharmacien est qualifié pour proposer des médicaments substitués à ceux prescrits par le médecin
Patients (conf12)	le patient contribue au succès de son traitement par le respect de la prescription
Loyauté vis-à-vis des médecins (conf13)	Les laboratoires pharmaceutiques n'ont aucune influence sur les prescriptions des médecins
Respect de la réglementation (conf14)	L'Etat en préconisant la substitution du médicament de marque par un médicament générique agit pour le bien de ma santé.
Respect de la réglementation (conf15)	J'approuve la politique de l'Etat qui interdit l'importation des médicaments déjà produits en Algérie
Respect de la réglementation (conf16)	L'Etat impose sa réglementation sur les patients et les prescripteurs

En ce qui concerne le médicament, l'honnêteté et la sincérité ne peuvent pas être évaluées vis-à-vis d'un seul partenaire (le patient) mais plusieurs, non seulement les médecins prescripteurs, mais aussi les autorités de santé, les payeurs, et les experts. C'est même vis-à-vis de ces acteurs qu'elles ont été remises en cause par certains auteurs (Navarro, 2009, Perez 2008) et qu'elles semblent pour certains une source de méfiance (Gausz-Mandelberg 2006). De plus le médicament étant un bien encadré, la loyauté s'exprime vis-à-vis de ces acteurs autant en termes de respect de la réglementation que d'attitude dans la relation. Pour toutes ces raisons, qu'il est préférable de parler de crédibilité des acteurs pour désigner cette dimension. Cependant nous nous en tiendrons et ce pour un souci de volume de questions aux deux dernières dimensions c'est-à-dire « la compétence des experts » et « les patients ».

Par ailleurs et pour la dimension responsabilité sociétale des acteurs, et investissement dans l'innovation, nous avons préféré ne pas l'intégrer et ce pour des raisons de concordance avec notre analyse théorique, et de simplicité de l'étude.

Avant d'entamer les tests d'homogénéité indispensable à la validation des hypothèses, il est opportun de spécifier les propriétés des données que nous avons recueillies par le biais de la fiche signalétique du questionnaire.

SECTION II. Confirmation de la relation entre les variables

Lors de toute étude statistique des modèles explicative du comportement des individus en matière d'achat, il est nécessaire de décrire et explorer les données avant d'en tirer quelconques lois ou modèles prédictifs. Dans beaucoup de situations, les données sont trop nombreuses pour pouvoir être visualisables (nombre des caractéristiques trop élevées). Il est alors nécessaire d'extraire l'information pertinente qu'elles contiennent ; Les techniques d'ADD répondent à ce besoin. (ADD= ensemble de méthodes descriptives ayant pour objectif de résumer et Visualiser l'information pertinente contenue dans un grand tableau de données).

Pour la confirmation ou l'infirmerie de nos hypothèses, trois méthodes statistiques et intelligentes sont utilisées. Pour ce qui est de la relation existante entre les différentes variables, il a paru utile d'utiliser la méthode la plus adapté, il s'agit de celle des équations structurelles.

Tableau 31. Trois grandes familles de méthodes

Objectif	Variable quantitative	Variabes qualité/mixte
Repérer et visualiser les corrélations multiples entre variables et/ou les ressemblances entre individus	Analyses-en composantes principales (ACP)	Analyse factorielle des correspondances (AFC AFCM)
Réaliser une typologie des individus	Méthodes de classification (CAH,..)	AFC ou AFCM et classification
Caractériser de groupes d'individus à l'aide de variables	Analyse discriminante (AFD,..)	Analyse discriminante (AFD,..)

Source : <http://iml.univ-mrs.fr/~reboul/ADD1-MAB.pdf>

2.1. Le modèle des équations structurelles

Tout modèle d'analyse testé se divise en deux parties ; le modèle de mesure et le modèle structurel. Le premier précise les indicateurs ou les items observés de chaque variable latente. Chaque indicateur est défini soit théoriquement par le concepteur du modèle d'analyse soit en reprenant la structure factorielle de l'échelle apparue à l'issue d'une analyse factorielle exploratoire de type ACP. Le second concerne les hypothèses de relations linéaires entre les variables latentes et correspond aux relations définies a priori par le concepteur du modèle

d'analyse Jarvis C.B., et AL (2004)⁶³⁵ ; Campoy E. et Dumas M. (2005)⁶³⁶ ; Tenenhaus M., (2008)⁶³⁷ ; Kline R.B., (2011)⁶³⁸.

Chacun de ces modèles soit être traduit en équations dont la forme générale est :

- **Modèle de mesure** : $V_i = \lambda_i * F_a + E_i$
- **Modèle structurel** : $F_a = \beta_{ab} * F_b + \beta_{ac} * F_c + \dots + \beta_{ap} * F_p + D_a$

Avec : - V_i : Variable observée i (indicateur ou item)

- F_a : Variable latente A (construit, facteur comme CM, CC,)
- E_i : Erreur de mesure de i
- D_a : Perturbation de A (erreur de mesure de la variable latente)
- λ_i : Contribution factorielle à estimer de i sur la variable latente A
- β_{ab} : Coefficient de régression à estimer indiquant la force de l'influence de la variable latente P sur la variable latente A
- 1.2.1 Le modèle mesure
- $t = 1.96$ et $P = 0.05$

2.1.1. Principes du modèle

Les modèles des équations structurelles sont basés sur l'articulation d'analyses factorielles et de régressions. L'analyse factorielle servira à la détermination et la mesure des variables latentes et à la production d'un « modèle externe ». Les régressions sont destinées à tester les effets supposés entre des variables et à produire le « modèle interne ».⁶³⁹

Dans le domaine du marketing, les travaux de Bagozzi (1980) ont contribué de façon déterminante à l'essor de ces méthodes dans les disciplines de gestion. L'usage des modèles d'équations structurelles se développe surtout depuis le début des années 1980 dans les recherches empiriques en GRH, en psychologie des organisations et en marketing, la finance,

⁶³⁵Jarvis C.B., Mackenzie S.B., Podsakoff P.M., (2004) « Un examen critique des indicateurs de construit et des erreurs de spécification des modèles de mesure dans la recherche en marketing et en comportement du consommateur », *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 19, N°1, pp73-97.

⁶³⁶Campoy E. et Dumas M. (2005) « études longitudinales et comparaisons entre groupes par les méthodes d'équations structurelles – in « management des ressources humaines », méthodes de recherches en sciences humaines et sociales ; sous la direction de roussel p. and wacheux f. – bruxelles, de boeck

⁶³⁷Tenenhaus M., (2008) « Utilisation des modèles à équations structurelles en analyse sensorielle », *La revue Modulad*, N°38, pp 87-92.

⁶³⁸ Kline R.B., (2011) « Principles and practice of structural equation modelling », The Guilford Press, 3ème édition, New York London.

⁶³⁹ Jacobowicz, E. (2007) Contributions aux modèles d'équations structurelles à variables latentes, Thèse de Doctorat, Conservatoire national des arts et métiers de Paris.

les relations professionnelles, les systèmes d'informations, la stratégie et l'organisation s'en emparent aussi.⁶⁴⁰

Les équations structurelles constituent alors, un outil très intéressant puisqu'il permet de vérifier un ensemble de relations. Il permet entre autres, la validation des modèles d'analyse factorielle en permettant la présence de variables complexes ou de facteurs de deuxième degré. Il permet de tester les effets de médiation de façon simultanée. On ne peut toutefois pas l'utiliser à toutes les sauces. On doit le garder pour une validation en fin de processus.

Les équations structurelles proviennent de trois "types" d'analyse⁶⁴¹

- Les analyses de cheminement (pathanalysis)
- Les analyses de variables latentes (analyses factorielles)
- Les analyses d'équations simultanées

C'est la combinaison de ces trois chemins qui a mené aux équations structurelles. Il s'agit d'une analyse de cheminement, comprenant habituellement de multiples analyses simultanées et utilisant des variables latentes.

2.1.2. La distinction entre construits formatifs et réflexifs

Un aspect important dans cette phase de la procédure (la spécification des modèles de recherche), qui semble souvent négligée par les chercheurs selon plusieurs spécialistes de l'analyse des données, Diamantopoulos et Winklhofer (2001)⁶⁴² ; Jarvis et al. - 2003)⁶⁴³, est l'identification du type de variables qui seront intégrées dans le réseau de relations à tester. Le chercheur doit être particulièrement vigilant dans la distinction entre variables latentes formatives et réflexives.

La distinction entre construits formatifs et réflexifs fait aujourd'hui l'objet d'un nombre d'études conséquent, Jarvis et al (2003) ; Vautier.S et AL.(2005)⁶⁴⁴ ; Diamantopoulos A,

⁶⁴⁰ P.Roussel, F.Durrieux, E.Campoy, A ;ElAkremi (2002), Méthodes d'équations structurelles : Recherche et applications en gestion, Ed Economica, Paris, p.37.

⁶⁴¹ Claire Durand, (2015), Les équations structurelles, Analyse quantitative avancée Présentation pour le cours SOL6210<https://www.webdepot.umontreal.ca/Enseignement/SOCIO/Intranet/SOL6210/public/presentations/lisr/elshwdoc.pdf>

⁶⁴²Diamantopoulos , A., and Winklhofer, H. (2001)«Index Construction with Formative Indicators: AnAlternative to Scale Development». Journal of Marketing Research, 38(2), 269-277.

⁶⁴³Jarvis C, Mackenzie S, Podsakoff PA. (2003) «Critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing research». Journal of Consumer Research (2):199–218.

⁶⁴⁴Vautier S., Roussel, P. et Jmel, S. (2005) « Modéliser les différences individuelles avec l'analyse factorielle : l'exemple de la satisfaction au travail ». In : Roussel, P. et Wacheux, F.(dir),Management des ressources humaines : Méthodes de Recherche en Sciences Humaines et Sociales(pp. 277-296). Editions De Boeck Université

Siguaw J. (2006)⁶⁴⁵; Diamantopoulos. A et AL (2008)⁶⁴⁶ en plaidant pour une sélection attentive des construits latents lors de la spécification des modèles de mesure. Un construit latent, par définition, n'est pas directement observable : il ne peut être appréhendé qu'à travers une série d'indicateurs ou variables manifestes, supposés « représenter » le construit.

Dans l'approche traditionnelle Nunnally(1978)⁶⁴⁷ ; Churchill (1979)⁶⁴⁸, le construit latent est considéré comme réflexif, Alain Lacroux (2009)⁶⁴⁹ les indicateurs sont supposés représenter l'influence du construit latent sous-jacent ; la relation de causalité est donc supposée opérer du construit vers ses indicateurs.

Le construit représente la cause commune partagée par tous les indicateurs : en conséquence, ces indicateurs doivent être significativement et positivement corrélés, et toute variation dans le construit doit se manifester par la variation de tous les items de l'échelle de mesure, Bollen et Lennox (1991)⁶⁵⁰.

Plusieurs auteurs ont toutefois remarqué que certains construits latents ne correspondaient pas forcément au modèle réflexif, Bollen et Ting (2000)⁶⁵¹ : il est possible en effet de considérer certains construits comme une combinaison d'indicateurs, pas forcément corrélés, qui contribuent à « former » le construit latent.

La relation de causalité pour ces construits « formatifs » est donc inversée : elle procède des indicateurs vers le construit. L'exemple traditionnellement proposé est l'échelle de mesure du statut socio-économique d'un individu, qui est dérivé de la combinaison de quatre indicateurs, pas forcément corrélés : le niveau d'éducation, le revenu annuel, l'emploi occupé et le lieu de résidence.

La raison pour laquelle il convient de distinguer clairement les construits réflexifs et formatifs est que cette différenciation influe sur la qualité du modèle de mesure, et donc,

⁶⁴⁵Diamantopoulos A, Siguaw J. (2006) «Formative versus reflective indicators in organizational measure development». *British Journal of Management*;17(4):263–82.

⁶⁴⁶Diamantopoulos A., Riefler P. et Ross K.P. (2008) « Advancing formative measurements», *Journal of Business Research*, 2008, vol 61/12, p1203-1218

⁶⁴⁷Nunnally JC. (1978) «Psychometric theory», 2nd edition. New York: McGraw-Hill.

⁶⁴⁸Churchill GA (1979) «A paradigm for developing better measures of marketing constructs». *Journal of Marketing Research* ;16, 64–73.

⁶⁴⁹Alain Lacroux(2009) « l'analyse des modèles de relations structurelles par la méthode PLS : une approche émergente dans la recherche quantitative en GRH », Laboratoire ERMES, IUT de Toulon.p 4

⁶⁵⁰Bollen K, Lennox R. (1991) «Conventional wisdom on measurement: a structural equation perspective». *Psychological Bulletin* ;110(2):305–14.

⁶⁵¹Bollen k, Ting K. (2000) «A tetrad test for causal indicators». *Psychological Methods* ;5(1): 3–22.

indirectement, sur la validité des résultats du modèle structurel, Anderson et Gerbing (1982)⁶⁵²; Jarvis et AL (2003)⁶⁵³; MC Kenzie et al. (2005)⁶⁵⁴, Crie D. (2005)⁶⁵⁵.

Selon Spector (1992)⁶⁵⁶, les procédures les plus couramment utilisées pour la validation des échelles de mesure reposent sur l'hypothèse implicite que l'on est en présence de construits réflexifs, dont les indicateurs doivent être positivement corrélés. Les procédures de vérification de l'unidimensionnalité des construits (par analyse factorielle) et d'épuration des échelles de mesure (visant à maximiser l'homogénéité des échelles) conduisent au rejet tous les indicateurs dont la corrélation avec les autres est faible.

⁶⁵²Anderson, J.C. and Gerbing, D.W. (1988) «Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach - Psychological » Bulletin , 103(3), 411-423.

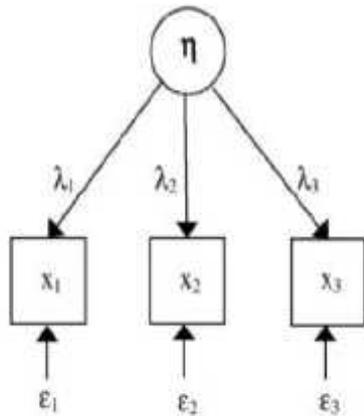
⁶⁵³Jarvis C, Mackenzie S, Podsakoff PA. (2003) .op.cit.

⁶⁵⁴MC kenzie S, Podsakoff P, Jarvis C. (2005) «The problem of measurement model misspecification in behavioural and organizational research and some recommended solutions». Journal of Applied Psychology ; 90(4), 710-30.

⁶⁵⁵Crie D., (2005) « De l'usage des modèles de mesure réflectifs ou formatifs dans les modèles d'équations structurelles », *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 20, N°2, pp 5-27.

⁶⁵⁶Spector PE. (1992) «Summated rating scale construction: an introduction. Series: quantitative applications in the social sciences». CA: Sage Publications.

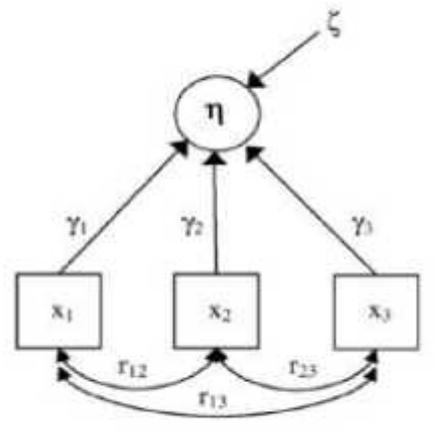
Figure 27. Modèle de mesure d'un construit latent réflexif



η = construit latent
 xi = indicateurs
 λ = coefficient représentant l'effet du construit sur l'indicateur
 ε = indicateur de l'erreur de mesure
 Le construit est la « cause » des indicateurs. Sur le plan formel, Chaque indicateur est lié à la variable latente par une équation de régression simple du type :

$$x_i = \lambda_i \eta + \varepsilon_i$$

Figure 28. Modèle de mesure d'un construit latent formatif



η = construit latent
 xi = indicateurs
 γ = coefficient représentant l'effet de l'indicateur sur le construit (coefficient de régression)
 r = corrélations entre indicateurs
 ζ = indicateur « d'erreur »
 Les indicateurs sont la « cause » du construit. Sur le plan formel, le modèle s'écrit comme une équation de régression multiple :

$$\eta = \sum_{i=1}^n \gamma_i x_i + \zeta$$

Source : Alain Lacroux(2009) « l'analyse des modèles de relations structurelles par la méthode PLS : une approche émergente dans la recherche quantitative en GRH », Laboratoire ERMMES, IUT de Toulon 4.

2.1.3. Les étapes suivies

La première étape, par rapport à la théorie, modèle élaboré avant la cueillette de données (pas toujours possible mais c'est l'idéal). On recueille les données en fonction du modèle après la collecte de données (avant analyse d'équations structurelles)

- ✓ Statistiques descriptives uni variées.

- ✓ Modèle de mesure : statistiques descriptives multi variées (analyses factorielles exploratoires).
- ✓ Analyses bi-variées et vérification d'hypothèses "simples" (χ^2 , tests F, etc.).
- ✓ Régressions avec entrée hiérarchique pour avoir une idée de "ce qui tient la route".
- ✓ Élaboration du modèle à tester.

Une fois le modèle élaboré, on passe à l'étape du test :

A) Faire produire la matrice de covariance ou de corrélation (habituellement nécessaire) et donc déterminer le type de matrice à analyser.

B) Déterminer les paramètres fixes et ceux à estimer, les équations, le programme (langage Simplis dans Lisrel).

C) Vérifier l'adéquation du modèle au moyen des divers indices d'ajustement et des indices de signification pour chaque paramètre.

D) Réviser le modèle si nécessaire en fonction des indices fournis par LISREL et de la théorie à l'origine du modèle.

2.2. Analyse en composantes principales et analyse factorielle

2.2.1. L'analyse en composantes principales (ACP)

L'Analyse en Composantes Principales (ACP) est une méthode d'analyse de données. Elle cherche à synthétiser l'information contenue dans un tableau croisant des individus et des variables quantitatives. Produire un résumé d'information au sens de l'ACP c'est établir une similarité entre les individus, chercher des groupes d'individus homogènes, mettre en évidence une typologie d'individus Lebartl., Morineau A., Piron M. (2000)⁶⁵⁷ ; Saporta G.(2006)⁶⁵⁸ ; Tenenhausm. (2006)⁶⁵⁹. Quant aux variables c'est mettre en évidence des bilans de liaisons entre elles, moyennant des variables synthétiques et mettre en évidence une typologie de variables. L'ACP cherche d'une façon générale à établir des liaisons entre ces deux typologies, Ali Kouani, S. EL Jamali et M.Talbi (2007)⁶⁶⁰

⁶⁵⁷Lebartl., Morineau A., Piron M.(2000) «Statistique exploratoire multidimensionnelle», Dunod, 3^{ème} édition.

⁶⁵⁸Saportag.(2006) «Probabilités, Analyse des Données et Statistique», Technip.

⁶⁵⁹Tenenhausm. (2006) «Statistique : Méthodes pour décrire, expliquer et prévoir», Dunod.

⁶⁶⁰Ali Kouani, S. EL jamali and M.talbi (2007) « Analyse en composantes principales : Une méthode factorielle pour traiter les donnes didactiques » Radisma, numéro 2

Cette méthode est utilisée pour identifier :

- Les dimensions est les facteurs les plus fondamentaux qui peuvent expliquer les corrélations entre plusieurs variables ;
- Un nouvel et un petit ensemble de variables non corrélées ;
- Un ensemble plus petit des variables les plus déterminantes ;

2.2.2. L'analyse factorielle (AF)

Cherche une solution à la covariance entre les variables mesurées. Elle tente d'expliquer seulement la variance qui est commune à au moins deux variables et présume que chaque variable possède aussi une variance unique représentant son apport propre. Les divers modes d'extraction visent à maximiser une bonne reproduction de la matrice de corrélations originale⁶⁶¹

2.2.3. Relation entre l'analyse factorielle et l'analyse en composantes principales

L'objectif principal des deux analyses consiste à regrouper les items mesurant le même concept de façon à ce qu'une addition de réponses à un ensemble d'items constitue une nouvelle mesure, composite, d'un concept. L'analyse en composantes principales (ACP) décompose la matrice de corrélation en tenant compte de l'ensemble de la variance des items. Elle en extrait un certain nombre de facteurs indépendants. Le but de l'analyse en composantes principales est d'expliquer le plus de variance possible avec un nombre de composantes le plus restreint possible. Après extraction, une part seulement de la variance totale est expliquée. Le mode d'extraction et de rotation permet de déterminer les sous-ensembles d'items qui sont plus fortement corrélés entre eux et qui peuvent donc constituer des mesures d'un nombre restreint de concepts. L'analyse factorielle (AF) fait la même chose que l'ACP mais tient compte uniquement de la variance commune à l'ensemble des items. Elle extrait des facteurs qui peuvent être indépendants ou corrélés entre eux. Son but est de reproduire le plus fidèlement possible la matrice de corrélation. Comme l'ACP, elle permet de déterminer des sous-ensembles plus fortement corrélés entre eux.

2.2.4. Analyse exploratoire

L'analyse habituellement effectuée par les logiciels courants (SPSS, BMDP, SAS) est une analyse de type exploratoire puisqu'elle ne permet pas la détermination préalable du type

⁶⁶¹ Claire Durand (2005), L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité - 13 juillet p3.

de variables aux quelles facteurs elles devaient être liées. Lorsque la solution factorielle proposée par le logiciel (la solution statistique) confirme nos hypothèses de départ, c'est bon signe. Lorsque ce n'est pas le cas, ceci n'infirme pas nécessairement nos hypothèses, et ce parce qu'une multitude de solutions sont possibles pour chaque analyse et que le logiciel ne peut en proposer qu'une seule « la plus appropriée statistiquement ». Une autre solution, plus conforme à nos hypothèses, peut être presque aussi bonne que la solution proposée, chose qu'on ne peut vérifier.

2.2.5. L'analyse factorielle confirmatoire

L'analyse factorielle confirmatoire permet la détermination non seulement du nombre de facteurs mais aussi l'appartenance de chaque variable à un ou plusieurs facteurs. Ce type d'analyse doit être utilisé avec précaution, lorsque l'on est vraiment à la phase finale de la confirmation d'un modèle⁶⁶². Elle nécessite l'usage de logiciels permettant la réalisation d'analyses par équations structurales (EQS et LISREL, maintenant AMOS en module de SPSS version 7.0). LISREL VII était disponible comme module de SPSS (versions antérieures à la version 7.0); toutefois, la version VIII, une version Windows, est nettement plus conviviale.

L'analyse factorielle confirmatoire est utile pour le retient ou la suppression des variables soit des facteurs ou des items qui affectent la fiabilité de l'instrument de mesure, en se basant sur les contributions factorielles et sur le R^2 . Pour la validation des relations énoncées dans les hypothèses, il est recommandé de se référer à deux indicateurs : le T de student (CR) et les coefficients de régression standardisés (béta). La valeur du CR doit être supérieure à 1.96 alors que les coefficients de régression doivent être compris entre 1 et -1 . Par conséquent, plus la valeur absolue d'un coefficient est proche de 1, plus la relation linéaire est forte; le contraire étant vrai. Les résultats de la régression se lisent grâce aux indices suivants (Carricano et Poujol 2008) :

- ✓ **R** : le coefficient de corrélation multiple est un indice standardisé sa valeur varie de -1 à $+1$, indiquant la force de la relation entre l'ensemble des variables indépendantes et variables dépendantes. Plus la corrélation est élevée, plus la relation linéaire entre les variables est élevée.
- ✓ **R²** : Le déterminant ou encore appelé coefficient de détermination, c'est un indice de la part de variance de la variable dépendante par les variables indépendantes qui sont dans

⁶⁶² Claire Durand (2003), l'analyse factorielle et analyse de fidélité, notes de cours et exemples, Montréal, p7.

l'équation. Il donne ainsi la part de variance de la variable expliquée par la variable explicative.

✓ **(Le Bêta)** : Ce coefficient standardisé permet la comparaison de la contribution de chaque variable. Il s'agit du coefficient de régression ramené sur une échelle standard variant entre -1 et +1.

✓ **Le test F** : Sa valeur indique si la variance ou l'ajout de variance expliquée est significative. Autrement dit, quelle que soit la force de la relation existante entre les variables explicatives et les variables à expliquer, elle est susceptible d'exister dans la population et n'est pas due simplement au hasard de l'échantillonnage.

✓ **Le test T (CR)** : Sa valeur doit être supérieure à 1,96 pour être significative (notée** à $p < 0,05$). Elle indique si chacun des coefficients des variables présentés dans l'équation est significatif.

2.3. L'analyse de la validité et de la fiabilité des facteurs et des variables du modèle

Pour vérifier la validité des mesures, on procède au Test de Normalité des distributions, puis à l'analyse factorielle (exploratoire en composante principale), ensuite à la vérification de la fiabilité à travers l'alpha de Cronbach. L'analyse factorielle est utilisée pour identifier un petit nombre de facteurs ou de dimension qui expliquent les corrélations observées parmi les variables. Elle est aussi utilisée pour réduire un grand nombre de Variables corrélées en un nombre de facteurs indépendants qu'on peut utiliser lors des analyses ultérieures.

2.3.1. Test de Normalité des distributions des items (Kurtosis, Skewness)

Une distribution normale des variables se présente généralement comme un histogramme symétrique sous forme de cloche dont les proportions types sont: la symétrie mesurée par le coefficient d'asymétrie de « Skewness » et le coefficient d'aplatissement « Kurtosis ».

2.3.1.1. Coefficient de symétrie (Skewness)

Afin de vérifier la distribution des réponses, il est recommandé de commencer par analyser le coefficient de symétrie (Skewness) permettant de vérifier si les observations sont réparties équitablement autour de la moyenne (le coefficient est alors nul) ou si elles sont plutôt concentrées vers les valeurs les plus faibles (coefficient positif) ou vers les valeurs les plus élevées (coefficient négatif). Il est généralement admis que ce coefficient de symétrie doit être inférieur à 1 (Carrino, Poujol et Bertrandias, 2010).

2.3.1.2. Coefficient d'aplatissement (Kurtosis)

Le coefficient d'aplatissement (Kurtosis) compare la forme de la courbe de distribution des observations à celle de la loi normale. Un coefficient positif indique une plus forte concentration des observations, tandis qu'un coefficient négatif indique une courbe plus "aplatie" (Evrard et al., 2003). Il est généralement admis que ce coefficient d'aplatissement doit être inférieur à 1,5 (Carrino, Poujol et Bertrandias, 2010).

2.3.2. L'analyse factorielle

Pour conduire une analyse exploratoire, Goldberg et Velicer (2006) recommandent de suivre les étapes suivantes⁶⁶³

➤ **L'étude de l'adéquation des données à l'analyse factorielle** : Il s'agit de s'assurer que les données sont factorisables : en d'autres termes si elles forment un ensemble suffisamment cohérent pour qu'il soit raisonnable d'identifier des dimensions communes qui aient un sens et ne soient pas des artéfacts statistiques (Evrard et al., 2003)⁶⁶⁴. Deux tests sont utilisés pour vérifier cette condition :

✓ **Test de sphéricité de Bartlett** : il permet de tester l'hypothèse nulle selon laquelle les variables sont indépendantes les unes des autres (Malhotra et al., 2007) 1148. Autrement dit, il faut vérifier que les corrélations entre les variables sont statistiquement significatives (Jolibert et Jourdan, 2009). Pour que les données soient factorisables, ce test doit être significatif. Il est significatif à un seuil ($p < 0.05$), soit le rejet de l'hypothèse nulle et donc les variables sont corrélées entre elles. Nous testons l'hypothèse d'absence de corrélation dans la matrice de corrélation (Tabachnick et Fidell, 2000)⁶⁶⁵.

✓ **Test MSA (Measure of Sampling Adequacy) de Kaiser, Meyer et Olkin ou test (KMO)**: cet indice permet de quantifier le degré de corrélations entre les variables et la pertinence de l'analyse factorielle. Il compare l'amplitude des coefficients de corrélation avec l'amplitude des coefficients de corrélation partielle (Jolibert et Jourdan, 2009). Autrement dit, il renseigne sur la qualité de la corrélation inter-items. Sa valeur varie entre 0 et 1, ainsi les données sont factorisables si l'indice se situe entre 0.5 et 1 (Malhotra et al.,

⁶⁶³L. R. Goldberg & W. F. Velicer, (in press) (2006). Principles of exploratory factor analysis. In S. Strack (Ed.), Differentiating normal and abnormal personality: Second edition. New York, NY: Springer.

⁶⁶⁴ Y. Evrard, B. Pras et E. Roux (2003), Market : Fondements et méthodes des recherches en marketing, 3eme Ed., paris, dunod, p154.

⁶⁶⁵ Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2000), using multivariate statistics, fourth edition. United States of America : Allyn and Bacon, p.589

2007), en détail : $KMO < 0.5$: Inacceptable, $0.5 < KMO$: Moyen, $0.7 < KMO$: Bien, $0.8 < KMO$: Excellent.

➤ **Le choix des méthodes d'analyse et d'extraction** : On procède à l'analyse factorielle exploratoire en utilisant une l'analyse en composantes principales (ACP) car elle assure que l'échelle mesure précisément et exclusivement le construit qu'elle est censée mesurer. Lorsque le construit est unidimensionnel, l'ACP fait apparaître un seul facteur et inversement pour les construits multidimensionnels. Elle permet de vérifier que, pour chaque dimension du construit, les items censés la mesurer sont exclusivement et clairement liés à elle. On considère les règles suivantes adaptées de Igalens et Roussel (Roussel et Igalens, 1998) et de Evrard et al. (Evrard et al., 1997) pour réaliser l'ACP l'extraction de facteurs restituant un minimum de 50% de la variance totale.

➤ **Le choix du nombre de facteurs à extraire** :

De nombreuses méthodes ont été proposées pour choisir le nombre de facteurs à retenir (Scree test, Pourcentage de variance, Critère de Kaiser, Test de Horn, Test MAP, ...etc.). Le pourcentage de variance expliqué est souvent le plus utilisé. Le seuil de variance totale restitué et accepté en Sciences sociales est de 60% (Hair et al., 1998) .

➤ **L'épuration et interprétation des facteurs** (Le poids factoriel et la communauté):

La «communauté» des variables représente le pourcentage de variance de la variable qui est prise en compte par la solution factorielle. Toutes les représentations inférieures à 0,5 doivent être exclues de l'analyse (Evrard et al, 2003).Le poids factoriel représente la corrélation entre la variable et le facteur. Il est donc compris entre -1 et $+1$. On élimine les items qui corrélaient faiblement avec tous les facteurs ou qui corrélaient fortement avec plus d'un seul facteur.

2.3.3. Test de fiabilité Alpha de Cronbach.

L'alpha de Cronbach est un indice statistique permettant de mesurer la fiabilité des différents items censés contribuer à la mesure d'un phénomène. Il est généralement utilisé pour déterminer la cohérence de l'ensemble de questions composants un test psychologique. Comme, il permet aussi d'estimer la proportion de la variance totale due à tous les facteurs communs restitués par les énoncés plutôt qu'à des items spécifiques.

Selon Igalens et Roussel⁶⁶⁶. Si les énoncés sont étroitement liés pour évaluer un même construit la validité convergente de l'instrument est également démontrée. Quand il s'agit de la multi-dimensionnalité du construit, chaque groupe d'items servant à mesurer une dimension du construit devra clairement former un seul facteur indépendamment des autres.

La valeur du coefficient Alpha de Cronbach est comprise entre 0 et 1. Le seuil d'acceptation de l'Alpha varie selon l'objectif de la recherche. Pour une étude exploratoire, un coefficient plus faible est acceptable (0.7) alors que dans le cadre d'une recherche

fondamentale, il doit être plus élevé à (0.8) (Nunnally et Bernstein, 1994). Lorsqu'une échelle est utilisée pour comparer des groupes, un alpha de (0.8) est satisfaisant et il est inutile d'essayer d'obtenir un niveau supérieur. Selon une typologie proposée par De Vellis (2003), le coefficient Alpha est considéré comme insuffisant s'il est inférieur à 0.6, faible s'il prend la valeur entre 0.6 et 0.65, il est au minimum acceptable entre 0.65 et 0.7, bon entre 0.7 et 0.8 et très bon entre 0.8 et 0.9, supérieur à 0.9 une fois considérer la réduction du nombre d'items.

2.4. Indices D'ajustement Retenus Pour Le Test Des Echelles De Mesure⁶⁶⁷

Il en existe une multitude d'indicateurs qui peuvent être classés en trois groupes :

- Le premier groupe : se compose d'indices absolus qui mesurent l'ajustement global du modèle.
- Le deuxième groupe : renvoie aux indices relatifs à la comparaison, appelés « incrémentaux », qui mesurent l'amélioration de l'ajustement global en comparant le modèle testé à un modèle de base (nul) et/ou plusieurs modèles alternatifs;
- Le troisième groupe : est constitué d'indices de parcimonie, à savoir ceux qui se rendent compte de la parcimonie du modèle, en d'autres termes vérifient si l'ajustement du modèle (bon ou mauvais) est dû au nombre de paramètres à estimer, à chaque indice correspond une ou plusieurs valeurs critiques.

Nous avons limité notre présentation aux seuls indicateurs sélectionnés pour tester nos échelles de mesure. Pour retenir les indices nécessaires au test de nos échelles de mesure, nous avons suivi les recommandations de Roussel et al.(2002)

⁶⁶⁶ J.Igalens et P.Roussel (1998), Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines, Ed Economica, Paris, p359.

⁶⁶⁷ Maxime Koromyslov,(2009), L'impact de la délocalisation du luxe sur les attitudes des consommateurs : le cas des maisons françaises de luxe , p 266.

2.4.1. Indices « absolus »

- ✓ Goodness of Fit Index (GFI) : il mesure la part relative de la variance-covariance expliquée par le modèle. Il est analogue au R^2 de la régression multiple. Très sensible au nombre de paramètres à estimer. Sa valeur doit être supérieure à 0.9.
- ✓ Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) : il mesure la part relative de la variance covariance expliquée par la modèle ajustée par le nombre de variables par rapport au nombre de degrés de liberté. Ressemble au R^2 ajusté de la régression multiple. Très sensible au nombre de paramètres à estimés. Sa valeur doit être supérieure à 0.9.
- ✓ Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) : cet indice donne l'appréciation moyenne des résidus entre les données empiriques et les données déduites à partir du modèle.
- ✓ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) : il représente la différence moyenne, par degré de liberté, attendue dans la population totale et non dans l'échantillon. Dispose d'un intervalle de confiance associé (à 90%). Sa valeur est comprise entre 0.5 et 0.10 ; < 0.10 = à peine tolérable, < 0.08 = acceptable, < 0.05 = bon

2.4.2. Indices relatifs de comparaison ou « incrémentaux »

- ✓ Tucker-Lewis Index (TLI $> 0,9$) : il compare le manque d'ajustement du modèle à tester à celui du modèle de base.
- ✓ Comparative Fit Index (CFI $> 0,9$) : il mesure la diminution relative du manque d'ajustement du modèle à tester par rapport au modèle de base.

2.4.3. Indice de « parcimonie »

- ✓ $2/ddl$: Cet indice mesure le degré de parcimonie « absolu » d'un modèle ; il permet également de distinguer, parmi plusieurs modèles alternatifs, lequel est le plus parcimonieux. Sa valeur la plus faible possible.

Conclusion

Après avoir présenté le modèle conceptuel, la méthode et la description de l'échantillon, les items et les échelles de mesure et la relation entre les variables, comme première partie de l'étude empirique, nous allons à présent passer à la deuxième et dernière partie de cette étude qui sera composée de l'analyse des données et de la discussion des résultats afin de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses.

CHAPITRE V

ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

Introduction

Après avoir présenté le cadre théorique et la méthodologie de notre recherche, nous nous sommes intéressés dans le présent chapitre au test empirique des données théoriques. Rappelons que cette étude porte sur la vérification de la relation existante entre les différentes variables de notre modèle conceptuel, les principaux facteurs ou variables susceptibles d'avoir une influence sur la décision d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative. Nous partons du principe que le fait d'étudier le lien entre les variables que sont l'état de santé, l'expérience, l'implication dans la recherche d'information, le risque perçu et la confiance ainsi que le corps prescripteur et le locus de contrôle externe de la santé permettrait d'aider à mieux comprendre la décision d'achat d'un médicament à PMO/PMF.

SECTION I. Présentation des données

Pour cette section nous présentons en premier, le profil sociodémographique des répondants pour étudier ensuite la validité et la fiabilité de nos échelles de mesure par leur purification à l'aide des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires.

1.1. Les caractéristiques de l'échantillon

Nous présenterons d'abord les résultats de l'analyse descriptive pour connaître le profil sociodémographique des répondants. Leur profil est déterminé à partir du genre, de l'âge, du niveau intellectuel, du revenu mensuel et de la catégorie socioprofessionnelle.

1.1.1. Genre

L'analyse de notre échantillon nous a permis de constater que celui-ci est majoritairement composé d'hommes (56.57%).

Tableau 32. Genre des répondants

Genre	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Masculin	142	56.57	56.7
Féminin	109	43.42	43.3
Total	251	100	100

1.1.2. Age

L'échantillon est composé de 252 répondants, constitué de plusieurs personnes âgées de 18 ans à 60 ans et plus.

Tableau 33. Fréquences d'âge des répondants

Age	Pourcentage	Pourcentage valide
– 30	3.58	3.58
30 – 40	16.8	16.8
40 – 50	17.92	17.92
50 – 60	30.67	30.67
60-70	23.10	23.10
70-80	7.56	7.56
80 et plus	0.39	0.39
Total	100	100

D'après le tableau - 33 nous remarquons que la tranche d'âge est entre 40 à 50 ans qui est de 16.8% et celle de moins de 30 ans qui est de 3.58%, celle de 30 à 40ans est de 16.8%. Quant à la moyenne d'âge de notre échantillon est de 57.32% ans, et celle de 50-60 ans est de 30.67%.

1.1.3. Profil académique

Le tableau 34 montre que le niveau d'étude des consommateurs semble être bon. En effet, nous comptons qu'environ 27.38% des consommateurs sont des universitaires licenciés, 25.47% avec un diplôme de master et le 16.56% ont un niveau secondaire.

Tableau 34. Profil académique des répondants

Profil académique	Pourcentage	Pourcentage valide
Sans études	3.18	3.18
Primaire	2.54	2.54
Secondaire	16.56	16.56
Baccalauréat	13.37	13.37
Licence	27.38	27.38
Master	25.47	25.47
Doctorat	4.45	4.45
Formation professionnelle	7	7
Total	100	100

1.1.4. Revenu mensuel

Le tableau 35 montre la répartition des consommateurs selon le salaire mensuel, aucun des répondants n'a mentionné avoir un revenu au-dessus de 99999 DA, voir plus de 200000.

Tableau 35. Revenu mensuel des répondants

Salaire Mensuel	Pourcentage	Pourcentage valide
18000	9.90	9.90
18000 – 39999	36.63	36.63
40000 – 69999	44.55	44.55
70000-99999	8.91	8.91
Total	100	100

1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

Le tableau 36 reprend la répartition des consommateurs selon leurs professions, nous remarquons que la majorité d'entre eux 36.25% sont des employés, le reste c'est-à-dire 16.66% a une fonction libérale, et 13.75% sont des retraités.

Tableau 36. Catégorie socioprofessionnelle des répondants

Profession	Pourcentage	Pourcentage valide
Fonction libérale	16.66	16.66
Entrepreneur	12.08	12.08
Cadre/cadre supérieur	6.25	6.25
Employé	36.25	36.25
Retraité	13.75	13.75
Sportif	2.08	2.08
Artiste	2.08	2.08
Sans emploi	2.5	2.5
Etudiant	8.33	8.33
Total	100	100

1.1.6. Assurance (le type, le niveau de couverture et le type d'assuré)

Les répondants étaient répartis au niveau des deux organismes de protection à savoir la CNAS et la CASNOS, la majorité étaient affiliés chez la CNAS qui est une assurance des travailleurs sociaux, la plus importante au niveau national et local, et ce à raison de 65.81%,

quant a la CASNOS dont les affiliés sont des non-salariés ces derniers étaient de 23.50%. Ces assurés étaient pour la majorité 85.21% des actifs, le reste c'est-à-dire les inactifs 14.78%. Le taux de couverture qui varie selon la pathologie dont souffre l'assuré social et qui est de 80% pour les assurés dont la maladie n'est pas chronique et de 100%, pour les assurés souffrants d'une maladie chronique, ainsi la plupart 74.55% avaient une couverture à 80%, le reste 25.44% avec une couverture à 100%.

Tableau 37. Assurance ; Type ; Couverture des répondants

Assurance	Pourcentage	Pourcentage validé
CNAS	65.81	65.81
CASNOS	23.50	23.50
Total	100	100
Actif	85.21	85.21
Inactif	14.78	14.78
Total	100	100
80%	74.55	74.55
100%	25.44	25.44
Total	100	100

1.1.7. Zone d'habitat

La zone d'habitat qui se décompose en zone rurale, urbaine et semi urbaine, les répondants étaient répartis dessus comme suit : la plupart se sont révéle habitant en zone urbaine 84.57%, le reste 9.95% en zone rurale et les autres en zone semi urbaine, 5.47%. Les résultats ont permis de démontré que la plupart des répondants c'est-à-dire 79% étaient de la commune de Tlemcen, le reste étaient répartis entre Mansourah, Bensekrane, Sebdou, Ouled mimoun, Sabra.

1.1.8. La langue parlée

La moitié des répondants parlaient la langue française 50.24%, l'autre moitié parlaient la langue arabe 49.75%.

1.1.9. L'état de santé

Les répondants souffrants d'une maladie chronique sont de 43,25%, plusieurs maladies chroniques ; 15,36%, et une maladie épisodique ; 41,39%

SECTION II. Résultats de l'analyse factorielle

2.1. L'analyse de l'ACP

Dans ce cadre, nous avons réalisé une première ACP avec l'ensemble des items, ainsi que d'autres ACP pour chaque variable. Rappelons qu'analyser les résultats d'une ACP, consiste à répondre à trois questions ⁶⁶⁸:

➤ *Les données sont-elles factorisables ?*

Pour répondre à cette question, il convient, d'abord, d'observer la matrice des corrélations. Si plusieurs variables sont corrélées (supérieur à 0.5), la factorisation est possible. Si non, la factorisation n'a pas de sens et n'est donc pas conseillée. Ensuite, il faut observer l'indice de KMO qui doit tendre vers « 1 », si n'est pas le cas, la factorisation n'est pas conseillée. Enfin, il convient d'utiliser le test de sphéricité de Bartlett, si la signification (Sig) tend vers 0.000, c'est très significatif, si elle est inférieure à 0.05 c'est significatif, si elle se situe entre 0.05 et 0.10 c'est qu'elle est acceptable et au-dessus 0.10 elle est rejetée dans ce cas.

➤ *Combien de facteurs faudrait-il retenir ?*

Trois règles sont applicables :

1. La règle de Kaiser qui veut qu'on ne retienne que les facteurs aux valeurs propre supérieures à 1.
2. On choisit le nombre d'axes en fonction de la restitution minimale d'informations que l'on souhaite (exemple le modèle restitué au moins 80% d'informations).

Pour ces deux premières règles on examine le tableau de la variance total expliquée « Total Variance Explained ».

3. On observe le graphique des valeurs propres et on n'en retient que les valeurs qui se trouvent à gauche du point d'inflexion. Graphiquement, on part des composants qui apportent le moins d'informations (qui se trouvent à droite), on relie par une droite les points presque alignés et on ne retient que les axes qui sont au-dessus de cette ligne.

⁶⁶⁸ Ludovic Le Moal (2002), L'analyse en Composante Principales, p4.

➤ *Comment interpréter les résultats ?*

L'interprétation des résultats est la phase la plus délicate de l'analyse. On donne un sens à un axe grâce à une recherche lexicale à partir des coordonnées des variables et des individus. Ce sont les éléments extrêmes qui concourent à l'élaboration des axes.

Nous pouvons exclure certaines variables si la variance expliquée est trop faible. Pour choisir les variables à éliminer, il faut observer leur qualité de représentation : plus la valeur associée à la ligne « Extraction » est faible, moins la variable explique la variance.

2.2. L'analyse factorielle exploratoire de chaque variable

2.2.1. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « Etat de santé »

L'échelle initiale de l'Etat de Santé est constituée de 12 items, Les répondants ont indiqué leur degré de satisfaction aux propositions, sur une échelle de Likert en 7 points. Nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire en composantes principales. L'adéquation des données à analyser avec ce type d'analyse a été vérifiée : le test de Bartlett est significatif (sig: 0,00) le test KMO est de 0,681, une valeur qui tend vers le 1, chose que nous pouvons visualiser dans le tableau suivant :

Tableau 38. Indice KMO et test de Bartlett « état de santé »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,681
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	693,109
	Ddl	21
	Signification	,000

Le tableau ci-dessous présente la matrice d'inter-corrélation entre les items. Comme toute les matrice de corrélation, il s'agit d'une matrice de forme carrée, comportant un nombre égale de rangées et de colonnes correspondant au nombre de variables. Il faut signaler que la taille de la matrice de corrélation n'a aucun rapport avec le nombre de sujets dans l'échantillon.

Tableau 39. Matrice de corrélation inter-éléments

Matrice de corrélation inter-éléments							
	esan1	esan2	esan3	esans3	esans4	escm4	escm5
esan1	1,000	,808	,585	,023	,227	-,012	-,005
esan2	,808	1,000	,634	,130	,222	,030	,019
esan3	,585	,634	1,000	,039	,233	,175	,184
esans3	,023	,130	,039	1,000	,213	,325	,357
esans4	,227	,222	,233	,213	1,000	,344	,328
escm4	-,012	,030	,175	,325	,344	1,000	,719
escm5	-,005	,019	,184	,357	,328	,719	1,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

La matrice de corrélation nous montre qu'il existe des corrélations avec des intensités variantes confirmant ainsi l'existence d'une interaction entre les différentes variables.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.1), la moyenne des éléments est de 4,382 supérieure à 4, ainsi la majorité des réponses dépassent la neutralité de définie par la valeur 4. L'écart type sur le même tableau est de 1,965, inférieur à 3 les données restent non dispersées. Ainsi tous les éléments en relation à la variable état de santé restent acceptables et fiable pour notre étude.

2.2.2. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « intention d'achat »

L'échelle intention d'achat est constituée à la base de 7 items. Après l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, le test de Barlett s'est avéré significatif (0,00). Le test KMO est de 0,603.

Tableau 40. Indice KMO et test de Barlett « intention d'achat »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,603
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	449,629
	Ddl	10
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Sur le tableau de la matrice de corrélation le 1 montre qu'il existe une bonne corrélation inter-éléments, le 0 montre qu'il existe une contradiction entre éléments. Nos résultats montrent sur le tableau de la matrice de corrélation de la variable intention (annexe7.2), qu'il existe effectivement une corrélation avec des degrés différents, ainsi, nous pouvons dire qu'il existe une interaction entre les différents éléments de la variable intention d'achat.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe7.3), la moyenne des éléments est de 4,525 supérieure à 4, ainsi la majorité des réponses dépassent la neutralité de définie par la valeur 4. L'écart type sur le même tableau est de 2,043, tant qu'il ne dépasse pas le 3 les données restent non dispersées ce qui représente un élément favorable pour notre étude.

2.2.3. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « expérience »

Le nombre d'items au niveau de la variable expérience est de 8 items Nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire en composantes principales. L'adéquation des données à analyser avec ce type d'analyse a été vérifiée : le test de Bartlett est significatif (sig: 0,00) le test KMO est de 0,686.

Tableau 41. Indice KMO et test de Barlett « expérience »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,686
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	453,723
	Ddl	15
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Sur le tableau de la matrice de corrélation inter éléments (Annexe 7.4), les résultats montrent qu'il existe effectivement une corrélation avec des degrés différents, ainsi, nous pouvons dire qu'il existe une interaction entre les différents éléments de la variable expérience.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.5), la moyenne des éléments est de 4,852 supérieures à 4. L'écart type sur le même tableau est de 1,627, donc données non dispersées, tous les éléments analysés ci-dessus restent fiables pour notre étude.

2.2.4. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « locus de contrôle externe de la santé »

L'échelle locus de contrôle externe de la santé est constituée à la base de 6 items. Après l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, le test de Barlett s'est avéré significatif (0,00). Le test KMO est de 0,772.

Tableau 42. Indice KMO et test de Barlett « LCS externe»

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,772
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	473,017
	Ddl	15
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Le tableau de la matrice de corrélation inter éléments (Annexe 7.6), montre des résultats qui s'approchent du 1, ce qui montre qu'il existe effectivement une corrélation avec des degrés différents pour la variable LCS externe.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.7), la moyenne des éléments est de 5,443 supérieure à 4, ainsi la majorité des réponses dépassent la neutralité de définie par la valeur 4. L'écart type sur le même tableau est de 1,749, tant qu'il ne dépasse pas les 3 les données restent non dispersées ce qui représente un élément favorable pour notre étude.

2.2.5. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « implication dans la recherche d'informations »

La variable implication est constituée de 9 items. Après l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, le test de Barlett s'est avéré significatif (0,00). Le test KMO est de 0,673.

Tableau 43. Indice KMO et test de Barlett « implication »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,673
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	313,807
	Ddl	15
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Les données sur le tableau de la matrice de corrélation (Annexe 7.8), montrent qu'il existe effectivement une corrélation avec des degrés différents, et ce vu que la plupart des résultats s'approchent du 1 démontrant ainsi une certaine harmonie entre éléments au niveau de la variable implication.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.9), la moyenne des éléments est de 4,388 supérieure à 4, ainsi la majorité des réponses dépassent la neutralité de définie par la valeur 4. L'écart type sur le même tableau est de 2,257, donc données non dispersées.

2.2.6. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « risque perçu »

Constitué de 8 items, la variable risque perçu au niveau de notre étude aurait montré après l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, un test de Barlett's significatif (0,00), et un test KMO d'une valeur de 0,541.

Tableau 44. Indice KMO et test de Barlett « risque perçu »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,541
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	138,528
	Ddl	6
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Le tableau de la matrice de corrélation inter éléments (Annexe 7.10) pour la variable en question donne un résultat d'une corrélation favorable inter éléments s'approchant du 1.

Enfin le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.11), montre une moyenne d'éléments d'une valeur de 4,095 supérieurs à 4. L'écart type est de 1,979 inférieur à 3, ainsi les données non dispersées, et une corrélation harmonieuse font de cette partie des résultats, des résultats favorables.

2.2.7. L'analyse factorielle de la variable « confiance »

La variable confiance est constituée à la base de 16 items. Après l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, le test de Barlett s'est avéré significatif (0,00). Le test KMO est de 0,678.

Tableau 45. Indice KMO et test de Barlett « confiance »

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,678
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	695,555
	Ddl	45
	Signification	,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Sur le tableau de la matrice de corrélation, les résultats montrent qu'il existe effectivement une corrélation avec des degrés différents, ainsi, nous pouvons dire qu'il existe une interaction entre les différents éléments de la variable confiance.

Sur le tableau des statistiques récapitulatives d'éléments (annexe 7.12), la moyenne des éléments est de 5,372 supérieure à 4, ainsi la majorité des réponses dépassent la neutralité de définie par la valeur 4. L'écart type sur le même tableau est de 1,434, inférieur à 3 les données restent non dispersées ce qui représente un élément favorable pour notre étude.

2.3. L'analyse factorielle exploratoire de l'ensemble de variables

L'analyse de fiabilité nous permet d'étudier les propriétés des instruments de mesure ainsi que les items qui la composent. L'usage de la fiabilité nous permet de déterminer la bonne construction du questionnaire. Il existe plusieurs méthodes de mesure de la fiabilité des instruments de mesure, le tableau suivant résume l'ensemble des résultats obtenus de l'étude.

Tableau 46. Résultats de l'étude

Variables latentes	N° d'item	Ecart type	Moyenne	F de Fisher	Cronbach's Alpha	KMO	Bartlett's Test of Sphericity	Total Variance Explained %
Etat de Santé ESAN	7	1,965	4,382	51,911	0,717	0,681	693,109	65,965
Intention d'achat INT	7	2,043	4,525	32,190	0,734	0,603	449,629	76,724
Expérience EXPC	6	1,627	4,852	33,268	0,746	0,686	453,723	66,29
LCS externe CONT	6	1,749	5,443	26,646	0,746	0,772	473,017	69,939
Implication dans La Recherche d'Information IMPL	6	2,257	4,388	36,283	0,693	0,673	313,807	62,627
Risque perçu RIS	4	1,979	4,095	137,91	0,565	0,541	138,528	66,290
Confiance CONF	10	1,434	5,372	76,647	0,764	0,678	695,555	61,318

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Le tableau récapitulatif des résultats obtenus nous confirme l'analyse de la fiabilité des échelles. Le coefficient Alpha de Cronbach de chaque variable a été calculé et au besoin, une épuration par élimination des échelles a été effectuée pour tenter d'augmenter la valeur de ce test. Les valeurs sont au-dessus du 0,7, seuil recommandé par Nunally (1978).

Le calcul de **l'état de santé** sur l'ensemble des items donne un Alpha de Cronbach de 0.717 après la suppression de 5 items et ce après avoir testé ces derniers par le taux de cronbach, les items supprimés sont ceux avec une valeur inférieure à 0,6, les items retenus doivent dépasser

les 0,6 sur le taux de cronbach. Donc, le test d'Alpha de Cronbach s'est révélé de bonne fiabilité pour chaque variable incluse dans notre modèle. Ensuite pour la variable **intention** nous avons du retirer 3 items. Le test d'Alpha Cronbach obtenu est de 0.734.

Au niveau de la variable **expérience**, le test Alpha de Cronbach s'est révélé d'une valeur de 0,746, encore une fois une valeur acceptable dépassant les 0,6 même plutôt satisfaisante puisqu'elle s'approche du 0,8, et ce après avoir retiré 2 items sur 8. Même constatation pour la variable **locus de contrôle de santé externe** avec le même Alpha de Cronbach c'est-à-dire d'une valeur de 0,746, et ce avec l'ensemble des items qui sont de 6. Ensuite pour la variable **implication dans la recherche d'information** 3 items se sont vu retirés donnant lieu à un Alpha de Cronbach de 0.673. Au niveau du **risque perçu** le calcul a donné un Alpha de Cronbach de 0.541 après la suppression de 4 items. Enfin le calcul de la **confiance** sur l'ensemble des items donne un Alpha de Cronbach de 0.764 après la suppression de 3 items. Ainsi, les tests d'Alpha de Cronbach se sont révélés parfois d'une moyenne voire d'une excellente fiabilité notamment au niveau du calcul de la confiance.

2.4. L'analyse exploratoire des facteurs

Nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire en composantes principales. Par la méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. L'adéquation des données à analyser avec ce type d'analyse nous a permis de dégager, le degré de représentation des items au niveau de chaque variable.

Les données sont enregistrées sur le tableau de la qualité des représentations pour chaque variable respectives comme nous pouvons le constater au niveau du tableau suivant :

Tableau 47. Qualité des représentations

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.													
Esan		Int		Exp		LCS		Impl		Ris		Conf	
esan1	,834	int1	,782	expl3	,756	cont1	,694	impl1	,649	ris3	,742	Conf1	,801
esan2	,852	int2	,823	expl4	,781	cont2	,764	impl2	,701	ris5	,761	Conf2	,767
esan3	,671	int4	,813	expc1	,712	cont3	,690	impl3	,543	ris6	,739	Conf4	,591
esans3	,351	int5	,823	expc2	,716	cont4	,745	impl4	,574	ris7	,721	Conf5	,578
esans4	,391	int7	,596	expc3	,669	cont5	,692	impl5	,746			Conf6	,711
escm4	,754			expc4	,344	cont6	,611	impl7	,545			Conf7	,829
escm5	,765											Conf8	,482
												Conf9	,430
												Conf10	,557
												Conf11	,386

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Les résultats constatées ci-dessus sont en effet des représentations en pourcentage qui montrent le taux de représentation de chaque items dans chaque variable, nous pouvons constater des taux assez importants au niveau de la majorité des éléments ce qui montre la fiabilité des items proposés. Ainsi, par exemple pour la variable état de santé, nous pouvons voir que les items 1 et 2 offrent la meilleure représentation, cela n'altère pas évidemment la représentation des autres éléments. Au niveau de la variable intention, cette dernière serait représentée presque par tous les items principalement le 2, 4 et 5. La variable expérience s'offre une représentation démontrée principalement par les éléments 4 et 3. Au niveau du LCS, c'est l'item 2 qui offre la plus importante représentation, même chose au niveau de l'implication. Au niveau du risque perçu, les représentations sont toutes presque de la même valeur ce qui montre des représentations similaires. Quant à la variable confiance l'item 7 et 1, montrent une représentation importante par rapport aux autres éléments.

2.5. L'analyse de la corrélation et l'analyse factorielle confirmatoire entre les facteurs

Dans cette étape, nous réalisons les Analyses Factorielles Confirmatoires par la méthode des équations structurelles pour chaque variable, puis pour le modèle globale, afin de vérifier si le modèle est bien ajusté aux données empiriques. Il est primordial de vérifier la normalité des variables pour choisir la méthode d'estimation.

Ainsi, cette analyse confirmatoire (menée en utilisant le logiciel Statistica.8) vient valider le modèle de mesure défini par l'analyse exploratoire des données.

2.5.1. Test de Normalité des distributions des items

2.5.1.1. Coefficient de symétrie (Skewness)

Pour vérifier la distribution des réponses, nous avons analysé le coefficient de symétrie (Skewness), (voir le tableau suivant) qui permet de vérifier si les observations sont réparties équitablement autour de la moyenne (le coefficient est alors nul) ou si elles sont plutôt concentrées vers les valeurs les plus faibles (coefficient positif) ou vers les valeurs les plus élevées (coefficient négatif). Il est généralement admis que ce coefficient de symétrie doit être inférieur à 1 (Carrino, Poujol et Bertrandias, 2010). La Skewness de nos items varie entre

-0.013 et +0.756 et paraissent donc satisfaisants.

Tableau 48. Indice d'asymétrie (Skewness)

Les variables manifestes	Skewness	Corrected Skewness	Normalized Skewness	Les variables manifestes	Skewness	Corrected Skewness	Normalized Skewness
esan1	-0,708	-0,712	-4,578	impl1	-1,196	-1,203	-7,737
esan2	-0,761	-0,765	-4,920	impl2	-0,747	-0,751	-4,830
esan3	-0,650	-0,654	-4,207	impl3	-0,190	-0,192	-1,232
esans3	-0,017	-0,018	-0,113	impl4	0,336	0,338	2,174
esans4	-0,452	-0,454	-2,921	impl5	0,038	0,038	0,246
escm4	0,370	0,372	2,394	impl6	0,678	0,682	4,383
escm5	0,250	0,251	1,616	impl7	0,005	0,005	0,032
int1	-0,611	-0,614	-3,950	ris3	-0,820	-0,825	-5,301
int2	0,013	0,013	0,081	ris5	-0,724	-0,729	-4,684
int4	-0,478	-0,480	-3,089	ris6	0,756	0,761	4,890
int5	-0,079	-0,079	-0,508	ris7	0,545	0,548	3,525
int7	-0,627	-0,631	-4,055	conf1	-0,644	-0,648	-4,166
expl3	-0,868	-0,873	-5,611	conf2	0,057	0,057	0,366
expl4	-0,926	-0,932	-5,989	conf4	-2,443	-2,458	-15,804
expc1	-0,150	-0,151	-0,972	conf5	-1,238	-1,246	-8,008
expc2	-0,112	-0,113	-0,726	conf6	-0,684	-0,688	-4,424
expc3	-0,742	-0,747	-4,802	conf7	-0,345	-0,348	-2,234
expc4	-0,545	-0,549	-3,527	conf8	-1,468	-1,477	-9,495
cont1	-1,099	-1,106	-7,111	conf9	-1,576	-1,586	-10,195
cont2	-0,356	-0,358	-2,303	conf10	-1,884	-1,895	-12,186
cont3	-1,404	-1,413	-9,082	conf11	-0,856	-0,861	-5,534
cont4	-1,185	-1,192	-7,664				
cont5	-0,914	-0,919	-5,911				
cont6	-1,765	-1,775	-11,413				

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=159)

2.5.1.2. Coefficient d'aplatissement (Kurtosis)

En ce qui concerne le coefficient d'aplatissement (Kurtosis), qui compare la forme de la courbe de distribution des observations à celle de la loi normale. Un coefficient positif indique une plus forte concentration des observations, tandis qu'un coefficient négatif, indique une courbe plus "aplatie" (Evrard et al., 2003). Il est généralement admis que ce coefficient d'aplatissement doit être entre 0 et 8 en valeur absolue (Carrino, Poujol et Bertrandias, 2010). Nous avons des résultats compris entre 2.956 et -0.069, ce qui est donc acceptable. Par ailleurs, les résultats sont souvent négatifs et témoignent d'une distribution plus aplatie.

Tableau 49. Les indices d'aplatissement du variable

Les variables manifestes	Kurtosis	Corrected Kurtosis	Normalized Skewness	Les variables manifestes	Kurtosis	Corrected Kurtosis	Normalized Skewness
esan1	-0,069	-0,046	-0,222	impl1	0,026	0,051	0,085
esan2	-0,194	-0,174	-0,629	impl2	-0,735	-0,726	-2,378
esan3	-0,388	-0,372	-1,255	impl3	-1,398	-1,402	-4,520
esans3	-1,647	-1,656	-5,327	impl4	-1,362	-1,365	-4,405
esans4	-1,070	-1,067	-3,459	impl5	-1,454	-1,460	-4,704
escm4	-1,271	-1,273	-4,111	impl6	-1,141	-1,139	-3,689
escm5	-1,252	-1,253	-4,048	impl7	-1,365	-1,369	-4,415
int1	-1,097	-1,095	-3,547	ris3	-0,578	-0,565	-1,868
int2	-1,269	-1,271	-4,105	ris5	-0,583	-0,571	-1,886
int4	-1,216	-1,216	-3,933	ris6	-0,871	-0,865	-2,818
int5	-1,219	-1,220	-3,944	ris7	-1,137	-1,135	-3,675
int7	-0,407	-0,391	-1,316	conf1	-0,622	-0,610	-2,011
expl3	0,368	0,399	1,189	conf2	-0,978	-0,973	-3,162
expl4	0,406	0,439	1,314	conf4	5,560	5,696	17,979
expc1	-1,276	-1,277	-4,126	conf5	0,375	0,407	1,213
expc2	-1,240	-1,240	-4,009	conf6	-0,704	-0,694	-2,277
expc3	-0,217	-0,197	-0,701	conf7	-1,116	-1,114	-3,609
expc4	-0,708	-0,698	-2,288	conf8	1,632	1,689	5,277
cont1	0,226	0,255	0,730	conf9	1,874	1,936	6,061
cont2	-1,296	-1,298	-4,190	conf10	2,956	3,040	9,558
cont3	0,874	0,916	2,827	conf11	-0,220	-0,200	-0,711
cont4	0,143	0,170	0,462				
cont5	-0,471	-0,456	-1,524				
cont6	2,277	2,347	7,364				

Source : Notre élaboration à l'aide du Logiciel Statistica. (N=159)

2.5.2. Les estimations du modèle de mesure et du modèle structurel

L'évaluation des critères d'un bon ajustement est la phase la plus importante de l'AFC avec l'analyse de la contribution factorielle. Les résultats exposés portent sur une validation des échelles après épuration des items non confirmés, par une première AFC, sur la base du test t de signification.⁶⁶⁹

L'ajustement du modèle aux données étant satisfaisant, ainsi que la normalité des variables, donc, nous pouvons passer aux estimations du modèle de mesure et du modèle structurel, à leurs élaborations ainsi qu'à leurs validations.

2.5.2.1. L'estimation de la contribution factorielle

Le tableau représente l'un des résultats fondamentaux de l'analyse factorielle confirmatoire. Ce tableau est réparti en cinq colonnes⁶⁷⁰ :

- ✓ La première colonne indique les variables dont les relations sont mesurées.
- ✓ La seconde indique les niveaux de paramètres estimés. Les valeurs sont comprises entre **0.061 et 0.923**.
- ✓ La troisième indique l'erreur type ou l'erreur standardisée de chaque paramètre estimé. Il varie entre **0.023 et 0.066**.

La quatrième colonne présente les résultats de chaque test T de student pour les paramètres estimés. Le seuil de signification d'une estimation est de 1.96 à un niveau de confiance inférieur à 0.05. Les résultats de notre étude vérifient la condition, les valeurs sont supérieures au seuil. L'avant dernière colonne indique le niveau de probabilité du test, comme il apparaît clairement dans le Tableau suivant.

- ✓ La cinquième colonne représente l'estimation de l'erreur ou la variance de l'erreur de chaque indicateur.

Nous allons ainsi voir au niveau des tableaux suivants l'estimation du modèle de mesure pour chaque variable.

⁶⁶⁹Patrice Roussel, François Durrieux, Eric Campoy, Assaad El Akremi, op.cite, p.98.

⁶⁷⁰ibid, p.100.

Tableau 50. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable état de sante

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(ETAT)-66->[esan1]	0,869	0,025	34,363	0,000	0,513
(ETAT)-67->[esan2]	0,923	0,023	39,877	0,000	0,245
(ETAT)-68->[esan3]	0,688	0,037	18,488	0,000	0,149
(ETAT)-69->[esans3]	0,110	0,066	1,681	0,093	0,526
(ETAT)-70->[esans4]	0,271	0,062	4,389	0,000	0,988
(ETAT)-71->[escm4]	0,063	0,066	0,959	0,338	0,926
(ETAT)-72->[escm5]	0,061	0,066	0,917	0,359	0,996

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 51. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable locus de contrôle

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(CONT)-22->[cont1]	0,324	0,062	5,235	0,000	0,895
(CONT)-23->[cont2]	0,105	0,068	1,551	0,121	0,989
(CONT)-24->[cont3]	0,769	0,034	22,602	0,000	0,408
(CONT)-25->[cont4]	0,837	0,030	28,226	0,000	0,299
(CONT)-26->[cont5]	0,713	0,038	18,680	0,000	0,492
(CONT)-27->[cont6]	0,678	0,041	16,603	0,000	0,540

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 52. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable intention

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(INT)-55->[int1]	0,799	0,034	23,797	0,000	0,362
(INT)-56->[int2]	0,244	0,064	3,794	0,000	0,940
(INT)-57->[int4]	0,880	0,030	29,198	0,000	0,226
(INT)-58->[int5]	0,251	0,064	3,919	0,000	0,937
(INT)-59->[int7]	0,609	0,046	13,366	0,000	0,629

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 53. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable expérience

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(EXPR)-1->[expl3]	0,329	0,062	5,347	0,000	0,892
(EXPR)-2->[expl4]	0,307	0,062	4,928	0,000	0,906
(EXPR)-3->[expc1]	0,803	0,032	25,025	0,000	0,355
(EXPR)-4->[expc2]	0,862	0,029	29,835	0,000	0,257
(EXPR)-5->[expc3]	0,672	0,041	16,370	0,000	0,549
(EXPR)-6->[expc4]	0,378	0,059	6,361	0,000	0,857

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 54. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable implication

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(IMPL)-7->[impl1]	0,411	0,063	6,522	0,000	0,831
(IMPL)-8->[impl2]	0,450	0,061	7,348	0,000	0,798
(IMPL)-9->[impl3]	0,522	0,057	9,073	0,000	0,728
(IMPL)-10->[impl4]	0,620	0,052	11,870	0,000	0,616
(IMPL)-11->[impl5]	0,735	0,047	15,724	0,000	0,460
(IMPL)-12->[impl6]	-0,445	0,061	-7,242	0,000	0,802
(IMPL)-13->[impl7]	0,329	0,062	5,347	0,000	0,846

Source : notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 55. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable risque perçu

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(RIS)-18->[ris3]	0,800	0,109	7,362	0,000	0,360
(RIS)-19->[ris5]	0,605	0,090	6,713	0,000	0,634
(RIS)-20->[ris6]	0,204	0,074	2,763	0,006	0,959
(RIS)-21->[ris7]	0,270	0,073	3,705	0,000	0,927

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 56. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable prescripteurs

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(PRES)-14->[conf8]	0,552	0,057	9,653	0,000	0,695
(PRES)-15->[conf9]	0,478	0,061	7,856	0,000	0,771
(PRES)-16->[conf10]	0,729	0,050	14,515	0,000	0,468
(PRES)-17->[conf11]	0,424	0,063	6,693	0,000	0,820

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Tableau 57. L'estimation de la contribution factorielle λ_i et l'erreur E du modèle structurel du variable confiance

Les variables manifestes	Estimation paramètre λ_i	Erreur type Rho	T 1.96<	Niveau P <0.05	Estimation paramètre E_i
(CONF)-60->[conf1]	0,302	0,066	4,574	0,000	0,909
(CONF)-61->[conf2]	0,205	0,069	2,981	0,003	0,958
(CONF)-62->[conf4]	0,487	0,057	8,476	0,000	0,763
(CONF)-63->[conf5]	0,668	0,046	14,379	0,000	0,553
(CONF)-64->[conf6]	0,651	0,048	13,706	0,000	0,576
(CONF)-65->[conf7]	0,698	0,045	15,609	0,000	0,909

Source : notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

Globalement, les corrélations du modèle de mesure affichent des valeurs acceptables λ_i supérieur à 0,6 avec des estimations d' E_i inférieur à 0,5 pour la plupart des indicateurs. Donc, on peut avancer que les résultats de l'analyse factorielle sont acceptables pour des valeurs de t de student supérieurs à 1.96 et pour un intervalle de cofinance de 95%.

Les scores de l'indice factoriel i supérieure à la moyenne pour la plupart des Items d'échelles testées du modèle de mesure, pour les erreurs d'estimation E_i , elles sont faibles donc on considère que les résultats sont acceptable.

2.6. Les indices d'ajustements du modèle structurel

Rappelons qu'il existe une multitude d'indices d'ajustements et tous ces indicateurs peuvent être classés en trois groupes à savoir : les indices d'ajustements absolus, les indices d'ajustements incrémentaux, les indices d'ajustements parcimonieux. Il nous a paru utile de rappeler la définition et de présenter les différents types d'indices d'ajustement.

2.6.1. Les indices d'ajustements absolus

Les indices d'ajustements absolus permettent d'évaluer le degré de mesure du modèle dans la reproduction correcte des données collectées.

La valeur du χ^2 , d'après Satorra et Bentler (1988) est relativement liée à la taille de l'échantillon.

Le tableau suivant présente l'ensemble des indices d'ajustements absolus d'équations structurelles calculées par le logiciel STATISTICA :

Tableau 58. Les indices d'ajustements absolus

Les indices	GLS-ML
Chi_2	3067,83
Degré de liberté DF	938
Niveau p	0.000
Steiger-Lind RMSEA Index	0,099
RMS Résidus Standardisés	0,14
(GFI). Joreskog	0,621
(AGFI). Joreskog	0,582
Population Gamma Index	0,708
Adjusted Population Gamma Index	0,678

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

ML: Maximum likelihood

GLS: Generalized Least Squares

2.6.2. Les indices d'ajustements incrémentaux

Les indices incrémentaux appelés aussi « indices relatifs de comparaison » servent à mesurer l'amélioration de l'ajustement en comparant le modèle testé à un modèle de base.

Tableau 59. Les indices d'ajustements incrémentaux

Les indices	ML
Bentler-Bonett Normed Fit Index	0,430
Bentler-Bonett Non-Normed Fit Index	0,488
Bentler Comparative Fit Index	0,515
Bollen's Rho	0,398
Bollen's Delta	0,520

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=251)

L'indice de Bentler et Bonett (NFI), représente la proportion de la covariance totale entre les variables expliquées par le modèle testé. Lorsque l'échantillon et de taille réduite, sa valeur est sous-estimée, elle doit tendre vers 1. Dans notre étude la valeur de cet indice est significative égale à 0.430.

Pour ce qui est du NNFI, il compare le manque d'ajustement du modèle testé à celui du modèle de base. Sa valeur permet d'estimer l'amélioration relative par degré de liberté. Il prend la valeur de 0.488, de même pour le CFI sa valeur est égale à 0.515 et pour l'indice de Bollen's Delta IFI, il prend la valeur de 0.520. Dans l'ensemble ces indices se rapprochent de 0.7, donc nous nous permettons de signaler que les résultats sont acceptables.

2.6.3. Les indices d'ajustements parcimonieux

Ce sont des indices absolus ou incrémentaux modifiés pour rendre compte de la parcimonie du modèle qui est évaluée en reliant la qualité de son ajustement au nombre de paramètres estimés. Généralement, les valeurs de ces indices montrent donc un bon ajustement du modèle empirique au modèle théorique. Voir le tableau suivant :

Tableau 60. Les indices d'ajustements parcimonieux

Les indices	ML
James-Mulaik-Brett Parsimonious Fit Index	0,407
Ch2 /DF	3.27

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica(N=251)

2.7. Modèle structurel et hypothèses de recherche

Nous procédons dans cette étape à l'analyse de corrélation afin de confirmer à la fois la relation et la direction de chaque facteur en se basant sur le coefficient de corrélation R. Ensuite, nous validerons les instruments de mesures et confirmerons ou infirmerons les hypothèses préétablies.

2.7.1. Modèle structurel

L'analyse des contributions factorielles des variables manifestes sur les variables latentes, nous permet de vérifier si le poids factoriel de chaque indicateur ainsi que le test T de Student est supérieur à 1.96 au seuil d'erreur de 0.05, sont significatifs. Dans ce cas, nous confirmons l'existence d'une relation entre les items et les variables latentes.

Notre modèle structurel est estimé à partir des composantes retenues ; variables et items des différentes analyses. Les résultats de régression des relations structurelles présentées dans le tableau suivant montrent que les construits sont significatives en majorité à l'exception de deux construits non significatifs. Pour les valeurs du coefficient de corrélation ils varient entre 15.6% (une faible relation entre implication et intention d'achat) et 75,8% (une forte relation entre les prescripteurs et la confiance). Nous avons vérifié leur signification en nous assurant que la valeur du test de Student T est supérieure à 1.96 en valeur absolue et que la probabilité d'erreur est inférieure à 5%.

Tableau 61. Les coefficients de corrélations

Variables latentes	Parameter Estimate i	Standars Error	Statistic T	Prob Level P
(EXPR)-94->(INT)	0,447	0,059	7,539	0,000
(IMPL)-95->(INT)	0,156	0,069	2,266	0,023
(CONF)-96->(INT)	0,202	0,067	3,015	0,003
(RIS)-97->(INT)	-0,104	0,071	-1,463	0,143
(ETAT)-98->(INT)	-0,198	0,062	-3,183	0,001
(CONT)-99->(ETAT)	-0,112	0,071	-1,578	0,114
(PRES)-100->(CONF)	0,758	0,059	12,949	0,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica (N=251)

Les résultats obtenus au niveau du tableau ci-dessus montrent que l'intention d'achat varie avec la variation de quatre variables dont l'implication avec 15,6%, ensuite l'état de santé avec variation de 19,8%, l'intention varie aussi avec la confiance de 20,2% une confiance qui a son tour varie avec les prescripteur de 75,8%, et enfin l'intention varie de même avec la variation de l'expérience d'une valeur de 44,7%. La variable risque perçu s'est avérée non significative sur l'intention d'achat, la variable le locus de contrôle de santé externe s'est avérée aussi non significative sur l'état de santé.

Tableau 62. Les erreurs de mesure

Variabiles latentes	Parameter Estimate	Standars Error	Statistic T	Prob Level P
(ZETA1)-->(INT)	0,685	0,061	11,176	0,000
(ZETA2)-->(CONF)	0,426	0,089	4,805	0,000
(ZETA3)-->(ETAT)	0,987	0,016	61,893	0,000

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica (N=251)

2.7.2. Tests des hypothèses et résultats de recherche

L'estimation du modèle structurel nous fournit des résultats permettant la vérification des hypothèses portées sur les relations entre les variables de notre modèle.

En s'appuyant sur plusieurs AFC sur les items de chaque variable et puis sur le modèle global, nous avons obtenu les équations de notre modèle structurel présentées dans le tableau suivant :

Tableau 63. Les équations du modèle

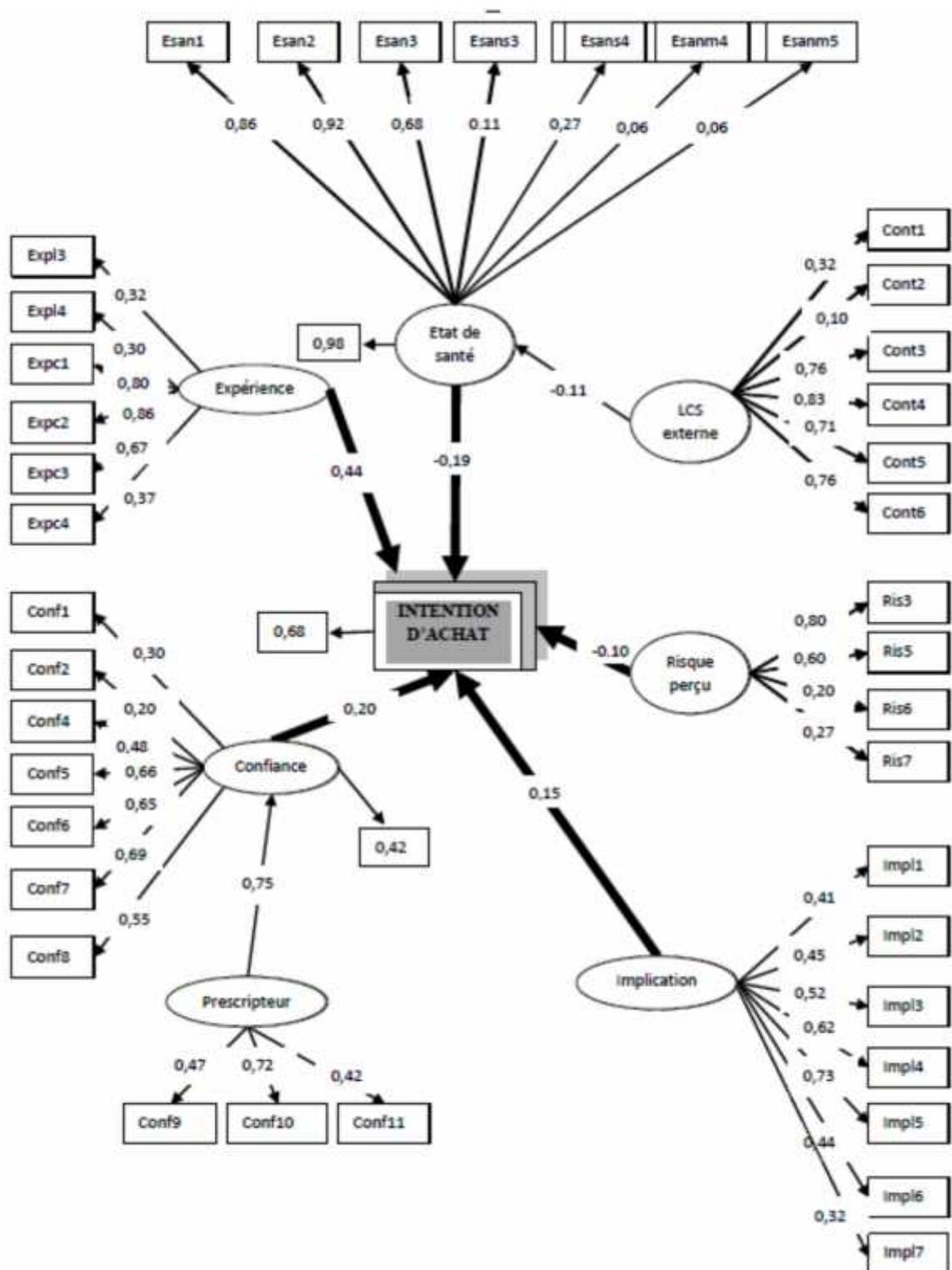
V. DEPENDANT	
INTENTION	INT = 0,447.EXPR +0,156.IMPL + 0,202.CONF - 0,198.ETAT - 0.104.RIS + 0.685
CONFIANCE	CONF = 0,758. PRES + 0.426
ETAT DE SANTE	ETAT = - 0.112.CONT + 0.987

Source : Notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica. (N=159)

Avant de procéder à la vérification de la confirmation ou l'infirmation des hypothèses relatives au modèle d'étude, il convient de présenter un aperçu sur les relation de causalité existante entre les variable latentes du modèle structurel ainsi que les résultats enregistrés et tirées de la modélisation des équations structurelles.

La figure suivante présente les variables du modèle global et leurs corrélations. Les valeurs de Beta placées au-dessus de chaque flèche indiquent la force de l'influence de la variable indépendante sur la variable dépendante. Nous remarquons à travers nos résultats que l'ensemble des Zeta erreurs de mesure de chaque variable sont acceptables (les chiffres joignant les variables dépendantes à travers les flèches en pointillés). Nous constatons aussi que tout les () sont positifs sauf ceux du risque perçu sur l'intention et du LCS sur l'état de santé qui sont non significatifs. () de l'état de santé sur l'intention est aussi négatif vu qu'il existe une relation négative entre les deux.

Figure 29. Les variables explicatives de l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF



Ces résultats confirment l'impact des variables indépendantes sur la variable dépendante car plus les valeurs du coefficient de corrélation s'éloignent de zéro plus l'impact ne sera important et la relation sera plus forte. Ci-dessous, une présentation détaillée des résultats obtenus pour chacune des hypothèses de notre recherche avec la confirmation ou l'infirmité de cette dernière selon les résultats statistiques. Ces résultats sont modélisés et enrichis du coefficient de régression et de sa signification.

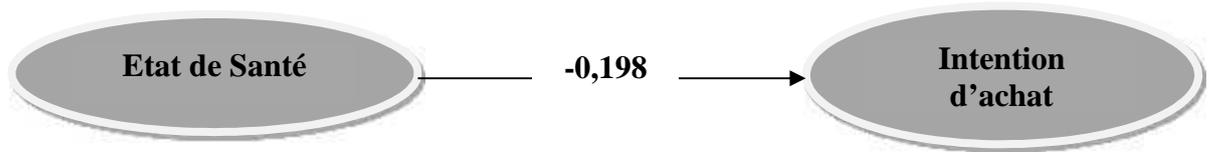
2.7.2.1. Test de l'hypothèse N°1

L'état de santé est une variable prédictive au recours à un médicament à prescription obligatoire ou facultative ;

Notre première hypothèse, stipule que l'état dans lequel se trouve le patient, consommateur c'est-à-dire son état de santé serait prédictive au recours à un médicament, ainsi cette hypothèse vise à prouver l'impact de l'état de santé sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF (plus l'état de santé se dégrade plus on a tendance à avoir recours à un médicament). En effet, la première étape dans le secteur médical est assez particulière, il s'agit en réalité simplement de reconnaître le fait d'avoir besoin de médicament. Cette reconnaissance vient du décalage entre la situation idéal du patient (qui est dans ce cas d'être en bonne santé) et la situation réelle (être malade) (Darpy & Volle, 2007)⁶⁷¹. Dans la littérature, on retrouvait souvent que le statut de mauvaise santé était comme prédictif au recours à un médicament à PMO/PMF (Amoako, 2003)⁶⁷². La vérification de cette hypothèse a été effectuée par le biais des équations du modèle structurel. En analysant les résultats présentés dans le tableau 61, nous avons pu constater qu'il existe une influence considérable de l'état de santé sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF, une relation significative et négative vu qu'il existe une relation inverse entre l'état de santé et l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF, ($\beta = -0,198$, T de student $> 1,96$, $P < 0,005$). Ainsi, et avec un coefficient de 19,8%, nous constatons qu'effectivement l'état de santé a un impact prédictif sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF, donc l'hypothèse peut être confirmée (comme le montre le schéma suivant) :

⁶⁷¹ Moens, Edouard. *L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2015. Prom. : Kestemont, Marie-Paule.

⁶⁷² Amoako EPI, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-medication with over the counter drugs among elderly adults. *J Gerontol Nurs*. 2003 Aug; 29(8): 10-5.



2.7.2.2. Test de l'hypothèse N°2

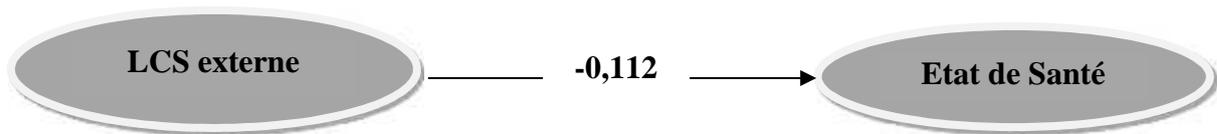
L'état de santé comme étape initiale pour l'achat d'un médicament à PMO/PMF est lié au Locus de Contrôle de la Santé externe ;

Notre deuxième hypothèse a pour but de vérifier l'effet du locus de contrôle de santé externe (LCS) sur l'état de santé c'est-à-dire l'influence et l'impact que peut avoir l'entourage (familles, amis) sur le contrôle de sa santé. En effet, l'hypothèse en question stipulerait que l'environnement socioculturel (entourage, familles, amis) aurait un impact sur l'état de santé, donc par indexation un effet sur les décisions concernant sa santé.

Le locus de contrôle de santé (LCS) est défini comme l'attribution par une personne des causes de sa bonne ou de sa mauvaise santé. (Wallston, Wallston, Kaplan et Maide, 1976 ; Wallston, Wallston et DeVellis, 1978). Les personnes avec LCS fort "interne" croient qu'elles peuvent affecter leur état de santé par leurs propres actions proactives tandis que les personnes avec HLC "externe" pensent que leur état de santé est décidé par des forces extérieures. Braman et Gomez (2004) ont étudié l'effet de plusieurs variables de personnalité, y compris le locus de contrôle de santé (LCS), sur le désir de recevoir une information complète et de prendre des décisions.

Par ailleurs, ce sont les croyances qui informent sur l'importance qu'une personne accorde à l'opinion des gens de son entourage à propos de l'adoption d'un nouveau comportement (Ajzen et Fishbein cité dans Schepers et Wetzels, 2007). En effet, les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir que s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement. Flynn et al. (1994).

Cependant la vérification de cette hypothèse étant effectuée par le biais des équations du modèle structurel, a pu révéler les résultats démontrés au niveau du tableau 61, ($\beta = -0,112$, T de student $< 1,96$, $P > 0,005$). Des résultats qui montrent un non effet du locus de contrôle externe sur l'état de santé car avec un T student inférieur à 1,96 et une probabilité d'erreur supérieur à 5%) le construit proposé en hypothèse est non significatif, ce qui nous amène à infirmer l'hypothèse en question, (comme le montre le schéma suivant) :



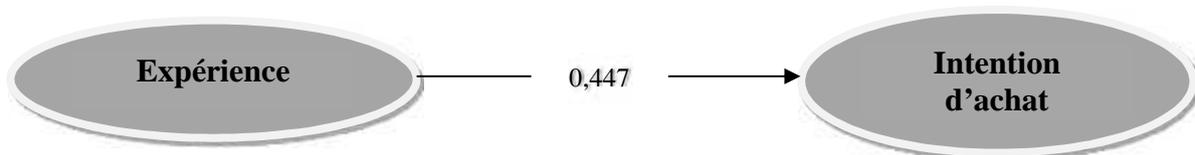
2.7.2.3. Test de l'hypothèse N°3

L'expérience antérieure augmente l'intention d'achat d'un médicament à prescription médicale obligatoire ou facultative :

La troisième hypothèse se propose de vérifier l'impact de l'expérience antérieure sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF. L'expérience est la première source d'information à laquelle les consommateurs sont confrontés lorsqu'ils sont confrontés à une décision d'achat (Gr nhaug, 1972, Rao et Farley, 1987). La répétition dans le processus d'achat par l'utilisation, l'achat ou la simple évaluation rend le produit plus familier au consommateur (Pires et al., 2004), réduisant le risque perçu (Gr nhaug, (1999) et Murphy et Laczniak (1979), Kim (2001), Mattila et Wirtz (2002) et Laroche et al.

En effet, l'expérience antérieure c'est-à-dire les connaissances médicales et la maîtrise de santé (LCS interne) aurait un effet positif sur l'intention d'achat d'un médicament car selon Gerend, Aiken et West 'study (2004), les consommateurs ayant un locus de contrôle interne de la santé ont tendance à être proactifs et optimistes, ils sont susceptibles de faire confiance aux maladies et de ressentir des niveaux inférieurs de risque perçu face aux médicaments.

L'analyse des résultats présentés au niveau du tableau 61 nous a permis de constater l'existence d'une influence considérable de l'expérience sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF. Une relation positive et significative et ce avec un coefficient de 44,7% (=0,447, $T > 1,96$, $P < 5\%$), et des indicateurs qui nous permettent de confirmer notre hypothèse (comme le montre le schéma suivant) ;

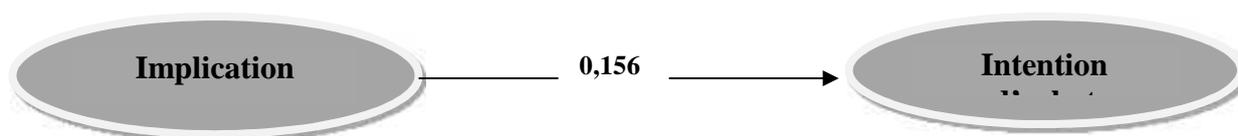


2.7.2.4. Test de l'hypothèse N°4

Un niveau élevé d'implication dans l'achat de médicaments à PMO/PMF augmente le volume de recherche d'information et donc l'intention d'achat des médicaments à PMO/PMF ;

La présente hypothèse concerne l'implication dans l'achat et son impact sur le volume de recherche d'information pour les médicaments, en effet notre hypothèse vise à prouver que le niveau d'implication dans l'achat d'un médicament augmenterait le volume de la recherche

Il a été constaté que la participation aux achats représente un déterminant de recherche ayant des effets directs sur la quantité de recherche d'information (Srinivasan, 1987, Sundaram et Taylor, 1998 ; Srinivasan et Ratchford, 1991), ainsi que la connaissance des produits (Sundaram et Taylor, 1998). Comme convenu une fois la vérification des hypothèses effectuée, l'analyse des résultats démontrés au niveau du tableau 61 nous a permis de constater qu'il existe une influence de l'implication dans la recherche d'information sur l'intention d'achat. Une relation non négligeable car assez significative comme le montre les indicateurs concernés ($r=0,156$, $T>1,96$, $P<5\%$). Ainsi et avec un coefficient de 15,6%, nous en déduisons que le construit est significatif nous permettant ainsi de confirmer notre hypothèse (comme le montre le schéma suivant) ;



2.7.2.5. Test de l'hypothèse N°5

Il existe un risque perçu envers le médicament qui impacte l'intention d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative

La cinquième hypothèse stipule l'existence d'un risque perçu ayant un impact négatif sur l'intention d'achat. En effet, Le risque perçu a été considéré comme un facteur influençant les premières étapes du processus de décision d'achat des consommateurs (par exemple, Cox, 1967, Murray, 1991, Dowling et Staelin, 1994, Zeithaml et Bitner, 2003).

Par ailleurs, en général, les médicaments sont considérés comme des produits présentant un risque inhérent élevé (Bettman, 1973, Dholakia, 2001) et présentant un risque plus élevé pour la santé que les produits à forte consommation (Oglethorpe et Monroe, 1994). Ainsi, cela affecte naturellement le comportement d'achat du consommateur.

En utilisant les équations par le biais du modèle structurel, les résultats présentés au niveau du tableau 61 montrent un construit non significatif avec un coefficient de -0,104, un T

de student inférieur à 1,96 et une probabilité d'erreur supérieur à 5%. Nous pouvons ainsi infirmer notre hypothèse (comme le montre le schéma suivant) :



2.7.2.6. Test de l'hypothèse N°6

Les acteurs du processus décisionnel (médecin, pharmacien) influent sur la confiance qui représente un facteur non négligeable sur la décision d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative

La dernière hypothèse proposée au niveau de notre travail se voulait de confirmer le rôle des prescripteurs (Médecins, Pharmaciens, organismes chargés de la santé), dans la confiance que les consommateurs peuvent avoir envers les médicaments ainsi sur l'intention d'achat de ce produit, en effet, (plus les consommateurs feront confiance aux médicaments et aux acteurs prescripteurs de ce produit plus ils auront une intention d'achat de ce dernier). En psychologie comme en sociologie (Deutsch 1958, Larzelere et Huston 1980, Mauss 1924, Quere 2006, Zucker 1986), ainsi qu'en comportement du consommateur (Akrouit et Akrouit 2004 ; Bartikowski, Chandon et Müller 2009 ; Cisse-Depardon et N'Goala 2009 ; Guibert 1999 ; Gurviez et Korchia 2002, Siriex et Dubois 1999 ; Swaen et Champitaz 2008) la confiance est cognitive, du domaine des croyances et des éléments de connaissances entretenues à l'égard du partenaire. Les compétences les plus souvent mises en cause sont la fiabilité, le savoir-faire, la qualité et la réputation (le côté performant du partenaire). Les intentions (les bonnes intentions), l'honnêteté, la loyauté, ou l'altruisme (le côté pragmatique du partenaire). La confiance peut correspondre à une composante affective de l'attitude (Quere 2001). Quant aux travaux récents (Luhmann 2001, Noteboom 2001, Quere 2001)⁶⁷³, ils estiment que la confiance est un choix de mode de relation et de délégation à quelqu'un ou à quelque-chose (volonté de compter sur le partenaire). Ainsi faire confiance au médicament c'est se dessaisir de la situation (sa maladie) au profit d'un tiers le médicament et ses prescripteurs aussi avoir des intentions positifs envers le médicament.

⁶⁷³ J C Andreani, J L Moulins, F Conchon, G Bascoul, B Bœuf, J Dubec, La Confiance dans le Médicament, Proposition d'une échelle de mesure, Travaux réalisés, en collaboration avec Les Entreprises du Médicament LEEM et le site internet Doctissimo, dans le cadre de la Chaire Marketing-Communication, ESCP Europe

En analysant les résultats présentés au niveau du tableau 61, nous avons pu déceler qu'il existe une influence importante de la confiance -influencée par les prescripteurs- sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF, des relations largement significatives, vu les valeurs des coefficients « r », du T de student supérieur à 1,96 et de la probabilité d'erreur inférieure à 5%. En effet pour le construit prescripteur qui influe sur la confiance le coefficient de corrélation $r = 0,758$, la valeur la plus représentative et la plus influente de notre étude, ensuite pour le construit confiance qui influe sur l'intention d'achat le coefficient $r = 0,202$. Nous pouvons ainsi confirmer notre hypothèse ;



2.8. Discussion des résultats

Il nous a paru utile avant de passer à l'interprétation des résultats de proposer un tableau récapitulatif des résultats concernant les différentes hypothèses du modèle, ce qui apparaît clairement dans le tableau suivant :

Tableau 64. Récapitulatif des résultats

N°	Enoncé	Confirmation
H1	L'état de santé est une variable prédictive au recours à un médicament à prescription obligatoire ou facultative.	Confirmée
H2	L'état de santé comme étape initiale pour l'achat d'un médicament à PMO/PMF est lié au Locus de Contrôle de la Santé externe.	Infirmée
H3	L'expérience antérieure augmente l'intention d'achat d'un médicament à prescription médicale obligatoire ou facultative.	Confirmée
H4	Un niveau élevé d'implication dans l'achat de médicaments à PMO/PMF augmente le volume de recherche d'information et donc l'intention d'achat des médicaments à PMO/PMF.	Confirmée
H5	Il existe un risque perçu envers le médicament qui impacte l'intention d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative.	Infirmée
H6	Les acteurs du processus décisionnel (médecin, pharmacien) influent sur la confiance qui représente un facteur non négligeable sur la décision d'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative.	Confirmée

L'analyse des résultats des études portant sur le processus décisionnel d'achat des médicaments à PMO/PMF révèle que le comportement des consommateurs patients est influencé par une multitude de variables dont : Le locus de contrôle de la santé (Wallston et Devellis, 1978 ; Basara, 1995) , l'état de santé (C Huttin, V Atella, G Brenner, M-B Hedvall, R Mechtler, P Noyce and E Schafheutle, 1999)⁶⁷⁴ .le corps prescripteur c'est-à-dire le médecin le pharmacien ou les organismes chargés de la santé, et ce à travers la confiance qu'ils peuvent dégager (Navarro, 2009 ; Gurviez et Korchia 2002 ; Perez 2008; Swaen et Chumpitaz 2008 ; Cisse-Depardon et N'Goala 2009,) , Le risque perçu (Kaplan et al., 1974; Shimp et Bearden, 1982 ; Stone et Gronhaug, 1993; Dholakia, 2001; González et al., 2003 ; Rozano et al., 2009). L'implication notamment dans la recherche d'informations (Wonsuk K., Karen Whitehill K., 2005), l'expérience (Alba et Hutchin-son, 1987, Park et al., 1994. Mitchell, 1993, Miyazaki et Fernández, 2001 ; Serra-Sastre, V. et McGuire, A. 2013), ainsi que les connaissances

⁶⁷⁴ ENDEP document internes. Extraite d'un modèle de recherche discuté lors du projet de l'ENDEP. Reli Mechtler, 1999.

subjectives liés à l'implication dans la recherche d'information (Hawkins, Best et Coney 1986 ; Mittal, 1995 ; Moorman, 1990). Nous avons ainsi tenté de synthétiser les facteurs les plus représentatifs par rapport à notre étude cependant cette synthèse reste naturellement non exhaustive. Ainsi, les variables testées, ont donné les résultats suivants :

- Les résultats de l'étude ont permis la confirmation de l'impact de la plupart des variables mises à part deux qui se sont révélées non significatives.

- De même, l'étude confirme la possibilité d'utilisation d'échelle de mesure pour quantifier la relation entre les variables structurels du modèle proposé dans cette recherche.

- L'analyse ACP a décelé une bonne cohérence interne des échelles utilisées dans l'étude, ce qui donne une bonne fiabilité au modèle structural et l'approbation du modèle théorique. L'utilisation de l'ACP nous a permis de réaliser une épuration des échelles de comportements proposée dans le modèle de mesure et supprimer les Items peu fiables.

- L'état de santé s'est révélé être effectivement un facteur prédictif et essentiel dans tout processus décisionnel pour l'achat d'un médicament à PMO/PMF.

- En revanche, pour ce qui est du Locus de Contrôle de la Santé externe c'est-à-dire l'entourage (Famille, Amis), ce dernier serait un déterminant fréquemment mis en avant dans la plupart des études (Linden, 1999; Amoako, 2003⁶⁷⁵ ; Stevenson, 2003⁶⁷⁶ ; Yousef, 2007⁶⁷⁷ ; Fuentes et de Villa Zapata, 2008⁶⁷⁸ ; Simoens, 2009⁶⁷⁹). Cependant les résultats de nos analyses étaient globalement peu comparables aux données retrouvées dans la littérature, en effet, la majorité des réponses concernant le LCS externe penchaient en faveur de l'absence d'influence de l'entourage ceci sûrement à cause du poids et de la confiance accordée aux prescripteurs. Ainsi, en proposant plusieurs sources d'informations aux répondants en leur demandant d'exprimer leur degré d'importance par rapport à ces derniers seulement 30% des répondants ont jugé l'entourage (famille, amis) comme source importante d'information. On peut spéculer aussi que le locus de contrôle de santé peut amener les consommateurs à être plus attentifs, plus

⁶⁷⁵ Amoako EPI, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-Medication with over-the-counter drugs among elderly adults. *J Gerontol Nurs.* 2003 Aug; 29(8) : 10-5.

⁶⁷⁶ Stevenson FAI, Britten N, Barry CA, Bradley CP, Barber N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? *Soc S CI Med.* 2003 Aug; 57(3): 513-27.

⁶⁷⁷ Yousef AMI, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. self-medication patterns in Amman, Jordan. *Pharm World Sci.* 2008 Jan; 30(1):24-30. Epub 2007 Jun 12.

⁶⁷⁸ Fuentes Albarran K1, Villa Zapata L. Analysis and qualification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci.* 2008 Dec; 30(6): 863-8. Doi: 10.1007/s 11096-008-9241-4. Epub 2008 Aug 20.

⁶⁷⁹ Simoens S, Lobeau M, Verbeke K, Van Aerschot A. Patient experiences of over the counter medicine purchases in Flemish community pharmacies. *Pharm World Sci.* 2009 Aug; 31(4): 450-7. Doi: 10.1007/s11096-009-9293-0. Epub 2009 Mar 31.

actifs à accumuler les informations sur leur état de santé d'une source tel que leur entourage (Famille, amis). Mais cet état d'esprit n'augmente pas nécessairement l'intention d'achat.

- L'expérience antérieure à travers les connaissances médicales et le locus de contrôle de santé interne c'est-à-dire le degré de connaissance et de contrôle sur sa santé, ainsi que l'expérience acquise en termes de connaissances médicales sur les traitements et leurs effets indésirables, constituent avec la confiance accordée aux prescripteurs le deuxième facteur le plus influant sur l'intention d'achat d'un à PMO/PMF.

- Pour ce qui est de l'implication dans l'achat et son impact sur le volume de recherche d'information. Bien que l'on puisse prétendre que les consommateurs soient impliqués l'achat ce qui ferait augmenter le volume d'informations recherchées de leur part pour les médicaments à PMO/PMF, et ce avant et après l'achat, comme le prouve les résultats de notre étude. On ne s'attend pas à ce que ces connaissances reposent sur une formation professionnelle et un processus de certification. Car pour rappel les connaissances nécessaires pour faire la sélection d'un médicament d'ordonnance sont considérées comme pouvant être obtenues uniquement auprès d'un professionnel. Par ailleurs ces derniers pouvant être obtenus sans prescription, en plus d'un professionnel comme le médecin ou le pharmacien d'autres sources peuvent être utilisés. Les résultats montrent ainsi que les répondants accordent la plus haute importance aux médecins à 77%, suivie par les pharmaciens à 62%, ensuite à d'autres sources avec moins d'importance comme internet à 37%, 30% pour l'entourage (Amis, Famille), et 23% pour les médias comme la télévision ou la radio. Par conséquent, on pourrait soutenir le fait que les consommateurs ne jouissent certes pas de connaissances nécessaires pour la prescription médicale, cela ne les empêche pas d'être impliqués même auprès des professionnels (médecins pharmaciens) dans une prise de décision partagée. Ce qui révèle aussi une prise du pouvoir du patient face à son prescripteur.

- Par ailleurs, Le risque perçu comme facteur proposé dans le modèle théorique, constitue un facteur d'influence non significatif sur l'intention d'achat d'un médicament à PMO/PMF. En ce qui concerne ce point, depuis avril 2006, et face à la croissance des dépenses de médicaments, l'Algérie a adopté des solutions afin de garantir un accès équitable à des médicaments dont elle assure l'efficacité. Cette politique de maîtrise a utilisé principalement le médicament générique, en bloquant l'importation des médicaments produits localement et en adoptant la politique du tarif de référence pour le remboursement des médicaments, afin d'augmenter la consommation du médicament générique⁶⁸⁰. L'Etat algérien a donc mis en

⁶⁸⁰ Snoussi Z, Marché du médicament générique en Algérie, quelle régulation pour quelle promotion, Revue nouvelle économique, N°7, septembre 2012)

place un système de promotion du générique. Nous supposons ainsi, que cette politique a pu donner ses résultats, et que le consommateur algérien ne perçoit apparemment aucun risque face au produit disponible c'est-à-dire le générique, et ce selon les résultats de notre enquête.

Enfin, pour ce qui est de la confiance, mesurée par la fiabilité de la qualité du produit médicament, ainsi que la crédibilité des prescripteurs, les résultats montrent que les consommateurs présentent en général une attitude confiante, vis-à-vis du médicament, et des prescripteurs. Ainsi faire confiance au médicament c'est se dessaisir de la situation (sa maladie) au profit d'un tiers le médicament et ses prescripteurs aussi avoir des intentions positifs envers le médicament.

Le poids du conseil du médecin est un élément qui ressort en premier lieu dans notre analyse. Son importance semble être liée à l'historique de la profession de médecin, à sa position clé de personne de premier recours dans le système de santé. De ce fait la prescription reste le critère de qualité dans l'esprit des patients ou des consommateurs quant au produit acquis.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion Générale

Pendant longtemps, l'étude des décisions du consommateur a été menée par le principe de rationalité et les préférences parfaitement définies. Or si les consommateurs n'ont ni les capacités mentales, ni le temps pour percevoir et évaluer constamment tous les aspects de leur environnement avant d'agir ou de prendre une décision (Simon, 1955). Le processus de prise de décision serait plutôt le résultat de l'interaction entre les facultés intellectuelles d'un individu à traiter des informations et les propriétés de l'environnement qui l'entoure.

Nous avons pu relever à travers les différentes études que le processus de décision du patient ou du consommateur des médicaments, pouvait s'avérer être restreint dans le cas des produits de santé à PMO, notamment ceux prescrits pour des pathologies lourdes ; il peut au contraire devenir conséquent pour des pathologies plus ou moins bénignes. Il peut aussi se résumer à une étape celle de la recherche de l'information, car avec le développement technologique économique et social le patient prend l'autonomie et de la puissance face à son prescripteur. Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé et revendique plus d'influence dans le processus de prise de décision (Camacho, 2014)¹. En conséquence, le comportement du consommateur patient s'éloigne du consommateur classique, puisque ses choix sont parfois induits par le prescripteur (médecin ou pharmacien) et souvent payés par l'assurance maladie.

Par ailleurs, la décision ou le choix qu'un consommateur patient effectue dépend de plusieurs facteurs. L'analyse de la revue de la littérature a pu faire ressortir une multitude de facteurs ayant un impact plus ou moins important sur la décision pouvant mener ou non à l'achat d'un médicament à PMO/PMF. Nous avons pu ainsi synthétiser les principales variables ou facteurs les plus représentatives afin de dresser notre modèle théorique.

Ce modèle a pu être construit et mis au point avec les variables tels que : l'état de santé comme étape prédictive de ce processus décisionnel, ainsi que l'entourage (Familles, Amis), l'expérience, l'implication et son impact sur la recherche d'information, le risque perçu et la confiance accordée aux médicaments et prescripteurs. En effet, notre problématique avait pour objet principal les principaux facteurs influençant la prise de décision, formulée comme suit; *quels sont les éléments clés susceptibles d'influencer la décision d'achat du consommateur pour les médicaments à prescription obligatoire ou facultative?*

¹ Camacho, N. (2014). Patient Empowerment: Consequences for Pharmaceutical Marketing and for the Patient–Physician Relationship. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 425-456). Philadelphia : Springer.

Conclusion générale

Pour cela nous avons émis une hypothèse principale, et six sous hypothèses, qui stipulait que ; l'achat d'un médicament à prescription obligatoire ou facultative est influencé par plusieurs facteurs chacun à des degrés différents.

Le test de ce modèle à travers une étude exploratoire sur la base d'une analyse factorielle par équation structurelle effectuée en Algérie plus précisément au niveau de la Wilaya de Tlemcen, a pu en effet démontrer que les variables ont un impact à des degrés différent sur le processus d'achat, ainsi le rôle du corps prescripteur sur la confiance envers le médicament et l'expérience antérieure se sont révélées comme ayant un impact important par rapport à l'état de santé, ou l'implication.

Les résultats ont pu ainsi confirmer la plupart de nos hypothèses dont ;

La première ou on avait déclaré ; l'état de santé comme prédicateur important au recours à un médicament à PMO/PMF.

La troisième à travers l'expérience antérieure matérialisée par le LCS interne et les connaissances médicales, augmente effectivement l'intention d'achat du consommateur algérien. Ensuite, La quatrième ou on avait pu faire ressortir l'implication comme élément augmentant la recherche d'information et donc l'intention d'achat. En effet en plus des informations acquises auprès des prescripteurs « experts » tel que le médecin ou le pharmacien, les consommateurs algériens ont déclaré chercher des informations auprès d'autres sources tels que ; internet en premier lieu, l'entourage (famille, amis), ainsi qu'auprès des différents média comme la télévision ou la radio...etc. Ce qui révèle une prise du pouvoir du patient face à son prescripteur.

Enfin la dernière hypothèse confirmée, explique le rôle du corps prescripteur qui à travers la confiance impacte la décision d'achat d'un médicament. Nous pouvons ainsi dire que les consommateurs algériens font confiance aux médicaments en premier lieu ensuite aux prescripteurs chargés de dégager cette confiance.

Par ailleurs, nos résultats ont pu infirmer deux hypothèse dont ;

La deuxième où Le locus de contrôle de la santé externe c'est-à-dire l'impact de l'entourage s'est révélé n'ayant aucun effet sur l'intention d'achat des médicaments à PMO/PMF, nous avons ainsi spéculé que les consommateurs algériens utilisaient l'entourage comme source d'information c'est-à-dire seulement afin d'accumuler les informations sur leur état de santé, sans que ce dernier n'augmente nécessairement l'intention d'achat.

Conclusion générale

La deuxième hypothèse non confirmée est l'hypothèse numéro cinq, les résultats ont ainsi révélé une non perception du risque vis-à-vis du médicament. Nous avons expliqué cela par l'efficacité de la politique algérienne de promotion des médicaments principalement générique qui a effectivement pu donner ses résultats la preuve en l'absence du risque perçu et en l'importance de la confiance accordée aux médicaments.

Implications managériales

La présente analyse n'est pas sans intérêt pour les laboratoires pharmaceutiques ; le nouvel environnement marketing pour l'étude du médicament détaillé ci-dessus a fourni des implications importantes pour la présente étude. Premièrement l'image et la perception du médicament ont enregistré un tournant important, ensuite les consommateurs patients sont devenus un segment cible important pour les spécialistes en marketing des médicaments à PMO, après que les médecins aient perdu leur autorité exclusive sur l'utilisation de ces médicaments. Cela signifie que la compréhension des facteurs et de la façon dont les consommateurs effectuent leurs décisions pour les médicaments à PMO/PMF est devenue un enjeu important pour les spécialistes en marketing pharmaceutique.

Apports théoriques de la recherche

Nous avons constaté que les travaux de recherche en marketing sur les variables explicatives du processus décisionnel restent limités. Ceci est encore plus vrai en ce qui concerne le comportement des consommateurs du médicament pendant le processus d'achat.

Notre revue de la littérature issue de recherches pluridisciplinaires (principalement psychologie, sociologie, pharmacologie et marketing), nous a permis de clarifier les concepts du « processus de prise de décision » et « les comportements d'achat ».

Cette recherche constitue également une contribution empirique supplémentaire sur les facteurs explicatifs de l'intention d'achat des médicaments à PMO/PMF. En effet, nous avons proposé un modèle intégrant un ensemble de variables qui pouvaient avoir un effet plus ou moins important sur la décision d'achat, puis nous l'avons testé auprès des consommateurs algériens des médicaments.

Apports méthodologiques de la recherche

Cette recherche offre également des apports d'ordre méthodologique.

Conclusion générale

D'abord, nous avons détaillé la méthodologie utilisée que ce soit pour le test des variables, ce qui peut aider les chercheurs dans leurs travaux. Ensuite, l'adaptation de plusieurs échelles de mesures telles que celles de l'état de santé (Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout, Van den Bos GA, 1999), du locus de contrôle de la santé (Wallston, Wallston et Devellis, 1978), de l'expérience antérieure (Fuentes Albarran et Villa Zapata, 2008), ou encore celle de la confiance (Cisse-Depardon et N'Goala 2009 ; Gurviez et Korchia 2002 ; Swaen et Chumpitaz 2008 ; Siriex et Dubois 1999), au contexte algérien constitue un outil intéressant pour les chercheurs. En effet la synthèse de ces échelles de mesures à travers les principales études dans le domaine constitue un apport non négligeable en termes de méthodologie de recherche dans le domaine de la santé.

Voies de recherche

Il reste bien sur beaucoup à faire pour améliorer les connaissances sur les facteurs qui expliquent le comportement d'achat des médicaments à PMO/PMF. Le présent travail reste global et la recherche doit être poursuivie en vue d'apporter des réponses plus approfondies en utilisant des ressources plus importantes.

Ainsi, ce travail comme toute recherche doctorale ouvre la voie à un certain nombre de recherches. Il nous semble intéressant de ;

- Prendre en considération d'autres variables modératrices telle que la sécurité sociale ou la perception ou encore la marque.
- Il serait possible aussi d'établir une comparaison entre les consommateurs de produits prescrits et ceux des produits d'automédication.
- Enfin notre démarche fournit une piste de réflexion intéressante pour les chercheurs en quête de compréhension du comportement du consommateur des médicaments.

Limites de recherche

Malgré l'intérêt des résultats mis en évidence et de leurs conséquences marketing, notre étude comprend des limites. En effet, Les limites de notre recherche sont essentiellement méthodologiques ;

- La première est liée à l'approche exploratoire. Une recherche future sera de vérifier l'application complète du protocole élaboré par Churchill (1979).

Conclusion générale

➤ Malgré nos efforts à respecter les normes d'échantillonnage. Notre échantillon est de taille assez modeste par rapport à nos moyens. Un plus grand échantillon nécessite effectivement des moyens financiers et humains considérables.

➤ Le questionnaire comporte certains biais dus au mode recueil et aux effets de halo que peut entraîner un questionnaire administré. Par ailleurs être ou non malade, un patient chronique ou non autant que l'âge, le sexe ou la CSP pourraient avoir un effet modérateur qui n'a pas encore été étudié.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Alain Olivier, 2008, Quel marketing pour quel médicament-Editions vuilbert.
- Alain Ollivier, Claude Hurteloup, 2008- Le marketing du médicament en question(s) -Editions Broché
 - Arielle Moreau, Sophie, Rémont et Nelly Weinmann 2002- L'industrie pharmaceutique en mutation -Les études de la documentation française-Paris
 - Charles. Harboun 2004-Le marketing pharmaceutique- Editions ESKA
 - Elias N. (1985), La société de cour, Flammarion, Paris
 - Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W. (1990), *Consumer Behavior*, 6^e édition, The Dryden Press, Chicago.
 - Kotler Philipe, et al. (2006). Marketing management. 12^{ème} édition, Editions Pearson Education France
 - Lendrevie J, Levy J, Lindon D (2006). Le Mercator. Ed. Dunod, 8^{ème} édition
 - Marc Hubert & Abdellilah hamdouch 2001-La nouvelle économie industrielle de la pharmacie : stratégies industrielles, dynamiques d'innovation et stratégies commerciales- Editions Biocampus, Elsevier-Paris
 - Nelly Weinmann 2000-R & D des leaders pharmaceutiques : ruptures, Observatoire des Stratégies Industrielles, secrétariat d'Etat à l'Industrie.
 - Noel Kapferer 2002-Marque et médicament -le poids de la marque sur la prescription médicale- Editions d'Organisation
 - Richard Ladwein (2003), Le comportement du consommateur et de l'acheteur, 2^{ème} édition, Economica, Paris.
 - Serre MP, Wallet-Wodka D, Marketing des produits de santé, (2008), Dunod,
 - Valérie Fargeon, (2014), Introduction à l'économie de la santé, Presses Universitaires de Grenoble, Septembre.

ARTICLES

- .Bergadaà M, G. Coraux , M. Damperat Le risque d'achat : comment est-il appréhendé par le personnel de l'interface entreprise-client?, 5TH International Congress Marketing Trends, Venice, January 20-21 2006
- A.J. Culyer 1971, dans Cooper et Culyer ,eds, 1973, p. 52
- Akrich M, Méadel C, Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques, Sciences Sociales et Santé, Vol. 20, n° 1, mars 2002
- Akrich M. (1996), « Le médicament comme objet technique », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, p. 135-158
- Alvin P. L'adolescent et l'observance au traitement J Pédiatr Puériculture 2000 ; 13 (4) : 225-9
- Amdurma. Medication compliance in outpatient psychiatry Compr Psychiatry 1979 ; 20 : 339-346
- Amine A. (1999), *Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*, Editions Management et Société, Paris.
- Ana Margarida Nunes Francisquinho, Attitude des consommateurs et perception envers les types de médicaments : médicament de marque versus médicament générique, Project submitted as partial requirement for the conferral of Master in Marketing, ISCTE – Lisbon University Institute, 2013.
- Anderson RJ., Kirk LM. Methods of improving patient compliance in chronic disease states Arch Intern Med 1982 ; 142 : 1673-1676
- Andrean I J C, J L Moulins, F. Conchon, G. Bascoul, B. Bœuf, J. Dubec, La Confiance dans le Médicament : Proposition d'une Echelle de Mesure, Travaux réalisés, en collaboration avec Les Entreprises du Médicament LEEM et le site internet Doctissimo, dans le cadre de la Chaire Marketing-Communication, ESCP Europe, 2009.

Références bibliographiques

- Andréani J C, Moulins JL , Conchon F, Fons C, Bœuf B, 2014, « Une approche protéiforme de la confiance des consommateurs : le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, n°70, p.79-94
- Ankri J., LE Disert D., Henrard J.C. Comportements individuels face aux médicaments de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature *Santé publique* 1995 ; 4 : 427-441
- Antonellf P. «ça marche! » Quelques réflexions sur la question de l'observance médicamenteuse dans le cadre de la pathologie à VIH *Ann Psychiatr* 1998 ; 13 (3) : 203-207
- Aubert N., éd. (2004), *L'individu hypermoderne*, Editions Erès, Toulouse.
- Aurélie Kessous, Isabelle Chalamon, *La transmission de remèdes de grand-mères de mère en fille: une extension temporelle de soi*, Octobre 2014
- Baggott, R. & Forster, R. (2008). Health consumer and patients' organizations in Europe, *Health Expectations*. 11(1). 85–94.
- Ball, D., Tisocki, K. and Herxheimer, A. (2006) Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites, *BMC Public Health*, **6**, 201.
- Barbot, Janine (2002), *Les Malades en Mouvement, la Médecine et la Science à l'Épreuve du Sida*, Paris, Balland.
- Barrett, Stephen, William T. Jarvis, Manfred Kroger, and William M. London (2002), *Consumer Health: A Guide to Intelligent Decisions*, New York: McGraw Hill.
- Batifoulier Phillippe, Domin Jean-Paul, Gadreau Maryse, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue Française de Socio-Économie* 1/2008 (n° 1), p. 27-46
- Baudrillard, J. (1979, *La société de consommation: ses mythes, ses structures*, Paris, Gallimard.
- BAUER. RA (1960), Consumer Behavior as Risk Taking, Dynamic Marketing for a Changing World, *American Marketing Association*, R. S Hancock ed., 389-398.
- Bazerman M.H. (2001), « Consumer Research for Consumers », *Journal of Consumer Research*, 27, March, p. 499-504.

Références bibliographiques

- Bazerman M.H. (2001), « Consumer Research for Consumers », *Journal of Consumer Research*, 27, March, p. 499-504. Tedlow R.S. (1997), *L'audace et le marché, l'invention du marketing aux Etats-Unis*, Editions Odile Jacob, Paris.)
- Beaudouin V., Velkovska J. (1999), « Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique) », *Réseaux*, n° 97.
- Becker MH., Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Med Care* 1975; 13 (1): 10-24
- Beisecker, A.E. (1990). Patients information seeking behaviors while communicating with doctors. *Medical Care*. 28(1). 19-28.
- Berrached A, Marketing pharmaceutique (le rôle des délégués médicaux dans la promotion des produits pharmaceutiques en Algérie), Université Abou Bakr Belkaid, 2009-2010.
- Bien F., Rebérioux A. (2002), « La relation médecin-patient : quelques éléments d'analyse à partir de la théorie des contrats », dans Béjean S. et Peyron C. (eds), *Santé, règles et rationalités*, Paris, Economica.
- Blackwell B. Drug therapie : patient compliance *N Engl J Med* 1973 ; 289 : 249-52
- Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. [1998], « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé irdes* n° 15.
- Boucharla T J., Steimetz M. L'importance de la publicité dans l'acte de prescrire *Psychol Med* 1990 ; 22 (6) : 483-486
- Boyom C K, Les effets des dimensions culturelles sur l'évaluation des produits domestiques : cas des produits d'ameublement domestiques par les consommateurs européens, thèse de Doctorat en sciences de gestion, novembre 2012.
- Brahamia B, Ziani F, La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise, paru dans les cahiers de MECAS, 2016
- Brahmia B.: Le marché du médicament en Algérie et l'option du tarif de référence. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion

Références bibliographiques

et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires ».

- Brodie M. *et al.* (2000), « Health information, the Internet and the digital divide », *Health affairs*, November/December.
- Bundeck, Nancy I., Gary Marks, and Jean L. Richardson (1993), "Role of Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women," *Health Psychology*, 12, 193-199.
- Cabral, L. (2000). Stretching Firm and Brand Reputation. *The RAND Journal of Economics*. 31(4). 658–673.
- Calandre N. (2006). Pratiques et perception des risques nutritionnels : Les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam, Thèse en Economie et Gestion du Développement Agricole, Agro-alimentaire et Rural, Ecole nationale supérieure agronomique de Montpellier.
- Calfee, J. E. (2002), « The role of marketing in pharmaceutical research and development », *Pharmacoeconomics*, 20, Suppl 3, 77-85.
- Cathebras, P. (2003), « Le docteur Knock habite à Wall Street.
- Caussat Laurent, Glaude Michel. Dépenses médicales et couverture sociale. In: *Economie et statistique*, n°265, 1993. Les dépenses de santé des Français. pp. 31-43;
- Chailan C. et Chakroun R. (2007), Les marques de référence face à la pénétration des produits génériques dans l'industrie pharmaceutique : l'exemple de la pilule contraceptive, *Actes de la conférence de l'Association Française de Marketing*, 31 mai & 1er juin, Aix-les-Bains.
- Chalamon I., Nabec L. (2013), « Les pratiques de lecture des étiquettes nutritionnelles : une analyse sémiotique des représentations des règles de nutrition », *Décisions Marketing*, n° 70, p. 59-74.
- Chambaretaud S, Hartmann L, *Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles revue de l'OFCE*, 2004/4 (n° 91)
- Chan, T. & Hamilton, B. (2006). Learning, private information and the economic evaluation of randomized experiments. *Journal of Political Economy*. 115(6). 997–1040.

Références bibliographiques

- Chan, T. (2014). Evaluating the impact of treatment effectiveness and side effect in prescribing choices. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.)
- Charles C. *et al.* (1999), « Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision making model », *Social science and medicine*, vol. 49.
- Ching, A. (2010). Consumer learning and heterogeneity : dynamics of demand for prescription drugs after patent expiration. *International Journal of Industrial Organisation*. 28(6). 619–638.
- Cochrane AL, St léger AS, Moore F., Health service « input » and mortality « output » in developed countries, *Journal of epidemiology and community health*, 1997, 51 : 344-348.
- Collin, J. (1994), « De la pharmacie à la consommation de médicaments », *Interface*, 15, 6, 33-43.
- Collin, J. (1999a), « Entre discours et pratiques les médecins montréalais face à la thérapeutique, 1869-1890 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53,1, 61-93.
- Collin, J. (1999b), « La thérapeutique à Montréal à la fin du XIXe siècle: analyse d'un ordonnancier révélateur des pratiques de prescription des médecins » : 267-283, in Faure, O. (éds.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages*, Lyon, Collection Fondation Marcel Mérier.
- Coulter *et al.* (1999), « Sharing decisions with patients : is the information good enough ? », *British Medical Journal*, 318.
- Cox D.F. (1967). *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behaviour*, D. F. Cox, ed., Boston, MA: Harvard University Press.
- Crawford, G. & Shum, M. (2005). Uncertainty and learning in pharmaceutical demand. *Econometrica*. 73. 1137–1174.
- Creyer, Elizabeth H., Ilias Hrsistodoulakis, and Catherine A. Cole (2001), “Changing a Drug from Rx to OTC Status: the Consumer Behavior and Public Policy Implications of Switch Drugs,” *Journal of Product & Brand Management*, 10(1), 52-64.

Références bibliographiques

- Cromer BA, Tarnowski KJ. Noncompliance in adolescents: a review *J Dev Behav Pediatr* 1989 ; 10 : 207-215
- Culyer A.J. (1973), « Is medical care different? », dans Cooper M.H. et Culyer A.J. (eds), *Health Economics*, Penguin Books.
- Cunningham S.M. (1967). The major dimensions of perceived risk, in D. F. Cox, (ed.), *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behaviour*, Boston, MA: Harvard University Press, 82-108.
- CUNNINGHAM. SM, (1967). *The major dimensions of perceived risk*. In: Cox, D. F. (Ed.), *Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior*. Harvard University, Boston.
- Cutler D, Deaton A., Lleras-Muney A., The determinants of mortality, *Journal of Economic Perspectives*- volume 20, numéro 3-été 2006-pp97-120
- D'Arcy E. (2009), "Presence, alignments and shared authenticity: Considering the new era of engagement between experts and the pharmaceutical industry", *Journal of Medical Marketing*, vol 9, 2, 175-183.
- Dahan R., Dahan A, Cadranel J., Caulin c. La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique *Thérapie* 1985 ; 40 : 17-23
- Darby, Michael R. and Edi Kari (1973), "Free Competition and the Optimal Amount of Fraud," *Journal of Law and Economics*, 16, 67-86.
- Darpy D., Volle P. (2003), *Comportements du consommateur, concepts et outils*, Dunod, Paris ;
- David, C. (2001). Marketing to the Consumer: Perspectives from the Pharmaceutical Industry. *Marketing Health Services*, 5-11.
- De Pelsmacker, P., Geuens, M. & Van Den Bergh, J. (2013). *Marketing communications : a european perspective*. Harlow : Pearson.
- Derbaix C. (1987), « Le comportement de l'acheteur : voies d'études pour les années à venir », *Recherche et Applications en Marketing*, 2, 2, p. 81-92.
- Derbaix C., Brée J. (2000), *Comportement du consommateur, présentation de textes choisis*, Economica, Paris ; Amine A. (1999), *Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*, Editions Management et Société, Paris.

Références bibliographiques

- Deutsch M. (1958), "Trust and suspicion", *Journal of Conflict Resolution*, 2, 265-279.
- Devereux, Anne (2001), "Direct-To-Consumer Branding - the US Perspective," in Tom Blackett and Rebecca Robins (Ed.), Brand Medicine, New York: Palgrave, 85-94.
- Donovan JL., Blake DR. Patient non compliance: deviance or decision making ? *Soc Sci Med* 1992 ; 34 : 507-13
- Dowling G.R. et Staelin R. (1994). A model of perceived risk and intended risk-handling activity, *Journal of Consumer Research*, 21, 1, 119-134.
- Duclos K. Réflexions sur les déterminants de l'observance thérapeutique *Perspectives Psy* 2000 ; 39 (1) : 52-59
- Dumontier F. et H. Valdelievre, "Les assurances volontaires des ménages 1983-1991", *INSEE Première*, n° 192, avril 1992.
- Dumoulin J., Kaddar M. : le prix des médicaments dans certains pays d'Afrique : comparaison avec les prix français, *revue sciences sociales et santé*, volume 8, numéro 1, 1^{er} trimestre, 1990.
- Erhardt LR. The essence of effective treatment and compliance is simplicity *Am J Hypertens* 1999 ; 12 (10 Pt 2) : 105S-110S
- Escots S. (2014), « Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes », *Psychotropes*, Vol. 20, n° 1-2, p. 51-78.
- Étude du GERMS (Groupe d'études et recherche sur le marketing de la santé de Paris VI), table ronde MEDEC, mars 2008.
- Etude pharmagora 2007, « le rôle contemporain du pharmacien d'officine », GERMS.
- Evans L., Spelman M. The problem of non compliance with drug therapy *Drugs* 1983 ; 25 : 63-76
- Fainzang Sylvie, *Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance* Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 156 p. (bibliogr.) (coll. « Ethnologies-Controverses »)

Références bibliographiques

- Firat A.F. (1985), « A Critique of The Orientations in Theory Development in Consumer Behavior : Suggestions for The Future », *Advances in Consumer Research*, 12, p. 3-6.
- Fleischhacker WW., Meise U., Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment : influence of side effects *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 89 (suppl 382) : 11-5
- Friestad M., Wright P. (1995), « Persuasion Knowledge : Lay People's and Researchers' Beliefs about the Psychology of Advertising », *Journal of Consumer Research*, 22, 1, June, p. 62-74
- Garnier C. (2003), « La chaîne du médicament : construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative », in Lévy J.-J., Maisonneuve D., Bilodeau H., Garnier C. (éds.), *Enjeux sociaux de la santé*, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 215-228.
- Gerend, Mary A., Leona S. Aiken, and Stephen G. West (2004), "Personality Factors in Older Women's Perceived Susceptibility to Diseases of Aging," *Journal of Personality*, 72(2), 243-270.
- Giroux C, La Contribution Synergique des Pratiques de Publicité Pharmaceutique à la Transformation du Role Contemporain du Médicament, *Revue Internationale sur le médicament*, Vol.1, 2007.
- Glanz, K., B. K. Rimer, and F. M Lewis (2002), Health Behavior and Health Education, San Francisco, CA: John Wiley and Sons, Inc.
- Glatter, D., Allen, S. & Jones, J. (2010). Direct to consumer advertising versus disease awareness advertising : Consumer perspectives from down under. *Journal of Public Affair*. 11(1). 60-69.
- Gore, Prasanna, Suresh Madhavan, Gordon McClung, and David Riley (1994), "Consumers Involvement in Nonprescription Medicine Purchase Decisions," *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 16-22.
- Graby F. (1997), « Consumérisme », *Encyclopédie de Gestion*, Simon Y. et Joffre P. (éd), 2e édition, Economica, Paris, p. 651-666.
- Graillot L. (2001), « La sémiotique comme analyse des comportements touristiques », *Revue Française du Marketing*, n° 181, p. 7-28.

Références bibliographiques

- Grossman M. (1972), « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 80:223-225.
- Grossman M., "The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation", NBER occasional paper n° 119, Columbia University Press, 1972.
- H.L. Davis et B. Rigaux, « Perception of marital roles on decision process », *Journal of Consumer Research*, 1 (1), Juin 1974, p. 54. Deyo RA, Inui TS. Dropouts and broken appointments : a literature review and agenda for future research *MedCare* 1980; 18: 1146-1157
- Hall M.A., Berenson R.A. [1998], « Ethical practice in managed care: a dose of realism », *Ann Intern Med*, 128 (5), p. 395-402.
- Hasbani M., Breton G. (2013), "Restoring social legitimacy : discursive strategies used by a pharmaceutical industry leader", *Society & Business Review*, Vol. 8, n° 1, p. 71-89.
- Hawkins, Del I., Roger J. Best, and Kenneth A. Coney (1986), *Consumer Behavior: Implications for Marketing Strategy*, Plano, TX: Business Publications.
- Haynal A., Schulz P. Commentaires sur la non-observation du traitement (« compliance ») et la relation médecin-malade., *MedHyg* 1983; 41: 3113-3121.
- HEILBRUNN B., HETZEL P. (2003), « La pensée bricoleuse ou le bonheur des signes : ce que le marketing doit à Jean-Marie Floch », *Décisions Marketing*, n° 29, p. 19-24.
- Henriot D. et J.C. Rochet : *Micro-économie de l'assurance*, Economica, 1990.
- Henriot et J.C. Rochet : *Micro-économie de l'assurance*, Economica, 1990.
- Hervé Nabarette, L'internet médical et la consommation d'information par les patients, *Réseaux* 2002/4 (no 114)
- Hetzel P. (2002), *Planète conso*, Editions d'Organisation, Paris ; Cova V., Cova B. (2001), *Alternatives marketing*, Dunod, Paris ;
- HETZEL P., MARION G. (1995), "Contributions of French semiotics to
- Hoch S.J. (1988), « Who Do We Know : Predicting the Interests and Opinions of the American Consumer », *Journal of Consumer Research*, 15, December, p. 315-324 ; Narayanan S., Lehmann D.R. (1998), « An Investigation of Factors

Influencing Causal Attributions in Managerial Decision Making », *Marketing Letters*, 9, 3, p. 301-312 ; Houghton D.C., Kardes F.R. (1998), « Market Share Overestimation and the Noncomplementary Effect », *Marketing Letters*, 9, 3, p. 313-320.

- Hughes, L., C. Whittlesea, and D. Luscombe (2002), "Patients' Knowledge and Perceptions of the Side- Effects of OTC Medication," *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 243-248.
- J F Notebaert, M A Le pogam, Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? *Management & Avenir* 2006/3 (n° 9)
- Jahan, 2008, Le médicament au service de qui ? <http://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2008/12/dt52jahan.pdf>
- Johnson, J. David and Hendrika Meischke (1993), "A Comprehensive Model of Cancer-Related Information Seeking Applied to Magazines," *Human Communication Research*, 19(3), 343-367.
- Johnson, Mitzi M. S. and Suzanne C. Drungle (2000), "Purchasing Over-The-Counter Medications: The Influence of Age and Familiarity," *Experimental Aging Research*, 26, 245-261.
- Jolly, A., Nicol, L., Water, J., & Wight, C. (2005). Drivers Affecting the Pharmaceutical Industry: How Much is Changing? *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 146-157.
- K S. Benrached, les déterminants de la consommation des services de E-santé : proposition et validation d'un cadre conceptuel ; Etudes de recherche en Marketing (ERMA), Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Tunis, El Manar.
- Kapferer J.-N. (1978), Les chemins de la persuasion, le mode d'influence des médias et de la publicité sur les comportements, Gauthier-Villars, Paris.)
- Kapferer JN. (1997), Marque et médicaments : le poids de la marque dans la prescription

Références bibliographiques

- Kessous I. Chalamon G. Paché, Cette semaine, deux boîtes d'aspirine pour le prix d'une ! ». Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, revue management et avenir N°87, 5/2016
- King, M.T., Hall, J., Lancsar, E., Fiebig, D., Hossain, I., Louviere, J., Reddel, H.K. & Jenkins, C.R. (2007). Patient preferences for managing asthma : results from a discrete choice experiment. *Health Economics*. 16(7). 703–717.
- Kotler P, Keller KL, Dubois B, Manceau D, Marketing Management, , Pearson Education, 2006
- Kreps D.M. (1990), « Corporate culture and economic theory” ; in Alt J. et Shepsle K. (eds), Perspective on positive political economy, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ladha Z., (2007), Marketing Strategy Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products? *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, 2 146–151.
- LAMY J.-B. (2006), *Vers un langage graphique de représentation des connaissances sur les médicaments*, Thèse de doctorat en Pharmacie, Université de Grenoble.
- Lancaster K. (1966), « A New Approach of Consumer Behavior », *Journal of Political Economy*, 74, p. 132-
- Larzelere, R. et Huston, T. (1980), “The dyadic trust scale: toward understanding interpersonal trust in close relationships”, *Journal of Marriage and the Family*, 595-604.
- Launois R. et Pelc A.: "Le vieillissement de la population et la consommation médicale", Santé, Études Statistiques, n° 4, juillet-août 1988.
- Laurent N. (2009), Peut-on se fier à la confiance ?, *Revue de l'OFCE 2009/1*, N° 108
- Le Pen Claude, « " Patient " ou " personne malade " ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2/2009 (Vol. 60), p. 257-271.
- Le T.M., Jolibert A. (2001), « L'influence de la culture vietnamienne sur le comportement de l'acheteur », *Décisions Marketing*, 22, janvier-avril, p. 43-51 ; Zhang M.X., Jolibert A. (2000), « Culture chinoise traditionnelle et

comportements de consommation », *Décisions Marketing*, 19, janvier-avril, p. 85-92

- Lee C. et Green R.T (1991), Cross-cultural examination of the Fishbein behavioural intentions model, *Journal of International Business studies*, 22, 2, 289-304.
- Lenert L.A. (2000), « Use of utility elicitation in clinical decision making », Modélisation de la relation patient-médecin et méthodes de révélation des préférences des patients, avril 2000, Inserm. Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique », *Revue de Médecine Interne*, 24, 8, 538-541.
- Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique », *Revue de Médecine Interne*, 24, 8, 538-541.
- Lichtenberg F.R. (2006), “The impact of new laboratory procedures and other medical innovations on the health of Americans, 1990-2003: evidence from longitudinal, disease-level data”, *working paper NBER* 12120, mars 2006
- Lichtenberg F.R., Duflos, G. (2008), “Pharmaceutical innovation and the longevity of Australians : a first look”, *NBER working paper* 14009, may 2008
- Loudon, D. D., & et al. (1993). *Consumer Behaviour Concepts and Applications*. McGraw Hill.
- Lueg, Jason E., Robert S. Moore, and Merrill Warkentin (2003), “Patient Health Information Search: An Exploratory Model of Web-Based Search Behavior,” *Journal of End User Computing*, 15(4), 49-61.
- LUGRIN G. (2006), « Instrumentalisation de la sémiotique au service de la publicité et du marketing : état des lieux », *Marketing & Communication*, Vol. 6, n° 4, p. 5-36.
- Luhmann, N. (2001), « Confiance et familiarité - Problèmes et alternatives », *Réseaux*, p. 15 à 35 no 108 2001/4
- Mauss M. (1968), « Sociologie et anthropologie », Paris, PUF (1ère édition : 1924).
- médicale, *Revue Française de Marketing* -N°165- 1997/5.
- Morris, Louis A., Ellen R. Tabak and Nancy J. Olins (1992), “A Segmentation Analysis of Prescription Drug Information-Seeking Motives Among the Elderly,” *Journal of Public Policy and Marketing*, 11(2), 115-125.

Références bibliographiques

- Morris, Louis A., Ruth Grossman, Gerald Barkdoll, Evelyn Gordon and Misoon Y. Chun (1987), "Information Search Activities among Elderly Prescription Drug Users," *Journal of Health*
- Morrow D., Von Leirer O., Sheikh J. Adherence and Medication Instructions: Review and Recommendation
- MTESS. Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie. MRESS Algérie, 2011 47 p.
- Muraro-Cochart M. (2003a). La perception du risque de santé alimentaire : approfondissement conceptuel et perspectives managériales, 3^{ème} Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe, 28-29 novembre, Venise, 24p.
- Nabni. Cinquantenaire de l'indépendance : Enseignements et vision pour l'Algérie de 2020. Algérie, 20
- NARAYANA S., PATI R., VRAT P. (2012), "Research on management issues in the pharmaceutical industry : a literature review", *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, Vol. 6, n° 4, p. 351-375.
- Newsom, Jason T., Judith E. Knapp, and Richard Schulz (1996), "A Longitudinal Analysis of Specific Domains of Personal Control and Depressive Symptoms in Patients with Recurrent Cancer," *Health Psychology*, 15, 323-331.
- Noel, H. (2009). *Basics Marketing 01: Consumer Behaviour*. AVA Publishing SA.
- Noteboom (2001), « How to combine calculative and non-calculative trust », *Paper for the symposium Trust and Trouble in Organisations*, Erasmus University Rotterdam, 4-5 May.
- Noufou Gustave NANA, Facteurs socioéconomiques associés à l'usage des médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans vivant dans la communauté : L'étude internationale sur la mobilité des personnes âgées (IMIAS), Mémoire présenté à l'École de Santé Publique en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en santé communautaire, Juin 2014.

Références bibliographiques

- Nye, R. A. (2003), « The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century ». *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39, 2, 115-129.
- OSWALD L. (2015), *Creating value : the theory and practice of marketing semiotics research*, Oxford University Press, Oxford.
- Oufriha F.Z : Etude des déterminants de la consommation des produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Les cahiers du CREAD n° 22, 2^{ème} trimestre, 1990.
- Paraponaris A. et al., (2004), Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names, *Health Policy*, Volume 70, Issue 1, Pages 23-32.
- Parel Véronique, « L'imprécise figure du consommateur de médicaments », *Mouvements* 2/2004 (n° 32), p. 17-19.
- Parker J. (2007), "The reputation, image and influence of the pharmaceutical industry: Regaining credibility", *Journal of Medical Marketing*, vol 7, 4 309-313
- Pesse M. (2007), « Addressing the trust issue: From share of voice to share of care", *Journal of Medical Marketing*, vol 7, 4 303-307
- Peter J.P, Olson J.C. et Grunert K.G. (1999). *Consumer Behaviour and Marketing Strategy*, (European Edition), McGraw-Hill: London, UK.
- Pheleps C.E., et Newhouse J-P (1974), Coinsurance and the demand for medical care, *Review of Economics and Statistics*, 56 (3):334-342.
- Pierre Louis Bras, Le prix des soins, marché ou régulation publique ?, *Les Tribunes de la santé*
- Poli, L. G., & Glass, H. E. (2009). "Pressure Points" on pharmaceutical industry executives: what lies ahead? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare*, 74-83
- Quere (2006), « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux* p. 125 à 152
- R. Arnott et J. Stiglitz, "The Welfare Economies of Moral Hazard" , in *Risk, Information and Insurance*, édité par H. LOUVERGE Kluwer, Boston, 1990.

Références bibliographiques

- Radoilska L. (2008), "Truthfulness and Business", *Journal of Business Ethics*, 79: 21_28
- Ratchford, Brian T. (1987), "New Insights about FCB Grid," *Journal of Advertising Research*, August / September, 24-38.
- Renahy, E., Parizot, I., Lesieur S. & Chauvin, P. (2007). *WHIST : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*. Paris : Université Pierre et Marie Curie.
- Revue Problèmes Economiques, n° 2.817, éd. La documentation française, 9 juillet 2003. p 14. 26Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, in : <http://www.snapo.org>. Consulté le 08/06/2008.
- Revue Problèmes Economiques, n° 2.817, éd. La documentation française, 9 juillet 2003. p 14. 26Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, in : <http://www.snapo.org>. Consulté le 08/06/2008.
- Richard K. Thomas, *Marketing Health Services*, Aupha/HAP, 2005.
- Richarme, M. (2005). *Consumer Decision-Making Models, Strategies, and Theories*, Oh My! *Decision Analyst*.
- Risker, D. C.(1996), "The Health Belief Model and Consumer Information Searches: Toward an Integrated Model," *Health Marketing Quarterly*, 13(3), 13-26.
- Rochaix L., (1997), Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats, *Economie et Prévision*, n° 129-130 : 11-24.
- Roche D. (1989), *La culture des apparences, une histoire du vêtement : XVII^e-XVIII^e siècle*, Fayard, Paris.
- Rogers A., DA Y JC., Williams B., Randall F., Wood P. , et al. *The Meaning and Management of Neuroleptic Medication: A Study of Patients with a Diagnosis of Schizophrenia* Soc Sci Med 1998 ; 47 (9) : 1313-1323
- Rossiter, John R., Larry Percy, and Robert J. Donovan (1991), "A Better Advertising Planning Grid," *Journal of Advertising Research*, 11-21.

Références bibliographiques

- Rothkopt, Carol (2003), "The DTC Information Process", *Direct-to-Consumer Promotion: Public Meeting*, Center for Drug Evaluation and Research, U. S. Food and Drug Administration, September 22 and 23, 2003.
- ROTHSCHILD M. et STIGLITZ J.: "Equilibrium in Competitive Insurance Market", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 11, 1976.
- Salma Ayeb, Kaouther Saïed Ben Rached, L'importance des caractéristiques extrinsèques des médicaments génériques sur la prescription médicale, Université Tunis El Manar, Laboratoire de recherche : Etudes et Recherches en Marketing (ERMA).
- Sansgiry, Sujit S. and Paul S. Cady (1996), "How the Elderly and Young Adults Differ in the Decision Making Process of Nonprescription Medication Purchases," *Health Marketing Quarterly*, 14(1), 3-21.
- Saout C. (2009), *La crise de confiance dans le système de santé*, Sève 2009/1, N° 22
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2007). *Consumer behavior*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Schmitt L., Espitalier F., Peresson G. et col/. Observance médicamenteuse en psychiatrie: l'opinion du patient, *Psychol Med* 1990 ; 22 (6) : 521-524
- SCHONAUER M., KLAR M. (1999), "The colors of relief. An empirical contribution to pharmaco-semiotics : semiotics and medicine", *Semiotic Inquiry*, Vol. 19, n° 1, p. 63-78.
- Schuiling I., Moss G. (2004), How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast-moving consumer goods sector? *Journal of Brand Management*, 11, (5), 366-380.
- Schwed-Girardin A., Darioli R., La compliance thérapeutique et ses déterminants *Med Hyg* 1994; 52 : 557-560
- Sheffet, MJ, Kopp, SW (1990) Publicité sur les médicaments sur ordonnance au public: maux de tête ou soulagement? *Journal of Public Policy & Marketing*. Vol. 9. 42-61.
- Sirieix L. et Dubois P.-L. (1999), « Vers un modèle qualité-satisfaction intégrant la confiance ? », *Recherche et Applications en Marketing*, 14, 3, 1-22.

Références bibliographiques

- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., MacGregor, DG (2004). Le risque en tant qu'analyse et le risque en tant que sentiments: quelques réflexions sur l'affection, la raison, le risque et la rationalité. *Analyse de risque*. Vol. 24. N° 2.
- Snoussi Z, « Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie », *Revue d'économie industrielle*, 1/2015 (n° 149), p. 103-147.
- Stone R.N. et Mason J.B., (1995), *Attitude and Risk: Exploring the Relationship, Psychology and Marketing*, 12, 2, 135-153.
- Strutton, H. David and James R. Lumpkin (1992), "Information Sources Used by Elderly Health Care Product Adopters," *Journal of Advertising Research*, 32(4), 20-30.
- Sylvie Fainzang, Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade paru dans : *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, J. Collin, M. Otero & L. Monnaïses., Presses de l'université du Québec, 2006 : 267-279.
- Taylor R.L et Rao C.P (1982), An Assesment of the interaction Effects of Brand and Store Reputation on Consumer Perceived Risk and Confidence, *Akron Business and Economic Review*, 13,2, p.43-47
- Tedlow R.S. (1997), *L'audace et le marché, l'invention du marketing aux Etats-Unis*, Editions Odile Jacob, Paris.
- TIMMERMANS S., MAUCK A. (2005), "The promises and pitfalls of evidence-based medicine", *Health Affairs*, Vol. 24, n° 1, p. 18-28.
- Touboul Annelise et Vercher Elizabeth, 2008, *Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts*, <https://ticetsociete.revues.org/326>
- TUCKETT D. (2013), *An introduction to medical sociology*, Routledge,
- Van der Geest et Whyte, « A clinic without medicines is, one could say, like a bar without beer » 1991, p. 346
- Vaughn, Richard (1980), "How Advertising Works: A Planning Model," *Journal of Advertising Research*, 20(5), 27-33.

Références bibliographiques

- Vaughn, Richard (1986), "How Advertising Works: A Planning Model Revisited," *Journal of Advertising Research*, Feb/Mar, 57-66.
- VOLLE. Pierre (1995), Le concept de risque perçu en psychologie du consommateur : Antécédents et statut théorique, *Recherche et Applications en Marketing*, Mars, 10, p. 39-56.
- W. Cartwright, T. Hu et L. Huang: "Impact of Varying Medigap Insurance Coverage on the Use of Medical Services of the Elderly" , *AppliedEconomics*, vol. 24, 1992.
- Wallston, Kenneth A., Shirley Maides, and Barbara Strudler Wallston (1976), "Health-Related Information Seeking as a Function of Health-Related Locus of Control and Health Value," *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.
- West P.M. (1996), « Predicting Preferences : An Examination of Agent Learning », *Journal of Consumer Research*, 23, June, p. 68-80.
- Widiane Ferchakhi, Jean-Jack Cegarra. L'influence du capital marque sur le risque perçu de la substitution d'un médicament de marque par un médicament générique : proposition d'un modèle. 13TH INTERNATIONAL CONGRESS MARKETING TRENDS ISBN 978-2-9532811-2-7, Jan 2014, Venise, Italie. pp.12, 2014.
- Wilke, Micheael (1997), "Ad Fever Sweeps Healthcare Industry," *Advertising Age*, 68(2), 17-19.
- Wilson C.: "A Model of Insurance Market with Incomplete Information", *Journal of Economic Theory*, vol. 16, 1977.
- Wilson: "A Model of Insurance Market with Incomplete Information", *Journal of Economic Theory*, vol. 16, 1977.
- Wonsuk Kim, Une investigation exploratoire de la recherche d'informations externes des consommateurs pour les médicaments a prescription et non prescription, Doctorat en philosophie. Université d'Athènes Georgia, 2005
- Wozniak-Holecka, J., Grajek, M., Siwojad, K., Czech, K. & Mazgaj, E. (2012). Consumer behavior in OTC medicines market. *Przeql epidemiol.* 66(1). 157-160.
- Ziani F, Brahmia B *consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise*, Les cahiers du MECAS , N° 13/ Juin 2016

Références bibliographiques

- Zinkham, G. M. (1992). Human Nature and Models of Consumer Decision Making. *Journal of Advertising*, 21.

ANNEXES

ANNEXE 1. Autres classification des médicaments

1. Classification des médicaments selon les résultats qu'ils fournissent

De façon générale, on peut définir les classes de médicaments selon les résultats qu'ils permettent d'obtenir de la manière suivante :

1.1. Le système ATC

Le système de classification ATC (anatomical, therapeutic, chemical) a été élaboré et est géré par le centre collaborateur OMS pour la méthodologie des statistiques pharmaceutiques. et en prenant la dose journalière définie (DDD) comme unité de mesure.

Le but du système ATC /DDD est de servir d'outil pour la recherche sur la consommation pharmaceutique afin d'améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments.

1.2. La structure du système ATC

Dans le système ATC, les médicaments sont divisés en plusieurs groupes selon l'organe ou le système sur lesquels ils agissent, et selon les propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

Les médicaments sont classés en groupe dans 5 niveaux différents. Ils sont d'abord divisés en 14 principaux groupes (1^{er} niveau de classification selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent) ;

A : appareil digestif et métabolisme

B : sang et organes hématopoïétiques

C : système cardio-vasculaire

D : dermatologie

G : système génito-urinaire et hormones sexuelles

H : préparations systémiques hormonales à l'exception des hormones sexuelles et de l'insuline

J : anti infectieux a usage systémique

L : antinéoplasiques et agents immunomodulateurs

M : système musculo-squelettique

N : système nerveux

P : produits antiparasitaires, insecticides et révulsifs

R : système respiratoire

S : organes sensoriels

D : Divers

Chaque groupe du 1^{er} niveau est lui-même subdivisé au 2^{eme} niveau en sous-groupes thérapeutiques.

Chaque sous-groupe thérapeutique du 2^{eme} niveau est lui-même subdivisé, au 3^{ème} niveau, en sous-groupes pharmacologiques.

Chaque sous-groupe pharmacologique du 3^{eme} niveau est lui-même subdivisé, au 4^{eme} niveau, en groupes chimiques.

Chaque groupe chimique du 4^{eme} niveau est subdivisé lui-même, au 5^{eme} niveau en substances chimiques¹.

2. Classification pharmaco thérapeutique des médicaments

Elaborée par l'American society of Health-system pharmacists. Elle classe les médicaments comme suite :

- Antihistaminiques
- Anti-infectieux
- Antinéoplasiques
- Médicaments du système nerveux autonome
- Formation et coagulation sanguine
- Cardio-vasculaires
- Médicaments du système nerveux central
- Contraceptifs
- Agents diagnostiques
- Electrolytes-diurétiques
- Antitussifs, expectorants et mucolytiques
- Médicaments pour yeux, oreilles, nez et gorge
- Gastro-intestinaux
- Sels d'or
- Antidotes des métaux lourds
- Hormones et substituts
- Sérums, anatoxines et vaccins
- Peau et muqueuses

¹http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/trainingcourses/10couve_atc.pdf

- Spasmolytiques
- Vitamines
- Autres médicaments
- Appareils
- Spécialités pharmaceutiques²

3. Classification juridique des médicaments

Considérant le risque éventuel d'utilisation des médicaments, cette classification est qualifiée comme la plus importante.

Les médicaments contenant des substances vénéneuses :

Sont nommées « vénéneuses » des substances dont l'administration peut engendrer des effets nocifs, à l'occasion de leur utilisation thérapeutique. Ces effets proviennent des propriétés irritantes, cancérigènes, tératogènes (provoquant des malformations chez le fœtus), mutagènes, stupéfiantes (responsables de dépendances) ou psychotropes (provoquant des effets psychiques néfastes et graves) des substances vénéneuses.

Elles sont classées en fonction de leur toxicité et sont inscrites sur des listes de substances vénéneuses. Mais le classement dans une liste est également utilisé pour soumettre une substance à un régime réglementaire indépendamment de sa toxicité intrinsèque. En effet, les médicaments de la liste I, de la liste II et de la liste des stupéfiants possèdent des restrictions concernant la prescription, la délivrance, l'étiquetage et le rangement³.

3.1. Liste I : (ancien tableau A) : médicaments toxiques

Les substances contenues dans cette liste ont un potentiel fortement toxique, si ce n'est mortel. Leur zone thérapeutique est étroite. Le seuil toxique de ces substances est proche de leur seuil thérapeutique. Y sont inscrits aussi des médicaments dont on ne souhaite pas le renouvellement, malgré leur toxicité faible (antibiotiques, dermocorticoïdes, etc.)

Ils sont étiquetés comme suit :

Un rectangle blanc entouré d'un filet rouge, Il s'agit de médicaments qui :

- Possèdent une toxicité intrinsèque forte,
- Peuvent provoquer des effets indésirables importants,

² AFIPA (association française de l'industrie pharmaceutique pour un automédication responsable). Automédication responsable

³ Denis.S. Pharmacie & surveillance infirmière. 5eme édition LAMARRE. 2008 ; 16, 17

- Présentent des risques sérieux de potentialisation avec d'autres médicaments⁴.

3.2. Liste II : (ancien tableau C) : médicaments dangereux

Les substances de cette liste sont dangereuses⁵, sans toutefois engager le pronostic vital.

Ils sont étiquetés comme suit : Un rectangle blanc entouré d'un filet vert, Il s'agit de médicament qui :

- Possèdent une toxicité intrinsèque plus faible que celle des médicaments toxiques,
- Peuvent nécessiter une surveillance médicale lors de leur administration mais moins rigoureuse que les toxiques,
- Ont des effets indésirables ou des risques de potentialisation moindres.

3.3. Liste des stupéfiants : (ancien tableau B) : médicaments toxicomanogènes

Un stupéfiant est une substance ou préparation dont l'administration plus ou moins prolongée provoque des perturbations graves de la personnalité avec dépendance physique et psychique, et toxicomanie. Les stupéfiants font partie des psychotropes psychodysléptiques. En pratique, les expressions « substances narcotiques », « substances addictives », et « drogues » sont équivalentes.

Le conditionnement : les médicaments classés sur la liste des stupéfiants sont délivrés dans une boîte comportant un carré blanc avec deux bandes rouges.

Ils ne peuvent être prescrits que sur une ordonnance sécurisée, et sont détenus dans les officines et en milieu hospitalier dans les armoires fermées à clef munies d'un système d'alerte ou de sécurité.

L'inscription de médicaments en tant que stupéfiants ou en tant que médicaments de la liste I ou liste II a pour conséquence pratique principale leur dispensation uniquement sur prescription médicale.

4. Les médicaments hors liste

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, mais peuvent, bien entendu être prescrits par les médecins. Ces médicaments ne sont pas pour autant dénués de risque et leur utilisation prolongée ou à forte dose peut être à l'origine d'effets

⁴ SANFO lassana ; l'automédication dans la ville de OUAGADOUGOU : une enquête réalisée auprès des officines pharmaceutiques ; thèse pour l'obtention de titre de docteur en pharmacie. Université des sciences et la santé Ouagadougou 1999 ; première partie thèse n°25.

⁵ Talbert, Willoquet, Gervais. Guide pharmacologie clinique. Edition Le Moniteur.2011. 14 ; 16.

indésirables. Ils sont souvent utilisés en automédication, c'est-à-dire pris par le malade de sa propre initiative ou à celle de son entourage.

Ces médicaments sont :

- Non-inscrits sur une liste des substances vénéneuses et dits hors liste, Ils sont en vente libre dans les pharmacies et délivrés sans ordonnance. Ils ne doivent pas figurer sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Il s'agit :
- Des « produits conseils », pour lesquels la publicité est autorisée auprès du pharmacien mais pas auprès du public ;
- Des produits « grand public » ou « produits OTC » pour (over the counter), pour lesquels la publicité auprès du public est autorisée mais avec un visa de l'AFSSAPS ;
- Des produits dits « semi-éthiques », qui peuvent être demandé par le patient et qui ne donnent alors pas droit au remboursement, ou prescrits par le médecin et qui sont alors remboursables.

ANNEXE 2 . Classification des effets secondaires des médicaments

La classification des effets secondaires permet de les rechercher de manière rationnelle :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, troubles hépatiques, etc.
- Troubles neurosensoriels : céphalées, vertiges, troubles visuelles, toux, etc.
- Troubles hématologiques : modification de la formule sanguine, aplasie médullaire, anémies, etc.
- Troubles métaboliques : hyperkaliémie, hyperglycémie, etc.
- Troubles cardiaques : hyper ou hypotension, troubles du rythme, troubles circulatoires, etc.
- Troubles psychiatriques : insomnie, somnolence, agitation, ébriété, confusion, dépendance, cauchemar, etc.

ANNEXE 3. Phénomène de non-observance, modèles de solutions

a. Modèle d'Anderson et Kirk

Anderson et Kirk⁶ dénombrent trois types de facteurs : des facteurs humains liés au patient, des facteurs liés à la maladie, et des facteurs liés au régime thérapeutique.

⁶ Anderson RJ., Kirk LM. Methods of improving compliance in chronic disease states Arch Intern Med 1982 ; 142 : 1673-167

Ils s'appuient sur ces facteurs pour proposer douze recommandations destinées à améliorer l'observance des patients :

- Toujours penser à une possible non-observance
- S'efforcer d'entretenir une relation de partenariat avec le patient
- Comprendre le fonctionnement socio-comportemental du patient
- Essayer de se concilier le soutien familial
- Eduquer, renforcer et motiver le patient
- Prescrire un traitement simple et ritualisé
- Adapter le rythme des consultations aux besoins du patient
- Re-convoquer, re-motiver et ré-éduquer les patients ayant manqué une consultation
- Favoriser la continuité et l'accessibilité des soins
- Féliciter le patient si le but thérapeutique est atteint
- Utiliser une communication simple orale et écrite
- Travailler en étroite collaboration avec les autres partenaires de santé (infirmières, pharmaciens, diététiciens,)

b. Modèle d'Haynal et Schultz

Haynal et Schultz⁷ dénombrent quatre catégories d'éléments influençant l'observance.

- L'expérience subjective et la compréhension de la maladie par le patient : Cette catégorie regroupe l'histoire du patient, ses expériences antérieures de la maladie, voire les expériences de maladie que d'autres patients lui ont rapportée.
- La signification profonde et symbolique de la maladie : Il s'agit du sens que prend la maladie dans l'économie psychique du patient. La maladie peut par exemple, répondre à un sentiment de culpabilité du patient qui ressent un soulagement face à cette « punition».
- Les modalités de la prise en charge : Les auteurs y décrivent la complexité du traitement ou la nécessité de modifier certaines habitudes de vie.
- L'environnement du patient : On y trouve le soutien familial, et l'investissement du réseau familial, la qualité de la relation médecin malade, ou encore les difficultés économiques et sociales.

⁷ Haynal A., Schulz P. Commentaires sur la non-observation du traitement (« compliance ») et la relation médecin-malade., MedHyg 1983; 41: 3113-3121

c. Modèle de Schwed-Girardin et Darioli

Schwed-Girardin et Darioli⁸ estiment que l'observance est liée à la complexité, à la durée, à la tolérance et au coût du traitement. Ils ajoutent cependant qu'un patient peut de lui-même modifier son attitude à l'égard du traitement s'il perçoit une aggravation de son état.

Ces auteurs donnent plusieurs pistes destinées à améliorer le comportement du patient face à son traitement :

- La nécessité d'impliquer l'entourage familial,
- L'importance de l'éducation à la maladie et au traitement,
- L'importance de la qualité de la relation médecin-malade,
- L'importance de consacrer davantage de temps au patient en consultation.

⁸ Schwed-Girardin A., Darioli R., La compliance thérapeutique et ses déterminants Med Hyg 1994; 52 : 557-560

ANNEXE 4. Le tableau d'échantillonnage

Echantillonnage	Technique	Définition
Probabiliste	Aléatoire simple	Au sein d'une base d'échantillonnage les unités sont numérotées et l'analyste procède à une extraction sur la base d'une série de chiffres choisis aléatoirement (ex: sélection aléatoire de numéros de clients dans une base de données commerciales).
	Systématique	Au sein d'une base d'échantillonnage spécifiée, les unités sont sélectionnées avec des intervalles réguliers (sélection dans l'ordre d'apparition d'une unité toutes les n unités) ; cette technique est déconseillée lorsqu'il existe des cycles au sein de la base d'échantillonnage.
	Stratifié proportionnelle	Au sein d'une base d'échantillonnage on peut différencier plusieurs groupes identifiables ; on procède à une extraction aléatoire d'individus dans chacun des groupes, en respectant les proportions de la base d'échantillonnage.
	Stratifié non proportionnelle	On procède de la même manière que précédemment, mais en ne respectant pas les proportions de la base d'échantillonnage; cela est nécessaire lorsque certains groupes sont de très petite taille et il faut alors procéder à des redressements (ex: sondage électoral).
	Grappe	On sélectionne aléatoirement certains groupes d'individus (passagers d'un avion par exemple), et on interroge systématiquement tous les individus dans chacune des grappes.
	Combinée	Cette technique combine plusieurs techniques probabilistes.
Non Probabiliste	Convenance	L'interviewer choisit les répondants sans précautions particulières, pour limiter les efforts et les coûts (ex: échantillon d'étudiants).
	Quotas	L'interviewer ne dispose pas d'une base d'échantillonnage spécifiée, et sélectionne les individus probabiliste en respectant les proportions supposées de la population (ex: respect des proportions d'hommes et de femmes dans la population française, lors d'un échantillonnage réalisé le soir dans un centre commercial) ; cette technique ne doit pas être confondue avec les échantillons stratifiés.
	De proche en proche	Après avoir sélectionné un individu par convenance, l'interviewer demande au répondant en proche de lui indiquer d'autres personnes à interroger.

Source : LADWEIN. R (1996) « les études Marketing » édition economica.

ANNEXE 5. Données sur l'échantillon**V.1. Statistiques Caisse Nationale des Assurances Sociale des Travailleurs Salariés CNAS Tlemcen****Tableau.** Population assurée par la CNAS

Population	Données
Nombre d'assurés affiliés, dont :	368 260
• Actifs	170 555
• Inactifs	197 705
Nombre d'ayant droit	598 373
Totales bénéficiaires	966 633
Nombre de cartes produites	390 771
Nombre d'habitants de la wilaya	1 032 067
Taux de couverture social	93,65%

Source : Rahmoun S, Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés, Tlemcen, Octobre, 2017.

Annexes

Affections	Code	Nombre de cas arrêtés au trimestre précédent
Tuberculose sous toutes formes	C1	6
Psychonévroses graves	C2	9981
Maladie cancéreuses	C3	2064
Hémopathies	C4	183
Sarcoidose	C5	20
Hypertension artérielle maligne	C6	41133
Maladies cardiaques et vasculaire	C7	10059
Maladies neurologiques	C8	4594
Maladies musculaire ou neuromusculaire	C9	182
Encéphalopathies	C10	1231
Néphropathies	C11	808
Rhumatismes chroniques	C12	2377
Périartérite noueuse	C13	7
Lupus érythémateux disséminé	C14	111
Insuffisances respiratoires chroniques	C15	3168
Poliomyélite antérieur aigue	C16	69
Maladies métabolique (diabètes et autres)	C17	43555
Cardiopathies congénitales	C18	83
Affection endocrinienne complexes	C19	10730
Rhumatisme articulaire aigu	C20	49
Ostéomyélite chronique	C21	32
Complication des gastrectomies	C22	30
Cirrhoses du foie	C23	62
Recto-colite hémorragique	C24	589
Psoriasis	C25	1555
Hydatidose et ses complications	C26	8
Total		132686

Source : Rahmoun S, Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés, Tlemcen, Octobre, 2017.

Tableau. Organismes conventionnés

Conventionnement	Données
Nombre D'officines	458
Nombre De médecins conventionnés	220
Nombre De médecins généraliste installé au niveau de la wilaya	206
Nombre De médecins généralistes conventionnés	185
Nombre De médecins spécialistes installé au niveau de la wilaya	317
Nombre De médecins spécialistes conventionnés	35

Source : Rahmoun S, Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés, Tlemcen, Octobre, 2017.

Annexes

V.2. Données Direction de la Santé et de la Population

Tableau. Maladies non transmissibles

Maladies non transmissibles/ Années	2016
Cancer « nouveaux cas »*	1472
Diabète **	45325
Cardio vasculaire	110459
HTA	41185

- *Selon le registre du cancer
- **Selon les données de la CNAS.

Source : Mr Baghdous A, le Directeur de la direction de la Santé et de la Population de Tlemcen, Decembre 2017.

ANNEXE 6. Questionnaire**Questionnaire**

Conçu pour les entretiens en face à face avec les *patients/consommateurs* considérés ici comme des consommateurs de médicaments à prescription obligatoire ou facultative, ayant été récemment malade ou souffrant d'une maladie *chronique*. Ce questionnaire est élaboré dans le cadre de préparation d'une thèse de doctorat en science de gestion, il nous permettra ainsi d'appréhender leurs tendances en matière de prise de décision d'achat de ce produit. Toutes les informations recueillies seront confidentielles.

Q.1. Veuillez indiquer votre état de santé : (1) Très mauvaise, (7) Très bonne

Etat de santé	1	2	3	4	5	6	7
Globalement, je dirais que ma santé est							
Compte tenu de mon âge je juge mon état de santé							
Compte tenu de mes conditions de travail je dirais que mon état de santé est							

Q.2. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes :
(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord

Etat de santé/symptômes	1	2	3	4	5	6	7
Dès les premiers symptômes de maladie je vais voir un médecin							
Malgré la sévérité de mes symptômes j'opte généralement pour le médicament à PMF*							
Malgré la sévérité de mes symptômes je préfère commencer par un traitement naturel (phytothérapie ou autre), (.....)							
Je ne souffre pas de symptômes graves, je n'ai pas besoin d'un médicament à PMO**							

Q.3. Pour chacune des propositions suivantes, entourez le chiffre correspondant à votre degré d'accord ou de désaccord : (1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord

Etat de santé/consommation de médicaments	1	2	3	4	5	6	7
Je suis à la lettre le traitement prescrit par mon médecin							
Je préfère les médicaments dont la posologie est simple							
J'ai tendance à surconsommer les médicaments							
Globalement, une fois la maladie diagnostiquée par un médecin, je préfère me tourner vers la médecine douce (phytothérapie ou autre)							
Les traitements des médecines douces ont une meilleure efficacité sur ma santé que les médicaments habituels							

Q.4. Vous souffrez de :

- Une maladie chronique
- Plusieurs maladies chroniques
- Maladie épisodique (qui se produit de temps en temps)
- Autre (.....)

Q.5. Etant donné votre état de santé, avez-vous l'intention d'acheter un médicament ?**(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord**

	1	2	3	4	5	6	7
J'ai l'intention d'acheter des médicaments à PMO**							
J'ai l'intention d'acheter des médicaments à PMF*							
J'ai l'intention d'attendre que la maladie disparaisse, donc il y'a de fortes chances pour que je ne fasse pas l'achat							
Il y'a 99% de chances pour que je fasse l'achat d'un médicament PMO							
Il y'a 99% de chances pour que je fasse l'achat d'un médicament PMF							
Il y'a très peu de chances pour que je ne fasse pas l'achat moi-même							
Il est de mon intérêt d'acheter le médicament à PMO/PMF							

*PMF : prescription médicale facultative

**PMO : prescription médicale obligatoire

Q.6. Pour chacune des affirmations suivantes, quelle est l'opinion qui est la plus proche de la vôtre :**(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord**

	1	2	3	4	5	6	7
1. Expérience/Locus de santé interne (degrés d'autocontrôle sur sa santé)							
Généralement quand je tombe malade je sais par moi-même quand est ce que j'irais mieux et comment							
Lorsque je suis malade c'est en général à cause de mon manque de prévention							
Globalement, Je maîtrise ma maladie et ses modalités de traitement							
Je dirais que globalement je contrôle ma santé							
2. Expérience / connaissances médicales							
Compte tenu de mes connaissances médicales je dirais que généralement j'ai de l'expérience							
Vu mon expérience, je suis au courant des effets indésirables des médicaments							
J'ai de l'expérience vu que j'ai tendance à consommer les mêmes médicaments auparavant consommés							
En général, Compte tenu des effets indésirables je décide si je dois acquérir les médicaments prescrits ou pas							

Q.7. pour chacune des propositions suivantes, entourez le chiffre correspondant à votre degré d'accord ou de désaccord :**1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord**

le locus de contrôle de santé externe : le pouvoir des autres sur ma santé	1	2	3	4	5	6	7
Lorsque je récupère d'une maladie, c'est généralement sous les conseils des gens qui m'entourent, (médecins, famille, amis)							
Ma famille a beaucoup à voir avec ma maladie ou ma santé							
Globalement, Les professionnels de santé contrôlent ma santé							
En général, avoir un contact régulier avec mon médecin est la meilleure façon pour moi d'éviter la maladie							
Lorsque je ne me sens pas bien je dois consulter un professionnel de santé							
En ce qui concerne ma santé, je fais en général ce que mon médecin me demande de faire							

Q.8. Vous sentez vous impliqués dans la recherche d'informations pour les médicaments :**(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord**

Implication	1	2	3	4	5	6	7
Je prends en considération les types et marques des médicaments prescrits							
Je me soucie de ce que le médecin peut prescrire							
Généralement, je participe avec mon médecin pour les médicaments prescrits							
Je trouve qu'il est important de rechercher des informations sur les médicaments à PMO avant d'aller chez le médecin							
Je trouve qu'il est important de rechercher des informations sur les médicaments à PMO après être allé chez le médecin							
Je pense que la recherche d'information sur les médicaments à PMO n'est pas importante							
Je pense que la recherche d'information sur les médicaments à PMF est importante							
Il m'est très facile de trouver des informations sur les médicaments PMO/PMF							
Globalement l'information fournie par mon médecin/Pharmacien est assez simple et compréhensible							

Q.9. Ce qui suit est une liste de sources d'information que vous avez pu utiliser pour vous informer sur les médicaments. Veuillez noter l'importance de chaque source :**(1) Pas important, (7) Très important**

	1	2	3	4	5	6	7
Amis, Membres de la famille							
Internet : site relatif à la santé							
Notice							
Brochures des laboratoires pharmaceutiques							
Magazine							
Journal médical/livres							
Journaux							
Pharmacien							
Médecin							
Radio/télévision							

Q.10. Une fois le médicament prescrit, ou choisi par vous-même, quel est le degré de risque perçu envers ce dernier :**(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord**

Risque perçu	1	2	3	4	5	6	7
Je crains que le médicament ne soit pas sûr ou digne de confiance							
Généralement, les résultats du médicament ne sont pas ceux à quoi je m'attends							
Je suis inquiet au sujet des effets secondaires que le médicament peut me causer à moi ou à l'un des membres de ma famille							
La consommation abusive de médicaments peut mettre ma santé en danger							
Je suis préoccupé par les dommages physiques possibles qui peuvent provenir de la consommation du médicament							
Je me sens mal à l'aise à l'idée d'acheter ce médicament							
J'apprends la réaction de mes proches quant à l'achat de ce médicament							
Je crois qu'il est imprudent d'acheter un médicament générique							

Q.11. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes :

Annexes

(1) Pas du tout d'accord, (7) Tout à fait d'accord

Confiance	1	2	3	4	5	6	7
J'ai confiance en la qualité des médicaments en général							
J'ai confiance en la qualité des médicaments génériques							
En général j'ai des doutes sur le médicament à cause de ses effets secondaires ou de dépendance							
L'information sur les médicaments est digne de confiance si elle m'est donnée par un :							
• Professionnel de santé (médecin, pharmacien)							
• Une source officielle (ministère de la santé ou agence du médicament)							
• Si je la trouve sur un site internet							
• Si je la trouve sur d'autres média (TV, Presse, Radio)							
Suivre les recommandations de bon usage du médicament (médecin et/ou pharmacien, notice) permet de limiter les effets secondaires.							
Bénéficier d'une assurance me permet d'avoir un meilleur accès aux médicaments							
Les experts (médecins) sont les plus qualifiés pour évaluer les médicaments							
Le patient contribue au succès de son traitement par le respect de la prescription							
Le pharmacien est qualifié pour proposer des médicaments substitués à ceux prescrit par le médecin							
Les laboratoires pharmaceutiques n'ont aucune influence sur les prescriptions des médecins							
L'Etat en préconisant la substitution du médicament de marque par un médicament générique agit pour le bien de ma santé							
J'approuve la politique de l'Etat qui interdit l'importation des médicaments déjà produits en Algérie.							
L'Etat impose sa réglementation sur les patients et les prescripteurs							

Annexes

Q.12. Informations générales

- Commune.....
- Au cours des 6 derniers mois combien de médicaments différents avez-vous approximativement consommés ?
 - Médicaments prescrits
 - Médicaments non prescrits.....

Genre		Zone d'habitat	Langue parlée	Assurance	Niveau de couverture	Type d'assuré
<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Rurale	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> CNAS	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Actif	
<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Urbaine	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> CASNOS	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Inactif	
	<input type="checkbox"/> Semi urbaine	<input type="checkbox"/> Autre (.....)	<input type="checkbox"/> Complémentaire privée			
			<input type="checkbox"/> Aucune couverture			
Age	Revenu	Type /Taille du ménage		Niveau d'étude/formation	Profession	
<input type="checkbox"/> -30	<input type="checkbox"/> 18.000	<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Sans études	<input type="checkbox"/> Fonction libérale	
<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 18.000-39.999	<input type="checkbox"/> Couple sans enfants		<input type="checkbox"/> Niveau primaire	<input type="checkbox"/> Entrepreneur	
<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> 40.000-69.999	<input type="checkbox"/> Couple avec enfants (veuillez préciser le nombre) (.....)		<input type="checkbox"/> Niveau secondaire	<input type="checkbox"/> Cadre/cadre supérieur	
<input type="checkbox"/> 50-60	<input type="checkbox"/> 70.000-99.999	<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve		<input type="checkbox"/> Baccalauréat	<input type="checkbox"/> Employé	
<input type="checkbox"/> 60-70	<input type="checkbox"/> 100.000-149.999	<input type="checkbox"/> Autre (.....)		<input type="checkbox"/> Licence	<input type="checkbox"/> Retraité	
<input type="checkbox"/> 70-80	<input type="checkbox"/> 150.000-199.999			<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> Sportif	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Doctorat	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> +80	<input type="checkbox"/> +200.000			<input type="checkbox"/> Formation professionnelle	<input type="checkbox"/> Artiste	
				<input type="checkbox"/> Autre (.....)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	
					<input type="checkbox"/> Etudiant	
					<input type="checkbox"/> Autre	

Remerciements sincères d'avoir pris part à ce questionnaire

ANNEXE 7. Statistiques récapitulatives d'éléments et matrice de corrélation inter élément**1. Statistiques récapitulatives d'éléments « état de santé »****Statistiques récapitulatives d'éléments**

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	4,382	3,263	5,175	1,912	1,586	,607	7
Variance des éléments	3,930	2,429	5,972	3,543	2,459	1,678	7
Covariances inter-éléments	,994	-,041	3,329	3,370	-81,983	,739	7
Corrélations inter-éléments	,266	-,012	,808	,820	-66,870	,057	7

2. Matrice de corrélation inter éléments « intention d'achat »**Matrice de corrélation inter-éléments**

	int1	int2	int4	int5	int7
int1	1,000	,189	,730	,121	,483
int2	,189	1,000	,164	,650	,260
int4	,730	,164	1,000	,226	,542
int5	,121	,650	,226	1,000	,188
int7	,483	,260	,542	,188	1,000

3. Statistiques récapitulatives d'éléments « intention d'achat »**Statistiques récapitulatives d'éléments**

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	4,525	3,888	5,124	1,235	1,318	,338	5
Variance des éléments	4,086	3,053	4,717	1,664	1,545	,450	5
Covariances inter-éléments	1,449	,517	3,410	2,893	6,595	,907	5
Corrélations inter-éléments	,355	,121	,730	,610	6,042	,048	5

4. Matrice de Corrélation inter éléments « expérience »**Matrice de corrélation inter-éléments**

	expl3	expl4	expc1	expc2	expc3	expc4
expl3	1,000	,540	,229	,245	,230	,152
expl4	,540	1,000	,160	,281	,175	,123
expc1	,229	,160	1,000	,713	,519	,313
expc2	,245	,281	,713	1,000	,574	,254
expc3	,230	,175	,519	,574	1,000	,421
expc4	,152	,123	,313	,254	,421	1,000

5. Statistiques récapitulatives d'éléments « expérience »

Statistiques récapitulatives d'éléments

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	4,852	4,199	5,394	1,195	1,285	,287	6
Variance des éléments	3,255	2,194	4,370	2,176	1,992	,875	6
Covariances inter-éléments	1,093	,345	3,074	2,728	8,899	,543	6
Corrélations inter-éléments	,329	,123	,713	,590	5,789	,031	6

6. Matrice de corrélation inter éléments « LCS »

Matrice de corrélation inter-éléments

	cont1	cont2	cont3	cont4	cont5	cont6
cont1	1,000	,433	,284	,290	,124	,226
cont2	,433	1,000	,179	,063	-,050	,012
cont3	,284	,179	1,000	,637	,555	,512
cont4	,290	,063	,637	1,000	,604	,567
cont5	,124	-,050	,555	,604	1,000	,498
cont6	,226	,012	,512	,567	,498	1,000

7. Statistiques récapitulatives d'éléments « LCS »

Statistiques récapitulatives d'éléments

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	5,443	4,590	6,120	1,530	1,333	,256	6
Variance des éléments	3,498	2,122	4,643	2,521	2,188	,728	6
Covariances inter-éléments	1,091	-,213	2,339	2,552	-10,998	,603	6
Corrélations inter-éléments	,329	-,050	,637	,687	-12,708	,051	6

8. Matrice de corrélation inter éléments « Implication dans la recherche d'informations »

Matrice de corrélation inter-éléments

	impl1	impl2	impl3	impl4	impl5	impl7
impl1	1,000	,497	,356	,120	,220	,038
impl2	,497	1,000	,434	,174	,227	,043
impl3	,356	,434	1,000	,283	,296	,165
impl4	,120	,174	,283	1,000	,554	,238
impl5	,220	,227	,296	,554	1,000	,449
impl7	,038	,043	,165	,238	,449	1,000

9. Statistiques récapitulatives d'éléments « Implication dans la recherche d'informations »

Statistiques récapitulatives d'éléments

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	4,388	3,506	5,446	1,940	1,553	,473	6
Variance des éléments	4,514	4,007	5,011	1,004	1,251	,152	6
Covariances inter-éléments	1,240	,162	2,722	2,560	16,827	,513	6
Corrélations inter-éléments	,273	,038	,554	,516	14,623	,024	6

10. Matrice de corrélation inter éléments « Risque perçu »

Matrice de corrélation inter-éléments

	ris3	ris5	ris6	ris7
ris3	1,000	,496	,132	,196
ris5	,496	1,000	,067	,122
ris6	,132	,067	1,000	,456
ris7	,196	,122	,456	1,000

11. Statistiques récapitulatives d'éléments « Risque perçu »

Statistiques récapitulatives d'éléments

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	4,095	2,904	5,259	2,355	1,811	1,645	4
Variance des éléments	3,959	3,366	4,463	1,097	1,326	,291	4
Covariances inter-éléments	,965	,258	2,015	1,756	7,804	,485	4
Corrélations inter-éléments	,245	,067	,496	,430	7,453	,031	4

12. Statistiques récapitulatives d'éléments « Confiance »

Statistiques récapitulatives d'éléments

	Moyenne	Minimum	Maximum	Plage	Maximum / Minimum	Variance	Nombre d'éléments
Moyenne des éléments	5,372	3,845	6,410	2,566	1,667	,669	10
Variance des éléments	2,869	1,587	4,203	2,616	2,648	,774	10
Covariances inter-éléments	,678	-,044	2,625	2,669	-59,692	,243	10
Corrélations inter-éléments	,244	-,019	,650	,669	-33,566	,022	10

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Sommaire.....	
Liste des tableaux.....	
Liste des figures.....	
Liste des annexes.....	
Introduction générale.....	01
CHAPITRE I : Comportement du consommateur patient face au médicament.....	12
Introduction.....	12
SECTION I. Analyse du produit médicament.....	13
1.1. Définition du médicament	13
1.2. Les frontières du médicament.....	14
1.3. Le médicament selon les différentes réglementations.....	16
1.3.1. Selon l’OMS.....	16
1.3.2. Selon la directive européenne.....	16
1.3.2. Selon la loi algérienne.....	17
1.4. Les différentes classifications des médicaments	17
1.4.1. Classification des médicaments utilisés en pharmacie.....	17
1.4.1.1. Médicaments magistraux.....	17
1.4.1.2. Médicaments officinaux.....	17
1.4.1.3. Préparations hospitalières.....	18
1.4.1.4. Spécialités pharmaceutiques.....	18
1.4.2. Classification des médicaments selon le but curatif.....	18
1.4.2.1. Les médicaments utilisés à titre préventif.....	18
1.4.2.2. Les médicaments qui permettent un traitement substitutif.....	18
1.4.2.3. Les médicaments qui suppriment la cause de la maladie.....	19
1.4.2.4. Les médicaments qui permettent de corriger les symptômes d’un état pathologique.....	19
1.4.3. Les classifications utilisées en médecine.....	19
1.4.4. Classification selon les modes d’achats.....	20
1.4.5. Classification selon le brevet.....	20
1.4.6. Classification VEN.....	20
1.5. La prescription médicale.....	22

1.5.1. Définition de la prescription médicale.....	22
1.5.2. Prescription par La dénomination commune internationale (DCI)	23
1.5.3. Le droit de substitution à travers la prescription	23
1.6. La prescription médicale obligatoire PMO.....	24
1.6.1. Les prescripteurs.....	25
1.7. Les spécialités de prescription médicale obligatoire.....	25
1.8. La prescription Médicale facultative (PMF).....	26
1.8.1. Les médicaments à prescription facultative.....	27
1.8.2. Situations d’auto prescription/non prescription.....	28
1.8.2.1. Le traitement des affections courantes.....	28
1.8.2.2. Autogestion d’une pathologie chronique.....	28
1.8.2.3. Les spécialités de prescription médicale facultative (PMF).....	29
1.9. La prescription médicale en Algérie.....	29
1.10. La délivrance du médicament.....	30
1.11. Effets secondaires des médicaments.....	31
1.12. Particularités du médicament.....	31
1.13. Les représentations du médicament.....	33
1.13.1. Le médicament « Obligatoire ».....	35
1.13.2. Le médicament « Tabou ».....	36
1.13.3. Le médicament « facultatif ».....	37
1.13.4. Le médicament « basique ».....	37
SECTION II. Comportement du consommateur du médicament.....	39
2.1. Définition du patient	41
2.2. Le point de vue des sciences sociales sur le patient	42
2.3. Comportement du consommateur classique.....	42
2.3.1. Le comportement de consommation et de prise de décision distinction.....	45
2.4. Analyse du comportement du consommateur de santé.....	45
2.4.1. Théorie sur le comportement du consommateur de la santé.....	46
2.5. Analyse du Comportement du consommateur des médicaments.....	49
2.5.1. Comportement du consommateur du médicament un comportement de l’intermédiaire.....	50
2.5.2. Les principales Phases du comportement du consommateur des médicaments.....	51
2.5.2.1. Le pré-achat.....	51

2.5.2.2. L'achat.....	52
2.5.2.3. Le post-achat.....	52
2.5.3. Les différents comportements du consommateur des médicaments.....	53
2.5.4. Divergences entre consommateur classique et consommateur des médicaments.....	54
2.5.4.1. Le déclenchement du processus de prise de décision.....	55
2.5.4.2. La prise de décision induite.....	55
2.5.4.3. L'effet du prix sur la prise de décision.....	56
2.5.4.4. La situation d'aléa moral sur la prise de décision.....	57
2.5.4.5. Effet d'incertitude du consommateur sur la prise de décision.....	57
2.5.5. Similarités entre consommateur classique et consommateur des médicaments.....	58
2.5.5.1. L'approche « consumériste » de la santé.....	59
2.5.6. Développement du consommateur de médicament « le patient ».....	60
2.5.6.1 Reconversion du patient vers le consommateur classique.....	62
2.5.6.2. Eléments d'analyse du consommateur de la santé.....	64
2.5.7. Typologie des patients.....	65
2.5.7.1. Typologie des patients selon leurs attentes.....	65
2.5.7.2. Typologie de patients selon une Analyse sémiotique des attentes.....	68
a. L'Analyse sémiotique de Floch.....	69
b. Analyse sémiotiques des attentes des patients.....	70
2.5.7.3. Typologie de patients selon leurs relations aux médicaments.....	72
2.5.7.4. Typologie des patients selon leur état de santé.....	75
Conclusion.....	80
CHAPITRE II : Etapes du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament.....	82
Introduction.....	82
SECTION I. Les étapes du processus d'achat.....	83
1.1. Le processus de prise de décision dans le comportement du consommateur.....	83
1.2.Les caractéristiques des principaux modèles fondateurs.....	84
1.2.1. Modèle Nicosia 1966.....	85
1.2.2. Modèle Howard et Sheth(1969).....	86
1.2.3. Modèle Engel, Blackwell et Kollat (1968).....	87
1.2.4. Le modèle du comportement raisonné de Fishbein et Ajzen (1975).....	89
1.2.5. Le modèle du comportement planifié de Ajzen (1975,1991).....	90
1.3. Les différentes étapes du processus de prise de décision classique.....	92

1.3.1. L'identification d'un besoin ou la reconnaissance d'un problème.....	92
1.3.2. La recherche d'information.....	93
1.3.3. L'évaluation des possibilités.....	94
1.3.4. L'acte d'achat.....	94
1.3.5. L'évaluation des conséquences après l'achat.....	95
1.4. Processus de prise de décision pour l'achat d'un médicament.....	95
1.4.1. Processus décisionnel et situation d'achat.....	96
1.4.1.1. L'achat prescrit et remboursé.....	96
1.4.1.2. L'achat d'un produit non remboursé mais prescrit.....	96
1.4.1.3. L'achat sans ordonnance.....	96
1.4.1.4. L'achat de produits de soins, médecines alternatives, aliments santé.....	96
1.4.2. Les étapes du processus décisionnel pour l'achat d'un médicament.....	96
1.4.2.1. La reconnaissance du problème.....	97
a. Analyse du besoin de santé en économie.....	98
1.4.2.2. La consultation.....	99
1.4.2.3. La recherche d'information.....	100
a. La recherche d'information dans le modèle de croyance en santé.....	102
b. Le locus de contrôle de la santé et recherche d'information.....	104
c. Les types d'information chez les patients.....	105
d. Information par le médecin.....	108
e. Information par internet.....	109
1.4.2.4. L'évaluation des alternatives.....	111
a. Evaluation d'alternatives et adaptation du traitement.....	114
1.4.2.5. La décision d'achat.....	114
1.4.2.6. Le comportement post-achat.....	116
a. Comportement post-achat et non-observance au traitement.....	116
SECTION II. Théories de la décision du consommateur.....	119
2.1. L'Heuristique de décision.....	119
2.2. L'implication dans le processus de prise de décision.....	119
2.2.1. Implication du consommateur du médicament.....	120
2.2.2. Les différents processus décisionnels en fonction de l'implication.....	121
2.2.3. Les différents processus décisionnels du patient en fonction de l'implication.....	122
2.2.3.1. Pathologie maligne.....	122

2.2.3.2. Pathologie bénigne.....	123
2.2.4. Implication-médicament dans le modèle « FCB » grid.....	123
2.2.5. Implication et recherche d'information.....	125
2.3. Le risque perçu.....	126
2.3.1. Risque perçu et capital marque.....	127
2.3.2. Gestion du risque perçu par le prescripteur pharmacien.....	130
2.4. Risque perçu et incertitude face aux médicaments.....	131
2.4.1. Incertitude face au médicament.....	132
2.5. L'expérience.....	133
2.6. La confiance dans le médicament.....	135
2.6.1. Les formes de confiance en fonction des situations.....	137
Conclusion.....	139
Chapitre III : les facteurs et acteurs influençant le processus décisionnel du patient.....	141
Introduction.....	141
SECTION I. Les principaux facteurs influençant le processus de prise de décision du patient.....	142
1.1. Facteurs culturels.....	143
1.1.1. La culture.....	143
1.1.1.1.Le Médicament comme lien sacré.....	144
1.1.1.2. Médicament et stigmatisation sociale.....	145
1.1.1.3. Le Médicament dans la société.....	145
1.1.1.4. La médecine douce.....	148
1.1.1.5. Médicament et origine ancestrale.....	150
1.1.2. La classe sociale.....	150
1.1.3. Niveau d'instruction.....	151
1.2. Facteurs Sociaux.....	154
1.2.1. Les groupes de référence.....	155
1.2.2. La famille.....	156
1.3. Facteurs personnels.....	159
1.3.1 Le concept de soi.....	159
1.3.2 L'âge et le cycle de vie.....	159
1.3.3 Le genre.....	164
1.3.4 La position socioéconomique.....	164
1.3.5 Etat de santé.....	165

1.3.5.1 Le Locus de contrôle de la santé.....	167
1.3.5.2 La nature de la pathologie.....	169
1.3.6 La profession.....	169
1.3.7 Le revenu.....	170
1.4 Facteurs psychologiques.....	172
1.4.1 La motivation.....	172
1.4.2 La perception.....	173
1.4.2.1. Perception et concept de soi.....	174
a. Concept de soi et surconsommation médicamenteuse.....	174
1.4.2.2 Perception et poids des croyances du patient.....	175
a. Le Modèle de Croyance en Santé (Le health belief model).....	175
1.4.2.3 Perception entre couleur et marque du médicament.....	178
a. La couleur du médicament et influence sur la potentialité et l'efficacité.....	178
b. Couleur du médicament et attribution à une classe thérapeutique.....	179
c. La marque du médicament.....	180
1.5 La publicité.....	181
SECTION II. Les différents acteurs influençant le processus de prise de décision du patient.....	184
2.1 La relation Médecin –Patient.....	185
2.1.1 Aperçu sociologique de la relation patient –médecin.....	185
2.1.2 La prescription dans la relation patient-médecin.....	185
2.1.3 Communication patient médecin.....	186
2.1.4 Augmentation de l'implication du patient face au médecin.....	188
2.1.5 La consécration du patient décideur.....	190
2.1.5.1 Démocratie sanitaire et autonomisation du patient.....	190
2.1.6 Les différents types de relation patient-médecin en fonction de l'information.....	191
2.1.7 Influence de l'éthique médicale sur la prise de décision du prescripteur.....	193
2.1.8 Distinction entre le rôle du médecin et du pharmacien.....	194
2.2. La relation patient-pharmacien.....	195
2.2.1. Le pharmacien, un rôle de conseil.....	195
2.2.3. Pharmacien et risque perçu.....	197
2.2.4. Rôle du pharmacien à travers le droit de substitution.....	197
2.2.5. Les types de patients selon le pharmacien.....	199
2.3 Le gouvernement payeur et régulateur.....	201

2.3.1 Le gouvernement payeur : sécurité sociale, mutuelles et assurances.....	201
2.3.2 Le gouvernement régulateur.....	202
2.3.3 La politique d'assurance en économie et comportement du patient.....	202
2.3.3.1 Assurance complémentaire et surconsommation médicamenteuse.....	203
Conclusion	204
Chapitre IV : Méthodologie et étude empirique.....	206
Introduction.....	206
SECTION I. Champ de recherche et cadre conceptuel.....	206
1.1. Domaine d'application et intérêt de recherche.....	206
1.1.1. Choix du domaine.....	207
1.1.2. Pourquoi les médicaments à prescription obligatoire ou facultative.....	207
1.1.3. Présentation du contexte pharmaceutique algérien.....	209
1.1.3.1. La consommation médicamenteuse en chiffres.....	209
1.1.3.2. Prix des médicaments en Algérie.....	210
1.1.3.3. L'encouragement de l'industrie locale des génériques.....	211
1.1.3.4. La couverture sociale.....	211
a. L'application du tarif de référence.....	212
b. Le droit de substitution.....	212
1.1.3.5. Les facteurs déterminants de la consommation pharmaceutique en Algérie.....	214
1.1.4. Intérêt de la recherche.....	215
1.2. Cadre conceptuel : Modèle et hypothèses de recherche.....	216
1.2.2. Présentation du modèle conceptuel.....	216
1.2.3. Problématique et hypothèses de recherche.....	219
1.3. Collecte de données et élaboration du questionnaire.....	224
1.3.1. Collecte de donnée.....	224
1.3.2. Méthode d'estimation et taille de l'échantillon.....	225
1.3.3. Le choix des personnes à interroger.....	225
1.3.4. La description de l'échantillon.....	
1.3.5. Les techniques d'échantillonnage ou méthodes de sondage.....	226
1.3.5.1. Les méthodes aléatoires ou probabilistes.....	226
1.3.5.2. Les méthodes non aléatoires.....	227
1.3.6. Détermination de l'échantillon.....	227
1.3.7. L'élaboration du questionnaire.....	228

1.3.8. Elaboration des échelles de mesure et construit.....	229
1.3.8.1. Formulation des items.....	229
1.3.8.2. Clarté des items.....	229
1.3.8.3. Formulation qui favorise la justesse des réponses.....	230
1.3.8.4. Présentation des échelles et items.....	231
a. Etat de santé.....	231
b. Type de maladie.....	233
c. La décision d'achat.....	233
d. L'expérience.....	234
e. Le locus de contrôle de santé externe.....	235
f. Implication dans la recherche d'information.....	236
g. Moyen utilisé pour la recherche d'information.....	237
h. Risque perçu.....	238
i. Confiance.....	239
SECTION II. Confirmation de la relation entre les variables.....	243
2.1. Le modèle des équations structurelles.....	243
2.1.1. Principes du modèle.....	244
2.1.2. La distinction entre construits formatifs et réflexifs	245
2.1.3. Les étapes suivies.....	248
2.2. Analyse en composantes principales et analyse factorielle.....	249
2.2.1. L'analyse en composantes principales (ACP).....	249
2.2.2. L'analyse factorielle (AF).....	250
2.2.3. Relation entre l'analyse factorielle et l'analyse en composantes principales.....	250
2.2.4. Analyse exploratoire	250
2.2.5. L'analyse factorielle confirmatoire	251
2.3. L'analyse de la validité et de la fiabilité des facteurs et des variables du modèle.....	252
2.3.1. Test de Normalité des distributions des items (Kurtosis, Skewness).....	252
2.3.1.1. Coefficient de symétrie (Skewness).....	252
2.3.1.2. Coefficient d'aplatissement (Kurtosis).....	253
2.3.2. L'analyse factorielle.....	253
2.3.3. Test de fiabilité Alpha de Cronbach.....	254
2.4. Indices d'ajustement retenus pour le test des échelles de mesure.....	255
2.4.1. Indices « absolus ».....	256

2.4.2. Indices relatifs de comparaison ou « incrémentaux ».....	256
2.4.3. Indice de « parcimonie ».....	256
Conclusion.....	256
Chapitre V : Analyse des résultats et discussion.....	258
Introduction.....	258
SECTION I. Présentation des données.....	259
1.1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	259
1.1.1. Genre.....	259
1.1.2. Age.....	259
1.1.3. Profil académique.....	260
1.1.4. Revenu mensuel.....	261
1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle.....	261
1.1.6. Assurance (le type, le niveau de couverture et le type d'assuré).....	261
1.1.7. Zone d'habitat.....	262
1.1.8. La langue parlée.....	262
1.1.9. L'état de santé.....	263
SECTION II. Résultats de l'analyse factorielle.....	263
2.1. L'analyse de l'ACP.....	263
2.2. L'analyse factorielle exploratoire de chaque variable.....	264
2.2.1. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « Etat de santé ».....	264
2.2.2. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « intention d'achat ».....	265
2.2.3. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « expérience ».....	266
2.2.4. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « locus de contrôle externe de la santé ».....	267
2.2.5. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « implication dans la recherche d'informations ».....	268
2.2.6. L'analyse factorielle exploratoire de la variable « risque perçu ».....	268
2.2.7. L'analyse factorielle de la variable « confiance »	269
2.3. L'analyse factorielle exploratoire de l'ensemble de variables.....	270
2.4. L'analyse exploratoire des facteurs.....	271
2.5. L'analyse de la corrélation et l'analyse factorielle confirmatoire entre les facteurs.....	272
2.5.1. Test de Normalité des distributions des items.....	273
2.5.1.1. Coefficient de symétrie (Skewness).....	273
2.5.1.2. Coefficient d'aplatissement (Kurtosis).....	274
2.5.2. Les estimations du modèle de mesure et du modèle structurel.....	275

2.5.2.1. L'estimation de la contribution factorielle i.....	275
2.6. Les indices d'ajustements du modèle structurel.....	280
2.6.1. Les indices d'ajustements absolus.....	280
2.6.2. Les indices d'ajustements incrémentaux.....	281
2.6.3. Les indices d'ajustements parcimonieux.....	281
2.7. Modèle structurel et hypothèses de recherche.....	282
2.7.1. Modèle structurel.....	282
2.7.2. Tests des hypothèses et résultats de recherche.....	283
2.7.2.1. Test de l'hypothèse N°1	286
2.7.2.2. Test de l'hypothèse N°2.....	287
2.7.2.3. Test de l'hypothèse N°3.....	288
2.7.2.4. Test de l'hypothèse N°4.....	288
2.7.2.5. Test de l'hypothèse N°5.....	289
2.7.2.6. Test de l'hypothèse N°6.....	290
2.8. Discussion des résultats.....	291
Conclusion générale.....	297
Références bibliographiques	303
Annexes.....	324
Résumé	

Résumé

Les études dans le domaine du médicament prescrit révèlent que le processus décisionnel concernant ces produits peut s'avérer être restreint, notamment lorsque ces produits sont prescrits pour des pathologies lourdes ; il peut au contraire devenir plus conséquent pour des pathologies plus ou moins bénignes. Il peut aussi se résumer à une étape celle de la recherche de l'information, car avec le développement technologique économique et social le patient prend l'autonomie et de la puissance face à son prescripteur. Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé et revendique plus d'influence dans le processus de prise de décision. Par ailleurs l'analyse des facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la décision d'achat d'un médicament a pu révéler une multitude de variables dont l'état de santé, le locus de contrôle de santé, l'implication, la confiance, le risque perçu ainsi que l'expérience, chacune à des degrés différents. Nous avons ainsi construit un modèle de recherche sur la base de ces variables afin de les tester sur un échantillon de 250 consommateurs au niveau de la Wilaya de Tlemcen, par la méthode des équations structurelles, l'analyse des résultats après test a pu confirmer la majorité de nos hypothèses, dont l'état de santé comme prédicteur à l'intention d'achat d'un médicament, l'expérience, l'implication en faisant augmenter le volume de recherche d'information, et enfin le rôle du corps prescripteur qui à travers la confiance impacte l'intention d'achat d'un médicament.

Mots clés : Médicament, Prescription obligatoire/facultative, patient, médecin, processus décisionnel, comportement d'achat.

Abstract

Studies in the field of the prescription's drug reveal that the decision-making process concerning these products may prove to be restricted, particularly when these products are prescribed for heavy diseases; on the contrary, it can become more consequent for more or less benign pathologies. It can also be summarized at a stage of the search for information, because with economic and social technological development the patient takes autonomy and power against his prescriber. The patient is now more and more informed and claims more influence in the decision-making process. Moreover, the analysis of the factors that could have an impact on the decision to buy a drug could reveal a multitude of variables including the customer's health status, locus of health control, involvement, trust, the perceived risk as well as the experience, each at different degrees. We thus constructed a research model based on these variables in order to test them on a sample of 250 consumers in the Wilaya of Tlemcen, using the method of structural equations, the analysis of the results after testing was able to confirm the majority of our hypotheses, including the state of health as a predictor of the intention to purchase a drug, the experience, the implication by increasing the volume of information retrieval, and finally the role of the prescribers, which through the variable of trust influences the intention to purchase a drug. **Key words:** drug, Mandatory's /optional's Prescription, patient, doctor, decision making, purchasing behavior.

كشفت الدراسات في مجال الأدوية الموصوفة بأن عملية اتخاذ القرار فيما يتعلق بها قد تكون مختصرة عندما يتعلق الأمر بمرضى خطيرة نوعا ما كما يمكن أن تصبح هذه العملية أكثر أهمية خاصة عندما يتعلق الأمر بالأمراض الغير خطيرة. يمكن أيضا أن تلخص عملية أخذ القرار في مرحلة البحث عن المعلومات لأنه مع التطور التكنولوجي والاقتصادي والاجتماعي بدأ يأخذ المريض الحكم الذاتي والسلطة أمام الوصف. حيث أصبح أكثر اضطلاعا ويدعي المزيد من التأثير في عملية صنع القرار. فإن تحليل العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير على قرار شراء الدواء يمكن أن يكشف عن العديد من المتغيرات بما في ذلك الحالة الصحية،

لذلك قمنا ببناء نموذج بحث قائم على هذه المتغيرات من أجل

اختبارها على عينة من 250 مستهلك في ولاية باستخدام طريقة المعادلات الهيكلية وكان تحليل النتائج بعد الاختبار قادراً على تأكيد الأغلبية من فرضياتنا، بما في ذلك حالة الصحة كمتنبأ بنية والتضمين عن طريق زيادة وأخيراً دور هيئة

الكلمات الرئيسية: الأدوية، وصفة إلزامية أو اختيارية، المريض، الطبيب، صنع القرار، السلوك الشرائي