Philippe Pignarre

Chargé de cours sur les psychotropes à l'Université de Paris-VIII
Directeur de la collection "Les empêcheurs de penser en rond"
édité par l'Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

(1997)

Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange, entre science, marché et société.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie retraité du Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Philippe Pignarre

Chargé de cours sur les psychotropes à l'Université de Paris-VIII
Directeur de la collection "Les empêcheurs de penser en rond"
édité par l'Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Paris : Éditions La Découverte, 1997, 233 pp. Collection : Sciences et société.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 21 mai 2012 de diffuser ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : p.pignarre@editions-ladecouverte.com

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 6 juin 2012 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.

Philippe Pignarre

Chargé de cours sur les psychotropes à l'Université de Paris-VIII
Directeur de la collection "Les empêcheurs de penser en rond"
édité par l'Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange, entre science, marché et société.

Paris : Éditions La Découverte, 1997, 233 pp. Collection : Sciences et société.

[6]

Je voudrais remercier Liliane Bettencourt, Catherine Ducruet, François Dagognet, Jeanne Fayard, François Gèze, Hervé Guérin, Gérard Jorland, Bruno Latour, Edwin et Tobie Nathan, Isabelle Stengers, Annick Tournier et Edouard Zarifian, qui m'ont encouragé et accompagné de leurs discussions et de leur amitié. Il m'est impossible de citer ici tous ceux qui m'ont accueilli dans leur laboratoire, leur cabinet médical, leur usine, leur enseignement universitaire. J'espère que beaucoup pourront reconnaître leur travail dans ce livre.

Catalogage Electre-Bibliographie

PHILIPPE PIGNARRE

Qu'est-ce qu'un médicament ? : un objet étrange entre science, marché et société.

Paris : La Découverte. 1997. (Sciences et société)

ISBN 2-7071-2752-3

Rameau :	industrie pharmaceutique
médicaments :	essais cliniques
Dewey :	615.1 : Pharmacologie et thérapeutique.
Médicaments.	Pharmacie appliquée
Public concerné :	Tout public.

[4]

DU MEME AUTEUR

Ces drôles de médicaments, Les Empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis Robinson, 1990.

Les Deux Médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique, La Découverte, Paris, 1995.

[231]

Table des matières

[Quatrième de couverture](#)

[INTRODUCTION](#) [9]

[Chapitre 1.](#)

L'effet placebo et le secret du médicament moderne [19]

[Un temps d'arrêt](#) [21]

[Méconnaissance](#) [27]

[L'impossible soustraction](#) [32]

[Le retour en force de la modestie](#) [39]

[Socialiser la molécule](#) [43]

[Chapitre 2.](#)

La nature du laboratoire de l'étude contre placebo [49]

[Combattre les préjugés](#) [51]

[La fausse symétrie du double aveugle](#) [62]

[Le médicament est un placebo stabilisé par un marqueur](#) [67]

[Le préparateur](#) [74]

[Un laboratoire singulier](#) [77]

[Chapitre 3.](#)

L'amont : la mise au point des molécules [89]

[Surveiller le pipeline](#) [90]

[De l'éprouvette au corps humain](#) [93]

[Le rythme du temps](#) [99]

[Préparer l'épreuve contre placebo](#) [103]

[Un lieu de foisonnement](#) [108]

[Des outils redéfinis](#) [112]

Chapitre 4.

L'aval : le marché [119]

Valeur d'usage et valeur d'échange [121]

Le médicament est un universel [125]

Les conséquences de l'absence de marché... [131]

Le rôle des médecins [134]

À nouveau le rythme du temps [138]

Le climat d'un marché [145]

Chapitre 5.

L'aval : le patient [155]

L'ordonnance [156]

Redéfinir un patient [161]

L'homéopathie : ses modes de fonctionnement [173]

Retour à l'effet placebo [179]

Chapitre 6.

L'écologie du médicament [185]

Un objet redoutable et fragile [186]

Une médecine remplie d'humains [201]

L'économie du médicament [204]

Réintroduire le patient [208]

Qu'est-ce qu'un laboratoire pharmaceutique ? [212]

CONCLUSION : PIÈCES ET ROUAGES [217]

INDEX [227]

Figure 1. modes de socialisation des molécules potentiellement poisons (contrôle de la dunamis)

Figure 2. La spécificité de l'économie du médicament.

Figure 3. Deux espaces étanches et un passeur.

Figure 4. Le laboratoire de l'étude contre placebo régule et transforme principalement trois types de flux.

**Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.**

QUATRIÈME DE COUVERTURE

[Retour à la table des matières](#)

Pour chacun d'entre nous, mais aussi pour de nombreux professionnels de la santé, le médicament est un objet simple : des chercheurs le découvrent, des industriels le fabriquent, des médecins le prescrivent, des pharmaciens le vendent et des patients le consomment. Et pourtant, si l'on s'intéresse de près à chacune de ces étapes, on découvre un objet en fait fort mystérieux : qu'il s'agisse de l'effet placebo ou des relations complexes entre les multiples acteurs de la « chaîne du médicament », on se rend compte qu'aucune des définitions classiques du médicament n'est vraiment opératoire.

C'est pour élucider ce mystère que Philippe Pignarre propose dans ce livre une exploration passionnante de cet étrange objet, à la fois scientifique, commercial et social. À partir de nombreux exemples concrets, il montre comment s'est constituée, en cinquante ans, une nouvelle manière de mettre en relation des substances chimiques et des êtres humains : l'expérimentation des nouvelles molécules « contre placebo », qui est désormais au cœur des médecines occidentales. Il explique comment ce nouveau dispositif permet de produire de manière extrêmement fructueuse des médicaments, mais aussi, ce qui est beaucoup plus surprenant, comment il détermine l'économie du médicament et la manière dont les patients y ont accès.

Cette analyse originale intéressera aussi bien les professionnels qui y trouveront des réponses inattendues sur les difficultés auxquelles se heurtent les réformes du système de santé, en France comme à l'étranger, que les profanes qui se posent des questions sur les mérites respectifs des médicaments modernes et des médecines dites traditionnelles ou « parallèles ».

Philippe Pignarre est le directeur de la collection « Les Empêcheurs de penser en rond » éditée par l'Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance. Chargé de cours sur les psychotropes à l'université de Paris-VIII, il est notamment l'auteur de Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique (La Découverte, 1995).

[7]

Pour François Dagognet dont l'enthousiasme pour les objets et en particulier les médicaments modernes ne s'est jamais démenti.

[9]

**Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.**

INTRODUCTION

« Mais ensuite, lorsque tu auras inculqué à un régisseur le désir de te procurer la réussite, que tu lui auras inspiré aussi de travailler avec coeur pour te la faire obtenir, que tu lui auras fait en outre acquérir les connaissances qui permettent d'accomplir avec plus de profit chacun des travaux agricoles, que de plus tu l'auras rendu apte à commander et qu'enfin il aura autant de plaisir que tu en prendrais toi-même à produire le plus possible de fruits de chaque saison, je ne te demanderai plus après cela si un homme ainsi formé doit acquérir une autre connaissance encore : un tel régisseur me semble devenu à présent d'un prix inestimable. En revanche Ischomaque, dis-je, *ne laisse pas de côté une partie de l'exposé* qui n'a été qu'effleurée négligemment.

[10]

— Laquelle donc ? dit Ischomaque.

— Tu as affirmé, tu le sais bien, dis-je, qu'il était très important d'apprendre la manière d'accomplir chacun des travaux ; sinon, disais-tu, si on ignore ce qu'il faut faire et comment le faire, le soin même n'est d'aucune utilité. Ischomaque dit alors :

— Tu m'invites à présent, Socrate, à t'enseigner la technique agricole elle-même ? »

XÉNOPHON ¹

[Retour à la table des matières](#)

¹ XÉNOPHON, *L'Économique*, traduit du grec par Jean-Claude Riedinger, Rivages poche/Petite Bibliothèque, Paris, 1995, p. 102-103.

On pourra trouver le titre de ce livre soit trop ambitieux, soit trop banal. Mais après avoir écrit *Les Deux Médecines*², j'ai ressenti une profonde insatisfaction sur la manière dont j'avais traité la question du médicament à travers ses modes d'invention et l'effet placebo. Il fallait avancer davantage sans se réfugier derrière l'histoire récente de la médecine telle qu'elle a déjà été racontée à plusieurs reprises et mettre à profit les quinze années que j'ai passées dans l'industrie pharmaceutique à observer et à écouter les différents acteurs.

La véritable ambition de ce livre est de constituer une « économie » du médicament. J'ai choisi ce mot de préférence à celui d'économie, en référence au célèbre texte de Xénophon. Étudiant en troisième [11] année de licence d'histoire, j'avais choisi de faire un exposé sur ce livre. Imprégné de culture économique moderne, comme beaucoup de jeunes de ma génération, j'avais été dérouté, et même déçu dans un premier temps, puis finalement subjugué par Xénophon. Ce dont il parlait ne ressemblait en rien aux grands textes de la théorie économique que nous connaissons depuis Adam Smith, David Ricardo ou Karl Marx et qui s'éloignent toujours du monde pratique ou de la nature. Xénophon semblait rester dans la description et être incapable de distinguer entre les conseils pour bien gérer un domaine et un travail théorique nécessairement plus abstrait. Aujourd'hui on appellerait peut-être cette « économie » une anthropologie. Quoi qu'il en soit, vingt ans plus tard, je ne vois que des avantages à mettre ce travail sous les auspices de Xénophon comme s'il y avait là un moyen d'échapper aux tentatives dites critiques d'un côté ou apologétiques de l'autre qui constituent habituellement les deux grandes ressources de la pensée moderne. Je voudrais donc pouvoir situer ce livre à ce moment charnière du débat entre le propriétaire foncier athénien modèle, Ischomaque, et Socrate sur la bonne tenue du domaine agricole. L'économie ou *Yoikonomia* ne sépare pas, mais unifie tout ce qui relève de *Yoikos*, la « maison » : gestion des relations entre les personnes (l'art de commander) et acquisition des richesses par l'exploitation de la nature.

² Philippe PIGNARRE, *Les Deux Médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.

Avec cet héritage et cette ambition, nous nous retrouvons dans la bonne compagnie de Félix Guattari qui écrivait dans un texte-manifeste : « C'est [12] cette ouverture praxique qui constitue l'essence de cet art de "l'éco" subsumant toutes les manières de domestiquer les Territoires existentiels, qu'ils concernent d'intimes façons d'être, le corps, l'environnement ou de grands ensembles contextuels relatifs à l'ethnie, la nation ou même les droits généraux de l'humanité ³. » Et Guattari précisait dans une note : « La racine *eco* est entendue ici dans son acception grecque originaire : *oikos*, c'est-à-dire : maison, bien domestique, habitat, milieu naturel. »

Autant dire que notre projet est terriblement ambitieux et sans doute bien au-dessus de nos forces : il ne s'agit rien moins que d'essayer de poser les jalons d'une théorie générale du médicament. « Mais cela a déjà été fait », nous dira-t-on. Je crois que ce n'est pas le cas, car si on prend tous les livres écrits sur les médicaments modernes, on constatera qu'il y a très peu de généralisation. Immédiatement *on classe* et c'est à partir de ces classements que l'on croit mieux pouvoir expliquer la nature de nos inventions. Prenez par exemple n'importe quel livre sur les psychotropes ; on commence par vous expliquer qu'il en existe trois types : les anxiolytiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques. Or, je suis désormais convaincu que c'est aller trop vite en besogne. Il y a déjà beaucoup trop de choses cachées derrière cette classification. Elle renvoie à une sémiologie et à une nosologie qu'on se privera ainsi de pouvoir étudier et « prévoir » puisqu'elle formera la base du raisonnement, un des axiomes de départ.

[13]

Si l'on travaille immédiatement dans la différenciation pour les médicaments inventés en Occident et que nous appellerons les médicaments modernes, à l'inverse, on généralise de manière extraordinairement rapide pour toutes les techniques thérapeutiques que nous considérons comme « prémodernes ». Nous sommes immédiatement tentés de renvoyer à des mécanismes communs toutes les médecines qui ne sont pas scientifiques : l'empirisme et l'effet placebo.

Sous les influences combinées d'Isabelle Stengers, de Tobie Nathan, de Bruno Latour et de François Dagognet qui a été le premier

³ Félix GUATTARI, *Les Trois Écologies*, Galilée, Paris, 1989, p. 49.

philosophe à s'intéresser aux médicaments modernes et à la manière dont ils sont créateurs de la médecine moderne, j'ai pris le risque de faire exactement l'inverse. C'est la première contrainte de ce livre. Toutes les médecines traditionnelles sont suffisamment respectables pour qu'on ait envie de *les prendre au sérieux*, quand on les étudie, c'est-à-dire qu'on écoute respectueusement ceux qui sont leurs représentants ⁴. Ce sérieux disparaît dès qu'on commence à faire des généralisations non réfléchies. Qui peut prétendre comprendre ce qu'est l'acupuncture si on commence à la penser en même temps que [14] l'homéopathie ou la médecine ayurvédique ? C'est pourtant bien ce que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à faire, se situant dans une position en surplomb et l'on est en droit de se demander quel savoir peut leur donner un tel pouvoir. Aussi bien les partisans des médecines douces (qui ne peuvent pas être assimilées aux médecines traditionnelles) que leurs détracteurs de combat peuvent se retrouver d'accord pour se livrer, symétriquement, à de telles généralisations. Il se pourrait bien qu'il ne s'agisse là que du résultat d'un rapport de forces qui peut donc humilier, réduire, mais qui ne permet pas de rendre compte et d'apprendre. La conséquence de notre choix est que tous les outils anthropologiques et sociologiques que nous allons utiliser pour rendre compte de l'invention des médicaments modernes devraient pouvoir être utilisés pour l'analyse des thérapeutiques inventées ailleurs.

Nous ferons donc l'inverse de ce qui est fait d'habitude en généralisant pour *nos* médicaments, parce que nous croyons qu'ils participent d'un système commun cohérent qui reste à expliciter : il y a un secret du médicament moderne. Nos médicaments y gagneront en dignité, puisque tous ceux qui les inventent ont le sentiment de travailler dans un cadre commun même s'il est resté jusqu'à présent largement implicite. Mais ce choix nous mettra aussi en situation de moindre pouvoir. Nous ne parlerons donc d'aucun médicament en particulier tout en suivant le plus concrètement possible les modes de construction qui s'appliquent à tous. Nous ne classerons pas. Peut-être, si notre démar-

⁴ Nous ne sommes évidemment pas le premier à avoir ce type d'exigence. En dehors des travaux de Georges Devereux (en particulier sur les Indiens Mohaves) et de Tobie Nathan, il existe aussi un débat très riche aux États-Unis. Voir par exemple Arthur KLEINMAN, *Patients and Healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, 1980.

che réussit et [15] fabrique de la pensée, pourrions-nous alors oser commencer à classer. Mais si nous avons progressé, les classifications actuelles seront sans doute mises en cause et seront l'objet d'autres travaux.

La seconde contrainte que nous nous imposerons, c'est de ne parler que des médicaments, sans jamais nous offrir la facilité de faire appel à des concepts extérieurs à notre sujet. Le pari de ce livre est que le niveau *médicament* est un bon niveau d'abstraction à condition de savoir y rester suffisamment longtemps et d'être à l'écoute des différents acteurs. Peut-être est-il possible de mieux comprendre la guérison, la maladie et plus généralement toute la médecine moderne, en étudiant le plus longtemps possible l'outil privilégié que nous avons inventé. Notre seconde contrainte vient donc équilibrer la première.

L'enjeu de ce nouveau livre est beaucoup plus théorique que le précédent même si notre démarche est empirique. Nous avons alors accumulé une masse d'informations, parfois éclectiques, sur l'effet placebo et sur la double invention de la médecine selon qu'elle utilise ou non des objets médicaments. Nous croyons pouvoir maintenant être en situation de présenter un travail plus systématique et formalisé. J'y ai été en partie obligé par les étudiants du DESS de psychologie clinique de Paris-VIII, que j'ai rencontrés tout au long de l'année universitaire 1996-1997, afin de leur parler des psychotropes.

Enfin, nous surprendrons en laissant provisoirement de côté la question, toujours traitée avec avidité, [16] de l'efficacité⁵. Elle ne nous a pas paru pouvoir constituer un point de départ. C'est là que l'on pourra nous accuser de faire de la philosophie, mais quand ce sera le cas, nous le prendrons comme un compliment. Après tout, cette question de l'efficacité est le plus souvent obscurcie par un raisonnement tautologique, et les *critères* sur lesquels nous choisissons de décider de l'efficacité d'une thérapeutique ne sont jamais neutres. Ils décident

⁵ L'envie d'écrire ce livre est née au cours des longues discussions que j'ai pu avoir avec Michèle Ruffat qui travaillait alors sur l'histoire de l'industrie pharmaceutique. Nous nous interrogeons régulièrement sur l'efficacité des médicaments commercialisés avant la Seconde Guerre mondiale et restions le plus souvent perplexes. Le livre de Michèle Ruffat est depuis lors édité. Michèle RUFFAT, *175 ans d'industrie pharmaceutique française, Histoire de Synthélabo*, La Découverte, Paris, 1996.

de la réponse au moment même où nous posons la question, ou plutôt au moment où nous faisons semblant de la poser. Ne pas prendre l'efficacité comme point de départ n'implique pas que cette question soit sans importance. Au contraire. Mais elle mérite justement d'être suivie dans la manière même dont elle est *construite*. N'est-ce pas le plus bel hommage que l'on puisse rendre à tous ceux qui participent à l'invention des médicaments modernes que de les considérer, au-delà même de leurs inventions, comme des constructeurs d'ensembles qui vont bien au-delà des seuls médicaments mais participent aux redéfinitions globales, y compris celles de la société ?

[17]

Nous allons essayer de suivre le médicament dans son invention primitive comme molécule, dont les effets sont repérables biologiquement, puis dans les épreuves qui la transforment en quelque chose de complètement différent qui mérite enfin le nom de médicament. Nous verrons alors que le médicament est une marchandise bien particulière : la manière dont nous la gérons socialement la différencie des marchandises classiques, et pourrait être une manière de résoudre les problèmes posés par son mode d'invention spécifique au cours des premières expériences biologiques. Les médicaments ne seront donc pas analysés comme des constructions sociales au sens strict du terme. Ce serait un point de vue relativiste — revenant à dire que tout se vaut —, finalement pas très différent du point de vue de ceux qui privilégient la notion d'imaginaire, autre notion qui nous semble inutile pour ce travail. Mais nous essaierons de voir comment les médicaments modernes constituent une manière originale de lier du biologique et du social. Privilégier l'un ou l'autre c'est leur faire un excès d'honneur ou d'indignité. C'est ce double piège que nous avons voulu éviter.

Mais si nous voulons suivre le médicament dans son mode de constitution, ce ne pourra pas être de manière linéaire, ou en suivant un ordre chronologique idéal. On en trouvera les raisons très rapidement dans les premiers chapitres. La chronologie risquerait de cacher les mécanismes organisateurs et leurs effets en amont comme en aval.

Il faut commencer [18] par ce qui nous semble constituer le principal mécanisme organisateur à partir duquel nous pourrions rayonner et suivre la cartographie du médicament. Il faut commencer par le *milieu* de la carte que nous allons essayer de déployer ⁶.

⁶ Au moment où je terminais ce livre, Gilles Chatelet écrivait un hommage à Gilles Deleuze qu'il faudrait pouvoir citer en entier : « Gilles répétait sans cesse : pensez au milieu et pensez le milieu comme le cœur des choses et comme le cœur de la pensée, quittez la pensée-arbre avec ses hauts et ses bas, ses alphas et ses omégas, devenez un penseur-brin d'herbe qui pousse et pense ! Vous serez plus véloce que les lévriers les mieux dressés à la course ! On entend déjà grommeler la Bêtise : Mais enfin, où est-il donc votre foutu milieu ? » (Gilles CHATELET, « Pour Gilles Deleuze, penseur du déclic », *Libération*, 6 avril 1996, p. 4).

[19]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 1

L'effet placebo et le secret du médicament moderne

[Retour à la table des matières](#)

Commençons par nous poser la question la plus simple : pourquoi compare-t-on les candidats médicaments à des placebos au cours d'études appelées « en double aveugle » (ni les prescripteurs ni les patients ne savent qui reçoit la molécule et qui reçoit le « blanc thérapeutique ») ? Examinons d'abord la réponse la plus souvent donnée par les acteurs eux-mêmes : il s'agit du moyen le plus simple pour juger de manière objective l'efficacité d'une molécule candidate au titre de médicament. Pour être reconnue comme médicament, une substance, quelle que soit son origine, doit sortir positivement de cette épreuve. Le reproche qui permet désormais de mettre dans le même sac les médecines parallèles et les « mauvais » médicaments de la médecine officielle, c'est toujours d'avoir refusé ou de [20] n'avoir pas su s'affronter positivement au placebo. Mais, si la méthode est évidente, pourquoi s'est-elle imposée si tardivement ? Il faut en effet attendre les grands programmes mis au point par l'administration américaine

après la Seconde Guerre mondiale ⁷ pour que l'on commence, non sans de multiples résistances, à réaliser ce type d'études qui va ensuite devenir obligatoire. S'il est difficile de répondre à cette question de l'« évidence », c'est qu'elle s'inscrit dans une problématique plus large qui est celle de l'efficacité. La question de l'efficacité n'est justement pas non plus une question simple et nous ne pouvons pas la prendre comme point de départ. Nous devons donc prendre une légère distance par rapport aux acteurs et étudier plus longuement leurs pratiques pour comprendre comment ils peuvent parler d'efficacité, comment cette notion [21] s'est construite et modifiée, redistribuant toutes les questions attenantes.

Un temps d'arrêt

[Retour à la table des matières](#)

On n'a pas fini d'analyser et de comprendre tous les mécanismes à l'oeuvre dans cette épreuve que les commentateurs ont pris l'habitude de situer dans une sorte d'entre-deux : entre une époque où les médicaments n'étaient pas scientifiques et une époque à venir où l'on nous promet qu'il n'y aura plus aucun empirisme et où l'on pourra prévoir ce qu'une molécule peut faire dans un organisme humain dès sa synthèse par les chimistes ou sa mise au point par les spécialistes du gé-

⁷ La Food and Drug Administration a été créée juste avant la Seconde Guerre mondiale. Sur cette période, Dominique Pestre écrit : « Durant la guerre, anthropologues, sociologues, psychologues et linguistes sont mobilisés aux côtés des ingénieurs pour résoudre des problèmes pratiques (comme le stress et la fatigue des pilotes d'avions) ou pour aider à la guerre psychologique. Après 1945, la démarche adoptée lors de ces travaux devient la norme de toute bonne pratique de la science. Être scientifique consiste alors "to solve problems rather than to reflect on meanings" (résoudre des problèmes plutôt que de réfléchir sur les significations), cela consiste à être opérationnel et efficace, à être capable d'influer sur le monde et à le contrôler » (Dominique PESTRE, « Science, politique et État », in J. KRIGE et Dominique PESTRE, *Les Sciences au XXe siècle*, à paraître). Nous verrons comment ce changement caractérise aussi l'invention *technique* et la différencie de l'invention *scientifique*. Sur la question particulière des médicaments, on lira Harry M. MARKS, *The Progress of Experiment. Sciences and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*, Cambridge University Press, Cambridge, 1997.

nie génétique. Nous commencerions seulement, avec les études contre placebo, à mettre au point des thérapeutiques scientifiques. Pourtant, la médecine occidentale s'est définie comme moderne et scientifique bien avant que cette épreuve n'existe et ne fasse l'objet d'une méthodologie prescrite et rigoureuse. Il y a longtemps que la médecine moderne a trouvé son identité *juridique* dans l'affrontement avec l'exercice illégal de la médecine ⁸. Louis Pasteur et Claude Bernard font partie des heures glorieuses de la médecine moderne. Néanmoins, alors que leur oeuvre s'attarde à plusieurs reprises sur le problème des pathologies et des thérapeutiques (au moins en ce qui concerne Louis Pasteur), [22] l'idée d'une étude contre placebo ne survient jamais comme constituant le *passage obligé* de toute invention thérapeutique scientifique. L'immense vogue des « vaccins » qui suit le triomphe pasteurien ou les premiers traitements considérés comme efficaces contre la syphilis (avant la pénicilline) n'ont pas fait l'objet d'une discrimination « contre placebo ». On n'y pensait pas. C'est autrement que l'on essayait de prouver la valeur d'un traitement ⁹.

Mais si la comparaison contre un placebo est désormais dans toutes les pratiques, si c'est la préoccupation centrale de ceux qui s'intéressent vraiment et pour de « bonnes raisons » aux médicaments modernes, elle n'est jamais donnée comme la définition enfin trouvée du médicament moderne. Les industriels du médicament, chercheurs et responsables économiques, tremblent devant cette épreuve dont les

⁸ Voir Matthew RAMSEY, *Professional and Popular Medicine in France 1770-1830, The Social World of Medical Practice*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.

⁹ Voir Wai CHEN, *Comment Fleming n'a pas inventé la pénicilline*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1996. Wai Chen explique comment l'équipe dont faisait partie Flemming proposa, pendant la Première Guerre mondiale, que l'on cesse de désinfecter les plaies des blessés avec des antiseptiques pour permettre à son vaccin antigangrène d'être efficace. La polémique avec les médecins militaires adeptes de Lister ne suscita jamais l'idée d'une étude clinique. C'est seulement dans le laboratoire biologique que l'on cherchait des « preuves » pour durcir les démonstrations sur l'efficacité des thérapeutiques vaccinales. C'est tardivement que l'on a utilisé les procédures de l'épreuve contre placebo pour juger les vaccins et les assimiler ainsi aux médicaments modernes. Pendant de longues années, leur invention suit un autre chemin. Nous traiterons cette question dans le troisième chapitre.

résultats ne sont jamais garantis. Les agences gouvernementales qui ont en charge les médicaments, mais aussi les grandes revues médico-scientifiques dites « à comité de lecture » [23] sont intraitables sur cette épreuve obligée et sur la rigueur avec laquelle elle doit être menée. Pourtant, quand on pose la question « comment s'inventent les médicaments modernes ? », la réponse aura tendance à s'éloigner de cette pratique et portera le plus souvent sur la « pharmacologie rationnelle » ou le « génie génétique » qui sont présentés comme le coeur de l'invention contemporaine.

On peut y voir le souhait de donner une définition du médicament moderne qui soit constitutive d'une théorie permettant de faire le lien entre la structure moléculaire du médicament et son effet thérapeutique. L'empirisme que traduit l'épreuve contre un placebo ne semble jamais mériter un long commentaire. La médecine moderne ne progresse-t-elle pas en s'éloignant des pratiques empiriques ? N'est-ce pas ce même mot d'empirisme qui est utilisé pour rendre compte des découvertes faites dans des sociétés traditionnelles, ou pour celles de nos propres ancêtres ? Comment parler du progrès ininterrompu de la médecine scientifique et la redéfinir dans le même temps autour d'une pratique qui représente le triomphe de l'empirisme ? Ne risquerait-on pas de laisser penser que l'épreuve contre placebo, aussi moderne soit-elle, ne serait qu'une manière *d'accélérer* une méthode de découverte assez peu nouvelle ?

C'est ce malaise qui pourrait expliquer pourquoi on ne prend jamais le risque d'en chercher les constituants pour faire coïncider un tant soit peu ce que nous faisons, ce qui constitue une pratique fondatrice, et ce à quoi nous sommes en droit de prétendre. L'épreuve contre placebo est toujours traitée dans l'immédiateté [24] d'une sorte d'évidence dont l'intérêt épistémologique serait faible. Elle est par définition ce sur quoi on n'a aucune raison de s'arrêter, sauf pour d'éventuelles contestations purement formelles, méthodologiques, administratives. Elle serait en effet en elle-même démonstrative. Soit l'étape est franchie et la vie « intéressante » de médicament peut recommencer. Soit l'échec est au rendez-vous car aucune supériorité statistiquement significative n'a pu être mise en évidence, et c'est au cours de l'action en Bourse de la société pharmaceutique propriétaire de la molécule

qu'il faut alors s'intéresser ¹⁰ ! La molécule était intéressante *avant* l'épreuve quand elle était entre les mains des chimistes, des physiciens et des biologistes. Elle passionnera de multiples nouveaux acteurs *après* (médecins, hommes de marketing, etc.). Mais le moment même de l'étude contre placebo n'est là que pour être aussi vite oublié. Les résultats feront l'objet d'un discours répétitif dans les dossiers d'enregistrement et dans les documents promotionnels.

Dans l'ensemble du texte qui va suivre nous allons avoir une démarche inverse : c'est sur ce moment oublié de la vie du médicament que nous allons concentrer [25] notre réflexion. Car c'est bien dans ce moment précis et presque magique où une molécule devient un médicament, que la transformation décisive a eu lieu. A-t-elle été seulement symbolique ou bien réelle ? Impossible de trancher immédiatement. C'est donc bien là qu'il faut savoir s'arrêter pour voir ce qui a bien pu se passer.

Si ce moment de l'étude contre placebo mérite une pause, elle sera, en ce qui nous concerne, tout sauf ironique ou critique, comme ce fut le cas pendant de nombreuses années de la part d'une tradition française s'autoproclamant humaniste et rejetant ce type d'études au nom de la lutte contre la réduction des malades à leurs maladies. À l'inverse, notre souhait est même de trouver la meilleure manière de comprendre, de partager et de rendre justice au tremblement qui saisit les chercheurs, les médecins expérimentateurs et les industriels réunis par un enjeu qui est alors totalement commun.

Nous voulons, dans le même mouvement, éviter un autre piège qui nous semble redoutable. Si ceux qui veulent définir les grandes caractéristiques de la médecine moderne font finalement de moins en moins référence à l'épreuve contre placebo, c'est en revanche un *leitmotiv* chez ceux qui combattent les « autres » médecines. Il y a là une dis-

¹⁰ Voici un exemple pris parmi beaucoup d'autres : « La société américaine, Teilor Ophthalmie Pharmaceuticals va arrêter le développement de son produit vedette, le Xarano (*intracameral ethacrynate sodium*), à la suite des résultats des études de phase III qui n'ont montré aucune supériorité sur le placebo. Le cours de l'action de la société a chuté de 52 % après annonce de ces résultats. » C'est ainsi que la revue *Scrip*, qui fait chaque semaine le point sur les médicaments en développement partout dans le monde, rend compte de l'échec d'une molécule (*Scrip*, 2052, 18 août 1995). Sur la définition de la phase III, voir *infra*, p. 37.

symétrie surprenante entre les arguments « pour » la médecine moderne et les arguments « contre » toutes les autres médecines. C'est que l'existence de cette épreuve pose un problème à notre volonté de faire science : elle enregistre la séparation brutale entre l'existence de médicaments efficaces d'un côté et notre connaissance des mécanismes impliqués [26] dans les pathologies de l'autre. Il faut bien reconnaître que les deux ne coïncident pas, et qu'aucun ordre de préséance ne s'impose ici en droit. Or, ce serait reconnaître ce divorce que de donner trop de place à l'étude contre placebo qui nous ramène toujours à l'empirisme. On considère souvent que ce divorce est en train de s'effacer progressivement. Pourtant, le signe le plus clair devrait en être alors le « dépérissement » des études contre placebo. Or, c'est le contraire qui est vrai : ces études sont faites de manière systématique selon des méthodologies de plus en plus rigoureuses. On peut donc déjà considérer que l'arme du placebo est bien trop lourde pour être utilisée dans un but de disqualification sans risques majeurs pour ceux qui s'y amusent. *Elle n'est pas faite pour cela.* « Mais que sais-tu de l'effet placebo, toi qui en fais un mot d'ordre ? », seraient en droit de demander les accusés, retournant la disqualification en dure question. Tous ceux qui utilisent l'effet placebo comme une arme de combat courent le danger d'être considérés comme trop naïfs pour qu'ils méritent à leur tour d'être écoutés par les partisans des médecines dites non scientifiques. Dans ce dialogue de sourds, ils resteront à la place du dénonciateur, plus héritiers des juges qui poursuivaient et punissaient pour exercice illégal de la médecine, avant même l'invention de l'épreuve au nom de laquelle ils parlent, que des chercheurs, des médecins et des industriels participant d'un dispositif où ils sont saisis par le doute et la peur. Notre pari est qu'une autre manière de penser les relations entre les différentes traditions médicales est possible.

S'il faut donc se méfier de tout usage disqualifiant de [27] l'épreuve contre placebo, elle pourrait bien en revanche être l'élément *le plus intéressant* pour définir la médecine scientifique moderne. C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Méconnaissance

[Retour à la table des matières](#)

Si l'épreuve contre placebo caractérise l'invention du médicament moderne, nous devons examiner les rares tentatives faites par les historiens de la médecine pour lui trouver des ancêtres. Nous prendrons un exemple très proche à première vue de ce que nous appelons étude contre placebo. Dans son livre *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* ¹¹, Hippolyte Bernheim (1837-1919) donne une information qui pourrait le mettre dans la situation de l'ancêtre : « Un jour, je voulus expérimenter dans mon service le sulfonal comme hypnotique. Je choisis deux malades atteints d'insomnie depuis plusieurs semaines. Avant d'administrer le nouveau médicament, je songeai, pour ne pas être induit en illusion par l'élément suggestion et pour que l'observation fût rigoureuse, à prescrire, sous la fausse étiquette de sulfonal, de l'eau simple à laquelle j'ajoutai quelques gouttes de menthe, pour ne pas éveiller la défiance des malades. J'affirmai que, vingt minutes après l'administration du nouveau médicament, les [28] malades seraient pris de sommeil irrésistible. C'est ce qui arriva en effet ; les deux malades dormirent comme ils ne l'avaient pas fait depuis plusieurs semaines.

« Qu'on ne me fasse pas dire que le sulfonal n'a qu'une vertu suggestive ! Non ! Il a une vertu hypnotique réelle, comme le chloral, en dehors de toute suggestion. Mais pour que l'expérience fût scientifiquement concluante, il fallut tout d'abord dégager l'élément suggestion. »

Il y a plusieurs différences essentielles entre Bernheim et les expérimentateurs modernes. Bernheim ne teste pas le sulfonal, mais l'effet de la suggestion. C'est ce dernier effet qu'il veut mettre en évidence et lui semble seul digne d'intérêt. A aucun moment de son expérimentation, le sulfonal n'est réellement administré, et c'est là une différence

¹¹ C'est Daniel Widlöcher qui a attiré notre attention sur ce texte. Hippolyte BERNHEIM, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* (1903), réédition Fayard, « Corpus des oeuvres de philosophie de langue française », Paris, 1995, p. 72.

essentielle avec les études modernes contre placebo. Cet effet du sulfonal va de soi comme l'indique son exclamation finale (« Il a une vertu hypnotique réelle », écrit-il, « Mais comment le sait-il ? » demanderait l'expérimentateur moderne). Il ne fait donc pas de l'effet de suggestion un degré zéro à partir duquel repérer et quantifier un effet thérapeutique supplémentaire. Il se sert, au contraire, de ce dispositif pour montrer que l'effet de suggestion *n'est justement pas un degré zéro* : l'effet de suggestion est aussi efficace que le médicament connu, d'une manière générale, pour son action somnifère. C'est le médicament, connu pour son effet, qui devient dans ce cas le « témoin ». Bernheim prend l'action du médicament comme un degré zéro, mais relatif et non pas absolu. Ce qui l'intéresse, c'est l'effet de suggestion et il aurait été sans doute choqué que l'on fasse de lui l'ancêtre de [29] l'expérimentateur moderne : sa technique de suggestion, aussi simplifiée soit-elle, n'a pas l'innocence du placebo.

À l'inverse de Bernheim, l'expérimentateur moderne réduit l'effet placebo à un *degré zéro* pour mettre en évidence une action pharmacologique. S'il monte ce dispositif, c'est pour deux raisons différentes en apparence : il s'agit d'abord de neutraliser toutes les « autres raisons » qui peuvent faire que le malade guérisse (et qui peuvent être de deux ordres : guérison spontanée et guérison par influence) ; il s'agit ensuite d'éviter que le médecin expérimentateur surestime, pour des raisons subjectives diverses, l'action du candidat médicament. Influence du médecin sur le patient, influence du commanditaire de l'étude sur le médecin expérimentateur : on ne sait jamais, dans une telle situation, qui contraint l'autre et comment ce type de contraintes pourrait être démêlé au profit de la « vraie réalité »¹². Guérison spontanée, guérison par influence, surestimation des résultats par l'expérimentateur : nous faisons un bloc de ces trois facteurs qui vont devenir définitivement indiscernables. Le dispositif technique très simple du double aveugle rend le problème du placebo insoluble et impossible à étudier : il *force* définitivement l'effet placebo à devenir un degré zéro

¹² Vinciane Despret a très bien montré ce problème dans un autre domaine des sciences du vivant, l'éthologie : comment le regard de l'éthologue permet à l'animal d'être extraordinaire (Vinciane DESPRET, *Naissance d'une théorie éthologique. La danse du cratérope écaillé*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1996).

en mêlant de manière inséparable toute la chaîne des influences. Il [30] rend invisible, par définition même, l'action de l'expérimentateur.

Il y a donc entre Bernheim et les expérimentateurs modernes un véritable retournement sur la manière de penser un dispositif qui n'est semblable qu'en apparence. Ce retournement n'est pas sans conséquence. Il crée un nouvel intérêt et en annule un autre. Hippolyte Bernheim est l'héritier des mesmériens et du magnétisme animal (dont il retrace l'histoire dans son livre) par l'intermédiaire de son initiateur, le docteur Liébeault. Si les expérimentateurs modernes ne peuvent plus isoler et étudier l'effet placebo, c'est que ce n'est absolument pas leur préoccupation. L'expérimentation de Bernheim et celle des expérimentateurs modernes se croisent et semblent alors se ressembler. Mais leurs histoires sont totalement différentes. Les expérimentateurs modernes ont inventé le début d'une nouvelle histoire, celle des médicaments qui peuvent franchir une épreuve semblable pour tous. Même s'il existe de nombreuses pathologies où les nouvelles molécules ne font plus l'objet d'une comparaison avec un placebo, mais avec un médicament dit de référence, c'est parce que ce médicament dit de référence a lui-même fait l'objet d'études contre placebo et est donc capable de témoigner ainsi de cet effet « qu'il transporte avec lui ». L'histoire des médicaments modernes s'invente ainsi par comparaisons successives, mais l'effet placebo reste le *fondement* de tout l'édifice comparatif, à condition d'être réduit à un degré zéro, ce que vise le dispositif expérimental inventé, mais qui relève d'une décision que l'on pourrait dire pratique et non pas théorique.

L'annulation de l'intérêt pour le placebo annule toute [31] possibilité de faire histoire avec lui. Ainsi, on dispose d'un immense corpus de milliers d'études qui ont permis de comparer une molécule à un placebo. Mais on ne peut pas considérer, en inversant seulement les termes, qu'il y a là une source importante de connaissances sur l'effet placebo. Ces études sont la plupart du temps décevantes parce que répétitives¹³ et ne nous donnent des informations que d'un point de vue unique : celui de l'inventeur d'un médicament à partir d'une molécule biologiquement active. Mais la création de ce point de vue implique la suppression de tous les autres. Cela n'allait pas de soi et ce qu'on ap-

¹³ Nous avons essayé de faire un travail de revue dans Philippe PIGNARRE, *Les Deux Médecines*, op. cit.

pelle parfois la révolution des médicaments ne fait que cacher le fait que ce nouveau point de vue ait pu s'imposer d'une façon telle que toutes les autres manières de voir nous sont devenues étranges : pourquoi n'a-t-on pas réalisé d'études contre placebo avant la Seconde Guerre mondiale ?

Pour paraphraser les structuralistes, nous pourrions dire du placebo ce qu'ils disaient de l'objet = x, c'est-à-dire « qu'il manque à sa place (et par là n'est pas quelque chose de réel). Aussi bien, qu'il manque à sa propre ressemblance (et par là n'est pas une image) — qu'il manque à sa propre identité (et par là n'est pas un concept) ». Il est comme « un lieu vide ou perforé » qui n'a « d'identité que pour manquer à cette identité et de place que pour se déplacer par rapport à toute place ¹⁴ ».

[32]

L'impossible soustraction

[Retour à la table des matières](#)

C'est bien le constat empirique de l'existence et de la force de la suggestion (que ce soit celle du médecin sur le patient, ou celle du commanditaire de l'étude — avec tous les espoirs qu'il incarne — sur le médecin) qui a poussé les expérimentateurs à sophistiquer toujours davantage leurs protocoles ¹⁵. Les chercheurs ont même mis au point

¹⁴ Voir Gilles DELEUZE, « À quoi reconnaît-on le structuralisme ? », in François CHÂTELET (SOUS la dir. de), *La Philosophie au XXe siècle*, Marabout (t. 4), 1979, p. 293-329.

¹⁵ « L'intérêt de réaliser un essai en double aveugle est illustré par deux exemples. Dans le premier, un anti-dépresseur a été évalué dans deux études pour juger de son efficacité dans la maladie de Parkinson. Les protocoles étaient identiques, si ce n'est qu'un essai était ouvert et l'autre en double aveugle (contre placebo). Dans l'essai ouvert, huit des douze patients (67 %) ont eu une amélioration significative de leurs troubles (d'au moins 30 % sur les scores d'efficacité) par le produit actif, mais dans l'essai en double aveugle (mené contemporanément chez d'autres patients), seulement deux patients sur huit (25 %) ont été améliorés. Ces résultats rappellent un article de la littérature psychiatrique rapportant que 83 % des essais non contrôlés montraient des résultats positifs alors que ce n'était le cas que dans 25 % des essais contrôlés »

une technique pour éliminer les patients trop fortement placebo-répondeurs dans des études portant sur un petit nombre de patients. On commence alors par réaliser une étude « placebo contre placebo en double aveugle » pour éliminer « tous les patients présentant un effet supérieur à une valeur-seuil fixée ¹⁶ ». Mais quelles que soient les précautions [33] prises, un certain nombre de questions sont toujours laissées irrésolues par le dispositif technique lui-même. C'est évidemment le cas des effets secondaires des molécules testées. Ces effets secondaires ne viennent-ils pas fausser la dissimulation organisée ? Le dispositif technique ne permet pas non plus de distinguer entre guérisons spontanées, qui auraient lieu même sans aucune intervention du médecin, et guérisons par effet de suggestion ou effet placebo. Mais, question ultime, permet-il au moins de distinguer l'effet pharmacologique ?

Il existe une curiosité dans le dispositif technique que nous étudions. Elle devrait sauter aux yeux de tout observateur prenant connaissance des résultats de n'importe quelle étude. Mais ce n'est jamais le cas. On peut penser que c'est pour de bonnes raisons, qu'il faudra trouver. Les résultats d'une étude contre placebo aboutissent toujours à comparer les résultats obtenus chez les patients qui ont pris la molécule et ceux obtenus par les patients qui n'ont eu droit qu'au placebo. On constatera par exemple que la gravité des symptômes a été réduite de 35 % dans le groupe placebo contre 65 % dans le groupe qui a reçu la molécule. En fonction du nombre de malades inclus dans l'étude on va chercher à savoir si cette différence entre les résultats est « statistiquement significative ». On va donc bien parler de *différence*. Si l'on fait l'étude de la molécule contre un placebo, [34] c'est que l'on prétend savoir que la molécule prescrite peut guérir pour de *mauvaises raisons*, c'est-à-dire pour des raisons qui ne tiennent pas

(Bert SPILKER, *Méthodologie des études cliniques*, Doin, Paris, 1987, p. 17). L'ensemble de ces constatations permet d'affirmer provisoirement que l'effet placebo observé dans les études cliniques contrôlées est un effet de suggestion *a minima*.

¹⁶ Bert SPILKER, *ibid.*, p. 52. C'est évidemment inacceptable au cours des phases III qui doivent ressembler le plus possible à la situation qui va être celle de la vie réelle du médicament. Ce n'est donc possible que dans les phases II où les objectifs sont plus limités (évaluation initiale de l'efficacité du médicament). Voir *infra*, p. 37.

à son action pharmacologique-biologique propre. Ce qui justifie l'expérimentation et son dispositif technique, c'est donc que l'on compare à l'effet placebo non pas une molécule, mais *une molécule à laquelle on a ajouté l'effet placebo*. Le placebo n'est là que comme témoin des phénomènes de suggestion et de guérisons spontanées qui vont survenir aussi *avec* le candidat médicament. Une question devrait alors immédiatement venir à l'esprit de tous : pourquoi ne pas soustraire du résultat obtenu par la molécule le résultat obtenu avec le placebo ? C'est 35 % qu'il faudrait soustraire de 65 %. Dans ce cas, l'action pharmacologique propre serait de 30 %. Un peu moins que l'effet de suggestion seul, pourra-t-on remarquer dans de très nombreux cas concrets. *Et pourtant cette différence ne sera jamais réellement calculée*. Le mouvement du chercheur, du médecin et de l'industriel (réunis au moment où l'on étudie les chiffres dans un laboratoire improvisé d'un type particulier) s'arrête juste avant cette opération qui semblerait pourtant aller de soi ¹⁷.

L'exercice de pensée est amusant mais, de manière inattendue, il pourrait se révéler aussi très fructueux. Il ne serait en effet pas juste de faire cette soustraction et de calculer la différence. Les résultats en seraient illusoires. Si le médicament est porteur aussi d'un effet placebo, [35] rien ne nous permet de dire qu'il est *équivalent* à celui repéré avec le placebo dans le groupe témoin. Il y a même beaucoup de chances pour qu'il soit plus important ! En effet, si l'effet placebo potentiel pouvait se transformer en effet « nocebo » (un effet placebo négatif, aggravant la pathologie) en s'agencant avec une molécule biologiquement active, on pourrait alors constater des résultats inférieurs obtenus avec la molécule par rapport au placebo au cours d'un certain nombre d'études. À ma connaissance, les études ne montrent pas cela. Les effets pharmacologiques de la molécule et les effets biologiques qu'ils induisent sont susceptibles d'avoir un effet *potentialisateur* de l'effet de suggestion. On ignore la manière dont le mécanisme de la guérison par la suggestion se met ou non en route. On ignore aussi comment des changements corporels provoqués par la rencontre avec une molécule active sur des tissus biologiques est susceptible d'interagir avec ce premier effet. Chaque molécule est porteuse d'un effet pla-

¹⁷ François Dagognet a été le premier à étudier ce problème de soustraction non réalisée (François DAGOGNET, *La Raison et les Remèdes*, PUF, Paris, 1964, p. 32-103).

cebo propre dont nous sommes condamnés à ignorer la portée. Comment la sécheresse de la bouche souvent observée lors de la prise de certains antidépresseurs agit-elle aussi sur l'état global du patient et sur sa dépression en particulier ? Comment les premières manifestations du mieux-être relancent-elles ce que nous appelons effet placebo ? Entre guérison spontanée, guérison par effet placebo *et* — pouvons-nous ajouter maintenant — « guérison par une action biologique, pharmacologiquement induite », aucune limite précise ne peut être tracée. Il y a un *continuum* susceptible de changer avec chaque individu, chaque molécule et à chaque prise du médicament. C'est de [36] cette incertitude essentielle que va surgir la nécessité de toujours faire appel à un appareillage statistique pour traiter des données destinées à rester empiriques.

Nous pouvons ici utiliser un premier concept philosophique : quand on étudie l'action d'un médicament sur un organisme vivant, c'est toujours d'un agencement ¹⁸ qu'il faut parler. Les études biologiques réalisées précédemment, en aval du laboratoire de l'étude contre placebo, ne valent que pour des *tissus prélevés* (études *ex vivo*), pour des *cellules en culture* (études *in vitro*), pour des animaux de laboratoire, mais il y a un saut qualitatif entre ce que l'on peut observer au cours de ce type d'expérience et ce qui s'invente dans un organisme humain vivant : c'est bien ce qui justifie la création de ce type de laboratoire très particulier que nous allons désormais appeler le *laboratoire de l'étude contre placebo*. Nous n'employons évidemment pas le mot « laboratoire » au sens d'un lieu géographique précis, mais dans un sens plus général : il est défini par tous ceux (humains et non humains) qui sont mobilisés par un dispositif expérimental, un « stratum » destiné à faire parler la nature. Les « laboratoires » qui peuplent le monde scientifique sont très divers : quoi de commun, en apparence, entre le laboratoire du mathématicien [37] souvent réduit à un tableau noir, et les accélérateurs de particules où travaillent les

¹⁸ « L'unité réelle minimale ce n'est pas le mot, ni l'idée ou le concept, ni le signifiant, mais l'agencement. C'est toujours un agencement qui produit les énoncés » (Gilles DELEUZE, Claire PARNET, *Dialogues*, Flammarion, « Champs », Paris, 1996, p. 65). On verra que l'on ne peut pas décomposer cet agencement qu'est l'action d'un médicament en éléments de base constitutifs et qui seraient analysables séparément dans chaque cas. C'est d'ailleurs pourquoi on ne soustrait pas l'effet placebo au cours des études contre placebo.

physiciens ? Nous employons le mot de laboratoire pour décrire une série d'opérations correspondant à des études de nature différentes, divisées par les experts en quatre grandes phases :

— en phase I, la molécule est testée chez des volontaires sains. Il s'agit d'évaluer la tolérance clinique du nouveau produit. On l'administre dans des conditions très strictes de sécurité dans des centres spécialisés, à des sujets jeunes, à dose unique puis à doses répétées ;

— en phase II, la molécule est testée chez des patients atteints de la pathologie qu'il s'agit de combattre. Les critères d'évaluation sont très stricts et vont s'appliquer à des groupes de cinq cents à mille patients. On va chercher la dose optimale ayant le meilleur rapport bénéfice/risque ;

— en phase III sont inclus des patients les plus représentatifs possible de la population qu'il va falloir traiter. Le candidat médicament est encore comparé à un placebo mais aussi, à chaque fois que c'est possible, à des médicaments de référence déjà commercialisés. Cette phase qui va concerner environ trois mille patients dure souvent près de trois ans. C'est après cette phase qu'un dossier est soumis aux autorités de santé pour l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché ;

— les phases IV sont réalisées alors que le médicament est déjà commercialisé. Elles ont lieu selon des protocoles semblables à ceux de la phase III et permettent de préciser les avantages d'un médicament.

Le laboratoire de l'étude contre placebo se définit en [38] réunissant tous ceux qui sont passionnément intéressés par les résultats de cette curieuse épreuve. Ils sont très divers : les chercheurs, les médecins expérimentateurs et tous les responsables économiques de l'entreprise en constituent les membres et sont suspendus aux résultats. Il ne s'agit ni d'un laboratoire scientifique au sens propre du terme, ni d'un atelier technique qui vérifie la conformité d'une marchandise à un cahier des charges (comme on en trouve dans les usines de l'industrie pharmaceutique, entre autres, pour vérifier la qualité des médicaments produits en série). Il s'agit d'un laboratoire technique d'invention qui fonctionne, en grande partie, à rebours du laboratoire scientifique :

plus on avance dans la réalisation des différentes épreuves, plus il faut définir un milieu expérimental qui ressemble à la population des patients qu'il faudra traiter avec le médicament commercialisé. On n'est ici ni pour comprendre ni pour expliquer, à la différence de ce qui se passe dans un laboratoire scientifique classique.

Une étude contrôlée ne met donc pas face à face un placebo et une molécule, mais un *agencement* original (placebo-molécule-être humain) face à un placebo (qui renvoie lui-même à un agencement particulier sur lequel nous reviendrons ultérieurement). Aucune méthode ne permet de purifier l'effet propre pharmacologique chez un être humain vivant, sauf à supprimer tout ce qui caractérise un être humain vivant. Mais on en revient alors à des expériences sur des tissus ou des cellules en culture qui ont évidemment déjà été faites et dont les résultats sont d'un autre ordre. Ces résultats-là [39] ont été *prédictifs* et non pas *comparables* à ceux que l'on obtient chez un être humain vivant.

Le retour en force de la modestie

[Retour à la table des matières](#)

Les études contre placebo ne nous permettent donc pas d'acquérir une véritable connaissance. Elles permettent simplement de dire « ça marche », mais jamais d'avancer dans la compréhension du comment et du pourquoi ça marche. Poursuivons la comparaison déjà amorcée entre notre laboratoire de l'étude contre placebo, dont nous allons essayer de construire le concept, et un laboratoire scientifique. Quand un chercheur scientifique invente un dispositif expérimental, un laboratoire, il a pour ambition de valider une hypothèse. L'expérience la validera ou l'invalidera. Le dispositif expérimental pourra être ensuite discuté, mis en cause, perfectionné. Ce dispositif technique est destiné à évoluer en permanence. *L'expérience contre placebo inverse les choses*. C'est le dispositif expérimental qui est désormais invariable. Il est codifié dans des règles à valeur administrative (technico-réglementaire) par les agences gouvernementales du médicament. Les travaux qui ont lieu dans ce laboratoire n'ont pas pour objectif de faire avancer la théorie biologique. Une hypothèse biologique n'est pas, en tant que telle, démentie par les résultats négatifs d'une telle étude : elle en sort compliquée d'autres données lorsque les résultats sont déce-

vants. C'est ailleurs que la biologie trouve ses preuves, valide et invalide ses hypothèses, dans le laboratoire biologique tel que Claude Bernard l'a inventé. La meilleure [40] illustration de cette caractéristique du laboratoire de l'étude contre placebo apparaît clairement lorsque l'on étudie ce qui constitue, inévitablement, la dernière opération. Celle-ci est et doit toujours être une opération statistique : la différence placebo-molécule est-elle statistiquement significative ? Ainsi se termine chaque expérience menée dans ce laboratoire.

L'invention du laboratoire de l'étude contre placebo est un retour en force de la modestie, le triomphe de l'empirisme. Il marque la fin du triomphalisme et est le prix à payer pour des échecs retentissants en termes d'efficacité et de tolérance, en particulier après l'affaire de la thalidomide ¹⁹. Il est le constat que le laboratoire biologique ne suffit pas à donner un point de vue satisfaisant sur le médicament en train de se faire. Il s'agit d'une petite « blessure narcissique ». On comprend aussi pourquoi cette épreuve est oubliée aussi vite que réalisée, pourquoi on refuse de s'y attarder. La comparaison à un placebo ne permet pas de purifier l'objet de l'expérience, c'est-à-dire d'éliminer ce qui prendrait alors le statut d'artefact. L'effet placebo n'est pas un artefact qu'il faudrait éliminer. C'est l'inverse qui se produit : au cours de ce type d'étude, *la molécule apparaît enfin avec son effet placebo propre*. Et c'est parce que l'on a commencé ce travail d'ajout de l'effet placebo à la molécule de départ que l'on commence bien à avoir entre les mains non plus une molécule mais un [41] médicament, un objet déjà en cours de socialisation, donc transformé.

L'épreuve contre placebo n'est donc pas une expérience scientifique, au sens où elle nous permettrait de purifier l'objet médicament, de démêler l'effet pharmacologique pur des effets de suggestion. Cela ne signifie pas que nous en contestons la rigueur méthodologique ²⁰.

¹⁹ Sur cette nécessité de la modestie, lire François RÉGNIER, « La recherche et développement du médicament a changé bien des choses ! », in Dominique JOLLY (sous la dir. de), *Médicaments et Médecine. Les chemins de la guérison*, Flammarion, Paris, 1996, p. 6-10.

²⁰ On a trop tendance, en biologie, à assimiler « rigueur méthodologique » et science, comme si des faits pouvaient être rassemblés en attente de faire science, indépendamment de toute théorie par la seule vertu intrinsèque de l'accumulation d'expériences. L'exemple le plus significatif d'une telle confusion est donné par les expérimentateurs de la caméra à positons qui permet de

L'épreuve contre placebo est une étape indispensable dans la construction d'un objet médicament, c'est-à-dire d'un objet « enrichi » à l'inverse de ce que les scientifiques essaient de faire quand ils réalisent des expériences pour comprendre un objet que le dispositif expérimental vise à « appauvrir » (ce qui est aussi le cas des expériences faites avec la molécule avant son entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo). C'est une opération qui permet de passer de la molécule au médicament. Il y a donc une coïncidence entre deux événements, que nous considérons comme absolument essentielle : le passage de la molécule [42] comme objet étudié sur des cellules ou des tissus en culture et sur des animaux vivants, à un objet prescrit et étudié chez un être humain vivant d'un côté, et le chargement de la molécule en effet placebo de l'autre. Nous pourrions avoir trouvé là une première définition provisoire du médicament.

Si l'on prend l'immense corpus des études réalisées avec une molécule contre un placebo, il est évident que l'élément que l'on fait varier, la « variable » au sens précis du terme, c'est la suite quasi infinie des molécules testées. Le placebo et son effet sont, quant à eux, considérés comme le point fixe. C'est un paradoxe puisque l'effet placebo est par ailleurs ce que nous maîtrisons le moins, ce que nous avons l'habitude de considérer comme la chose la plus évanescence, sur laquelle aucun savoir précis n'est possible, comme le montrent les variations de résultats obtenus en changeant le protocole de l'étude d'une même molécule. Ce paradoxe disparaît si l'on abandonne l'idée que l'étude contre placebo est destinée à faire science. *C'est donc au moment même où l'on ajoute ce que l'on a appelé « effet placebo », que Von ne peut plus en rendre compte, du fait même des procédures choisies pour réaliser cet ajout.* Il est le signe que les effets que nous obtenons sur un être humain vivant ne sont pas comparables avec ceux que l'on obtient sur des tissus en culture ou sur des animaux de laboratoire.

suivre des modifications dans le fonctionnement des différentes zones du cerveau et d'obtenir une carte que l'on peut colorier avec les outils informatiques. Ainsi Richard Haier, directeur du département PET à l'université de Californie, donc spécialiste de cette nouvelle technologie, déclarait dans une interview récente : « Ainsi vous pouvez constater qu'avec quelques années d'expérience en plus et de données rassemblées de manière scientifique, tôt ou tard, il sera possible de dire : voici une image de la folie » (George E. MARCUS, *Technoscientific Imaginâmes. Conversations, Profiles and Memoirs*, University of Chicago Press, Chicago, 1995, p. 104).

Le médicament cache en lui un entremêlement en partie stabilisé, constitué d'une molécule active (biologiquement) et d'effets de suggestion, sans que l'on ait les moyens de les discerner, par définition même. Quel nom pourrait-on donner à ce type d'objet dont le mystère [43] est d'enfermer de la guérison en suspens et des molécules qui vont agir avec brutalité sur les fonctionnements corporels ? Objets bizarres dont les effets sont différents selon les individus qui les prennent, ce qui n'a pas fini de surprendre et de décevoir les médecins, alors qu'ils sont remarquablement identiques « tant qu'on ne les a pas pris ». Ils cachent *quelque chose* et on verra que tous les efforts pour essayer de les rendre transparents, par des chemins extraordinairement divers, vont se heurter à de redoutables obstacles.

Socialiser la molécule

[Retour à la table des matières](#)

Le passage de la molécule au médicament n'est donc pas une épreuve de purification qui consisterait à isoler enfin le seul effet pharmacologique. On a déjà observé et analysé cet effet pharmacologique dans toutes les expériences faites précédemment par les biologistes. Ce passage est, au contraire, le début de socialisation de la molécule dans sa transformation en médicament. Si c'est une épreuve, c'est d'abord parce qu'il faut organiser la rencontre terrible et inconnue entre deux corps, celui des molécules et celui de l'organisme humain vivant. Il faut apprendre à la négocier. L'ingestion de molécules dans le corps humain ne se fait jamais sans précautions. Elle doit faire l'objet d'un *apprivoisement* qui rende la rencontre possible et permette d'éloigner les dangers.

Nous retrouvons là le *pharmakon* des Grecs, remède et poison en même temps et au même endroit, qui suppose un art du domptage et qui n'a donc rien à voir avec [44] notre séparation entre effets thérapeutiques et effets secondaires ou indésirables. Chez Aristote, le concept de *pharmakon*, au travers de la notion de *dunamis*, permet d'abord de construire un lien entre « petite quantité » et « grande cause ». Comment savoir ce qui va se passer chez un être humain à partir de ce que l'on a pu observer dans d'autres circonstances (la nature de ces circonstances étant différentes selon les médecines) ? Nous parle-

rons de *socialisation* pour décrire ce franchissement d'étape, ce toujours difficile domptage de la *dunamis*.

En se tournant vers le médicament homéopathique, on pourra trouver un mode spécifique de socialisation qui pourrait nous permettre de mieux comprendre ce qui se passe avec les médicaments dits allopathiques (« dits allopathiques » car cette manière de dénommer toute une classe de médicaments est propre aux homéopathes). Nous pourrions peut-être trouver dans le médicament homéopathique le secret du médicament occidental en général ! Comment les homéopathes jugent-ils les médicaments allopathiques ? Je simplifierai ici de manière outrancière, car il y a une multitude de points de vue « homéopathiques » sur le médicament allopathique. Mais, généralement, ils leur reprochent leur brutalité, leur caractère trop violent, leur incapacité à s'insérer en douceur dans l'organisme humain pour renforcer prioritairement les défenses naturelles de l'organisme. Que disent, parallèlement, les allopathes des médicaments homéopathiques ? Qu'ils ont été vidés de toute substance active et qu'ils ne peuvent donc plus agir directement par rencontre entre deux corps (celui des molécules et celui de l'organisme), [45] qu'ils ne sont donc valables que lorsque la pathologie est très fonctionnelle, voire « psychosomatique », c'est-à-dire provoquée par un problème psychique, par le « stress » mais reste sans origine organique identifiée. Au vide du contenu physique du trouble correspondrait le vide du contenu physique du médicament homéopathique.

Si l'on examine bien cette double manière de parler du médicament de l'autre, en échappant pour un moment à tout jugement de valeur, on se rend compte que c'est peut-être d'autre chose que l'on parle et qui fait problème. C'est de la manière dont un organisme humain vivant a le pouvoir de se confronter à un corps étranger destiné à y faire effraction (un corps étranger qui a été justement choisi pour sa forte capacité d'effraction) qu'il est question et uniquement question. C'est de la manière *d'apprivoiser* les molécules étrangères que l'on parle.

Une première chose ne doit pourtant pas être oubliée : le médicament homéopathique est très proche du médicament allopathique. Même point de départ : tous les deux naissent d'une molécule, pouvant être considérée dans un autre contexte comme un poison. L'activité de cette molécule (son danger) est connue même si c'est pour des raisons différentes, et même si l'homéopathie a peu renouvelé son matériel de

départ. Mais quand cette molécule « entre en société », son mode de socialisation est très différent. Dans un cas, la dramatisation s'opère avec l'étude contre placebo. On l'a vu : la molécule se noue avec l'effet placebo dans ce qui devient un médicament. Dans ce même moment elle est jugée domestiquée ou alors elle [46] est rejetée. Dans le cas du médicament homéopathique, la dramatisation s'opère par réduction progressive de la quantité de molécules dans ce qui se construit comme médicament : c'est la *dilution*. Très progressivement on la fait disparaître, ce qui explique peut-être l'inutilité d'en chercher de nouvelles. Parler de placebo à propos du médicament homéopathique est donc un contresens total.

On pourrait trouver un ancêtre commun à ces deux modes de socialisation, constituant par ailleurs en lui-même un autre mode original de socialisation et passé dans l'histoire sous le nom de « mithridatisation » en référence au souverain hellénistique, le roi du Pont Mithridate VI Eupator (132-63 av. J.-C.) : il s'agit de s'accoutumer progressivement au *pharmakon* en commençant par de petites doses ²¹. La figure 1 montre comment la « seconde partie » du médicament qui « signe » le processus de socialisation se construit selon des flèches inverses dans ces deux cas.

À chaque fois, la ligne de séparation (à l'endroit où l'effet placebo vient s'ajouter à l'effet placebo dans un cas, et à l'endroit où la dilution vient réduire la quantité de molécules dans l'autre) signale l'entrée dans le monde des vivants humains, le passage de l'essai sur tissus et cellules à l'essai en société humaine. La tentative d'éliminer les placebo-répondeurs au cours de pre-tests est donc un contresens absolu voué à l'incertitude, finalement à l'échec, et nous rejette en arrière [47] dans le processus de socialisation de la molécule ; elle est une tentative ultime d'en rester à un effet pharmacologique pur. C'est pourquoi elle est de fait inconciliable avec une vraie étude de phase III. On ne peut surtout pas se passer de l'ajout de ce qu'on appelle effet placebo. Il y a sans doute un lien entre la manière dont on sélectionne les molécules de départ et leur mode de socialisation qui commence par cet

²¹ Alain TOUWAJDE, « Stratégies thérapeutiques : les médicaments », in Mirko D. GRMEK (sous la dir. de), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Antiquité et Moyen Âge*, Seuil, Paris, 1996, p. 234.

« ajout de l'effet placebo ». Ce lien reste à établir dans les prochains chapitres.

Figure 1.
modes de socialisation des molécules potentiellement poisons
(contrôle de la *dunamis*)

[Retour à la table des matières](#)

	La dramaturgie allopathique	La dramaturgie homéopathique
Le point de départ	Une molécule	Une molécule
Le mode de socialisation	molécules + effet placebo Le médicament dompté (molécules <i>plus</i> effet placebo)	molécules – dilution Le médicament dompté (molécules <i>moins</i> dilution)

D'une certaine manière, les médicaments homéopathiques et allopathiques ont beaucoup en commun. On [48] pourra nous reprocher de faire une sorte d'anthropologie qui oublie la question essentielle. Nous avons volontairement voulu l'oublier : « Mais est-ce que ça marche ? » ou « Est-ce que ça marche aussi bien ? », puisque l'enjeu est justement la manière dont se construit (y compris socialement) un « ça

marche » par des voies en partie différentes. Il ne fallait pas brûler les étapes. Il n'y a pas d'instance de pouvoir acceptable qui puisse juger en surplomb de la réponse à cette question indépendamment du champ et de la manière dont elle est construite : ce qui fait que les partisans de l'allopathie disent « ça marche » et ceux de l'homéopathie peuvent dire aussi « ça marche » sans que nous tombions dans l'illusion de croire qu'ils répondent à une même question. Mais ce qui nous intéresse dès maintenant, c'est qu'en voulant faire répondre les uns à une question qui ne convient qu'aux autres (et les spécifie), on s'enferme dans une impossibilité définitive de comprendre ce qui s'est construit de manière intelligente. On s'empêche de prendre les objets et les humains au sérieux. Or, c'est là la condition d'une écologie des médicaments. La réponse à la question « Est-ce que ça marche ? » relève toujours d'une écologie, donc toujours d'un dispositif, d'une véritable machinerie inventée dont nous espérons avoir commencé à faire une première cartographie.

[49]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 2

La nature du laboratoire de l'étude contre placebo

[Retour à la table des matières](#)

Nous sommes restés à la porte du laboratoire de l'étude contre placebo. Nous avons regardé ce qui y entrait et ce qui en sortait. Il faut maintenant en passer le seuil d'un pas décidé pour essayer de rendre compte de la machinerie qui est à l'oeuvre avec ses rouages et ses pièces. Cela nous amènera inévitablement à faire nos premières incursions en amont dans les laboratoires scientifiques.

Cette analyse est indispensable pour résoudre une difficulté apparue dans le premier chapitre. Nous avons cru pouvoir parler, presque indifféremment, d'effet placebo ou d'effet de suggestion, même s'il serait plus juste de considérer que l'effet placebo est un effet de suggestion *a minima* pour souligner alors la différence entre ce qui se passe dans ce dernier cas et les diverses [50] techniques sophistiquées d'influence qui ont pu être développées en Occident, mais peut-être surtout dans d'autres traditions que la nôtre. Et pourtant cette assimilation, même quand on la modère avec la formule *a minima*, soulève des problèmes considérables qu'il faut essayer d'étudier de front.

On peut penser que si nous acceptons cette équivalence de mots, l'effet placebo se trouve *de facto réduit* à un « effet médecin » dont Balint ²² a tant parlé, et nous tombons tout droit dans une explication psychologisante que nous avons justement essayé d'éviter. Nous flattons alors le narcissisme médical que reflète le sens littéral de *placebo* : « je plairai ». La présence d'un objet médicament serait indifférente à ce qui se passe réellement entre deux êtres humains ; si c'était le cas, plus rien n'empêcherait alors de calculer la différence entre les résultats obtenus avec le médicament et ceux obtenus avec le placebo, puisque l'effet placebo ne dépendrait pas de l'objet médicament, variant en fonction de ses caractéristiques d'objet, mais de la relation entre le patient et le médecin. Cela signifierait adopter la distinction réel-symbolique-imaginaire, à laquelle nous voulons échapper pour pouvoir prendre au sérieux les objets médicaments dans leur diversité et satisfaire la première contrainte que nous nous sommes fixée dans l'introduction : ne pas généraliser en renvoyant à l'effet placebo ce dont nous ignorons le fonctionnement. Il n'est pas étonnant que ceux qui ont voulu étudier, en tant que thérapeutes, les médecines traditionnelles, [51] savantes ou non, aient été finalement amenés à refuser cette distinction qui les aurait empêchés de prendre au sérieux les médicaments dans les sociétés traditionnelles ²³. *L'effet placebo est un effet physique porté par un médicament qui, de surcroît, n'est pas fabriqué par le médecin*. Ceux qui l'oublient sont finalement des antiréductionnistes s'adonnant à une forme de réductionnisme. Sous prétexte de revenir à « plus d'humanité », de mieux prendre en compte les phénomènes en les ramenant à l'analyse des relations directes entre humains, ils se paient le luxe de laisser tomber les objets que nous fabriquons dans des collectifs très complexes, et qui ont la capacité de devenir partiellement autonomes par rapport à ceux qui les utilisent comme par rapport à ceux qui les ont fabriqués.

²² Michel BALINT, *Le Médecin, son malade et la maladie*, PUF, Paris, 1960.

²³ Voir Tobie NATHAN, Isabelle STENGERS, *Médecins et Sorciers*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1995.

Combattre les préjugés

[Retour à la table des matières](#)

Une première surprise nous attend : l'examen de la littérature consacrée au placebo montre que l'usage de ce mot ouvre un certain nombre de questions et en exclut beaucoup d'autres qui sont posées avec le terme de suggestion. Le placebo barre spectaculairement toute explication en termes *d'états modifiés de conscience* alors que l'on explique, parallèlement, qu'il s'agit d'un effet d'une puissance pouvant être considérable. Qui pourrait prétendre que le patient qui guérit, alors qu'il [52] fait partie du groupe témoin dont tous les membres ont reçu un placebo, est entré en « hypnose », en « relaxation », en « catharsis » ? On voit bien que ces mots, généralement utilisés pour parler de la suggestion sous ses différentes formes, ne conviennent pas. Nous proposons de prendre au sérieux ce sens commun. *Le placebo ne décrit jamais un état du patient.* Le sens commun n'hésite pas d'ailleurs à se tourner vers l'objet médicament en renvoyant à sa couleur, à sa forme, à son nom, à son prix. Ce sont là des éléments qui participent de la construction tardive du médicament, bien après qu'il ait quitté le laboratoire de l'étude contre placebo, au moment où de nouveaux acteurs viennent encore élargir le laboratoire technique d'invention. Ni le prix, ni la couleur, ni le nom ne sont encore connus et ne peuvent donc constituer à cette étape des variables de l'effet placebo : le seul souci des expérimentateurs est que le médicament et le placebo ne soient pas distinguables entre eux autrement que par une numérotation gardée secrète jusqu'à la fin de l'étude. Cette attention portée à ces caractéristiques est en fait le plus souvent un moyen de retourner le plus vite possible à une explication par le symbolique sans s'attarder sur les modes de construction réels, même si elle a au moins l'intérêt de ne pas dissoudre immédiatement le mystérieux objet.

En décrivant l'effet placebo, qui vient faire bloc avec l'effet biologique de la molécule, comme une relation entre deux humains, on oublie l'essentiel : le médicament. Le piège de tout discours sur le placebo est d'oublier que nous avons affaire à un objet construit de [53] manière particulièrement attentionnée et qui a intégré cet effet placebo.

La façon la plus extrême d'analyser les choses pourrait être de prétendre que si l'objet joue bien un rôle, c'est finalement comme un obstacle inutile, voire nuisible. La suggestion ne serait-elle pas plus pure que le placebo car débarrassant ce qui est fondamentalement une relation entre les hommes de ce qui apparaît comme une relation avec des choses ? L'effet placebo est-il une relation de suggestion « fétichisée », un détournement réifié d'une vraie relation thérapeutique ²⁴ ? Les psychanalystes pourraient aussi épouser ce point de vue en considérant l'effet placebo comme un pseudo-« transfert », qu'ils estimeront dangereux car n'ayant pas lieu dans le cadre analytique qui en permet le contrôle (et pouvant donc provoquer un redoutable « déplacement » des symptômes). Nous avons le sentiment que cette méthode de compréhension nous éloigne de notre objectif. Elle consiste à faire appel à des concepts *extérieurs* à la situation que nous voulons comprendre et met fin brutalement à tout raisonnement possible, alors que nous avons la possibilité d'avancer en utilisant les propres catégories de ceux qui inventent le médicament.

Le médicament ne se surajoute jamais car il est fabriqué [54] pour *commander*. Ce qui fait le caractère incomparable entre un médicament et une pure relation de suggestion, c'est que le médicament est toujours refermé sur un marqueur, un effracteur agissant comme un scalpel sur le corps du patient, même quand il se présente sous la forme *a minima* d'un comprimé ne contenant pas de substance chimique connue pour son action sur la biologie humaine. Il s'agit donc d'une situation radicalement nouvelle par rapport à toutes les situations où il y a suggestion sous les formes les plus directes entre un patient et un thérapeute. Les techniques de suggestion, dont la psychanalyse pourrait bien être considérée comme une variante ultime, impliquent en Occident le refus actif, dont on a fait un principe ontologique, du marquage des corps. Rien n'active autant nos passions et ne suscite autant d'incompréhension que ces marquages.

²⁴ On pourrait considérer les médicaments comme des fétiches. Ceux qui les dénoncent et ne voient derrière l'effet placebo que la relation médecin-malade pourraient se réfugier derrière Karl Marx : « C'est seulement un rapport social déterminé des hommes entre eux qui revêt ici pour eux la forme fantastique d'un rapport des choses entre elles. » On se rapportera à Alfonso M. IACONO, *Le Fétichisme. Histoire d'un concept*, PUF, Paris, 1992.

Mais allons plus loin et essayons de voir quelles sont les différences des devenir créés par la suggestion et l'effet placebo. Reprenons ici les mots utilisés par les acteurs eux-mêmes. Dans son manuel *Méthodologie des études cliniques*, le pharmacologue Bert Spilker écrit : « Le placebo est utilisé dans les essais thérapeutiques pour contrôler des données souvent sources d'erreurs : (1) préjugés de l'expérimentateur, et/ou (2) du patient, (3) aggravation spontanée ou modification de la maladie ou des anomalies associées au cours du traitement. Les préjugés peuvent reposer sur des incidentes psychologiques et émotionnelles, ainsi que sur des effets physiques en rapport avec la prise d'un traitement [55] ²⁵. » L'expert Bert Spilker regroupe sous le mot de *préjugés* les erreurs de jugement que peuvent produire des médecins et des patients spontanément généreux avec le médicament, et le véritable effet « physique » pouvant survenir lors de la prise d'un placebo. Soulignons immédiatement que les préjugés dont nous parlons n'ont rien à voir avec l'honnêteté indispensable à tout scientifique qui veut être le porte-parole des phénomènes qu'il observe. On sait par ailleurs l'importance de cette question de l'honnêteté, toujours redoublée, dans ce type de situation, comme dans toute situation d'observation empirique qui ne renvoie pas à une théorie.

Le seul cas où l'expérience contre placebo pourrait renvoyer à une théorie apparaît avec la mise en expérimentation des médicaments homéopathiques : l'objectif est alors de réfuter l'homéopathie. Dans ce cas, le laboratoire de l'étude contre placebo est détourné de son usage et ne fonctionne d'ailleurs pas très bien. L'échec d'une expérience ordinaire contre placebo n'a jamais de telles ambitions, et surtout pas celle de réfuter la pharmacologie !

Ce qui nous importe, c'est que tous ceux qui se sont intéressés à la question de la pure suggestion ont posé une autre question pratique qui constitue pour eux un obstacle à la définition d'une scène expérimentale : la *simulation*. La simulation relève beaucoup plus du registre corporel et de la volition, alors que le préjugé tend à nous amener sur le registre de l'opinion, voire de la croyance : celle que l'on se forme au sujet d'un événement [56] futur. Les préoccupations de dé-

²⁵ Bert SPILKER, *Méthodologies des études cliniques*, op. cit., p. 51.

part, au moment où l'on crée les conditions de l'expérience, ne sont pas les mêmes ²⁶.

Qu'est-ce qu'un « pré-jugé » sinon le facteur qu'il faut éliminer pour pouvoir *juger* ? L'élimination des préjugés crée donc une situation où un point de vue va rendre possible le jugement : ça marche ou ça ne marche pas. Une « situation où un point de vue rend possible un jugement » est un laboratoire. Mais nous allons trouver là une seconde différence : dans un laboratoire scientifique classique ²⁷, de type galiléen, ce ne sont pas tant les préjugés que l'on élimine que des manifestations jugées parasites, c'est-à-dire des faits de la nature qui ne doivent pas être réintroduits comme des faits de l'« art », tant que l'on ne quitte pas le laboratoire (pour faire la théorie de la chute des corps, il faut éliminer les frottements). Si, dans le laboratoire de l'étude contre placebo, on insiste tant sur l'importance de définir des méthodologies permettant d'éliminer les préjugés *a priori*, c'est justement parce qu'il ne peut pas être question ici de construire une expérience qui témoigne par elle-même, c'est-à-dire qui fasse coïncider une hypothèse et un objet purifié d'effets parasites. Quand l'expérience témoigne par elle-même, elle oblige tout les observateurs à se rendre à la raison. Elle désigne des [57] porte-parole dans un processus qui semble aller de soi, dans le sens où il force les spectateurs au ralliement, même s'ils ont gardé leurs préjugés tout au long de l'expérimentation. *L'expérience fait le tri dans les préjugés*. L'élimination des préjugés n'est pas alors une précondition mais un résultat.

Le mécanisme à l'oeuvre dans le laboratoire de l'étude contre placebo n'est donc semblable ni aux expériences qui, pour rendre compte de la suggestion, tentent d'éliminer les possibilités de simulation, ni aux expériences menées dans un laboratoire de type galiléen où l'on s'efforce de purifier les phénomènes pour en déduire des lois reproductibles (*expériences* et *théorie* s'y construisent ensemble). Dans ce laboratoire très particulier, le résultat est indifférent pour celui qui en

²⁶ Sur cette question de la *simulation* comme obstacle à un certain régime de la raison expérimentale, voir Léon CHERTOK et Isabelle STENGERS, *Le Coeur et la Raison. L'hypnose en question de Lavoisier à Lacan*, Payot, Paris, 1989. En particulier le dernier chapitre, « Blessures narcissiques », p. 199-262.

²⁷ Voir Isabelle STENGERS, *L'Invention des sciences modernes*, La Découverte, Paris, 1994.

construit les règles de fonctionnement. Il vise à constituer, en positif, un ensemble statistique stable (« molaire », diraient Gilles Deleuze et Félix Guattari ²⁸) autour du médicament testé. Le laboratoire de l'étude contre placebo nous éloigne régulièrement (par déceptions ou au contraire par surprises) d'une ambition de découvrir des lois fondamentales du comportement humain en cas de pathologie et il nous réinscrit [58] toujours dans une dynamique de descriptions phénoménologiques.

Comment éliminer les préjugés ? Cette opération constitue le cœur du dispositif expérimental du laboratoire de l'étude contre placebo. L'expérience sera jugée bonne du seul fait qu'elle a su définir un protocole qui les réduisait au mieux. C'est pourquoi l'élaboration du protocole est si important : il est l'objet d'importantes négociations entre tous les acteurs car il va redéfinir leur travail (le commanditaire — qui aura dû lui-même négocier avec les chercheurs de la pharmacocinétique et de la galénique —, les médecins expérimentateurs, les infirmiers, le comité d'éthique et parfois les associations de patients). Le protocole doit se définir dans une série de contraintes qui reflètent les intérêts de tous ces acteurs différents. Car, au moment des résultats, tout est joué. *C'est à cet endroit qu'est institué un rouage essentiel pour comprendre notre machinerie : l'élimination des préjugés a priori oblige à établir un rapport de force entre ceux qui étudient et ceux qu'on étudie.*

Un premier signe témoigne de cette nouvelle caractéristique interne de notre laboratoire. Là encore, il faut reprendre les mots utilisés par les acteurs de ce laboratoire. Il est en effet surprenant, pour un observateur extérieur, de constater la quantité de termes qui reflètent la nécessité de construire un ordre spécifique au fonctionnement molaire, un nouvel ordre où le rôle de chacun est bien défini. On trouvera

²⁸ « Il y a fondamentalement deux pôles ; mais, si nous devons les présenter comme la dualité des formations molaires et des formations moléculaires, nous ne pouvons pas nous contenter de les présenter de cette façon, puisqu'il n'y a pas de formation moléculaire qui ne soit par elle-même investissement de formation molaire. Pas de machines désirantes qui existent en dehors des machines sociales qu'elles forment à grande échelle ; et pas de machines sociales sans les désirantes qui les peuplent à petite échelle. » Sur l'opposition entre « molaire » et « moléculaire », voir Gilles DELEUZE et Félix GUATTARI, *L'Anti-Oedipe*, Minuit, Paris, 1972, p. 406-419.

ainsi beaucoup de termes militaires (ou apparentés au monde militaire) et administratifs dans les descriptions méthodologiques de ce type d'études : cible, cohorte, recrutement, population, volontaire, enrôlement, rythme [59] de progression, contrôle, planification, réglementation, instructions, dossier, interrogatoire, élaboration d'un plan, tests de performance, renseignements, facteurs d'environnement, exclusion, responsabilités administratives, registre, organigramme, formulaire, questionnaire ²⁹... C'est que la notion de préjugés renvoie à une situation directement sociale et politique où le dispositif expérimental vise à *contraindre* des humains en relation et non pas des objets indifférents à ce qu'on leur fait subir.

Nous avons là un rouage essentiel du laboratoire de l'étude contre placebo : réussir à créer une « formation grégaire », rassemblement d'êtres humains malades jusque-là dispersés. Ainsi se forme la machine molaire qui transforme des patients individuels, malades de manière spécifique, en population agrégée. L'institution militaire représente le paradigme même du passage du moléculaire au molaire avec l'idéal de l'uniformisation. Il y a une violence inévitable dans cette opération, un vrai coup de force dont témoigne le vocabulaire utilisé. La constitution d'un ensemble molaire est toujours une opération pratique risquée et pas seulement une manière de traiter les gens dans leur dos, sans qu'ils s'en aperçoivent : il faut réussir à « décontextualiser » chaque patient pour en faire un « cas ». Il n'est pas étonnant que ce soit à cet endroit précis que la question [60] éthique surgisse, dont la pièce essentielle est désormais le « consentement éclairé » des patients.

On commence l'addition de l'effet placebo à l'effet chimique au moment où l'on combat les préjugés. Le laboratoire où nous sommes apparaît à nouveau bien spécifique : un laboratoire technique moderne et non un laboratoire scientifique. Cela n'implique évidemment pas qu'on y soit moins rigoureux : *au contraire*, doit-on même remarquer. On retrouve ici une des caractéristiques du laboratoire technique d'invention : le caractère extrêmement rigoureux des méthodologies risque d'avoir pour conséquence d'éliminer toujours davantage ce qui fait

²⁹ Voir aussi cette citation prise parmi beaucoup d'autres : « Le groupe ISIS a participé à un nombre considérable d'essais cliniques en cardiologie, les menant à l'échelle internationale avec une précision militaire » (Peter SLEIGH, « Calling the Shots in Clinical Trials », *Scrip Magazine*, n° 40, novembre 1995, p. 62).

ressembler le groupe de patients sélectionnés à un groupe de patients réels avec toute sa diversité. On y invente en permanence de nouveaux sous-groupes par captation sur une réalité pathologique *a priori* beaucoup plus large. Dans ce laboratoire, tout tient à un fil car rien n'est facilement reproductible. Aucune théorie n'est vérifiée qui garantirait pour un certain temps la reproductibilité de l'expérience. La fragilité de l'expérimentation y est à son comble. Cette fragilité rend les controverses permanentes : le résultat d'une étude contre placebo peut toujours être discuté, surtout quand il est négatif, c'est-à-dire quand il vient heurter toute la chaîne d'influence qui a été neutralisée (du commanditaire sur l'expérimentateur, de l'expérimentateur sur le patient), mais pour le seul temps de l'expérience.

Seul un résultat positif permet d'en finir avec le laboratoire de l'étude contre placebo et laisse tous les acteurs d'accord. Si les résultats sont négatifs, les acteurs vont commencer à se regarder avec méfiance. [61] Le protocole tel qu'il a été négocié sera réexaminé et on trouvera toujours un moyen d'ouvrir une controverse car il a été négocié en fonction de contraintes très différentes. Pour ceux qui ont défini les règles du fonctionnement du laboratoire, c'est un non-événement, mais pour les autres, c'est un drame. En reprenant le protocole, les méthodes d'inclusion, les critères de diagnostic, les modes de cotation des symptômes, la liste des expérimentateurs, celle des patients inclus, on pourra toujours avoir un doute sur les résultats d'une étude contre placebo. Il faut, par exemple, savoir si le moment n'est pas venu d'essayer de *redéfinir* la pathologie initiale, de la segmenter pour découvrir des sous-groupes dans lesquels la molécule testée pourrait devenir un médicament ³⁰. C'est pourquoi il est si difficile d'éliminer des produits du « pipeline » d'un laboratoire pharmaceutique avec tous les espoirs dont ils étaient porteurs après avoir été l'objet de multiples expé-rien-

³⁰ En voici un exemple récent à propos des traumatismes crâniens : « Le docteur Alan Faden, de l'Institute for Cognitive and Computational Sciences du Centre médical de Georgetown, a déclaré que ces derniers résultats d'essais cliniques s'inscrivaient dans une longue histoire d'études réalisées dans les traumatismes crâniens graves, qui avaient toujours échoué à montrer un quelconque bénéfice. Une raison pourrait en être que les patients inclus constituent une population trop hétérogène. En mettant au point des stratégies de traitement, les investisseurs devront mieux définir les sous-groupes de patients à étudier » (*Scrip*, 2158, 27 août 1996).

ces chimiques, physiques, biologiques et pharmacologiques (qui nécessitent de gros investissements et mobilisent des équipes de chercheurs pendant une durée de l'ordre de dix-huit mois). Il suffit de voir comment la presse spécialisée pour les dirigeants de l'industrie pharmaceutique, [62] comme *Scrip Magazine*, ne cesse de revenir sur cette difficulté.

La fausse symétrie du double aveugle

[Retour à la table des matières](#)

Les patients n'emploient jamais la formule : « J'ai été guéri par un effet placebo. » En revanche, ils accepteront volontiers de dire : j'ai été guéri (ou mon état s'est amélioré) par telle ou telle technique de suggestion, aussi peu orthodoxe soit-elle, et à laquelle ils donneront toujours un nom précis, refusant toute généralisation, disqualifiante par nature dans ce domaine, et quels que soient les ricanements des professionnels. La notion d'effet placebo et le refus de son utilisation par le patient pour expliquer sa guérison renvoient donc bien à un rapport de force construit entre les thérapeutes et les patients : les uns et les autres ne peuvent pas épouser le même point de vue sur la guérison ou l'amélioration survenue dans ce cadre. Ce rapport de force est souvent dissimulé sous l'autre rapport de force que les médecins construisent entre leurs différentes spécialités et qui aboutira, au mieux, à une répartition subtilement négociée des pathologies qu'ils seront aptes à prendre en charge ou, au pire, à l'utilisation de notre vague connaissance de l'effet placebo comme d'un instrument de disqualification des pratiques d'autres thérapeutes, qu'ils soient ou non confrères. Revenons maintenant sur la différence entre effet placebo et suggestion. Au plus profond des expériences de suggestion, les patients savent qu'ils sont l'enjeu d'une expérimentation, et ils acceptent le fait [63] qu'ils y seront éventuellement modifiés. Ce qui devient impossible à utiliser (ce que l'on cherche à neutraliser) au cours d'une expérimentation avec un placebo est justement le mécanisme avec lequel on va agir dans l'expérience de suggestion (par exemple en mettant un patient sous hypnose). En revenant sur l'histoire de la création de la psychanalyse, Mikkel Borch-Jacobsen a repris cette question de la simulation : « L'hypothèse de l'inconscient, à la fin, n'aura été qu'une

façon de faire l'impasse sur l'hypothèse de la simulation, en arguant que ce que fait la main gauche de l'hystérique, sa main droite l'ignore (ou l'oublie, ou le refoule). Bertha Pappenheim affirmait le contraire. Elle savait bien, elle, que si son bras se contractait, c'est parce qu'elle en avait décidé ainsi — et que ceci n'empêchait nullement cette contracture d'être réelle. La simulation n'est pas le mensonge. C'est la création d'une nouvelle réalité, comme il se voit qu'on ne peut jouer un rôle sans l'incarner [...]. Mieux encore, comment simuler une anesthésie sans rendre réellement insensible à la douleur ? Ce n'est pas parce que l'hystérie et l'hypnose sont simulées qu'elles sont moins "réelles". Au contraire, elles sont surréelles, au sens où elles poussent la simulation jusqu'au point où le corps lui-même se met de la partie ³¹. » C'est bien ce rôle de « passage » qui fait échouer tous les dispositifs de laboratoire qui ont pour vocation de « réellement » comprendre l'hypnose en tant qu'état du patient, en distinguant les simulateurs des autres.

[64]

L'expérimentation contre placebo est extraordinairement différente : elle est une sorte d'opération blanche, sans consigne, où le patient n'a pas besoin d'« aider » l'expérimentateur, où sa collaboration est réduite au minimum. À vouloir aider la guérison, il prendrait le risque de décevoir le thérapeute ou de montrer le caractère très relatif de son trouble, puisque relevant au moins en partie de sa volonté et donc susceptible d'être guéri avec un placebo (qui le démasquerait). Il prendrait le risque, tout aussi redoutable pour lui, d'apparaître sous la forme peu enviable d'un « placebo-répondeur », nouvelle figure fantomatique de l'hystérique. À la limite, rien ne nous permet de dire qu'il faut un médecin prescripteur pour qu'il y ait un effet placebo, car l'objet médicament est déjà construit, indépendamment du médecin, quand celui-ci le prescrit. Les « consignes » qui sont données dans une expérience de suggestion sont, dans notre cas particulier, « enveloppées » par le médicament objet.

Nous ne sommes donc pas dans une situation classique de suggestion entre un thérapeute et un patient auquel se rajouterait (comme un superflu), ou dont témoignerait, le placebo. L'existence de l'objet mé-

³¹ Mikkel BORCH-JACOBSEN, *Souvenirs d'Anna O. Une mystification centenaire*, Aubier, Paris, 1995, p. 91.

dicament permet de bouleverser le rapport entre le thérapeute et le patient : *plus aucune technique de suggestion n'est nécessaire*. Toute la technique est *concentrée* dans le médicament qui doit être suffisamment construit pour se suffire à lui-même. La seule technique qui reste est le mode d'emploi de l'objet. L'objet médicament *transporte* l'effet placebo comme il transporte des molécules, indépendamment de tous et de chacun. Cela a une conséquence immédiate : il n'y a pas d'effet placebo [65] facilement manipulable sans un marqueur qui sera biologique dans la tradition occidentale. Mais c'est toujours la manière de manipuler ce marqueur qui est essentielle et qui caractérise le thérapeute dans les différentes médecines et traditions. L'erreur serait de croire qu'il manipule l'effet placebo alors que cet effet existe indépendamment de lui. Si l'effet placebo permet la socialisation de la molécule, traduit son passage du mort au vivant, de l'animal à l'humain, en retour le marqueur commande et stabilise ce que nous appelons l'effet placebo. On ne peut pas comprendre l'effet placebo en partant de l'idée de « chosification », de suggestion chosifiée, mais, à l'inverse, en partant de la chose constituée et de l'étude de ce qui se passe dans la rencontre entre deux corps. L'effet placebo n'est donc pas un effet de suggestion *a minima*, mais un effet constatable physiquement sur un corps humain, résultat de la rencontre avec une composition matérielle *a minima* dont les effets seront donc également *a minima*.

La notion d'effet placebo est un monstre : elle illustre la diversité des modes de guérison tout en interdisant de les cultiver comme savoirs multiples, en interdisant l'invention d'une transmission de savoirs sur ces sujets, puisqu'elle déplace notre regard en nous situant dans une perspective qui fait de l'effet placebo une sorte d'*angle mort*. Paradoxalement, si le laboratoire de l'étude contre placebo réduit la diversité d'un côté, en croyant avoir trouvé la formule qui permet d'expliquer toutes les relations de suggestion, il l'augmente de l'autre, en inventant une machine dont le pouvoir d'invention va se révéler très puissant. C'est le vrai dilemme de la médecine occidentale moderne. On a [66] *créé* une machinerie qui empêche de rendre compte de tout ce qu'on a regroupé sous le terme mutilant d'effet placebo : soit en le renvoyant à la relation médecin-malade et en faisant disparaître sa spécificité d'être porté par l'objet médicament et de ne pas en être dissociable, soit en le renvoyant à un surplus accompagnant la molécule, seul vrai objet qui serait connaissable substantiellement quand il

prend la forme d'un effracteur biologique. Soit en faisant, ce qui est le plus courant et le plus contradictoire, les deux à la fois, passant de manière subtile et presque invisible d'un registre du discours à l'autre, ou en superposant les deux discours. Le mot « préjugé » se situe à la conjonction des deux.

Le préjugé du patient, c'est donc désormais qu'il ne lui est pas possible de reconnaître qu'il a été guéri (ou amélioré) par un placebo, car la guérison pour lui fait preuve, or le placebo, comme degré zéro, c'est ce qui ne fait jamais preuve ; il n'est construit que pour permettre à autre chose de faire preuve. Le préjugé du médecin a une autre cause : les patients sont capables de guérir pour de mauvaises raisons et la guérison en tant que telle ne prouve rien, d'où la possibilité d'un mot générique « effet placebo » qui n'est alors qu'une autre formulation, terrible arme de guerre potentielle, pour « cela ne prouve rien ». La contrainte imposée par l'étude contre placebo menée en double aveugle n'est donc pas symétrique. Elle regroupe sous une conception unique un ensemble de pratiques et d'effets qu'il faudrait apprendre à différencier, mais que le mécanisme du laboratoire de l'étude contre placebo interdit justement de distinguer.

[67]

Si les patients ne disent jamais « J'ai été guéri par un effet placebo », refusant de reconnaître un « effet médecin », il semble aussi à peu près exclu de commercialiser un placebo au sens propre du terme, sauf à entrer dans une opération de cynique manipulation qui ferait scandale. Même si de nombreuses spécialités pharmaceutiques sont souvent accusées de n'être que des placebos, cela n'induit pas la possibilité d'élaborer une *stratégie de guérison* avec un placebo. *Construit en négatif, l'effet placebo ne se retourne pas.* Aucun patient n'est prêt à reconnaître ce pouvoir au médecin. Le médecin qui tenterait l'impossible, c'est-à-dire de constituer l'effet placebo en technique d'influence digne de ce nom, prendrait seulement le risque de constituer ce que nous avons appris à appeler une secte.

Il fait un métier semblable à celui de l'enseignant : il ne doit pas avoir besoin de faire appel à ce qui a été cultivé dans d'autres traditions que la nôtre sous les noms de diverses techniques d'initiation pour transmettre les connaissances. Au contraire, en faisant appel à des techniques d'initiation, il sèmerait un doute redoutable sur la natu-

re et la valeur intrinsèque de son enseignement. En médecine, on verra que c'est la présence d'un autre tiers, le pharmacien, qui permet d'éviter très concrètement ce « danger ».

Le médicament est un placebo stabilisé par un marqueur

[Retour à la table des matières](#)

Pour simplifier outrageusement, on pourrait maintenant essayer de distinguer deux grands types de médicaments : [68] ceux qui agiraient par un mécanisme pharmacologique, un *marqueur* ou *inscripteur* mis en forme et renforcé par l'effet placebo, seraient nos médicaments modernes, et ceux où quelque chose ressemblant à l'effet placebo, c'est-à-dire une construction sociale, serait stabilisé par une substance active ou plus généralement par ce qu'on pourrait appeler un *marqueur*, dans un sens plus large que précédemment (ce peut être une scarification, une décoction, voire une écriture dans une langue secrète, etc.).

Dans le premier cas, celui des médicaments modernes, la priorité dans l'action du médicament est donnée à l'action-effraction biologique. L'effet placebo ne fait que se surajouter en fin de parcours. Cette vision des choses est d'autant plus crédible que c'est le chemin pratique, concret, que nous suivons maintenant pour mettre au point tout nouveau médicament : l'effraction biologique est recherchée systématiquement dans les laboratoires qui constituent *l'amont* du laboratoire de l'étude contre placebo. On pourrait penser pouvoir distinguer ainsi les médicaments modernes, uniformes, valables pour tous (« molaires »), des médicaments traditionnels réalisés individuellement, différents lors de chaque prescription (« moléculaires »), ou encore des médicaments commercialisés autrefois en Occident, avant l'invention du laboratoire de l'étude contre placebo.

Mais cette distinction simple est rapidement vouée à l'échec car la séparation entre effet pharmacologique et effet placebo est largement une facilité de la pensée, mais ne peut jamais être un exercice pratique. En ce sens, et alors qu'il a toujours fait l'éloge de l'inventivité [69] technique, François Dagognet a raison d'écrire d'une manière qui

a pu paraître provocatrice, que « l'étude de l'ancienne *Materia medica* ne nous éloigne pas vraiment de l'actuelle ³² ». L'effet placebo est également un effet biologique qui ne se distingue pas ici de l'effet pharmacologique et c'est bien pourquoi la notion de symbolique épuise si vite ses effets. Une molécule agit sur un mécanisme qui fait partie d'une cascade d'événements biologiques ³³. Un médicament peut donc être efficace parce que la molécule qui le constitue vient interférer avec l'effet biologique induit par l'effet placebo. Dans la rencontre entre le corps humain et le corps constitué des molécules sélectionnées pour constituer le médicament, les molécules « vibronnent » dans des cascades biologiques infiniment diverses et complexes. *On n'a jamais ici de causes pleines et d'effets entiers*. Voilà pourquoi l'épreuve réalisée dans le laboratoire de l'étude contre placebo est indispensable, mais aussi pourquoi ses résultats peuvent toujours surprendre, quelles que soient les études biologiques et pharmacologiques réalisées en [70] amont, quel que soit l'effort de prédictibilité qui a pu être fait et qui est toujours à recommencer, qui peut être perfectionné à l'infini. Voilà également pourquoi le laboratoire de l'étude contre placebo conçu pour réduire la diversité des méthodes thérapeutiques en sélectionnant celles qui sont efficaces par l'intermédiaire d'un effracteur biologique va, en fait, produire toujours plus de diversité ³⁴.

Par définition même, la molécule ne sera toujours qu'un médicament *virtuel*. Si nous voulons nous situer à un niveau intéressant de généralisation et définir une formule « algébrique », nous pouvons

³² François DAGOGNET, *La Raison et les Remèdes*, op. cit. p. 29.

³³ Cette conception permet de relativiser l'idée d'une thérapeutique qui s'attaquerait aux « vraies causes » ou causes ultimes de la pathologie. Elle apparaît de plus en plus souvent en accompagnement des présentations des techniques les plus modernes de conception des molécules, comme s'il fallait tempérer le scientisme ambiant : « La mise au point, grâce à la conception assistée par ordinateur (design moléculaire) d'une structure chimique capable de perturber un système biologique est, objectivement, une tâche difficile, car très souvent les composants exacts de la véritable cascade biologique sur lesquels il faut agir ne sont pas complètement clairs » (John MONTANA, « A Model Way to a Shorter Drug Discovery Process », *Scrip Magazine*, n° 39, octobre 1995, p. 14-16).

³⁴ Les thérapeutiques de l'hypertension (plus de cinq grandes classes de médicaments) illustrent, au coeur de la médecine, cette production de diversité.

dire : tous les médicaments relèvent du second type ; ils sont tous constitués d'un *effet placebo stabilisé par un marqueur*. Je propose ces mots de marqueur et inscripteur car c'est le propre d'une molécule repérée par ses effets biologiques sur des cellules ou des tissus (*in vitro* ou *ex vivo*) que de se fixer et de faire corps avec un mécanisme physiologique. Ils s'appliquent donc particulièrement bien aux médicaments modernes, sans être pour autant d'une telle spécificité qu'ils nous empêcheraient toute généralisation. Ce qui caractérise le médicament occidental, c'est seulement *la priorité absolue donnée aux marqueurs repérés biologiquement, c'est-à-dire aux effracteurs biologiques* (transportables tout le long d'une chaîne constituée d'expérimentations différentes), sur la multiplicité des marqueurs ou inscripteurs utilisés dans les différentes médecines.

[71]

Cela ne doit pas être compris comme une généralisation impliquant que tout se vaut. Cela signifie seulement qu'il est impossible de juger tous les marqueurs utilisés par différentes médecines sur les critères qui valent seulement pour la lignée des marqueurs qui caractérisent les médicaments modernes, c'est-à-dire les critères pharmacologiques ³⁵. C'est sans doute la principale source de confusion et de déception dans notre recherche de molécules actives auprès des guérisseurs traditionnels. Ils ne sont pas forcément actifs par la voie pharmacobiologique, même si cette voie, avec son propre empirisme, peut également exister, comme un cas particulier, dans les sociétés traditionnelles. En retour, les Occidentaux ont parfois la surprise de découvrir des médicaments occidentaux désocialisés-resocialisés vendus à l'unité sur les étals de marchés lointains. Leur utilisation n'est plus alors mise en relation avec les qualités pharmacologiques de la molécule-marqueur, mais en fonction d'autres marqueurs que nous avons du mal à identifier et à comprendre : acceptons de reconnaître modestement

³⁵ L'Indienne Viramma est d'accord avec cette définition quand elle décrit les campagnes de vaccination antivariolique : « Aujourd'hui, tout a changé. Les médecins passent dans les villages avec la piqure de mariatta. Ils attrapent surtout les petits pour les piquer, même ceux qui n'ont pas plus d'une coudée. On dit que, comme le fil qu'on se met au poignet, cette piqure est une protection contre Mariatta » (VIRAMMA, Josiane et Jean-Luc RACINE, *Une vie de paria. Le rire des asservis. Inde du Sud*, Pion/Unesco, coll. « Terre Humaine », Paris, 1995.

qu'ils ont fait l'objet d'une *captation* par un système dont nous ne connaissons pas les règles.

Dans la plupart des sociétés non occidentales, par [72] exemple dans des pays comme l'Inde ou la Chine, il semble que l'on ait construit une manière de penser les thérapeutiques qui permette, comme notre modèle du marqueur, de penser la coexistence possible de différentes médecines articulées sur des médicaments inventés et socialisés différemment (médecine savante/médecine populaire, médecine ayurvédique/médecine occidentale, médecine traditionnelle chinoise/médecine occidentale). Elles ne se construisent pas les unes contre les autres, mais elles ne se construisent pas non plus en se croisant d'une manière simplement éclectique ou qui relèverait de la « bonne volonté ». En Occident, nous avons la tentation permanente de les mixer en étudiant comment elles pourraient fonctionner, au sein de la machine molaire que nous avons inventée, de les intégrer les unes dans les autres selon ce critère, ou de disqualifier celles qui sont traditionnelles, c'est-à-dire qui ne privilégient pas le type de marqueurs devenu exclusif en Occident. Cette volonté d'un retour à l'unité contre la multiplicité devient toujours très vite un combat politique, mobilisant des acteurs qui, quant à eux, sont très hétérogènes. Cet idéal de l'unité, même sous la forme de mixtes, se retrouve sous des formes qui peuvent être différentes.

Prenons un exemple : la transformation des guérisseurs traditionnels en « adjoints » du médecin occidental (adjoints, donc maintenus dans une position subordonnée) traduit la bonne volonté de la médecine humanitaire à inventer de tels mixtes. L'idée est que les médecines traditionnelles sont plus respectueuses des malades, plus humaines, alors qu'elles disposeraient de peu d'outils techniques. Les mixtes que nous inventerions [73] avec elles seraient donc une modalité pratique pour rajouter de l'humain à la médecine technique occidentale. Or, cela pourrait bien se révéler une illusion : les médecines traditionnelles ne peuvent pas être confondues avec l'idéal occidental des « médecines douces » ; elles peuvent être à la fois très violentes et très techniques. La séparation qui préside à ce mixte, c'est évidemment l'opposition construite entre efficacité somatique d'un côté et efficacité psychologique de l'autre. Ce qui fait la supériorité du laboratoire de l'étude contre placebo, c'est sa capacité à réinventer en permanence les pathologies (en créant des sous-groupes) et des traitements, c'est donc

sa capacité à produire de la diversité en aval. Sans cette extraordinaire capacité de foisonnement, il n'aurait pas pu jouer simultanément son rôle de réducteur de diversité des médecines en amont.

Nous sommes donc arrivé à un point où nous pouvons décliner toutes les nouvelles formules utilisables pour rendre compte plus précisément de ce que nous appelions originellement effet placebo et molécule.

L'effet placebo implique :

- négociation,
- socialisation,
- mode d'apprivoisement,
- mode d'emploi (au sens plus large que la notice),
- art de la consommation,
- mais aussi effet biologique *in vivo* en cascade chez un vivant humain.

La molécule implique :

- effet biologique *in vitro* et *ex vivo*, mais aussi les notions de :

[74]

- stabilisateur,
- *pharmakon*,
- inscripteur,
- marqueur,
- effracteur.

L'effet placebo d'un côté, la molécule de l'autre relèvent de ce que Gilles Deleuze et Félix Guattari appelleraient des machines moléculaires. C'est seulement en combinant les deux que l'on obtient une machine molaire, en opérant « une unification, une totalisation des forces moléculaires par accumulation statistique obéissant à des lois de grands nombres ». C'est ce que nous avons appelé socialisation.

Le préparateur

[Retour à la table des matières](#)

Comment arriver à penser de manière réunifiée l'objet médicament que nous nous sommes efforcé de délier ? Il faut maintenant en venir à une autre spécificité de la médecine occidentale : *la mise au point et la fabrication du médicament n'est pas un savoir-faire du médecin*. Il suppose l'existence d'une spécialisation, celle du « préparateur », devenu au fil du temps pharmacien, puis industrie pharmaceutique. Cette distinction n'est pas moderne, même si le poids respectif des acteurs a évolué dans le temps. Elle n'est en aucun cas une invention moderne explicable par la complexité grandissante pour mettre au point le médicament moderne, même si le préparateur n'est plus une seule personne, mais a derrière lui toute une industrie.

Les historiens de la médecine ont montré que nous [75] sommes ici héritiers d'une longue histoire. Selon l'interprétation de l'historien Alain Touwaide, dès l'Antiquité on trouve les deux métiers séparés : « Hérophile ayant déclaré à propos de la thérapeutique que "les médicaments sont les mains des dieux", on a voulu voir dans cette formule une allusion à une autre voie du traitement (à côté de la diététique, des *pharmaka* et de la chirurgie), à l'incubation ou à la magie. Mais peut-être faut-il considérer que la formule tient lieu de théorie des *pharmaka*, car selon l'interprétation de Galien, Hérophile signifia par là que, pour permettre aux *pharmaka* d'exercer leurs effets, il fallait les manipuler opportunément ; considération qui vaut théorie du médicament n'étant, en outre, pas incompatible avec la conception de la *dunamis*, laquelle, pour pouvoir s'exercer, exigeait que la matière médicale fût préparée d'une certaine façon. Quoi qu'il en soit, cette considération d'Hérophile donnait son fondement théorique à l'art pharmaceutique, le préparateur devant être un spécialiste et ne pouvant plus être — s'il

l'a jamais été, comme on l'a supposé — le médecin qui transportait avec lui les matières médicales nécessaires à sa pratique ³⁶. »

Savoir préparer les médicaments et savoir les manipuler opportunément : le laboratoire de l'étude contre placebo est le lieu moderne où les mains des dieux peuvent se joindre ensemble. Car il faut bien que les deux opérations se rencontrent quelque part et fassent bloc.

[76]

Le laboratoire moderne nous en donne une expression condensée facile à analyser. On ignore largement comment ce croisement des mains des dieux s'est opéré tout au long de l'histoire de la médecine occidentale. Comment médecins et pharmaciens travaillaient-ils ensemble ? Aucune histoire de la médecine n'a été écrite de *ce point de vue*. Ce que l'on appelle traditionnellement la galénique du médicament est enveloppé dans une galénique encore plus vaste, celle qui inclut et fait tenir ensemble les effets de la molécule et ce que nous appelons maintenant son effet placebo. Cet effet placebo n'a évidemment dans ce cas rien à voir avec l'effet placebo d'un « blanc thérapeutique », puisqu'il correspond au mode de socialisation d'une substance qui peut avoir des effets effracteurs redoutables. Et ce mode de socialisation sera très dépendant de la nature du marquage corporel dû à la molécule. Alors que la relation de suggestion telle qu'on la retrouve dans toutes les formes de psychothérapie est toujours à négocier, instable, en permanente évolution, le rapport créé par le médicament réinventé dans sa galénique sociale, construit au cours des vastes études contre placebo, est bien *stabilisé*, même s'il l'est au risque d'avoir perdu le patient individuel, compacté dans un ensemble statistique molai-re. Il ne sera pas facile de retrouver le patient individuel : cela supposera même qu'on le reconstruise comme tel au cours d'un processus social très compliqué. Mais il n'aura plus rien à voir avec le malade du départ : il aura été nommé et redéfini. Pour cela, il faudra beaucoup d'outils et de machines spécifiques que nous étudierons plus loin.

Le laboratoire de l'étude contre placebo vient confirmer [77] la nécessité d'un tiers, d'un autre spécialiste : celui qui met au point le médicament. Cette invention occidentale moderne s'inscrit dans une tra-

³⁶ Alain TOUWAIDE, « Stratégies thérapeutiques : les médicaments », in Mirko D. GRMEK (sous la dir. de), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Antiquité et Moyen Age*, op. cit., p. 230-231.

dition millénaire qu'elle a seulement remise en forme. Le soupçon que nous avons — la méthode de l'étude contre placebo n'est-elle pas un moyen d'accélérer un mode de découverte qui reste fondamentalement empirique ? — y trouve des arguments. Il nous faudra donc trouver ailleurs la spécificité des inventions modernes. Plus important encore : nous voyons apparaître pour la seconde fois un *tiers* étonnant, dont la fonction a tendance à s'effacer sous nos yeux au moment même où il surgit. Après le placebo, tiers indispensable à la transformation de la molécule en médicament mais inconnaissable et invisible, le pharmacien inscrit sa présence comme intermédiaire indispensable mais absent et invisible dans la relation entre le médecin prescripteur et le patient. Absent car il est chargé de délivrer un médicament *indifférent* à ce qui a pu se passer dans cette relation. Le pharmacien, comme fabricant du médicament, vient garantir que l'on a tenu à distance les effets de suggestion, que le médicament soignera pour des raisons liées à son contenu spécifique.

Un laboratoire singulier

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons donc constaté que l'expérience en double aveugle, médicament contre placebo, crée un laboratoire, un lieu où fonctionne un dispositif qui donne le pouvoir de répondre à une question (est-ce que ça marche ?) et de constituer un point de vue qui deviendra [78] acceptable par le plus grand nombre. Il a transformé des machines « moléculaires », individuelles, spécifiques, en une gigantesque machinerie « molaire » susceptible de modifier son amont et son aval, pouvant agir sur de grandes populations définies statistiquement. Mais nous avons vu que ce laboratoire était par là même très particulier et ne pouvait pas être défini comme un laboratoire scientifique classique, ni ne pouvait nous donner d'informations sur les phénomènes de suggestion. Quelles sont ces grandes caractéristiques ?

Première caractéristique : le dispositif technique vise à éliminer le double effet d'influence, celui qui fait que le patient pourrait guérir pour de mauvaises raisons, c'est-à-dire des raisons non liées à la natu-

re d'effracteur biologique de la molécule, et celui qui fait que le médecin expérimentateur pourrait surcoter les résultats obtenus avec le candidat médicament, pour mieux répondre inconsciemment à son idéal du progrès et aux soucis de ses commanditaires. Il les confond avec une troisième donnée : les guérisons ou améliorations spontanées. Ainsi confondues, ces trois données constituent le tiers qui prend le nom de placebo et consiste en un angle mort. L'effet placebo est un effet incontestable et... rendu invisible.

Deuxième caractéristique : les résultats sont normalement indifférents au dispositif expérimental. Celui-ci est fixe et n'a pas pour ambition d'évoluer. Les seules modifications seront des raffinements méthodologiques, comme par exemple les études séquentielles qui permettent d'arrêter une étude contre placebo avant son terme dès qu'un élément statistiquement significatif apparaît, ou à l'inverse, d'établir que même si l'étude

[79]

était menée à son terme aucune supériorité du candidat médicament ne pourrait plus apparaître. Mais on ne change pas fondamentalement le cœur de l'expérience. L'idéal serait même de refaire toujours la même chose, c'est-à-dire d'avoir toujours le même protocole quelle que soit la molécule, car c'est cette similitude d'une étude à l'autre qui « durcit » et crédibilise la méthode, lui donne toute sa puissance démonstrative. Le dispositif obéit à des obligations technico-réglementaires et non pas au souci de mieux comprendre, voire de vérifier des hypothèses théoriques en dehors de la question empirique : « Est-ce que ça marche ? » La dernière manipulation (dans un sens non péjoratif) y est toujours un calcul statistique.

Troisième caractéristique : dans ce laboratoire, on ajoute des éléments nouveaux à l'objet de départ (une molécule). On n'y a pas pour objectif la *purification* de l'objet et de sa pharmacologie, ce qui reviendrait à supprimer tout ce que l'on a subsumé sous le nom d'effet placebo. Plus on avance dans les études de développement du médi-

cament et plus on doit se rapprocher des conditions normales dans lesquelles il sera prescrit une fois sur le marché.

Quatrième caractéristique : la seule manière d'y être rigoureux (ce qu'on appellera « scientifique »), c'est de trouver une méthodologie pour éliminer les préjugés, même si la symétrie affirmée par la formule en « double aveugle » est en trompe l'oeil et dissimule la nécessité d'établir un rapport de force qui va ressembler à un rapport de force politique et social. Par un véritable coup de force il faut créer un ensemble molaire, formation [80] grégaire des patients, décontextualisés et transformés en cas.

Cinquième caractéristique : il regroupe des scientifiques de différentes spécialités (biologistes, statisticiens, et représentants de tous les laboratoires existant en amont avec une place importante pour les galéniciens et les pharmacocinéticiens) dont les laboratoires scientifiques classiques sont le « milieu naturel », mais il est aussi peuplé d'autres représentants qui font dans ce laboratoire leur jonction avec les scientifiques. Ce sont les médecins, les pharmaciens, les industriels et enfin les patients sur un mode subordonné. Leur alliance est essentielle à la solidité de ce laboratoire. Le protocole est le résultat de négociations entre tous les partenaires : il inclut des humains et des non-humains (tests de laboratoires par exemple). L'impossibilité d'établir un protocole définitif et utilisable pour toutes les molécules à venir renvoie à cette nature négociée du protocole. En revanche, on peut maintenant remarquer, incidemment, qu'un autre type d'acteur en est exclu : le psychologue. Si l'effet placebo était d'abord un effet psychologique (un effet dont les psychologues seraient susceptibles de rendre compte), on aurait fait appel à leur spécialité. La figure du pharmacien qui a fabriqué le médicament en dehors de la relation médecin-malade garantit la mise à l'écart de tout ce qui relève de cette relation.

Sixième caractéristique : la place subordonnée des patients n'est pas passée sous silence. Elle crée de multiples problèmes qui vont donner naissance à une discipline ayant ses experts : l'éthique.

Septième caractéristique : le laboratoire de l'étude [81] contre placebo est, par certains de ses aspects, un rouage de l'État. Les agences gouvernementales du médicament peuvent vérifier la rigueur avec laquelle les molécules sont transformées en médicaments. Elles ont le dernier mot avec la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Mais personne ne contrôle complètement ni ne peut « manipuler » (au sens péjoratif) ce laboratoire : il est constitué comme une *axiomatique* au sens de Gilles Deleuze et Félix Guattari, c'est-à-dire qu'il s'autodéfinit de manière rigoureuse. Ainsi l'*appréciation* du médicament n'est jamais laissée à une commission unique qui à la fois apprécierait sa valeur thérapeutique et lui donnerait un prix : ce sont dans des lieux différents que ces décisions sont prises. La valeur d'usage déterminée dans une commission ne crée pas un mécanisme déterminant une valeur d'échange. Nous y reviendrons longuement.

Il existe d'autres laboratoires où des humains étudient des êtres vivants capables de se *redéfinir* dans le processus même qui en fait des objets d'étude, ce qui renvoie donc à un rapport de force, mais qui ne se constituent pas comme *axiomatique*. C'est le cas par exemple avec les laboratoires de psychologie expérimentale. Mais la différence avec notre laboratoire de l'étude contre placebo, c'est qu'on ne prétend pas y répondre à une seule question (« Est-ce que ça marche ? »), mais qu'on s'y donne l'objectif plus ambitieux de comprendre ce qui caractérise la psychologie d'un être vivant. On va donc tenter de purifier l'objet de l'expérience comme dans un laboratoire scientifique classique. Derrière des apparences semblables, ce type de laboratoire n'a rien à voir avec notre laboratoire de [82] l'étude contre placebo (ses conditions de productivité scientifique restent d'ailleurs à démontrer). Il est sans spécificité. Là encore, c'est l'existence de *Y objet organisateur* qui fait toute la différence entre le laboratoire de l'étude contre placebo et le laboratoire de psychologie expérimentale. Les chercheurs en psychologie expérimentale n'aimeraient sans doute pas que l'on distingue leur laboratoire du laboratoire scientifique classique, car ils font tout pour qu'il lui ressemble. À l'inverse, notre description ne choquera aucun de ceux qui participent au laboratoire de l'étude contre placebo, et qui savent que leur travail est très différent de celui qui a lieu dans les laboratoires scientifiques classiques. Ils savent très bien ne rien pouvoir apprendre de l'effet placebo dans ce lieu, qui n'est pas un lieu « théorico-expérimental ».

Le laboratoire de l'étude contre placebo n'est donc pas un laboratoire scientifique au sens propre du terme, mais il n'est pas non plus un lieu politique au sens habituel du terme, c'est-à-dire un lieu où tout est affaire d'opinions et est manipulable. Notre laboratoire est-il un cas particulier ou peut-on trouver d'autres exemples d'hybrides du même type ? Là où se noue la science et l'industrie, les rapports ne sont jamais de diffusion ou d'application. Même le mot « traduction » paraît encore trop faible pour décrire le processus de réappropriation-réinvention qui se noue dans ce passage. Les acteurs sélectionnés pour faire partie de ce laboratoire sont en rapport avec la nature de l'expérimentation qui y a lieu. Il faut pour y être admis pouvoir faire valoir un intérêt, au sens fort du mot intérêt. Les intérêts qui se nouent dans ce laboratoire sont très divers et constituent [83] des facettes du nouvel objet qui est en train de se construire. Ils peuvent néanmoins varier.

La fragilité (mais aussi la robustesse en tant qu'axiomatique) du laboratoire de l'étude contre placebo, la symétrie apparente qui cache la nécessité d'un rapport de forces ont une conséquence importante : il faut un *règlement intérieur* pour assurer le bon fonctionnement de ce laboratoire. Ce règlement intérieur va prendre la forme de règles administratives interprétées en terme d'éthique. Le règlement intérieur du laboratoire doit résoudre plusieurs questions : a-t-on le droit de donner un placebo à la moitié des patients qui formeront le groupe témoin dans une étude, alors que l'on dispose déjà de médicaments efficaces pour traiter leur pathologie ? Faut-il (et comment) obtenir le « consentement éclairé » des patients qui participent à un essai en double aveugle ? D'un point de vue économique, l'étude contre placebo est toujours préférable à l'étude contre un médicament de référence : elle nécessite beaucoup moins de patients pour établir l'efficacité du nouveau produit et coûte donc moins cher. Peut-on donner un placebo à un groupe de patients atteints de maladies incurables, comme le sida, ou faut-il comparer les résultats d'une étude ouverte avec le candidat médicament, ou de plusieurs études dont on a fait une méta-analyse, et comparer les résultats avec des enquêtes de type épidémiologique sur l'évolution de la maladie avant qu'on ne dispose de ce nouveau candidat médicament ? C'est sur la manière de « socialiser » nos effracteurs biologiques que l'on s'interroge à chaque fois, sans que

l'on ait pu jusqu'à présent définir une [84] alternative réelle et efficace au laboratoire de l'étude contre placebo.

C'est à la suite des expérimentations humaines menées par les nazis que le code de Nuremberg a prévu, en 1947, la nécessité du consentement volontaire du malade ³⁷. La manière dont ces problèmes sont aujourd'hui abordés comme des questions *éthiques* traduit bien le statut particulier du laboratoire de l'étude contre placebo. Les bouleversements induits par l'arrivée de ce que les Américains appellent les « activistes » du sida risquent bien de transformer cette question éthique en une question que nous avons choisi d'appeler écologique. On dispose déjà de plusieurs exemples dans lesquels les associations de patients ont fait effraction dans ce laboratoire de l'expérience contre placebo, autrement que comme population enrôlée, c'est-à-dire en y apportant leurs propres exigences. Ce n'est évidemment pas un hasard si c'est toujours à cet endroit précis où s'invente le médicament que les associations d'usagers essaient d'abord d'imposer leur présence et les exigences dont elles sont porteuses. Elles cherchent beaucoup plus rarement à intervenir en amont, sur les processus d'invention de la molécule, dans les laboratoires de biologie moléculaire, de chimie organique, ou de pharmacologie. Les associations adoptent également une attitude morale différente envers les habitants de ces laboratoires et envers ceux des études [85] contre placebo : à l'admiration pour le travail des premiers, la participation éventuelle à la collecte de fonds pour ce qui constitue la « recherche » au sens fort du terme, succèdent des propos plus exigeants comme s'il était clair que l'on n'entrait pas dans ce dernier lieu sans y disposer et sans y maintenir un rapport de forces de type nouveau. Cela traduit bien un régime (ou ce qu'on pourrait appeler un « style ») de fonctionnement différent entre les premiers laboratoires construisant des molécules et le laboratoire où la molécule se socialise en médicament.

Rien ne glisse spontanément de la science à la société. C'est toujours un enjeu. Il faut des lieux spécifiques (et tout ce qui sort de ce type de lieu d'invention est transformé, adapté), construits pour socia-

³⁷ Un rapport récent du département américain de l'Énergie, à la demande du président Clinton, a révélé que 16 000 Américains avaient été délibérément exposés à des radiations entre 1945 et 1975 (*Le Quotidien du médecin*, n° 5678, 30 août 1995, p. 15).

liser les productions. C'est le cas du laboratoire de l'étude contre placebo. Mais cela suffit-il à le définir ? N'est-il pas doté de caractéristiques qui en font une machine tout à fait exceptionnelle ? Le choix du marqueur biologique pourrait bien ne pas suffire à caractériser la médecine occidentale. On a vu que cet effracteur venait interférer dans une cascade biologique avec l'effet placebo qui est aussi un effet biologique, sans que l'on puisse savoir la manière dont cette interférence a lieu. Le choix de la médecine occidentale, c'est donc de ne pas permettre l'invention de mixtes reconnus en tant que tels entre un marqueur biologique et l'effet placebo, ce qui constituerait un art particulier relevant aussi de ce que nous appelons les techniques de guérison par influence. Il n'y a aucune raison de croire que l'effet placebo vient simplement *s'ajouter* en fin de parcours à un effet pharmacologique. Selon la nature de la [86] substance chimique, l'effet global peut se trouver *multiplié, déplacé, inversé, transformé* selon des règles que nous n'avons pas apprises.

François Dagognet avait déjà mis l'accent sur l'importance de cette cascade biologique en montrant la nécessité de s'écarter d'une vision trop simpliste de l'action de médicaments comme les antibiotiques ou la cortisone ³⁸. Nous sommes en conséquence aussi mal équipés pour comprendre les médecines qui ne font pas appel à des marqueurs biologiques du même type que les nôtres, que pour comprendre celles qui les utilisent sur d'autres modes que nous, dans des agencements originaux. Certaines opérations de captation de substances utilisées dans les sociétés traditionnelles peuvent renforcer cette idée.

Ainsi on a identifié une décoction de pervenche (dite de Madagascar) utilisée à la Jamaïque comme antidiabétique. Rapportée dans nos laboratoires, on a pu déceler que la plante à l'origine de la décoction avait une action antitumorale. Mais on ne comprend toujours pas son utilisation d'origine... Il y a bien là, dans une médecine traditionnelle, la volonté d'utiliser un marqueur biologique mais sans doute est-il mêlé à ce que l'on appellera encore « effet placebo » par commodité, d'une manière que nous ignorons.

³⁸ « On n'administre pas seulement au malade ce qui détruit l'agent morbide, mais, simultanément, ce qui exalte ou fortifie l'agent nocif. On avive d'abord ce qu'on va aussitôt éteindre » (François DAGOGNET, *La Raison et les Remèdes*, *op. cit.*, p. 184).

L'interdiction occidentale de ces instrumentalisations d'un type très particulier prend la figure d'un tiers qui [87] vient garantir et verrouiller le choix fait : le pharmacien, ou plus généralement l'inventeur-fabricant du médicament. Ce tiers est donc bien là en écho au premier tiers constitué par l'effet placebo. Il manifeste bien l'impossibilité d'inventer des techniques de guérison par suggestion à partir de ce que nous pouvons constater empiriquement et naïvement de sa puissance. Le pharmacien vient garantir que l'effet placebo ne restera qu'un effet placebo et ne pourra pas se transformer en une technique d'influence qui guérit. Nous sommes bien les héritiers de la médecine grecque (celle de Cos contre celle de Cnide, selon les historiens ³⁹) quand elle a renoncé à toutes les pratiques qui ont alors été regroupées sous le nom de magie. L'interrogation de l'historien d'Alain Touwaide sur Hérophile prend maintenant tout son sens : c'est parce que l'on renonce à l'« incubation » et à la « magie » que s'est constituée la profession du préparateur ou pharmacien.

On verra dans les développements qui vont suivre qu'en montrant les choix qui sont à l'origine de l'invention (et de l'inventivité) de la médecine occidentale moderne, notre objectif n'est évidemment pas de la disqualifier en la relativisant ni non plus de faire l'éloge des autres médecines. Notre objectif est de créer ce qu'Isabelle Stengers a appelé un « nouveau type d'appétit » et donc un nouveau type de relations entre praticiens d'origines différentes, et qui ne soit pas fait seulement de tolérance. Si les sociétés traditionnelles [88] acceptent d'ailleurs si facilement nos thérapeutiques modernes, sans pour autant renoncer aux leurs, ce n'est évidemment pas en reconnaissance du « progrès » qu'elles leur apporteraient, car cette notion de progrès leur est profondément inconnue et souvent incompréhensible. Elles peuvent accepter nos médicaments sans épouser le discours superficiel qui l'accompagne. Comme si apprendre à parler de notre propre médecine, à nous présenter correctement, restait un apprentissage qu'il nous appartenait de faire et qu'elles nous invitaient même à faire.

³⁹ Sur cette distinction on lira : Jean CARPENTIER et Caroline MANGINLAZARUS (Sous la dir. de), *Retrouver la médecine*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1996.

[89]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 3

L'amont : la mise au point des molécules

[Retour à la table des matières](#)

« Des rats, avec des rats, ce serait carrément plus simple. La substance introduite présente des réactions nettes avec les rats, le groupe placebo, les effondrés, les leaders... Avec des rats, oui des rats... Avec les névrosés, on se demande ce qui se détache et ça prend salement du temps. Est-ce qu'on a choisi les bons sujets ? Sont peut-être trop atypiques ! C'est Dugommier, Dugommier, de toute façon qui les a choisis, il atermoie, il atermoie, et il va falloir attendre dans ce triste endroit, encore une autre idée de Dugommier, avec ces oiseaux sinistres et leurs ombres qui planent sur nos têtes ⁴⁰. » Dans cette comédie qui fut jouée en [90] avril 1996 au théâtre de la Cité internationale, l'auteur a eu l'idée de mettre en scène le laboratoire de l'étude contre placebo : il a rassemblé dans un château les patients participant à une étude, en compagnie d'un psychiatre, médecin expérimentateur, et de la responsable marketing du laboratoire. Évidemment, rien ne se passe comme prévu : chaque patient continue à vivre sa vie. D'où l'exclamation désespérée de la responsable du laboratoire : les rats sont telle-

⁴⁰ Eugène DURIF, *Via negativa (Comédie)*, Actes Sud/Papiers (à paraître).

ment moins décevants que les humains ! C'est que le laboratoire de l'étude contre placebo ne peut pas fonctionner seul : il a besoin de tout un appareillage en amont qui le ravitaille en molécules candidates au titre de médicament. C'est là qu'ont lieu, parmi d'autres, les expériences sur les rats. Allons donc maintenant du côté des rats, voir si c'est vraiment plus simple.

Surveiller le pipeline

[Retour à la table des matières](#)

Dans les chapitres précédents, nous avons employé le mot de socialisation pour décrire le passage de la molécule au médicament (compris comme un ajout de ce que l'on appelle, faute de mieux, effet placebo), mais nous ne voulions pas opposer une sphère privée, préalable, à une vie publique, suivie à nouveau d'une sphère privée. La molécule est aussi un produit social dans toutes les phases de sa construction en amont du laboratoire de l'étude contre placebo. *Il se pourrait même que ce soit dans cette phase de construction qu'elle soit la plus soumise à des exigences qui la font ressembler à une marchandise*, c'est-à-dire à un objet qui se socialise [91] sur un mode bien particulier, car nous verrons qu'ensuite, une fois dans la sphère de la prescription (en aval), elle circule sur des modes très éloignés de ceux des marchandises habituelles. Nous avons vu que les laboratoires pharmaceutiques, seuls à même de rassembler la masse de capitaux nécessaires au fonctionnement de ce que nous avons appelé le « laboratoire de l'étude contre placebo », étaient des entreprises *comme les autres*. Elles sont sur le marché des capitaux.

Comment les acteurs en parlent-ils ? Quel est l'élément le plus important pris en compte par les analystes financiers et par tous ceux qui gèrent des portefeuilles d'actions pour acheter ou vendre (ou conseiller d'acheter ou de vendre) les actions d'un laboratoire pharmaceutique ? Ce n'est finalement pas le pourcentage du chiffre d'affaires consacré à la recherche ni le nombre de filiales présentes à l'étranger. Tous ces éléments intéressent évidemment les spécialistes, mais ils sont surtout considérés comme des acquis du passé. Ce n'est pas sur cette base que l'on peut conseiller d'investir de l'argent dans une firme pharmaceutique et prévoir son avenir. Le plus important, c'est ce que les acteurs

eux-mêmes appellent le pipeline (ou plus simplement le pipe) de la société, c'est-à-dire les molécules à l'entrée et dans le laboratoire de l'étude contre placebo et donc celles qui sont susceptibles d'en sortir avec le statut de médicament ⁴¹.

Il est tout à fait étonnant de constater le soin avec lequel les spécialistes des placements et de la finance vont se mettre à apprendre la médecine la plus [92] moderne, s'initier aux nouvelles techniques de la biologie moléculaire, suivre les progrès et les déceptions de la thérapie génique, pour rendre compte du parcours des molécules dans le labyrinthe des études contre placebo, pour pouvoir juger et faire des pronostics. Aux États-Unis, les analystes financiers se font presque systématiquement accompagner et assister par un biologiste ou un médecin lors des grandes présentations annuelles ou semestrielles pendant lesquelles les chefs d'entreprise présentent l'évolution de leur chiffre d'affaires, leurs résultats et leurs ambitions. Combien de molécules sont entrées en phase I, II ou III ? Combien de temps y restent-elles ? Les comptes rendus de ces réunions prennent souvent la forme de véritables tableaux synoptiques dressant la liste des molécules, de leurs indications et des phases de développement telles qu'elles sont définies administrativement. Ce type de tableaux fait l'état de fonctionnement du laboratoire d'étude contre placebo de chaque compagnie pharmaceutique de manière très pragmatique et permet ensuite d'établir une hiérarchie entre elles. Il est présent dans le « rapport annuel » que réalisent les sociétés cotées en bourse. Les molécules et les médicaments sont donc guettés à leur entrée et à leur sortie par les investisseurs, ceux avec qui les industriels doivent s'allier pour pouvoir continuer à travailler. Mais ils les surveillent de manière comparative : l'annonce de l'arrêt des études sur une molécule dans un laboratoire provoquera, à des milliers de kilomètres, la hausse du cours de l'action d'un laboratoire concurrent menant des recherches qui semblent plus fructueuses dans le même domaine.

⁴¹ Voir note 4 du chapitre 1 [soit la note de la page [24] de l'édition papier. JMT].

[93]

De l'éprouvette au corps humain

[Retour à la table des matières](#)

Nous devons donc nous déplacer en amont du laboratoire de l'étude contre placebo, et entrer dans les laboratoires de recherche scientifique, afin de pouvoir retourner ensuite, mieux armés, dans les sphères de la circulation. Il s'agit de suivre, comme un « objet traceur », la molécule qui deviendra peut-être un médicament. Nous allons aussi pouvoir vérifier nos hypothèses sur la puissance du laboratoire de l'étude contre placebo. Avons-nous eu raison d'en faire, à la manière deleuzienne, le « milieu » de l'ensemble du dispositif de création du médicament moderne ? *Ce dispositif est-il capable de modeler son amont ?*

L'historien a déjà une opinion. Il a pu constater la co-invention presque simultanée des laboratoires de recherche scientifique où se pratiquent des expériences de pharmacologie sur les animaux *et* du laboratoire de l'étude contre placebo. Des expériences sur animaux étaient réalisées avant la Seconde Guerre mondiale, mais de manière très limitée et rarement pour tester l'efficacité d'un remède : il ne faut pas confondre les laboratoires de pharmacologie avec ceux où l'on réalise des expériences de physiologie dans la lignée de Claude Bernard, dont on sait le désintérêt total pour la thérapeutique. La confusion est d'autant plus facile à faire qu'ils utilisent souvent les mêmes outils technologiques et font appel à des chercheurs ayant des compétences semblables. Historiquement, l'industrie pharmaceutique semble avoir [94] longtemps presque totalement ignoré ce type de laboratoires ⁴².

Certains exemples sont désormais bien connus. Quand, avant la Première Guerre mondiale, Alexander Fleming, celui qui a « décou-

⁴² Il y a évidemment quelques exceptions, comme en témoignent les travaux de Paul Ehrlich, prix Nobel en 1908, qui a mis au point des modèles animaux pour l'étude de composés chimiques anti-infectieux : les arsénobenzènes. Il n'existe pas, à ma connaissance, d'étude systématique du type de travaux expérimentaux que réalisait Ehrlich de cette manière.

vert » la pénicilline, travaille dans le laboratoire de Sir Almroth Wright à St. Mary's, il ne tente ni de trouver des « modèles animaux », ni de faire des essais cliniques chez les humains ⁴³. Les deux pratiques n'existent pas. Elles ne semblent même pas imaginables. Et pourtant, quand en pleine Première Guerre mondiale surgit, dans les colonnes du *Lancet*, le débat sur la possibilité de mettre au point un « vaccin septique » contre la gangrène qui nécessiterait, pour être efficace, que l'on cesse de désinfecter les plaies et les appareils utilisés en chirurgie (et c'est bien ce qui pose problème et déclenche une polémique), même les plus sceptiques sur l'efficacité des expériences sur animaux ne pourraient plus aujourd'hui douter de l'intérêt de telles expérimentations !

Il est donc faux d'imaginer que les expériences sur animaux vivants constituent une sorte de préhistoire de la pharmacologie, préalable à l'invention de modèles plus sophistiqués, comme les expériences sur cellules ou tissus en culture. Ce sont les études sur des cultures [95] *in vitro* qui dominaient alors la vie de l'invention médicale dans ses centres les plus sophistiqués. L'historien des sciences anglais Wai Chen donne plusieurs exemples d'expériences menées dans le laboratoire de Wright et Fleming : l'agglutination des bacilles de la typhoïde dans le sang, comme *preuve* de l'efficacité de leur vaccin antityphoïde. Il suffisait de pipettes de verre pour faire la démonstration et tous les laboratoires ayant le minimum d'équipement nécessaire pouvaient la reproduire. Wright invente ensuite, sur le même modèle, un test d'« indice opsonique » qui fait appel à des techniques semblables, pour prouver l'efficacité de ses vaccins contre de multiples affections, dont l'acné. On sait désormais que c'est au cours de ce type d'expériences que Fleming isole puis utilise la pénicilline comme un « dés-herbant » pour ses rondelles de gélose sans penser un seul instant avoir inventé une nouvelle classe thérapeutique. Seuls les vaccins l'intéressaient dans tous les sens du terme.

Rappelons que Pasteur avait mis au point un vaccin contre la rage qui était administré au patient *après* que celui-ci avait été infecté. Le patron de Fleming, Wright, en avait tiré une règle générale : dans tous les cas de maladies transmissibles, on pouvait mettre au point des vaccins renforçant les défenses immunitaires et efficaces après la conta-

⁴³ Wai CHEN, *Comment Fleming n'a pas inventé la pénicilline*, op. cit.

mination. Le type de vaccins qu'il mit au point était fabriqué à partir de bactéries tuées. Encore fallait-il prouver que l'on avait bien identifié les bonnes bactéries à l'origine de chaque maladie, et non pas un autre agent. C'est à cette tâche que se consacrait Fleming car c'était un des points essentiels de contestation de l'équipe de St. Mary's hospital.

[96]

Le cas des vaccins est très particulier. Ils seront finalement absorbés et redéfinis par le laboratoire de l'étude contre placebo, mais après la Seconde Guerre mondiale seulement, et leur position dans l'arsenal thérapeutique moderne a été considérablement amoindrie. Ils ont pu pendant de nombreuses années, de Pasteur à la Seconde Guerre mondiale, incarner un projet médical très ambitieux susceptible de définir toute la médecine en progrès, « de racheter à bas prix toute la thérapeutique pour la refaire à neuf », comme l'écrit Bruno Latour ⁴⁴. Quel que soit leur succès actuel auprès du public, les projets de thérapie génique n'ont jamais fait aussi bien. Le vaccin obligeait à repenser d'une certaine manière la société dans son ensemble, le corps humain, les maladies, mais aussi l'hygiène, l'organisation des espaces urbains, des égouts, etc. Ce n'est plus cette manière de penser qui triomphe dans l'après-guerre. On pourrait dire que le *corps* que cherche à soigner Fleming n'est pas celui que l'on prend en compte dans le laboratoire moderne de l'étude contre placebo. Fleming ignorait que, dans le cas des vaccins et plus généralement des thérapeutiques anti-infectieuses, le corps humain est d'une nature très spécifique. Il se comporte de manière très semblable à un milieu de culture ; il y a une forte proximité entre ce que l'on observe *in vitro* puis *in vivo* : *on a affaire à du vivant dans du vivant*. Le corps humain devient une extension de l'éprouvette : ce qui est possible ici est possible là. Mais cela ne saurait [97] définir l'ensemble de ce que nous nommons pathologie. Il s'agit d'un cas particulier qui explique les succès de la médecine anti-infectieuse. Mais ce corps-là n'est pas généralisable et identifiable à l'ensemble du corps humain.

Ainsi le reproche que l'on fera à Fleming, c'est de ne pas avoir « vu » que ce qui se passait sur la rondelle de gélose *devait* se passer

⁴⁴ Sur la question du pasteurisme et la manière dont il réinvente le monde, lire Bruno LATOUR, *Les Microbes, guerre et paix*, suivi de *Irréductions*, A.-M. Métaillé, Paris, 1984.

de la même manière dans le corps humain vivant. Comment a-t-on pu attendre quatorze ans avant d'imaginer utiliser la pénicilline comme médicament ? Il fallait qu'apparaissent des *dissidents*, à l'origine d'une nouvelle manière de « regarder » et de « voir » ce que Fleming, enfermé dans un laboratoire producteur de contraintes très spécifiques et très différentes, ne pouvait justement pas imaginer. Pour prendre un exemple très éloigné, le corps psychique est très éloigné, dans son mode d'invention, de ce corps bactériologique « milieu de culture » lui-même. La « transition » constituée par les milieux de culture dans lesquels vont se promener les molécules candidates à l'entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo ne peut pas être la même. Entre ce qui se passe *in vitro* avec un candidat psychotrope et l'effet sur le corps humain vivant, les enjeux sont redistribués, l'ensemble des matériels de transition sont redéfinis.

Nous expliquions dans l'introduction que si notre projet réussissait, nous pourrions peut-être esquisser de nouveaux modes de classification des médicaments. Leur *mode de circulation*, ici la manière dont une substance arrive à l'entrée du laboratoire de l'étude contre placebo après avoir été transportée du fait de la visibilité [98] de ses effets, pourrait bien en être un facteur essentiel, comme on verra qu'il pourra l'être en aval.

Les historiens qui ont travaillé parallèlement sur l'histoire des laboratoires Bayer montrent que, dans les années 1880-1890, les chercheurs sont pour l'essentiel des chimistes. Ils semblent tester leurs projets de médicaments (comme l'héroïne ou l'acide acétylsalicylique-aspirine) presque directement sur des sujets humains, des ouvriers de l'usine chimique Bayer par exemple, et les confient très rapidement (parfois cinq mois après la première synthèse chimique) sans expérimentations animales systématiques, à des médecins qui, même s'ils notent systématiquement leurs premiers résultats, ne définissent pas *un lieu expérimental*, un laboratoire, mais commencent à les prescrire ⁴⁵. C'est l'invention du laboratoire de l'étude contre placebo, *en mettant en scène*, c'est-à-dire en assumant spectaculairement le risque pris avec les effracteurs biologiques, qui exige en retour une redéfinition de toute la chaîne de mise au point des molécules. L'expérimentation

⁴⁵ Charles C. MANN, Mark L. PLUMMER, *The Aspirin Wars*, Alfred A. Knopf, New York, 1991.

animale en sera réinventée pour une nouvelle cause qui n'est plus la compréhension de la physiologie, et il est certainement faux de l'inscrire, par un raccourci épistémologique, dans la tradition des travaux menés au XIX^e siècle par des initiateurs comme Claude Bernard. On se tromperait en voulant reconstituer une filiation d'idées. Il s'agit de la gestion très pratique des manières de gérer les *risques* inhérents à l'invention des médicaments.

Mais ce que nous devons essayer de comprendre, ce [99] sont les modalités concrètes et pratiques de cette redéfinition.

Le rythme du temps

[Retour à la table des matières](#)

Il existe un mécanisme qui donne à la molécule tous les aspects d'une marchandise. Aucune molécule n'entre dans le laboratoire de l'étude contre placebo si elle n'est pas protégée par un brevet qui donnera à l'industriel une exclusivité et empêchera les concurrents de produire le même médicament et de détourner à leur profit les études réalisées. La molécule sera protégée pendant vingt ans par le brevet initial à partir de la date du dépôt (dans certains cas, cette protection pourra être allongée de quelques années). D'autres brevets pourront être déposés : il s'agit de brevets d'application concernant une indication potentielle qui n'était pas décrite dans le brevet initial. Mais il s'agit là de brevets que les spécialistes considèrent comme étant de protection plus faible. On pourrait penser que le brevet est un acte administratif et juridique et qu'il vient entraver le marché, comme des mesures administratives et juridiques viennent empêcher le médicament de se socialiser en marchandise. Mais si le brevet intervient évidemment dans les mécanismes du marché, c'est comme un *régulateur*, un *organisateur*, et non pas comme un empêqueur ou un substitut ⁴⁶.

⁴⁶ François Dagognet a montré comment le brevet, irruption du « droit » dans la vie des objets, avait justement permis la prolifération marchande entravée par l'ancien système corporatif : « Chacun, séduit aussi par l'avantage de ce brevet, se lancera dans la modernisation et le travail de renouvellement de la fabrication » (François DAGOGNET, *Philosophie de la propriété*. L'Avoir, PUF, Paris, 1992, p. 57-101).

Il est à chaque [100] fois l'objet d'un enjeu particulier toujours négocié et non pas une mesure générale (un brevet ne va pas de soi, il doit être argumenté dans chaque cas). Mais le plus important est que la protection qu'il donne est limitée dans le temps. Le brevet va introduire la question du temps comme un élément clé dans les processus de mise au point des médicaments. Il les oblige à se *rythmer*. Il donne à la molécule une première durée de vie commerciale (exclusive) limitée.

Ce qui nous importe, ce sont les conséquences de ce brevet sur le processus de « marchandisation » de la molécule. Il s'agit de l'instauration d'un véritable compte à rebours qui va concerner en premier lieu les laboratoires scientifiques précédant le laboratoire de l'étude contre placebo. Le moment où la décision est prise de breveter une molécule peut varier, mais il doit intervenir relativement tôt afin de protéger la firme. À trop attendre, pour gagner du temps, on prend le risque de voir une autre entreprise déposer un brevet couvrant la même molécule, ou une série chimique à laquelle cette molécule appartient. Les secrets industriels peuvent être percés par les concurrents, ne serait-ce que par la circulation des chercheurs entre les différentes entreprises. À prendre le brevet trop tôt on s'expose, à l'inverse, au risque de n'être plus protégé suffisamment longtemps après la mise sur le marché, et d'être trop vite soumis à la concurrence des « génériques ». Prendre un brevet est une décision politique qui va concerner [101] les chimistes, les biologistes et les industriels, avec l'aide des juristes. Elle suppose un travail de chercheurs de différentes spécialités qui vont se montrer capables de faire une description déjà *devenue commune* de la molécule et de projeter son futur, c'est-à-dire son action thérapeutique. Mais à partir du moment où le brevet est déposé, le temps devient compté. Il faudra décider de mener simultanément des travaux que l'on a l'habitude de décrire de manière linéaire et successive. Ainsi les longues études de toxicologie, comme certains travaux de cancérogenèse qui durent trois ans, ne doivent-elles pas freiner la progression de la molécule alors qu'elles sont un préalable à l'entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo, c'est-à-dire aux essais chez les vivants humains.

Les laboratoires scientifiques mettant au point des molécules sont soumis à des impératifs qui les différencient fortement des laboratoires universitaires sur des questions essentielles. La question du temps *exige* des différentes spécialités, chimistes, physiciens, biologistes,

pharmacologues, qu'ils se situent toujours le plus possible à *Y interface* de leur discipline et de celles de leurs collègues. Ils sont amenés à s'instituer en juge du travail de l'autre, non pas pour des raisons punitives mais pour pouvoir tout simplement travailler : « Comment ta représentation de la molécule me permet-elle de travailler ? » Ils doivent s'instituer en passeurs, anxieux de l'utilité de leur propre travail pour les autres équipes. Les acteurs eux-mêmes insistent toujours sur l'importance de la multidisciplinarité, non pas comme un impératif éthique qui viendrait se surajouter à leur propre travail (ce qui est le plus souvent le cas quand [102] on emploie le mot « multidisciplinaire » ou « interdisciplinaire » en milieu universitaire, où il est très marqué par la bonne volonté et traduit l'ouverture d'esprit, le refus d'un réductionnisme vécu comme mutilant, mais où il est bien souvent voué à l'échec), mais comme une exigence qui fait corps avec la définition de leur travail et qui se constitue en condition même de la poursuite de leurs travaux.

Les structures, comme les « comités de programme », qui sont mises en place dans les entreprises pharmaceutiques (sous des appellations très diverses) expriment bien cette manière particulière de travailler ensemble qui caractérise la mise au point d'un candidat à l'entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Les mots de « recherche fondamentale » et de « recherche appliquée » n'ont aucun sens dans le monde pharmaceutique, quelle que soit la nature des travaux réalisés et leur similitude avec des travaux universitaires de pointe. Le mot de « réductionnisme » par lequel on caractérise souvent le travail des chercheurs est également un contresens total. Il n'y a pas moins réductionnistes que les chercheurs de l'industrie pharmaceutique : ils travaillent sans cesse à *ajouter* de nouveaux attributs aux molécules qui traversent leurs laboratoires. Le dossier qui les accompagne est chaque jour un peu plus gros et un peu plus éclectique, tant les chercheurs et les laboratoires qui se les repassent ont des finalités, des compétences, des outils et même des modes d'organisation différents. C'est la nécessité impérieuse de fournir des molécules, dont on aura réussi à reconstruire le maximum d'attributs, à l'entrée du laboratoire de l'étude contre placebo qui dicte les règles de la multidisciplinarité. [103] Des biologistes moléculaires travaillant sur des cellules modifiées au niveau de leur gène, avec pour objectif la mise au point de nouvelles cibles expérimentales qui permettront de « trier » (ce

qu'on appelle généralement le *screening*) des molécules *in vitro* et de définir leurs activités biologiques, réalisent des travaux qui pourront (ou pourraient) faire l'objet de publications dans des revues scientifiques de très haut niveau et être considérés comme de la recherche fondamentale. Mais leur univers est complètement différent : que vais-je donner à l'équipe des chimistes ou des pharmacologues qui leur sera utile pour leurs propres raisons ? Quels attributs suis-je capable d'ajouter à la substance étudiée, qui va la spécifier encore un peu plus et lui permettre de passer dans le laboratoire suivant ? Le brevet est comme un fil tendu depuis le laboratoire de l'étude contre placebo, un tenseur qui organise tous les acteurs autour d'exigences spécifiques. Nous verrons dans le chapitre suivant comment la question du temps joue aussi un rôle essentiel dans la sphère de la circulation du médicament, en aval du laboratoire de l'étude contre placebo. Mais ce ne sera plus le même mécanisme : les *exigences* qui dominent l'amont y seront remplacées par des *obligations* que se définissent les différents acteurs.

Préparer l'épreuve contre placebo

[Retour à la table des matières](#)

Comment repérer des attributs de la molécule qui permettront de toujours mieux prévoir le résultat de l'expérience à mener dans le laboratoire de l'étude [104] contre placebo ? L'objectif est de formaliser empiriquement toujours davantage les résultats de l'étude contre placebo et de les mettre en relation avec les expériences réalisées en amont. C'est pour cette raison que les chercheurs sont représentés dans cet ultime laboratoire : à eux de rapporter en amont tout ce qui a pu être observé pour examiner rétrospectivement la qualité des travaux qu'ils ont menés, c'est-à-dire leur *prédictivité*. Quand on suit la molécule d'un laboratoire à l'autre, on s'aperçoit que plus elle approche de l'entrée du laboratoire de l'étude contre placebo, plus les expériences vont constituer une préparation de la phase décisive : l'empirisme, la création systématique de groupes témoins, les corrélations, les statistiques deviennent de plus en plus des éléments prégnants. L'entrée dans le monde des humains, la socialisation de la molécule, se fait donc selon des rythmes plus longs que ce que l'on pourrait croire. La grande

épreuve de l'étude contre placebo est préparée, approchée, négociée au travers d'études sur des organes, puis sur des animaux vivants. On *prépare* la molécule à s'affronter à une vie sociale. Période que l'on pourrait appeler *d'apprentissage*. C'est pourquoi les animaux qui sont choisis pour l'expérimentation le sont toujours en fonction d'une ressemblance projetée avec les humains. Ainsi les études de toxicologie se font-elles sur des espèces animales choisies après des études *in vitro* sur des hépatocytes ⁴⁷ en culture issus d'animaux différents et permettant de choisir l'espèce qui réagira de la manière la plus semblable à des hépatocytes humains dans la rencontre avec une [105] molécule particulière. Il en est de même pour toutes les études précliniques.

Voilà pourquoi l'animal de laboratoire est un être très étrange : les générations de rats ou de souris élevés et destinés à être sujets d'expérimentations puis sacrifiés ont comme caractéristique principale d'être des *hybrides*, de véritables créations humaines ⁴⁸. Ce caractère hybride n'est pas une donnée secondaire : il est au coeur de leur définition. C'est ce qui permet aux animaux de laboratoire d'occuper également une place hybride dans le processus d'invention. Les chercheurs n'ont rien besoin d'apprendre de singulier sur les rats *en tant que rats vivant en société de rats* ou sur les souris *en tant que souris vivant en société de souris*. C'est d'abord au sens où les humains et les rats ont quelque part une histoire commune, sont le résultat de l'évolution biologique qui a croisé des éléments communs, qu'ils intéressent les chercheurs. Mais c'est surtout parce que l'univers et la biologie des rats et des souris peuvent être justement perturbés de manière calculée par l'intrusion des humains. Les pharmacologues travaillent à l'opposé des éthologues qui fuient les hybrides comme un artefact les empêchant de produire des résultats de manière rigoureuse, même s'ils savent qu'ils ne peuvent jamais complètement éliminer ce risque ⁴⁹.

Les chercheurs des laboratoires où s'inventent les molécules perfectionnent toujours plus leur art de fabriquer [106] des hybrides qui ne sont plus seulement comportementaux (le « rat de laboratoire » qui

⁴⁷ Cellules du foie.

⁴⁸ François Dagognet nous a fait remarquer que Georges Canguilhem avait utilisé la formule « animaux utopiques » pour les décrire.

⁴⁹ Vinciane DESPRET, *Naissance d'une théorie éthologique*, op. cit.

fait des exercices de mémoire, appuie sur des leviers pour recevoir son pain quotidien, parcourt des labyrinthes, nage dans une baignoire avant de faire la planche ou de se laisser couler, etc.) ou les résultats d'une évolution orientée (comme les « souris buveuses » sélectionnées par triage sur plusieurs générations pour étudier sur elles les médicaments de l'alcoolisme), mais aussi génétiques : nouvelles souches de souris modifiées génétiquement (transgéniques) pour l'étude de molécules antivirales, moutons, vaches, dont le capital génétique aura été modifié par inclusion de gènes humains ⁵⁰. Là encore, sur le modèle de ce qui se passe dans le laboratoire de l'étude contre placebo, un problème que des chercheurs voulant « faire science » chercheraient à éliminer (l'« effet placebo » dans un cas, l'« hybridisation » dans l'autre) est transformé, systématisé pour devenir un ingrédient producteur du médicament. La molécule n'est déjà plus étudiée sur eux en « ouvert », c'est-à-dire selon des protocoles qui pour être rigoureux n'ont pas besoin que l'on élimine les « préjugés » des scientifiques. On n'est pas encore dans [107] l'étude en double aveugle, comme lorsque la molécule fait son entrée chez les humains, mais on est déjà obligé de construire des protocoles qui tiennent compte d'autre chose que dans une étude *in vitro* : la mise en relation d'êtres vivants susceptibles de s'influencer. Il n'y a donc pas une coupure brutale entre les effets de la molécule et ceux du médicament, entre l'effet pharmacologique-biologique et l'effet placebo, mais un *continuum créé par apprentissage*. L'étude sur animaux vivants fait partie de cet apprentissage. Mais cela n'est pas le résultat d'une obligation spontanée que s'imposeraient les laboratoires scientifiques.

Les *exigences* du laboratoire de l'étude contre placebo se sont déplacées en amont et ont de plus en plus tendance à spécifier à la fois le travail de tous ceux qui ont affaire avec les animaux (travail qui n'a plus rien à voir avec tous les autres modes d'étude des animaux vi-

⁵⁰ Les chercheurs en psychologie expérimentale créent aussi des animaux hybrides (comportementalement) quand ils étudient les pigeons dans des cages. Mais ils le font alors que rien ne l'exige d'eux : quand ils créent des animaux hybrides, c'est malgré eux. Sur la mise en cause de ce type d'expérimentation, on peut lire avec profit Georges DEVEREUX, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, Paris, 1980. Ainsi qu'Isabelle STENGERS, *Cosmopolitiques*, t. 7 : *Pour en finir avec la tolérance*, La Découverte/Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1997.

vants) *et* ces animaux eux-mêmes : les deux évoluent de concert comme la guêpe et l'orchidée. Dès le départ de l'invention des molécules, tous les laboratoires fonctionnent de manière spécifique : ils se passent la molécule comme dans une course de relais, afin de participer à la fabrication de l'objet technique médicament. Et leurs métiers de départ sont réinventés en même temps que leurs laboratoires scientifiques, en fonction de cette exigence. Cette exigence part du laboratoire de l'étude contre placebo car c'est là qu'apparaissent enfin au grand jour les qualités et les défauts de tout ce que l'on a inventé en amont.

[108]

Un lieu de foisonnement

[Retour à la table des matières](#)

La co-invention des animaux de laboratoire et du laboratoire de l'étude contre placebo, que nous avons évoquée renvoie à une caractéristique commune des animaux et des humains vivants : leur *non-indifférence* en tant qu'objets d'expérimentation à ce qu'on leur fait subir, ce qui les distingue radicalement des cellules ou organes en culture. Ce n'est pas d'abord d'une question morale ou éthique qu'il est question ici, mais d'une question pratique qui dicte des modalités expérimentales singulières. Il y a discontinuité dans la chaîne des expériences dès que cette question de la non-indifférence surgit, permettant (ou imposant) alors de créer un lieu où ce que nous appelons d'habitude « biologique » et « social » ne sont plus très faciles à distinguer, mais où tout se joue à l'endroit où ils se rencontrent et forment bloc.

Le laboratoire de l'étude contre placebo, lieu de passage obligé, se dresse comme un *juge* au milieu de tous ceux qui participent à l'invention du médicament, redessinant les contours de leurs professions, de leurs laboratoires et de leurs marchés, sélectionnant leurs produits et leurs arguments, permettant à la science et au commerce de faire bloc pour l'invention technique. Il est aussi une sorte *d'inverseur* systématique venant toujours contredire notre tentation de décrire les événements de manière linéaire. Cela pourrait bien le spécifier de manière

étrange par rapport à tous les autres laboratoires techniques que nous avons inventés dans d'autres secteurs industriels.

La consolidation du laboratoire de l'étude contre placebo [109] a entraîné une normalisation de la vie du médicament en aval, dans les sphères de la circulation, sur laquelle nous reviendrons dans les prochains chapitres. Mais il a permis, symétriquement, un foisonnement de plus en plus important en amont, comme si l'univers désordonné de la marchandise, avec son imprévisibilité, sa capacité redoutable à créer de l'événement là où on ne s'y attendait pas, ses possibilités de créer d'étranges connexions ne pouvant plus s'exprimer dans la circulation, en un mot tout ce qui caractérise la vie du capital, avait eu tendance à se développer en amont dans l'invention des molécules.

Le surgissement récent du laboratoire de l'étude contre placebo constitue une des difficultés que nous rencontrons pour l'analyse du médicament moderne : nous ne faisons qu'en découvrir la puissance et toutes les potentialités au moment même où il s'impose de manière de plus en plus incontournable. L'industrie pharmaceutique reste dans une phase d'incertitude quant aux modes d'organisation des services de recherche qui constituent son amont. Le contraste est en effet saisissant entre l'affermissement permanent des procédures et des méthodologies qui caractérisent le laboratoire de l'étude contre placebo et les difficultés qui président à la définition de son amont. On peut décrire la situation comme l'affrontement entre une logique que l'on pourrait appeler « naturaliste » et la logique du laboratoire de l'étude contre placebo. La logique naturaliste semble décrire la tentative récurrente, mais toujours mise en échec, d'un chemin qui mènerait directement, c'est-à-dire *logiquement et rationnellement*, de la découverte (qu'elle soit biologique, physiologique, [110] chimique, etc.) à son utilisation thérapeutique chez l'être humain vivant. Elle implique de rendre inutile et désuet le laboratoire de l'étude contre placebo et rêve en fait d'un retour en arrière vers des modes d'invention qui ont montré leurs limites et leurs dangers. Une promesse *naturaliste* consiste, selon notre définition, à projeter l'invention de thérapeutiques qui agiraient non plus sur un chaînon intermédiaire des causes et des effets biologiques, mais totalement en amont, sur le gène (alors que celui-ci n'est par ailleurs le plus souvent qu'un cofacteur dans de nombreuses maladies). Elle laisse entendre que le laboratoire de l'étude contre placebo pourrait alors devenir inutile. Les « biologiques » (au sens où l'on parle de

l'« économique ») des cellules, des tissus et des animaux hybrides cesseraient alors leurs incessantes différenciations toujours réinventées et permettraient de rendre compte du vivant humain sans plus de distinctions. Cette promesse pourrait être lourde de déceptions. L'histoire réécrite *a posteriori* des découvertes médicales, qui oublie généralement de raconter les incertitudes, les difficiles controverses, les surprises et les événements au profit d'un récit linéaire et mythique, vient renforcer l'illusion.

La pharmacologie rationnelle, le *drug design*, la biologie moléculaire et le génie génétique devaient définir l'amont du laboratoire de l'étude contre placebo en un chemin menant linéairement, de manière presque ennuyeuse, de l'hypothèse au médicament. Ces nouveaux domaines étaient censés pouvoir réorganiser tout leur aval : nouvelles méthodes de recherche et de validation, nouvelles définitions des maladies, nouvelles [111] thérapeutiques. Mais aucun de ces domaines n'a réussi à provoquer le dépérissement du laboratoire de l'étude contre placebo et à se transformer en une véritable machine productrice de médicaments mêlant de manière robuste la construction scientifique et la construction sociale. Au contraire, le laboratoire de l'étude contre placebo *défait* systématiquement toutes les prétentions théoriques à prévoir ce qui va se passer quand un corps, effracteur biologique, rencontre un corps humain vivant. On peut parler de défaite historique pour ces tentatives biologiques dans leur affrontement avec l'empirisme du laboratoire de l'étude contre placebo, dans la lutte pour la redéfinition de ce qu'est un médicament moderne. Résultat de cette défaite : le laboratoire de l'étude contre placebo en est sorti plus robuste que jamais. Il constitue bien, et sans doute pour longtemps encore, le cœur de l'invention médicale moderne.

On peut prendre un exemple de la manière dont le laboratoire de l'étude contre placebo a puissamment redéfini les technologies les plus sophistiquées. Les techniques du génie génétique (avec le séquençage du génome) avaient permis le renouveau d'un projet « naturaliste ». On sait que ces techniques permettent d'envisager de modifier le capital génétique de cellules. Elles créent donc la possibilité théorique de modifier des caractéristiques génétiques à l'origine de certaines maladies. C'est ce qu'on a appelé la thérapie génique. Mais une autre utilisation de ces technologies est possible, qui démultiplie la puissance des anciennes méthodologies de mise au point de petites molécules.

Ce qui devait au départ limiter l'empirisme et le foisonnement [112] les a, au final, favorisés. Chimie combinatoire, identification de nouvelles cibles grâce au séquençage du génome humain et criblage à haute capacité risquent de changer les règles du jeu et de créer de nouveaux enjeux médicaux, industriels et sociaux.

Des outils redéfinis

[Retour à la table des matières](#)

Revenons plus en détail sur ces nouvelles technologies. Le chimiste Pierre Lazlo a décrit la technique de chimie combinatoire issue des travaux de R. Bruce Merrifield, prix Nobel de chimie en 1984 : « Comme sur une chaîne de montage dans l'industrie automobile, se succèdent des opérations de complexification graduelle de la structure moléculaire. Pour cela, des perles d'un polymère, tel le polystyrène, sont dotées chacune d'un réactif différent. Un protocole expérimental synthétise alors, sur des perles distinctes, toutes les combinaisons chimiques approximativement équiprobables. Si, dans un cas représentatif, les produits finaux comportent un enchaînement de quatre modules distincts, et si chacun d'eux est formé à partir de 10 réactifs différents, on pourra fabriquer ainsi $10 \times 10 \times 10 \times 10 = 10\,000$ molécules différentes ⁵¹. »

Parallèlement, les technologies de la biologie moléculaire permettent de séquencer le génome humain, de le comparer au génome de certaines espèces animales, et surtout d'identifier des modifications liées à certaines [113] pathologies. Le chemin pourra être fait dans les deux sens : de la maladie, présente dans une même lignée familiale, au génome, ou du génome séquence à la maladie. Il s'agit de comprendre la manière dont s'exprime dans une cellule une particularité génétique et donc de connaître les protéines en cause. Le nombre de « cibles » pouvant servir à tester l'activité de molécules, elles-mêmes en nombre quasi infini, s'en trouve démultiplié de manière fantastique. La masse de données ainsi générée ne pourra être traitée et étudiée qu'avec les outils de la bio-informatique. Cette découverte de nouvelles cibles

⁵¹ Pierre LASZLO, « Substances naturelles et produits artificiels », *Diogenes*, 172, octobre-décembre 1995, p. 111-132.

biologiques permet la constitution de vastes bibliothèques de gènes (*genomics*). Ce sont des informaticiens qui avaient été formés aux programmes de « guerre des étoiles » aux États-Unis ou des spécialistes de l'informatique météo qui ont été recrutés pour créer les outils nécessaires à ce vaste projet tout aussi proliférant.

Les molécules qui peuvent être synthétisées en amont sont en nombre quasi infini, comme les tests toujours réinventés pour les trier, c'est-à-dire identifier certains de leurs attributs. Contrairement à une idée répandue ces dernières années, les opérations de triage (*screening*) de molécules candidates au statut de médicament ne sont pas dépassées par les nouvelles technologies. Celles-ci les réinventent et en accélèrent la vitesse. Les techniques dites de « criblage à haute capacité » doivent permettre de trier plusieurs milliers de molécules par jour en fonction de leur activité biologique. Ce nouveau triage s'opère en amont de ceux que l'on réalisait déjà (sur organes isolés ou sur animaux vivants).

[114]

Quelles leçons en tirer ? La machine constituée par le laboratoire de l'étude contre placebo a gagné une telle robustesse, implique de telles garanties pour tous ceux qui en acceptent le fonctionnement et même ce qu'on pourrait appeler, sans jugement de valeur, le despotisme, qu'on ne voit pas comment ils n'en bénéficieraient pas en multipliant, sans crainte, les techniques de foisonnement en amont. On voit bien comment cette machine a pu submerger sous sa productivité les autres modes de socialisation des effracteurs biologiques : la méthode des dilutions qui caractérise l'homéopathie n'a évidemment pas produit le même type de possibilités et ne constitue pas un rival possible sur ce terrain. Les effracteurs biologiques à l'origine de l'homéopathie sont issus de la pharmacopée des XVIII^e et XIX^e siècles et ceux qui sont utilisés aujourd'hui sont les mêmes, à quelques variantes près.

Les acteurs des laboratoires de recherche ont pris en compte ce changement à la suite de fortes déceptions ⁵² : ils parlent des nouvel-

⁵² C'est dans le domaine de la thérapie génique que les déceptions ont été les plus fortes. Le conseil donné par les autorités de santé américaines aux chercheurs pourrait se résumer de la manière suivante : « Ne cherchez plus pour le moment à vous affronter au laboratoire de l'étude contre placebo, retournez dans vos laboratoires scientifiques ! » J'ai essayé d'analyser quelques-unes de

les technologies en terme [115] d'« aides » ou d'outils qui viennent s'ajouter aux outils déjà existants et non plus en terme de *révolution* qui aurait pour fonction de faire disparaître les autres méthodes et outils de recherche. Les nouvelles technologies, comme celles de la biologie moléculaire, ne viennent pas tant se substituer aux anciennes mais s'ajoutent comme un niveau de construction supplémentaire et prometteur.

On peut affirmer que le laboratoire de l'étude contre placebo, dont les mécanismes sont implacables, crée en amont un appareillage qui lui ressemble : *le laboratoire de screening (ou de triage) des molécules*. Il déporte en amont les problèmes qu'il doit régler et il crée pour cela des animaux hybrides mais aussi des cellules hybrides. L'amont du laboratoire de l'étude contre placebo est constitué d'un ensemble de laboratoires scientifiques qui utilisent toutes les technologies des laboratoires universitaires avec la capacité de les faire évoluer, de les perfectionner. Mais le *cahier des charges* qui définit l'ensemble des êtres (humains et non humains) qui les peuplent est radicalement différent du cahier des charges des laboratoires scientifiques académiques (ou universitaires). Ces derniers inventent des expériences qui sont confirmées ou infirmées dans le vaste réseau des autres laboratoires fonctionnant sur le même modèle qu'eux. Pour les laboratoires qui participent à [116] l'invention de molécules, ce n'est pas le réseau constitué par ces laboratoires qui constitue leur principal cahier des charges. Il est d'abord défini par les questions du type : avons-nous su prédire correctement les effets que produira la molécule quand elle subira les épreuves du laboratoire de l'étude contre placebo ? Avons-

ces déceptions dans Philippe PIGNARRE, *Ces drôles de médicaments*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1991. Des scientifiques américains et anglais commencent à tirer une sonnette d'alarme que les Français font encore semblant d'ignorer : « Orkin et Varmus ont appelé les chercheurs à être plus circonspects quand ils font des déclarations à la presse. Ils ont mis en garde contre une surestimation des bénéfices que l'on pouvait attendre de la thérapie génique. Le public pourrait s'estimer trompé s'il n'y avait pas de bénéfices immédiats » (Kurt KLEINER, « Back to Basics for Gène Therapy », *New Scientist*, 16 décembre 1995). Stuart Orkin est un chercheur du Howard Hughes Médical Institute et Harold Varmus est directeur du National Institute of Health nord-américain. De nombreux articles semblables ont été publiés dans la revue anglaise destinée à l'industrie pharmaceutique, *Scrip Magazine*.

nous été assez rapides ? Nos techniques permettent-elles le foisonnement exigé par le laboratoire de l'étude contre placebo ? Ces questions renvoient systématiquement au laboratoire de l'étude contre placebo. C'est dans ce lieu peuplé de nouveaux représentants (industriels, médecins, malades, représentants des agences gouvernementales du médicament) que l'on peut répondre à ces questions. Les laboratoires de l'amont ne fonctionnent pas en premier lieu *horizontalement*, mais *verticalement*. Il importe peu que les expériences inventées dans ces lieux originaux soient ou non reconnues par les autres laboratoires dans le réseau qui définit les pratiques scientifiques d'une discipline. Au contraire, si l'invention d'un nouveau dispositif expérimental permet de bien prédire ce qui va se passer dans le laboratoire de l'étude contre placebo, on pourra avoir tout intérêt à essayer d'en garder le monopole. Les dispositifs de pouvoir doivent veiller à ce que ce qui définit ces exigences ne soit jamais oublié au profit d'un autre fonctionnement, plus vertical, qui reste néanmoins nécessaire et qui les font ressembler à des laboratoires universitaires classiques dans la lignée de l'invention bernardienne.

Le foisonnement dicté par le laboratoire de l'étude contre placebo dissimule sous sa dimension infinie sa spécificité proprement occidentale. C'est là que les [117] contraintes que nous nous sommes fixées dans l'introduction, qui pouvaient sembler finalement aller de soi, peuvent être le plus facilement remises en cause. C'est là que l'analyse symétrique est menacée. Pourquoi tout ne serait-il pas réductible au type de médicaments (modernes) que nous inventons ? Pourquoi notre manière d'inventer des médicaments ne nous donnerait-elle pas le pouvoir de juger ceux inventés dans d'autres traditions ? Cela reviendrait à penser que ce qui nous sépare des autres médecines (savantes ou traditionnelles) ne pourrait être étudié qu'à la lumière des modes de rationalité inventés en Occident et non plus à celles des modes de socialisation toujours particuliers et originaux. C'est là que peut se mettre en place un dispositif de pensée non constructiviste opposant rationalité à croyance. C'est la question la plus difficile que nous ayons à traiter.

[118]

[119]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 4

L'aval : le marché

[Retour à la table des matières](#)

Les économistes de la santé ont tous mis l'accent sur les différences importantes qui existent entre le marché des médicaments et le marché capitaliste en général. Ainsi, l'économiste américain Charles Phelps écrit : « Le plus éphémère contact avec ce secteur de l'économie suffit pour se convaincre qu'il est éminemment différent des autres. Souvent, cette différence est si grande qu'on se demande si ce que l'on a appris des systèmes économiques et des marchés dans d'autres domaines de l'économie s'applique, même en partie, à l'étude de la santé ⁵³. » François Régnier écrit parallèlement : « Autant l'économie classique, celle de l'offre et [120] de la demande, celle des biens et des services traditionnels, s'arrange de ce sur quoi elle repose, la valeur d'échange, autant l'économie de santé s'en accommode moins bien. En effet, il y a beaucoup de qualitatif dans l'achat d'une prestation de santé. Cela explique que si la méthode de l'évaluation comparative du médicament, en double aveugle contre placebo ou produit de référence, apporte un "gold standard" ainsi que nous l'avons vu plus

⁵³ Charles PHELPS, *Les Fondements de l'économie de la santé*, Publi-Union, Paris, 1995, p. 11.

haut, un tel modèle expérimental fait encore défaut dans l'évaluation économique. Rappelons ici que la science économique n'est pas une science expérimentale, mais une science descriptive ⁵⁴. »

Les systèmes de prescription et de remboursement sont très différents d'un pays à l'autre, mais ils ont néanmoins tous la caractéristique de ne pas permettre la constitution de véritables marchés libres. Il existe une sorte de consensus dans tous les pays sur la nécessité de faire au moins partiellement échapper l'économie de la santé aux seuls mécanismes régulateurs du marché (de l'offre et de la demande), car ceux-ci produiraient trop d'inégalités, considérées comme inconciliables avec le droit à la santé. L'économie de la santé est aussi, en conséquence, actuellement fragilisée dans tous les pays par les transformations de l'économie mondiale, comme si elle avait du mal à s'y insérer en tant que constituant fonctionnant selon ses propres normes.

Nous souhaiterions étudier, en continuant à suivre le médicament comme un objet traceur, comment se sont [121] constitués ces grands référents comme le « droit à la santé », les « systèmes de prescription et de remboursement ». Nous ne les prendrons donc pas comme des données de départ qui existeraient, pour des raisons philosophiques abstraites, de tout temps (ce que le minimum de recherche historique dément très vite). Il nous semble plus sûr d'essayer de comprendre par quels mécanismes précis ils sont devenus des évidences morales au cours de ces cinquante dernières années et si le médicament moderne joue un rôle dans ces fortes redéfinitions. Là encore nous essaierons de rester constructiviste. Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction, nous ne voulons pas faire ici de la pure économie, domaine dans lequel nous ne sommes pas compétent, mais constituer plus modestement ce que nous avons appelé une « économie » du médicament, partant de ses spécificités en tant qu'objet technique particulier.

⁵⁴ François RÉGNIER, « La recherche et développement du médicament a changé bien des choses ! », in D. JOLLY (SOUS la dir. de), *Médicaments et Médecine*, op. cit., p. 9.

Valeur d'usage et valeur d'échange

[Retour à la table des matières](#)

Faisons d'abord un détour sur le fonctionnement des marchés en général. Comment se fait l'entrée en société d'un objet ? Ou, question en miroir, quel univers créent les objets au moment où nous en faisons l'acquisition pour les consommer ? Comment s'opère la cocréation des objets consommables et du couple vendeur-consommateur ? On peut considérer, à la suite de François Régnier, qu'il pourrait être utile dans notre domaine de revenir à une partie des théories de la valeur non marginalistes articulées sur les notions de *valeur d'usage* et [122] de *valeur d'échange*, telles qu'elles ont dominé le XIX^e siècle. Ce type d'outils présente à nos yeux l'avantage de pouvoir nous aider à constituer cette véritable « économie » ou écologie du médicament que nous appelons de nos vœux. Nous avons évidemment bien conscience qu'ils pourraient, à juste titre, être considérés comme totalement inutilisés pour d'autres buts (par exemple pour des calculs de prévision).

D'une manière générale, un objet se socialise *en devenant une marchandise*, c'est-à-dire en étant doté d'un prix qui lui permettra d'être échangé. On connaît le mouvement dans lequel l'objet se socialise en devenant une marchandise : marchandise - argent - marchandise, soit : M - A - M. On sait aussi que dans les sociétés marchandes ce mouvement est beaucoup plus long et prend la forme : M - A - M - A - M, etc. On peut donc aussi le saisir en un autre de ses moments, de la manière suivante : A - M - A. Mais celui qui achète une marchandise pour la revendre ne le fait pas pour réaliser une opération blanche. La réussite de la socialisation se traduit par l'apparition (ou peut-être la manifestation) d'une valeur supplémentaire dans le cycle. On n'a donc pas A - M - A, mais : A - M - A', où $A' > A$. Cette « survaleur » ou plus-value qui apparaît de manière phénoménologique dans la sphère de la circulation est la preuve d'une socialisation réussie : l'objet devenu marchandise a tenu les promesses qui étaient en lui. Mais il faut regarder plus en détail ce qui s'est passé. Dans le moment où un objet doit devenir une marchandise, sa valeur peut être analysée sous ses deux formes de *valeur d'usage* et de *valeur d'échange*, dont la

forme phénoménologique ultime est le prix (le [123] prix varie autour de la valeur en fonction de l'offre et de la demande).

Qu'est-ce qui distingue valeur d'usage et valeur d'échange et comment peut-on passer de l'une à l'autre ? La valeur d'usage d'une marchandise renvoie à son utilité pour celui qui va la consommer. Mais les valeurs d'usage, si elles sont l'aspect le plus concret des marchandises, les rendent par là même incomparables entre elles. Pour socialiser un objet il faut *basculer* de sa valeur d'usage à sa valeur d'échange, c'est-à-dire, tout simplement, *exprimer cette valeur d'usage dans une autre valeur d'usage*. La valeur d'usage initiale devient alors indifférente : on l'oublie le court temps de la socialisation (au cours d'une négociation entre un acheteur et un vendeur on peut suivre dans la discussion comment s'opèrent les nombreux passages entre ces deux registres différents de la valeur d'usage et de la valeur d'échange). C'est la réalisation pratique, sur le marché, de sa valeur d'échange qui permet l'accomplissement de cette transformation, car seul ce qui dans l'objet est *comparable* avec d'autres objets permet le processus d'échange, c'est-à-dire l'entrée en société. Mais l'objet peut cesser, de manière instantanée, d'être une marchandise : sa valeur d'usage redevient son trait dominant au moment où l'on s'apprête à le consommer.

Nous arrivons ainsi à une question clé : la *valeur d'échange* est ce qui permet de traiter tous les objets comme des *universels* en les abstrayant de leur usage concret auquel la valeur d'usage nous ramène toujours. C'est ce dédoublement qui rend la comparaison et le marché possibles. L'argent, justement appelé équivalent [124] général, est la forme la plus générale de cette possibilité pour un objet de se subsumer sous sa valeur d'échange. Il est la forme hypostasiée de la valeur d'échange.

Le terme « socialisé » que nous employons ici est ambigu car il pourrait laisser croire que l'objet était auparavant un objet « privé », ce qui est faux. Parler d'« objet partiel » pour tout objet qui n'a pas encore vérifié s'il avait été inventé et fabriqué avec raison (ce que le marché vérifiera) serait peut-être plus juste. Mais nous garderons cette formule, avec toutes ses limites, pour décrire ce moment privilégié de la vie d'un objet quand il entre dans la sphère de la circulation. Il sera vendu dans cette sphère, c'est-à-dire échangé contre de l'argent, et c'est uniquement par cet acte de vente que sa socialisation se réalise. Si cette socialisation échoue l'objet sera retiré, faisant remonter cet

échec en amont jusqu'à ceux qui l'ont inventé et fabriqué pour leur malheur. Nous savons aussi que tous les objets ne sont pas des marchandises et, inversement, que toutes les marchandises ne sont pas des objets (pendant des siècles, les humains ont pu être des marchandises : le caractère moralement insupportable de l'esclavage est même très récent). Il est donc légitime d'étudier les manières *spécifiques* dont certaines catégories d'objets ont une vie sociale qui n'inclut pas le passage par le statut classique de marchandise ⁵⁵, lequel ne reste par ailleurs qu'un moment dans la vie d'un objet. Il est également probable que ces cas soient beaucoup plus nombreux que ce que pensent les économistes, qui parlent de marché en [125] général, alors qu'il y a une multitude de marchés partiels aux règles de fonctionnement propres (ce que les sociologues auraient tendance à privilégier).

Le médicament est un universel

[Retour à la table des matières](#)

Notre objectif est de saisir le médicament dans son mouvement le plus vaste, c'est-à-dire dans la manière dont il participe de la fabrication du social. Par social, nous entendons le dispositif général qui crée des acteurs et des dispositifs de rapports entre eux, lesquels devront inclure, dans notre cas, la compréhension que les acteurs humains vont développer de la maladie et des manières de soigner. Il s'agit donc d'une conception constructiviste du social : quand nous parlons de *socialisation* (ou de nouvelle étape dans la socialisation), nous parlons aussi de la manière dont les objets, les non-humains, contribuent à définir le social et non pas de la manière dont ils le réfléchiraient passivement. Nous élargirons donc ce que nous avons essayé de faire dans les trois premiers chapitres.

Notre objet particulier, la molécule, a d'une certaine manière vu sa valeur augmenter au cours de sa socialisation (de ce que l'on a appelé l'« effet placebo » sans très bien savoir de quoi l'on parlait mais en repérant un changement en général renvoyé à l'action psychologique du médecin sur le patient, qui justifiait une comparaison). Cette aug-

⁵⁵ On lira sur ce sujet Arjun APPADURAI (éd.), *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*, *op. cit.*

mentation de valeur est la démonstration d'une socialisation réussie. On pourrait encore dire les choses autrement, d'une manière plus abstraite mais qui nous permet de vérifier le caractère opératoire de [126] nos concepts : le passage de l'objet à la marchandise ou de la molécule au médicament, qui s'accompagne dans les deux cas d'une augmentation de valeur, traduit en fait un changement de plan qui appelle un *recalcul de leur valeur*. Dans le cas du médicament, *on a ajouté de la valeur d'usage à de la valeur d'usage pour atteindre l'abstraction et l'universalisation*, et cette opération suppose cette machine très particulière qu'est le laboratoire de l'étude contre placebo.

Le laboratoire de l'étude contre placebo constitue le moment privilégié où la molécule accède au statut d'universel. Il n'est que d'écouter les acteurs qui organisent cette épreuve assurant le passage de la molécule au médicament : ses résultats vont définir les indications et contre-indications, c'est-à-dire *les populations qui pourront / devront / devraient le consommer*. Toutes les « pathologies », ou groupements de symptômes, ont reçu des noms (parfois descriptifs, parfois le nom de celui qui les a mises en forme) afin de les fixer dans une abstraction permettant leur identification, leur enseignement et leur traitement conceptuel, statistique, épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. C'était indispensable au bon fonctionnement du laboratoire de l'étude contre placebo, là où nous avons parlé de passage du moléculaire au molaire. Le raffinement est infini. Ce système de correspondances, même s'il est issu de consensus, est évidemment très souple, évolutif et permet à une certaine forme de rigueur méthodologique de se déployer : on peut faire des statistiques, apprécier la gravité de manifestations de la maladie sur des échelles, etc. Ce système a gagné tous les secteurs intégrés à la médecine, y compris les plus [127] rebelles comme la psychiatrie sous des modes particuliers ⁵⁶. Les ingrédients qui permettent de faire évoluer la définition et le clas-

⁵⁶ Une difficulté apparaît évidemment en psychiatrie : quel est l'effet « inducteur » des questions que l'on pose aux patients ? Ceux-ci ne perçoivent-ils pas plus ou moins consciemment les éléments qui intéressent le psychiatre (par exemple parce qu'il fait un mouvement particulier pour les noter) et ne privilégient-ils pas ces éléments aux dépens du reste dans les entretiens successifs ? Ce débat a été posé aux États-Unis au moment de l'extension de l'épidémie des troubles de la personnalité multiple (MPD) qui semblent largement induits par le comportement (et les questions) du thérapeute.

sement des pathologies sont issus de domaines incroyablement différents allant de la psychologie et de l'étude des comportements (qui restent dominantes dans des pans entiers de la médecine) à la biologie (qui permet de subdiviser des entités auparavant considérées comme uniques). Par ailleurs, les médicaments qui, dans le laboratoire de l'étude contre placebo, ont montré qu'ils étaient efficaces sur des sous-groupes de patients obligent à redécouper des entités nosologiques qui paraissaient pouvoir constituer des ensembles solides, ou, au contraire, à en regrouper qui paraissaient distinctes. Le laboratoire de l'étude contre placebo est producteur d'une extraordinaire diversité alors que l'on avait pu imaginer qu'il allait la réduire. Les pathologies qu'il a su capter et redéfinir se révèlent pouvoir être soignées de manière de plus en plus multiple. Ainsi, il y a plus de cinq classes de médicaments antihypertenseurs qui créent, implicitement mais de fait, des définitions différentes de la pathologie et, au-delà, du système biologique qu'ils modifient. On peut faire varier les définitions de [128] l'hypertension en partant de la manière dont on peut la corriger. On dit généralement que la pathologie en cause est plurifactorielle pour fuir un constructivisme inquiétant. Mais alors, pourquoi suffit-il le plus souvent d'agir sur un seul facteur (ou sur deux au maximum) pour traiter le patient ⁵⁷ ?

En revanche, pour certaines maladies, comme le sida, on pourrait *a priori* considérer que la définition objective et intangible de la maladie précède les traitements et a peu de chances d'être redéfinie ou resegmentée par eux, tant la compréhension de la maladie semble avoir pris une longueur d'avance sur la mise au point de traitements. Il est vrai que l'on dispose encore de peu de moyens et pourtant ceux qui existent, comme l'AZT, ont déjà commencé à redéfinir la cause ultime de la maladie, le virus HIV. Il a désormais un nouvel attribut, essentiel, constituant un des traits les effrayants de cette maladie : la variabilité, la rapidité des mutations qui l'affectent. C'est depuis que l'on commence à disposer de thérapeutiques que cet attribut a pris toute son

⁵⁷ Sur ce sujet on lira les travaux de la nouvelle sociologie des sciences et des techniques. Par exemple, R. Vos, *Drugs Looking for Disease*, Reidel, Dordrecht, 1992. Sur l'asthme, Dick WILLEMS, « Inhaling Drugs and Making Worlds. A Proliferation of Lungs and Asthmas », in Marc BERG, Annemarie MOL (sous la dir. de), *Differences in Medicine, Unravelling Practices, Techniques and Bodies* (à paraître).

importance. Même dans ce cas extrême, le médicament, aussi imparfait soit-il, a contribué à transformer la définition de la cause de la maladie et de la maladie elle-même des deux manières possibles : à la fois pratiquement et théoriquement. C'est ainsi, en construisant de manière complexe la rencontre « pathologies redéfinies-médicaments [129] adéquats », que les médicaments accèdent à l'universel.

La limite d'emploi des médicaments est fixée par le « mode d'emploi » qui est le document technique final issu du laboratoire de l'étude contre placebo et qui ne relève pas de la compétence du médecin. À la différence de ce qui se passe pour les objets marchandises, il n'y a pas au cours du processus de socialisation basculement entre valeur d'usage et valeur d'échange. Tout se joue sur la valeur d'usage. Ce n'est pas en entrant sur un marché (d'où résulterait la fixation d'un prix) que la molécule se socialise en médicament. Sa socialisation se fait *directement* par construction de sa valeur d'usage et non pas par construction de sa valeur d'échange, même si, dans les deux cas, il y a augmentation, ou recalcul, de valeur. Cela traduit la puissance du laboratoire de l'étude contre placebo.

Mais nous avons pourtant, comme pour les objets qui deviennent des marchandises, une *universalisation* de la molécule ; elle devient *abstraite* au sens où elle sera valable, statistiquement, pour des patients indifférenciés, recrutés et classés pour devenir indifférenciables. Les médicaments ont donc une caractéristique tout à fait exceptionnelle : *ils s'universalisent sans s'absorber dans leur valeur d'échange*. Si l'on reprend la description que nous avons faite dans le deuxième chapitre sur ce que permettait l'effet placebo quand il s'ajoutait à ce que la molécule « pouvait » pharmacologiquement, on pourrait maintenant ajouter de nouveaux mots : le médicament a gagné ses qualités d'objet « universel » et « abstrait ». Ce n'était pas le cas avant le passage dans le laboratoire de l'étude contre placebo.

[130]

Par quel miracle un objet peut-il devenir abstrait au travers même de ce qui le caractérise comme concret ? En le construisant comme super-concret dans l'opération que nous venons de décrire. Nous devons ici revenir sur une caractéristique du médicament que nous avons mise en évidence dans le chapitre précédent. S'il était fabriqué par le médecin, il n'aurait aucun moyen d'obtenir le statut d'un « abstrait » et

d'un « universel ». Il resterait collé à un médecin particulier et à un patient particulier pour lequel il aurait été fabriqué individuellement. C'est là que nous pouvons trouver une nouvelle spécificité. Cette universalisation de la molécule, n'étant pas le résultat d'un décolllement de la valeur d'échange par rapport à la valeur d'usage, est rendue possible par la manière même dont elle est inventée par un *tiers*, seul capable de revêtir le manteau de la neutralité. On a déjà vu précédemment que, dans la tradition occidentale, le médicament n'est jamais fabriqué par le médecin. Il ne doit pas l'être si l'on veut qu'il soit un objet abstrait et universel, valable de manière indifférente. Il faut qu'il vienne de loin, du préparateur, autrement dit du pharmacien, autrement dit de l'industrie pharmaceutique. La similitude fait partie de la définition du médicament. La capacité à produire des médicaments exactement semblables fait partie de la définition de l'usine pharmaceutique, en tant que celle-ci appartient au monde capitaliste moderne. Les techniques artisanales ne produisent jamais d'objets semblables les uns aux autres. Il fallait plus qu'un pharmacien pour que l'on accède à cet univers du médicament reproduit à l'identique. Il fallait la naissance de [131] l'industrie pharmaceutique en tant qu'industrie moderne.

Les conséquences de l'absence de marché

[Retour à la table des matières](#)

Mais il y a un prix à payer pour ce mode d'accès à l'universel directement en tant que valeur d'usage : le médicament ne crée pas, dans son mouvement même de constitution, *un lien* au sens où la marchandise crée le lien vendeur-acheteur. Ce lien, c'est le marché qui le crée dans le cas des marchandises habituelles. La molécule ne se transforme pas en médicament en accédant ou en créant un marché, c'est-à-dire un espace social, sans limites *a priori*, défini par les possibilités de l'échange généralisé et par la création d'acteurs aux rôles bien définis les uns par rapport aux autres. Le marché tel qu'il s'épanouit avec le capitalisme est en effet producteur de lien social et de société en général au sens fort de ces termes : il crée des collectifs qui apprennent à travailler et à fonctionner ensemble, il met les individus en relation les uns avec les autres ; il les oblige à s'aimer, à se détester, à vi-

vre ensemble, voire à se faire la guerre. Par quoi peut-on remplacer ce mécanisme dont on connaît la performance ?

Là encore, il suffit d'écouter les acteurs : le mode de fixation des prix suit l'épreuve réussie contre le placebo, mais devra venir dans un second temps de l'*extérieur* ⁵⁸. La fixation du prix est une mesure administrative [132] dans de nombreux pays, le résultat de négociations qui pourront inclure les éléments les plus divers (coût de sa recherche et de son développement, ampleur des ventes prévisibles, prix dans le pays d'origine, prix du médicament de référence, construction d'usines, efforts de recherche, etc.), et non pas le résultat d'une mise en équilibre avec création d'acteurs procédant à des échanges. Dans d'autres pays, le prix est fixé par des caisses de remboursement indépendantes de l'appareil administratif d'État. Mais, dans les deux cas, le prix est fixé dans une opération disjointe de la réussite de l'universalisation. Et le laboratoire d'étude contre placebo crée un rapport de force avec la structure chargée de fixer le prix de remboursement. Le système de remboursement par la Sécurité sociale permet à tous ces processus de rester invisibles. Il a été conçu comme une machine en aval permettant d'organiser la régulation des biens de santé : la masse des soins remboursés devait être mise en relation avec la masse des cotisations versées par les bénéficiaires. Cette machine s'est révélée très faible, incapable de réguler en aval les exigences issues du laboratoire de l'étude contre placebo, à la différence de ce qui s'est passé en amont avec la création d'un foisonnement organisé à travers le laboratoire de *screening* des molécules. Le prix du médicament n'est donc pas attaché au mouvement qui se crée dans la rencontre entre un vendeur et un acheteur, personnages créés autour de l'apparition de la valeur d'échange. En conséquence, le prix des médicaments sera beaucoup plus résistant aux mécanismes de l'offre et de la demande.

⁵⁸ L'autorisation de mise sur le marché (AMM) est également un acte administratif quand la molécule a réussi dans l'épreuve contre placebo.

[133]

Figure 2.
La spécificité de *l'économie* du médicament.

[Retour à la table des matières](#)

Marchandise classique	Médicament
<p>objet ↓ marchandise ↓ abstrait-universel (valeur d'échange) ↓ marché ↓ acheteur-vendeur</p>	<p>molécule ↓ médicament ↓ abstrait-universel (valeur d'usage) ↓ décision administrative ↓ pas de lien</p>

Qu'un objet ne nous soit présent que sous la forme de sa valeur d'usage, c'est-à-dire sous sa forme finale de consommable, sans qu'il y ait un marché au sens propre du terme, avec des valeurs d'échange, c'est finalement une chose assez banale (il suffit de penser à l'oxygène de l'air que nous respirons !). Ce qui l'est moins et pose beaucoup de problèmes d'analyse, c'est qu'il se manifeste malgré tout comme un objet manufacturé, rare, et comme universel. N'y a-t-il pas là contradiction entre les termes ? Et comment cette contradiction peut-elle être gérée ? Cela nécessite des *modalités de distribution* originales.

Le médicament qui sort du laboratoire de l'étude contre placebo est un abstrait capable de circuler, un universel dont les limites sont fixées par le mode d'emploi qui reflète sa valeur d'usage. On retrouve là le caractère spécifique et étonnant du médicament, sur [134] lequel

nous n'insisterons jamais assez : il obtient son statut d'abstrait et d'universel sans avoir à abandonner son aspect le plus concret. Sa vie sociale n'est pas prise dans les filets du marché car ce n'est pas une marchandise. Jusque dans son nom, il est bien caractérisé comme un *abstrait forcé* capable de circuler mais sans que les conditions de cette circulation aillent de soi, c'est-à-dire constituent des éléments qui participent intrinsèquement de sa construction. Ainsi les noms commerciaux des médicaments doivent-ils toujours être des *créations lexicales totalement nouvelles*. Il est impossible de donner à un médicament un nom commun où un nom propre déjà existant (quand le brevet sera tombé et que d'autres entreprises pourront le commercialiser, il pourra être rabattu sur son nom de molécule chimique, qui est aussi une création lexicale).

Le rôle des médecins

[Retour à la table des matières](#)

Si la création du laboratoire de l'étude contre placebo rendait indispensables l'arrivée et le travail en commun des chercheurs avec les industriels, l'étape suivante de la vie sociale du médicament implique l'arrivée et le travail en commun avec de nouveaux acteurs alors que d'autres ont été laissés en chemin. Il ne serait pas juste d'employer le mot de laboratoire pour caractériser les milieux où se déploie désormais le médicament. Les scientifiques au sens fort du terme ont disparu : il n'y a plus de biologistes et encore moins de chimistes. Seuls les médecins se retrouvent à la fois dans le laboratoire de l'étude contre placebo et dans ces nouvelles phases [135] de la vie du médicament, alors que les pharmaciens se tiennent en retrait. Les médecins sont déjà là dans un nouveau rôle : celui de *porteur*.

S'il n'y a pas de « marché » du médicament, il faut bien que celui-ci poursuive sa construction dans une « économie » qui fonctionne à *la place du marché*, permettant la constitution du lien avec le médecin et avec le patient, qui donc mimera le marché. On sait que le marché constitue un vaste mécanisme d'autorégulation permettant la définition et la redéfinition permanente des acheteurs, des vendeurs et des marchandises. Il porte l'essentiel de ses règles en lui-même : c'est une

axiomatique au sens de Gilles Deleuze et Félix Guattari ⁵⁹. Dans le cas de l'invention du médicament, on a vu que c'est le laboratoire de l'étude contre placebo qui constitue l'axiomatique maîtresse. Il, et lui seul, décide de ce qui est universel et des limites de cette universalité : qui *peut/doit* prendre le médicament. Toute une partie du travail qui est normalement faite par le marché a déjà été faite par le laboratoire de l'étude contre placebo. Mais une partie seulement : il faut encore que le médicament *trouve* concrètement chacun de ses consommateurs. Pour les marchandises classiques, le marché fait ces deux opérations simultanément. Beaucoup de problèmes naissent de leur dissociation : c'était par exemple le cas dans les économies bureaucratisées des pays de l'Est.

Comment faire cela sans le marché et, même plus, en évitant qu'il se reconstitue spontanément car il faut tenir compte aussi du fait que le marché ne s'avoue [136] jamais vaincu ? L'économie du médicament, examinée globalement, va résoudre ce problème en se décomposant en sphères successives et bien séparées. En morcelant ce qui, unifié, prend la forme d'un marché, on empêchera les mécanismes du marché d'exister ou de se reconstituer malgré tout (créant alors une axiomatique concurrente de celle du laboratoire de l'étude contre placebo), car c'est une tendance permanente des mécanismes du marché d'envahir les domaines de la vie sociale qu'ils ne régulent pas encore pour les soumettre à leurs lois. L'exemple qui peut nous venir immédiatement à l'esprit est l'interdiction de revendre un médicament acheté sur prescription.

Mais l'on sait qu'il n'y a aucun système qui permette d'aller aussi vite que le marché. L'invention d'autres modes de circulation implique toujours des ralentissements et des passeurs. Ils devront transporter cet objet original le long de chaînes d'échange en ne le laissant jamais s'échapper.

La sphère économique dans laquelle se déploie le médicament est double et ces deux sous-ensembles obéissent à des lois radicalement différentes mais complémentaires. L'espace dans lequel ils entrent peut être représenté sous la forme de deux espaces *a priori* étanches l'un à l'autre. Ces deux espaces se retrouvent dans la structure architecturale de chaque pharmacie : un *comptoir* sépare obligatoirement la

⁵⁹ Gilles DELEUZE, Félix GUATTARI, *L'Anti-Oedipe*, op. cit.

zone où sont stockés les médicaments (dans certains pays il s'agit seulement des médicaments sur prescription, les autres étant à la libre disposition des consommateurs) et la zone à laquelle le patient a accès.

[137]

Figure 3.
Deux espaces étanches et un passeur.

[Retour à la table des matières](#)

Cette étanchéité est évidemment partielle : il existe un point minuscule de passage où se situe le médecin prescripteur. Arrêtons-nous un moment en ce point. Un observateur venu d'une autre planète et qui tenterait une éthologie des humains serait tout à fait étonné s'il découvrirait les stocks d'ordonnances conservées pendant quelques années dans les sous-sols des caisses primaires d'assurance maladie. Il pourrait avoir le même sentiment que les archéologues qui ont découvert, dans les palais mycéniens de la Grèce archaïque, ces milliers de tablettes d'argile rapportant des listes, devenues difficilement compréhensibles, portant essentiellement le relevé de récoltes agricoles. *Chaque boîte de médicaments est traitée individuellement sur l'ordonnance.* Pas une seule boîte ne peut atteindre le consommateur sans que

son nom ait été inscrit, à chaque fois de la même manière, dans une répétitivité inouïe. Notre éthologue aurait du mal à faire le portrait de ceux (les médecins) qui lui apparaîtraient sous la forme d'un corps spécial de scribes chargés de ce travail titanesque [138] d'inscriptions (même s'il est désormais assisté par ordinateur).

Le prix des médicaments sera définitivement réglé ailleurs, dans un univers parallèle, invisible, qui reste de bout en bout étanche aux sphères de la circulation des valeurs d'usage que nous avons examinées. En remplissant un formulaire, en collant des vignettes, le patient permettra au processus d'échange médicament contre argent de se régler et, de surcroît, sans lui. On retrouve ici le pharmacien chargé de *délivrer* le médicament dont il avait la garde. Mais nous comprenons mieux maintenant comment cette séparation et cette prise d'autonomie de la valeur d'usage des médicaments, et leur absence de valeur d'échange, se paient d'un prix social : comme si ces objets atteignaient leurs consommateurs sans qu'aient joué les équilibres permis par les marchés classiques (mais aussi par d'autres procédés dans d'autres sociétés non dominées par les marchés ⁶⁰), produisant ainsi un objet au potentiel très particulier et en même temps très limité car socialisé avec le minimum de moyens.

À nouveau le rythme du temps

[Retour à la table des matières](#)

Un nouveau changement doit attirer notre attention. Au moment où nous avons pu croire que la molécule était devenue médicament, c'est-à-dire quand elle a [139] franchi les épreuves du laboratoire de l'étude contre placebo, les acteurs eux-mêmes vont lui donner un nouveau nom. Ils auront une tendance irrésistible à l'appeler un *produit* (un produit pharmaceutique). Ce changement de nom traduit bien l'entrée de la molécule dans un nouveau cycle de vie où sa caractéristique fondamentale sera de pouvoir être « produite » sous la forme de millions de clones, dans l'usine moderne, indépendamment de son mode

⁶⁰ Voir Karl POLANYI, *La Grande Transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Gallimard, Paris, 1983, p. 71-86.

de circulation. Elle ne mérite donc pas encore le nom de médicament. De nouvelles transformations sont encore nécessaires.

Sous le nom de produit, c'est ce que nous pourrions appeler une *quasi-marchandise* qui est constituée. La première sphère dans laquelle il entre a, en effet, certains traits d'un marché où les opérations de commerce sont soumises à concurrence. Mais c'est un *quasi-marché* car il n'y a ni vrai acheteur ni vrai échange d'argent contre marchandise. Et pourtant des mécanismes, même s'ils ne sont pas essentiels, le font ressembler en première approximation à un marché : il y a des vendeurs (souvent même rémunérés à la commission), de la publicité et des masses d'objets en concurrence, brevetés ou non, qui circulent, sont distribués, même si c'est selon un mode réglementaire spécifique très contraignant. On y réalise même des études dites de « marché ». La difficile définition, y compris juridique, de ce premier espace économique, permet à de nouveaux acteurs de venir jouer à la marge : fabricants de génériques (qui copient une substance déjà sortie du laboratoire de l'étude contre placebo mais non protégée par un brevet), importateurs [140] parallèles (qui achètent des produits dans des pays où ils sont commercialisés à bas prix pour les mettre en vente dans des pays où les prix autorisés sont plus élevés, en se réclamant de la libre circulation des marchandises, par exemple au sein de l'Union européenne). Il s'agit déjouer sur l'ambiguïté de ce quasi-marché par rapport aux lois générales du marché, dans lequel il est malgré tout inséré.

Le médicament est en concurrence avec d'autres biens de santé qui donnent encore à notre économie les apparences d'un marché. Un médicament qui vient se substituer à une opération chirurgicale ou qui diminue le temps d'hospitalisation fera-t-il économiser de l'argent à la Sécurité sociale ? Depuis quelques années, les études pharmaco-économiques se sont multipliées. Alors qu'elles utilisent tout le vocabulaire du marché, elles témoignent pourtant de son étrangeté, ou plus, de son absence. En première approximation, on peut dire qu'elles viennent se substituer à ce que le marché démontrerait lui-même, s'il existait, de par sa seule existence et qu'il suffirait alors de constater. Il faut démontrer avec des études *virtuelles* ce que l'absence de marché ne permet pas de démontrer spontanément : elles ont une fonction de substitution et non pas une fonction prédictive.

Cela permet au médicament de vivre l'illusion d'une vie commerciale alors que l'on n'y parle et n'y négocie que sur sa valeur d'usage (quand un délégué médical aborde le prix d'un médicament, c'est toujours avec de la gêne. Cela n'aura de toute manière pas le même rôle que dans une vraie négociation commerciale sur un vrai marché même si les pouvoirs publics essaient de définir [141] des moyens d'intéresser les médecins à cette question). Ainsi, quand le médicament est physiquement présent, c'est sous forme d'échantillons. Mais ceux-ci ont justement comme caractéristique principale d'être gratuits : ils n'ont pas de valeur d'échange. Nous avons donc trop rapidement parlé de vendeurs : les délégués médicaux, qui sont les porte-parole du médicament, sont en permanence dans l'hésitation de *quasi-vendeurs*. Ils exigent d'être reconnus comme les porteurs de la valeur d'usage du médicament, à être en conséquence des porte-parole scientifiques et non pas des représentants de commerce.

Mais si l'on regarde les choses plus attentivement, on s'aperçoit que le médicament ne circule pas dans cette première sphère. Quelque chose s'est détaché du médicament et circule, mais ce n'est pas le médicament. Celui-ci est stocké et mis en attente après avoir été fabriqué sous la forme de répliques industrielles : il est bien un *produit* au sens propre du terme, c'est-à-dire le résultat d'une production industrielle. Comment en serait-il autrement alors qu'il n'y a pas d'échange d'argent et seulement des quasi-vendeurs et des quasi-acheteurs ?

Il s'agit de comprendre les opérations qui sont faites sur la valeur d'usage du médicament, en l'absence de valeur d'échange, pour permettre le mode de circulation original du médicament. On est dans un monde très formel où s'échangent des *indications* d'un côté et des *diagnostics* de l'autre. Ce qui résume le mieux cet échange c'est l'*aide-visite* que le délégué médical utilise dans sa rencontre avec le médecin. Cet aide-visite est un document de quelques pages en couleurs que le délégué [142] montre au médecin pour soutenir sa démonstration, sans le lui remettre. Il s'agit d'un document qui se situe à la jonction des deux partenaires, mais qui ne participe pas non plus d'une véritable circulation matérialisée. Il est un « éphémère », régulièrement modifié (plusieurs fois par an) en fonction de la manière dont se déroulent les négociations entre médecins et délégués. L'aide-visite met en relation indications (mode d'emploi) du médicament et diagnostics que le médecin est susceptible de rencontrer. C'est autour de cet enjeu

que la négociation se déroule et que le quasi-vendeur entraînera ou n'entraînera pas la conviction du quasi-acheteur. Les acteurs eux-mêmes témoignent de cet enjeu. Quand un délégué médical dit qu'il « a bien vendu » un médicament à un médecin (reconnaissons qu'il le dit lui-même rarement : cette expression est plutôt employée par ceux qui dirigent les visiteurs médicaux et font appel aux techniques de ventes pour les mobiliser), il ne dit pas du tout qu'une commande a été prise mais seulement qu'il a bien convaincu le médecin de l'étroite relation entre les indications de ce produit et les diagnostics fréquents que ce médecin est amené à faire. Le médecin n'achète pas de médicaments au sens propre du terme. Il montre qu'il est éventuellement prêt à le prescrire, mais sur une autre scène où le vendeur ne sera pas présent. Rien ne garantit qu'il le fera. Il n'y a pas passation d'un contrat comme sur la plupart des marchés.

La nécessité d'avoir un récit *court* est une caractéristique essentielle de ce qui advient dans cette première sphère de la circulation. Les délégués médicaux décrivent toujours un médecin pressé, qui les reçoit trois ou quatre minutes, parfois dans une antichambre ou dans le [143] couloir qui mène à la salle de consultation. Quelle est la fonction de cette rapidité ? Car elle a incontestablement une fonction : on choisit *ici* de ne pas avoir le temps. C'est tout à fait surprenant car le médicament moderne est vanté par tous comme constituant le cœur de la médecine moderne et comme étant, par ailleurs, en renouvellement permanent. Il doit donc y avoir une raison forte à cette caractéristique.

Notre hypothèse est que cette rapidité est la condition pour créer artificiellement le climat d'un marché, alors que les règles du marché ne s'imposent pas d'elles-mêmes. Grâce à cette *contrainte* du temps, qu'impose le médecin (et que combat le délégué médical), ce dernier peut vérifier si l'échange indications-diagnostics mérite d'être retenu. La rapidité de l'échange oblige à la précision et à la conviction. Elle constitue la visite en un exercice original, totalement inattendu. Il s'agit là d'un lieu où les contraintes psychologiques et cognitives (qu'est-ce qu'une personne est capable de retenir ? Quels sont ses processus de mémorisation ? Comment fonctionne la mémoire ?) vien-

ment s'ajuster aux impératifs sociaux ⁶¹. On ne peut donc pas expliquer l'extraordinaire rapidité de cette rencontre par des impératifs d'emploi du temps du médecin, ou par le mépris dans lequel il tiendrait le délégué médical, ce qui est contredit par toutes les enquêtes qualitatives réalisées. Il suffit d'écouter les acteurs. La visite médicale est le moment privilégié où le médecin apprend l'usage des médicaments.

[144]

Ce à quoi on a assisté ces dernières années, c'est à un raffinement des opérations de transformation des informations que le délégué médical présente au médecin. Le raccourcissement du temps de présentation est la seule manière pour le médecin de constituer un *filtre* efficace lui permettant de juger ce qui lui est présenté pour l'accepter ou le refuser. L'exercice de mémoire qui lui fera retenir tel ou tel médicament sera fortement surdéterminé par cette limitation drastique du temps. Qu'un argument soit incomplet, qu'une précaution d'emploi pose problème ou, plus généralement, que le tableau des indications coïncide mal avec celui du diagnostic appelé, et dans ce cas c'est la rapidité de la rencontre qui rendra inévitable l'élimination immédiate du nom du médicament et de ses indications de la mémoire du médecin visité. Cette absence de coïncidence peut avoir plusieurs causes : mauvaises opérations de traduction par incompetence de ceux qui gèrent le passage entre le scientifique et le délégué médical, c'est-à-dire, pour résumer, de ceux qui conçoivent l'aide-visite, ou très importante difficulté à traduire des résultats scientifiques en indications. Le laboratoire de l'étude contre placebo a fonctionné de manière insuffisante ou n'a pas permis d'obtenir les résultats espérés. L'objet se révèle difficilement stabilisable.

Pour désigner cet endroit stratégique et décrire leur capacité à faire coïncider indications et diagnostics, les acteurs vont utiliser un mot fort emprunté à la philosophie : le *concept*. Les discours construits pour « tenir le coup » sur le quasi-marché sont tout à fait spécifiques des contraintes auxquelles ils participent. Cela rend leur [145] utilisation impossible ailleurs. Les « aide-visite » (quatre à huit pages illustrées et comportant des textes courts en gros caractères) que les délégués médicaux utilisent, et qui présentent sous une forme hyper-

⁶¹ Sur les stratégies de mémoire, voir Pierre LÉVY, *Les Technologies de l'intelligence*, Paris, La Découverte, 1990, p. 87-97.

concentrée la rencontre indications-diagnostics, sont jalousement gardés secrets. Ils sont incompréhensibles et inutilisables en dehors du cadre pour lequel ils ont été conçus. Il faut réussir une opération de construction de lien qui permette de dire par exemple : « Ce médicament est spécifique de tel type de sous-récepteur du récepteur X, il ne pourra donc pas faire l'objet d'un usage toxicomane qui nécessiterait tel autre effet latéral ici absent. »

Construire le lien entre une action biologique précise et raffinée et un mécanisme social ou presque social est le résultat d'un long et dur chemin. Cette démarche n'est réductrice qu'en apparence, dans une éventuelle présentation faite de manière caricaturale. Elle oblige, en fait, à décrire la masse des attributs qui ont pu être donnés à la molécule au cours de son transfert de laboratoire en laboratoire, et la manière dont l'ensemble a pu être noué dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Ainsi se construit, sous le nom de concept, le lien indications-diagnostics.

Le climat d'un marché

[Retour à la table des matières](#)

Construire le *climat d'un marché*, un espace qui doit absolument ressembler à un marché sans qu'aucune mécanique le fasse intrinsèquement exister, entraîne la création d'êtres et de choses qui devront ressembler à [146] ceux qui peuplent les marchés : vendeurs, marchandises, acheteurs, outils statistiques, intermédiaires divers. Comment, *in abstracto*, comprendre le comportement du médecin qui accepte d'apprendre les nouvelles thérapeutiques dans un échange limité à quelques minutes et explique dans le même temps que c'est sa principale source de connaissances sur les médicaments, ce dont toutes les enquêtes d'opinion auprès des prescripteurs témoignent ? Un tel régime ne peut que paraître bizarre à ceux qui y sont étrangers, alors que ceux qui y sont des acteurs tentent d'actionner des leviers dont l'objectif est de leur permettre de gagner des marges de liberté, et de marquer des points dans le rôle qui est le leur.

Il est difficile d'imaginer un autre régime de fonctionnement du quasi-marché. Prenons-en quelques exemples. Le médecin qui se veut

« antilibéral » et plutôt « sceptique ⁶² » se méfiera du délégué médical dont il limitera les visites (en mettant au point un système de rendez-vous obligatoires) et essaiera de contenir encore plus le temps de chaque visite. Mais, par là même, il renforce ce qui fait tenir le quasi-marché, qui crée cette *rareté* artificielle en accélérant les processus de mise en relation indications-diagnostics. Paradoxalement, il adopte alors, du fait de sa mauvaise conscience, le même comportement que le médecin hyperlibéral, finalement plus clairvoyant en la matière, qui reçoit tout aussi durement les délégués médicaux parce qu'il sait que c'est un bon moyen pour se faire une opinion sur un médicament « sans perdre de temps ». L'attitude à [147] avoir par rapport aux délégués médicaux (dont la forme extrême sera un boycottage, menace toujours agitée, mais de fait inapplicable) est prise dans les filets du quasi-marché.

Les grandes firmes pharmaceutiques annoncent tout aussi régulièrement que leur communication médicale va devenir plus scientifique et moins commerciale, « car le futur serait à ce type d'échange » pour reprendre une formule souvent utilisée par les acteurs eux-mêmes quand ils parlent de « l'avenir de la visite médicale ». Cela signifie évidemment que la rencontre délégué-médecin *doit s'allonger*. Ce que le médecin a tout intérêt à refuser s'il veut garder sa capacité de juger. Il existe bien une lutte autour de cette question du temps de visite entre les quasi-vendeurs et les médecins : les uns veulent l'allonger au nom de la légitimité scientifique, alors que les autres menacent de la réduire à rien (boycottage de la visite médicale) au nom de la déontologie médicale. Le résultat en est un équilibre à peu près stable. Mais les discours qui sont tenus autour de cette question en révèlent vite le vrai enjeu : le laboratoire pharmaceutique qui aurait convaincu les médecins de lui accorder beaucoup plus de temps pour transmettre de l'*information scientifique* aurait remporté un *succès commercial*. Les délégués médicaux, quant à eux, insistent toujours sur la difficulté grandissante à rencontrer le médecin dans des conditions décentes, et donc sur la nature de plus en plus difficile de leur travail scientifique. Nous assistons au croisement des univers de justification.

Le temps n'est pas ici une *exigence* dictée par le laboratoire de l'étude contre placebo, au sens où nous [148] avons pu l'étudier pour

⁶² Disons, en France, lecteur de la revue mensuelle *Prescrire*.

les laboratoires scientifiques qui peuplent son amont, mais une *obligation* que doivent s'imposer les acteurs qui héritent du médicament avec les spécificités qu'il a reçues en amont. Il faut créer et recréer en permanence, de toutes pièces, un climat de rareté qui n'est pas produit par un marché où s'échangent argent et marchandises. Le rythme du temps, devenu un enjeu, permet de « jouer » au marché, comme on sait que l'on peut jouer et se prendre au jeu : il vient constituer une règle, dissimulée sous d'autres prétextes, qui permet aux transactions de s'opérer sur des valeurs d'usage. Ce sont les obligations que les acteurs se fixent, et qui permettent par ailleurs de dresser leurs portraits, qui surdéterminent la situation objective. Il n'est donc pas surprenant que, plus qu'ailleurs, on ait l'impression de l'extérieur d'être là dans un univers fondé sur la manipulation et les jeux de rôles. Mais ce n'est pas le cas de ceux qui y participent de l'intérieur, tendus pour toujours bien occuper leur rôle difficile, condition du fonctionnement de l'échange.

Il n'y a aucun échange d'argent entre le délégué médical et le médecin. Ce type de circulation est strictement interdit par la loi. Il ne circule entre eux que des éléments incorporels. En revanche, ces éléments nécessitent une importante mobilisation au cours des visites médicales mais aussi dans de nombreux congrès et des revues médicales. Le quasi-marché où s'échangent indications et diagnostics oblige au déploiement de toutes les techniques qui le font superficiellement ressembler à un vrai marché. Un nouveau venu qui se rend dans le hall d'exposition d'un congrès médical sera surpris par la quantité de stands d'exposition où les firmes pharmaceutiques [149] présentent leurs produits à des visiteurs médecins de manière spectaculaire. Mais aucun acte de vente au sens propre du terme ne s'y passe. *Et c'est sans doute cette absence de contrat qui oblige à en faire toujours plus* : les moyens mis en oeuvre sont d'autant plus importants qu'il n'y a pas de vrai marché avec circulation de marchandises.

L'espace que nous décrivons est donc potentiellement un lieu de négociations mais aussi d'affrontements. Dans ce forum permanent, on rencontre des intérêts très divergents : les visiteurs médicaux représentent ce fameux tiers, l'inventeur du médicament mis provisoirement en réserve, l'industrie pharmaceutique. Le médecin est, dans ce cas précis, le porte-parole des patients et des malades au moins au sens où il parle des pathologies qu'il a décelées chez eux. Mais la tâ-

che du médecin ne s'arrête pas là. Il est aussi un passeur. C'est à l'endroit précis où il exerce, où il a écouté le délégué médical lui présenter les indications du produit, qu'il va pouvoir réaliser une opération de *rematérialisation* : il va réunifier les indications du produit avec son substrat matériel en le prescrivant, c'est-à-dire en le faisant acheter par le patient. C'est à ce moment et à ce moment seulement que les conditions de sa consommation sont enfin réunies et que le *produit* peut enfin devenir un *médicament* au sens plein du terme.

Les médicaments n'étaient des produits que parce qu'ils avaient été séparés de leurs qualités (leur valeur d'usage) pour que celles-ci puissent faire l'objet de négociations. À partir de cette première sphère de la circulation, l'effet placebo apparaît bien comme soustrait, [150] et gardé en réserve par le pharmacien, puisque ce n'est pas sur le médicament entier que l'on négocie. C'est à partir de cette sphère que naîtra toute l'incompréhension sur l'effet placebo et la définition du médicament. L'effet placebo resurgira après le passage organisé dans la seconde sphère de la circulation, quand le médicament apparaît réunifié. D'où la seconde illusion : l'effet placebo pourrait être perçu comme un *effet médecin*, et non pas comme une composante de tout médicament inventé comme tel. Sauf à comprendre que ce n'était pas sur le médicament que l'on négociait jusque-là, mais sur ce que l'on pourrait appeler l'« esprit du médicament », cet étrange objet présenté de manière abstraite à quelqu'un qui ne le consommera pas lui-même alors qu'il est dans la situation objective d'un acheteur, avec comme argument central son existence après soustraction de l'effet placebo, soustraction qui n'est possible qu'en imagination.

L'opération à laquelle nous avons assisté pourrait être décrite autrement, en termes plus abstraits, comme un *dédoublement* de la valeur d'usage du médicament. Il y a désormais la valeur d'usage connue par le médecin, une sorte de « valeur d'usage pour l'autre » (ce qui est une contradiction dans les termes, rendue nécessaire par l'absence de valeur d'échange) destinée à toujours rester abstraite (sauf dans le cas où le médecin devient lui-même un patient), et la valeur d'usage qui sera reconnue par le patient, même si ce n'est jamais en pleine connaissance de cause. Ce dédoublement permet de tenir à distance l'aspect économique au sens strict du mot : les financiers, les investisseurs, que nous avons [151] représentés sous la forme de guetteurs à la sortie du laboratoire de l'étude contre placebo, restent invisibles

dans cette sphère où l'on négocie indications contre diagnostics. Ce dédoublement permet aussi de maintenir à distance ce que l'on va appeler ensuite l'effet placebo. Ce sont toutes les *qualités sociales* du médicament qui sont tenues à distance car ce n'est donc pas sur l'objet réel que l'on négocie.

En dédoublant sa valeur d'usage, on réalise l'opération de décontamination qui nous avait semblé nécessaire pour casser son potentiel de marchandise. Ce dédoublement permet au prix de rester invisible tout le long des chaînes de circulation du médicament. Celui qui consomme n'est jamais celui auprès duquel on aura argumenté les qualités du médicament : *c'est le malade qui consomme le médicament pour des raisons (des indications) connues et repérées par le médecin.*

Il peut arriver que cette opération de décontamination échoue. Que se passe-t-il alors ? « C'est un placebo ! » diront les médecins. La boucle est bouclée : quand un médicament *semble pouvoir être réduit à une opération commerciale* menée par un laboratoire pharmaceutique « sans preuves scientifiques », alors dans le même mouvement tout ce qui constitue le médicament comme objet social réapparaît de manière *déliée* : effet placebo et opération commerciale (c'est-à-dire la « socialisation ») d'un seul bloc.

Tout un ensemble de comportements et de manières de penser apparaissent normaux dans cette sphère spécifique de la circulation, alors qu'ils seraient intolérables en dehors d'elle, ce qui constitue évidemment l'image publique de l'industrie pharmaceutique. Il y a, [152] dans cette *dissociation* et ce rapport forcé, la construction d'un statut spécifique de l'industrie pharmaceutique par rapport à l'ensemble du monde industriel. Elle fait de la science mais ne peut en parler qu'en termes commerciaux, elle réussit bien commercialement mais le justifie au nom de la science. Quoi de plus insupportable pour la « raison laïque » qui a appris à croire que les deux ne devaient pas se mélanger ? Elle « joue » à faire du commerce et apparaît donc comme incapable de rendre publics, et de bénéficier des risques qu'elle prend. Elle doit gérer la *valeur d'usage dissociée* des marchandises qu'elle produit, vers les médecins et vers les patients. Alors qu'elle est une des industries les plus risquées, elle est vécue publiquement comme l'une des industries les plus protégées, parmi les plus faciles à mettre en cause. L'industriel du médicament « vit sur un volcan », comme l'a fait remarquer François Dagognet. L'absence de véritable marché ne

rend pas les choses plus transparentes, plus facilement analysables, mais elle nous met en face d'un exemple des multiples opérations de « rafistolage » par lesquelles nous rendons robustes nos objets socio-techniques. Les commentateurs extérieurs auront toujours vite fait de n'y voir que des opérations de manipulation, qui leur semblent moins évidente ailleurs, quand les mécanismes du marché dissimulent autrement notre manière de co-inventer nos objets et notre société. Mais on ne comprend pas alors l'axiomatique constituée par le laboratoire de l'étude contre placebo, aussi bien à l'origine des exigences en amont que des obligations en aval et qui permet de constituer le médicament moderne, définissant par là même le coeur de la médecine moderne.

[153]

On ne peut pas comprendre le surgissement récent de l'exigence du « droit à la santé » sans comprendre les mécanismes par lesquels le laboratoire de l'étude contre placebo réussit ce tour de force absolument exceptionnel de créer des objets, les médicaments modernes, aussi universels et abstraits que des marchandises sur un marché capitaliste, sans faire appel au marché capitaliste. C'est cette absence de marché autorégulé qui a toujours tendance à créer du « droit ». Le laboratoire de l'étude contre placebo, dans ce qu'il reproduit à une échelle réduite les contours des populations malades et dicte la manière de les guérir, montre qui doit consommer telle substance, n'invente pas seulement les médicaments, toutes les règles qui vont avec, mais crée de nouveaux enjeux que l'on croyait être seulement sociaux ou même idéologiques. *Il a permis aux idées de santé et de guérison de devenir des revendications collectives.* Il a induit un changement du statut ontologique de la maladie et de la santé.

[154]

[155]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 5

L'aval : le patient

[Retour à la table des matières](#)

Entrons maintenant dans la seconde partie de la sphère de la circulation. Nous sommes dans le cabinet du médecin au moment où il reçoit ses patients en consultation. On n'y trouvera pas non plus de vendeur ni d'acheteur en tant que tel. Le médecin n'est pas un vendeur : il n'a pas acquis de marchandises susceptibles d'être revendues auprès du quasi-vendeur qu'est le délégué médical.⁶³ En revanche, il va devoir poursuivre la mise en relation commencée dans la première sphère. Le cycle indications-diagnostics va être complété de la manière suivante : patient-indications-diagnostic-cas-sujet. [156] On dit alors que le médecin « fait un diagnostic ». En fait, à la différence des patients en nombre quasi illimité, le stock de diagnostics disponibles n'est pas illimité même s'il est évolutif. Il existe de manière relativement stabilisé avant la rencontre médecin-patient. Il s'agit de donner un de ces diagnostics existants au patient. Chaque patient doit être reçu séparément puisqu'il s'agit d'un processus d'individuation.

⁶³ Un système de ce type existait au Japon, il est actuellement remis en cause et le Japon va avoir de plus en plus tendance à gérer la circulation des médicaments sur le modèle des autres pays.

L'ordonnance

[Retour à la table des matières](#)

Au moment où le médicament entre dans la seconde sphère de sa circulation, c'est sous la forme d'une prescription. Cette sphère ne fonctionne pas plus comme un marché que la première. Si celle-ci était dominée par le personnage du quasi-vendeur, un nouveau personnage apparaît dans la seconde sphère : le patient qui est en position de *quasi-acheteur*. La distance maximale aura donc été mise entre les deux : ils ne se voient jamais. Quand ils se croisent dans la salle d'attente du médecin c'est en inconnus. Ils ont été déliés, déconnectés par l'organisation même de la circulation.

Nous pouvons parler de quasi-acheteur car les mots *prescription* et *ordonnance* montrent bien l'absence de la liberté qui caractérise tout acheteur. François Dagognet a montré comment le mot ordonnance renvoyait à *ordre* et à *ordonner*, c'est-à-dire à des termes juridiques : « Il signifie la promulgation des décisions qui ont force de loi. L'autorité s'exerce à travers elle, par elle. Parallèlement, la prescription détaille ce qu'il faut faire : ce qui est prescrit est fixé, quasiment imposé. [157] *Praescribere* se traduit par : ce qui est écrit en tête, ce qui est mis en avant, le prioritaire. L'instruction. *Praescripta dare* signifie donner des ordres ; *praescripta servare*, les exécuter ⁶⁴. » On ne saurait être plus clair. Nous retrouvons là encore une conséquence du mode particulier d'universalisation des médicaments qui en font des abstraits forcés. Le système de diffusion du médicament est un système *filiatif*, vertical et constituant une hiérarchie (du thérapeute qui *n'en prend pas* ou patient qui *en prend*), et non pas épidémique, c'est-à-dire par initiation (comme lorsqu'un médicament s'échappe de ce système et devient une drogue). Nous utilisons, pour décrire l'acte de prescription, des mots qui rappellent le vocabulaire très spécifique employé systématiquement dans le laboratoire de l'étude contre placebo. *On continue à s'adresser aux patients sur le mode appris dans le laboratoire de l'étude contre placebo.*

⁶⁴ François DAGOGNET, « Prescrire », *Psychiatrie française*, août 1994, p. 10-17.

L'impressionnant appareillage juridique nous paraît maintenant complet : d'un côté le monopole de la prescription *attache* le médicament au médecin. De l'autre, l'acte de prescription, qui est l'autre face de la même modalité juridique, ordonne au patient, c'est-à-dire, symétriquement, lui *attache* le médicament alors que les questions économiques sont rejetées à l'extérieur. Le médecin est celui qui va permettre la *singularisation* de l'objet médicament. Cette singularisation est à prendre au sérieux : elle se fait boîte après boîte sur chaque ordonnance. Mais cette singularisation n'est pas un retour du molaire vers le moléculaire : elle suppose la [158] transformation du malade venu consulter en un *cas*, c'est-à-dire en un patient pouvant être identifié à ceux qui participaient aux études cliniques dans le laboratoire de l'étude contre placebo. C'est une opération présentée comme un idéal, sans que soit prise en compte la difficulté de retrouver derrière chaque patient moléculaire qui se présente à une consultation le sujet molaire, abstrait, tel qu'il a été fixé et uniformisé dans les groupes recrutés pour participer aux essais du laboratoire de l'étude contre placebo. On sait d'ailleurs qu'il a fallu beaucoup de réunions et de séances d'entraînement (souvent avec des documents vidéo) pour apprendre aux médecins expérimentateurs à former des groupes molaires. Là encore, le laboratoire de l'étude contre placebo modèle son aval, aussi éloigné soit-il. On n'arrivera pas à sortir de la manière dont il a constitué les patients en groupes molaires. Le médecin est à cet endroit dans une position *héroïque* tant il doit concilier des mondes différents, voire opposés ⁶⁵. Et c'est à cet endroit précis qu'il sera chargé de tous les reproches : ne pas prescrire les médicaments comme on l'a fait dans le laboratoire de l'étude contre placebo (on lui demandera de se soumettre aux « références médicales opposables » qui fixent pour chaque pathologie un ensemble de contraintes que le médecin doit obligatoirement respecter : type et nombre de médicaments), mais dans le même temps on lui reprochera d'abandonner une position humaniste en traitant le patient comme [159] un individu interchangeable et on lui expliquera que les grandes classifications (en particulier psychiatriques) ont tué la bonne tradition psychopathologique qui suppose de savoir écouter et prendre en compte le sujet dans « toutes ses dimen-

⁶⁵ C'est un sujet que nous avons souvent discuté avec Edouard Zarifian après la publication de son livre (Edouard ZARIFIAN, *Des paradis pleins la tête*, Odile Jacob, Paris, 1994).

sions » ! On lui fera aussi porter la responsabilité d'ordonnances trop longues et du déficit des caisses de remboursement. La position du passeur est une position héroïque : elle doit concilier des univers de référence qui sont strictement opposés. Les deux sphères de la circulation que le médecin met en communication ont des régimes d'activité différents et le médicament comme objet traceur ne doit pas s'y abstraire de sa valeur d'usage telle qu'elle a été repérée et fixée dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Faire avec n'est pas simple.

Il est extrêmement dangereux de vouloir séparer les classifications, les regroupements de symptômes qui sont réalisés pour faire fonctionner le laboratoire de l'étude contre placebo, et la manière dont le médecin devra aborder les patients tout venant. Le cadre a été fixé. Il est absurde de se plaindre de l'utilisation de systèmes comme le DSM ⁶⁶ en pratique quotidienne : c'est le laboratoire de l'étude contre placebo qui y oblige. Ainsi l'ambition des psychiatres américains, quand ils ont abandonné toute référence à la psychanalyse en mettant au point la troisième édition du DSM au début des années quatre-vingt, était de constituer un outil diagnostique fiable et identique quel que soit le psychiatre en face du même patient. Il s'agissait d'augmenter [160] la fiabilité des diagnostics pour pouvoir constituer des ensembles molaires de patients ⁶⁷. Il n'y a pas d'autre système possible puisque aucun travail de traduction ne peut se faire sur une valeur d'échange absente. L'universalisation de la molécule par sa valeur d'usage implique qu'on ne peut pas oublier l'objet et ses qualités liées à sa consommation. Sa singularisation se fait donc aussi sur sa valeur d'usage, boîte après boîte.

Un tel système empêche tout contact entre le quasivendeur et le quasi-acheteur : si on les met en contact, c'est tout le système qui change comme le montre le cas des médicaments dits OTC (de l'expression anglaise *over the counter*), c'est-à-dire vendus librement par le pharmacien, sans prescription. *Le médecin disparaît alors, devenu inutile*. Toutes les opérations dont nous avons détaillé la succession et

⁶⁶ *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* mis au point par l'Association américaine de psychiatrie.

⁶⁷ Sur cette histoire très conflictuelle largement ignorée en France, on lira Stuart A. KIRK, Herb KUTCHINS, *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, Aldine de Gruyter, New York, 1984.

qui nous paraissaient si contraignantes et indispensables à notre éthique de la santé (la visite du délégué médical, la précision des indications, le diagnostic, la prescription) ont disparu au profit d'un marché classique où un vrai acheteur rencontre un vrai vendeur autour d'une vraie négociation. Le vendeur aura le droit de toucher *directement* l'acheteur par de la publicité. Le médicament OTC est une marchandise. Le médicament OTC s'universalise, comme le médicament homéopathique, selon *d'autres modalités* qui lui donnent une place différente : il a une valeur d'usage et une valeur d'échange. Son prix est [161] fixé par les mécanismes du marché. On ignore trop souvent que le prix des médicaments vendus sans ordonnance et non remboursés est libre dans de nombreux pays. Ils sont soumis à concurrence. Ils devront évidemment être le moins dangereux possible, comme pour toute marchandise qui s'universalise sur un libre marché. Soit il s'agit d'un effracteur biologique au potentiel très faible, soit un long processus historique permet d'en assurer la socialisation sans risques inconnus.

Redéfinir un patient

[Retour à la table des matières](#)

Comment utiliser des thérapeutiques universalisées par leur mode de construction et de socialisation ? Qu'est-ce qui fait qu'un médecin pourra décider de prescrire telle ou telle spécialité à un patient ? Comment à partir du molaire peut-on retrouver des individualités ? Dans la même opération, les patients auxquels ces thérapeutiques sont destinées doivent être également universalisés et abstraits, au sens où l'on pourra traiter de leurs maladies *indifféremment*. Il est obligatoire de « détacher » les symptômes et les maladies pour les constituer le mieux possible, comme dans le laboratoire de l'étude contre placebo, en sujets abstraits et universels. Les maladies et les symptômes ont fait l'objet d'un gigantesque effort de classification et de regroupement. C'est en psychiatrie que ce travail entraîne le plus d'efforts, de difficultés et de contestations. Il est indispensable si l'on veut pouvoir utiliser les médicaments par mise en relation. Les maladies prennent, comme les médicaments, un statut abstrait, [162] s'élevant au-dessus de la condition du malade pour trouver place dans le ciel pur des no-

menclatures évolutives. Cette technique (il s'agit bien d'une technique qui suppose un consensus social ; quand il y a un problème, les acteurs organisent d'ailleurs une *conférence de consensus*) qui permet de détacher les symptômes et les maladies à ses limites. L'opération sera renouvelée lors de chaque consultation : il s'agit de l'opération concrète, appelée *diagnostic*, et qui est très spécifique à la médecine occidentale.

Ce qui « reste » forme le domaine de la psychosomatique et constitue *de facto* la périphérie de la médecine occidentale moderne. La psychosomatique a été inventée après la Seconde Guerre mondiale (ce qui n'est pas un hasard, *en même temps* que le laboratoire de l'étude contre placebo, comme s'il fallait définir un espace pour loger tout ce qui échapperait à la nouvelle manière de définir le *coeur* de la médecine occidentale) par les médecins avec l'aide des psychanalystes pour décrire des patients qui semblaient échapper à la fois à la médecine moderne définie par les médicaments et au couple névrose-psychose (auquel il faudrait ajouter les perversions) qui définissait ce qui pouvait relever de techniques analytiques ⁶⁸.

Mais ce champ, défini de manière intermédiaire, a fait l'objet d'un consensus mou entre la médecine et la psychanalyse. Ni les uns ni les autres ne l'ont accepté de manière triomphale, mais un peu à reculons : le fait [163] qu'il soit entre-défini par la médecine et par la psychanalyse en a plus fait un *no man's land*, accepté de mauvaise grâce de part et d'autre, qu'un terrain fructueux de collaboration. Après un début théorique fulgurant et foisonnant, il est vite retombé dans une répétitivité peu productrice de pensée. Il s'agissait de rendre compte de patients atteints de troubles organiques visibles mais dont la cause ne pouvait être renvoyée à une origine organique évidente, et qui nécessitaient de prendre en compte une dimension psychologique. Il semblait que dans les cas dits psychosomatiques, le patient individuel avec son histoire, ses comportements, sa vie psychique, tout le *contexte* de son trouble, ne pouvait pas être mis de côté au profit d'une abstraction de ses troubles. Cette typologie résistait évidemment à l'entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Elle a été parfois définie sous la

⁶⁸ Sur l'histoire de cette médecine, on se rapportera à Jocelyne VAYSSE, *Petit traité de médecine psychosomatique*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1996.

forme d'une liste de troubles nécessitant d'être régulièrement revue (c'est le point de vue médical), mais le plus souvent sous la forme de traits de personnalité et de comportements (comme l'*alexithymie* des Américains et la *pensée opératoire* de l'école dite de Paris ⁶⁹), rendant finalement secondaire le « choix d'organe » (c'est le point de vue psychanalytique). Mais alors, où s'arrêter ? On pouvait aussi bien imaginer que toutes les maladies étaient psychosomatiques (des maladies cardiovasculaires aux cancers), ce qui ne pouvait manquer de susciter la méfiance de la médecine classique.

La notion de psychosomatique a peu de sens pour les patients. De même qu'un patient peut difficilement [164] accepter de dire qu'il a été guéri par l'effet placebo, de même il n'admet pas facilement qu'un de ses troubles, bien réel, soit renvoyé au domaine marginal et flou de la psychosomatique. Les patients n'ont aucune raison de reconnaître que leur pathologie est marginale et en attente de progrès. Ils n'ont aucune raison de considérer qu'ils peuvent attendre parce que leur pathologie ne constituerait pas le cœur de la médecine occidentale, mais un sujet de perplexité. Tant que l'on n'aura pas saisi cette petite différence de points de vue, on ne comprendra pas les succès des médecines parallèles. Tous les effets de mobilisation et d'excommunication n'y changeront rien.

L'étiologie reconnue des maladies est très variable : elles peuvent être d'origine génétique, microbienne, virale ou correspondre à un dysfonctionnement biologique. Mais elles ont toutes en commun de pouvoir être *abstraites* du corps vivant pour être analysées, classées et traitées *indépendamment du patient*. C'est bien ce qu'ont compris les psychiatres américains qui ont vu qu'il fallait créer les conditions de cette « abstraction » si l'on voulait que les troubles mentaux n'échappent pas à la médecine moderne (au profit de la profession non médicale des psychologues). C'est l'origine du DSM III ⁷⁰. C'est une condition de possibilité de fonctionnement du laboratoire de l'étude contre placebo. Nous sommes au cœur de la définition des maladies, de la médecine occidentale et de l'effort qui donne sens à la *clinique* comme ayant un statut séparé de la thérapeutique. [165] L'histoire concrète de

⁶⁹ Voir les travaux de Pierre Marty.

⁷⁰ Lire Pierre PiCHOT, *Un siècle de psychiatrie*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Paris, 1996.

cet entremêlement entre « classification des symptômes à valeur universelle » et « classification des médicaments à valeur universelle » reste évidemment à faire et ce n'est pas l'objet de ce livre. Si la classification des symptômes a certes commencé à se constituer historiquement avant celle des médicaments (au moment même où un médicament, la thériaque, très mal défini aussi bien dans sa composition que dans ses indications, commence à être vécu comme « un chaos de drogues entassées ⁷¹ »), *le médicament a désormais le pouvoir permanent de redéfinir et resegmenter les pathologies.*

On imagine mal comment on pourrait faire les études contre placebo sans cette mise en relation et la possibilité de « coter » l'ampleur des symptômes. La classification des symptômes est un nouvel élément que nous pouvons ajouter à tous ceux qui sont indispensables au fonctionnement technique du laboratoire d'étude contre placebo : il participe du passage du moléculaire au molaire. Dans ce système, le patient et le médecin semblent avoir disparu, même si c'est provisoirement. L'absence de lien, dû à la manière dont se socialise la molécule en médicament, fragilise la relation médecin-malade que nous n'avons toujours pas réussi à reconstruire. Cette difficulté renvoie peut-être au fait que ce lien est devenu spontanément si fragile qu'il pourrait bien tendanciellement disparaître comme on le voit dans certains scénarios-fictions élaborés sur l'évolution de la médecine où sont mis en fonctionnement sur ordinateur [166] des systèmes experts d'identification des symptômes et des maladies. C'est déjà le cas sur certains sites du réseau Internet. Il faudra donc pour le *solidifier* faire appel à un élément extérieur. Ce sera, comme pour la fixation du prix en France, la loi.

Le double processus, construit symétriquement, qui va réintégrer le couple médecin-patient au dispositif est le suivant : le médecin se réapproprie le médicament avec le *monopole* de la prescription ; le patient réapparaît dans le même mouvement final : le symptôme ou la maladie est mis en correspondance avec un patient dont on va célébrer avec emphase l'importance retrouvée. Il disparaît comme *cas* et devient *sujet*, expression empruntée par la médecine à la psychanalyse. Ce n'est plus la même personne : il s'agit d'un être reconstruit par le

⁷¹ Voir Michèle RUFFAT, *775 ans d'industrie pharmaceutique française, Histoire de Synthélabo*, op. cit.

processus que nous venons de décrire. On a désormais le pouvoir de le nommer avec un *nouveau nom* (l'opération est particulièrement saisissante en psychiatrie quand on étiquette quelqu'un comme *schizophrène*, *mélancolique* ou *paranoïaque*). C'est le seul moyen d'établir une chaîne logique entre le médecin d'un côté et le patient venu consulter de l'autre. C'est la seule manière de faire tenir les choses construites de manière disparate en un tout.

Cette démonstration pourra paraître aussi artificielle qu'étonnante. Il suffit pourtant de se tourner vers les acteurs eux-mêmes et de les écouter pour qu'elle soit vérifiée. Quelle est la crainte que les médecins expriment avec le plus de constance ? C'est le risque pour la médecine de devenir trop technique et d'oublier la dimension humaine, de ne plus pouvoir assumer cette dimension du fait même des progrès des technologies. [167] Le risque, ce serait d'« oublier le malade en ne traitant que des maladies ⁷² ». Généralement, cette revendication est renvoyée à une volonté humaniste au fondement de l'art médical bien pratiqué. Elle peut être aussi interprétée comme un regard nostalgique porté par des médecins effrayés par l'évolution de la médecine sous les coups de boutoirs des nouvelles thérapeutiques.

Nous avons trop entendu ce refrain pour ne pas finalement le *prendre au sérieux*, même si c'est de manière inattendue. Aux deux bouts de la chaîne, médecins et malades ont logiquement disparu : ils ne sont pas nécessaires à la manière dont la médecine se construit. La seule façon de réintégrer le médecin, c'est de lui donner le monopole de la prescription, justifié par le fait que le symptôme « colle » à un patient que l'on aura reconstruit, à ses risques et périls, comme « sujet ». Cette manière de les faire « coller » est très fragile, très menacée, comme les médecins en ont tous conscience, car venue de l'extérieur et ne constituant pas ce que nous avons appelé une *axiomatique*. Cela explique pourquoi les médecins en tant que corps professionnel ont toujours besoin de défendre passionnément le monopole de l'exercice de la médecine contre son exercice illégal, alors que la plupart de ceux qui sont concernés par d'autres pratiques *modernes* ne connais-

⁷² François Dagognet a montré dans tous ses livres de philosophie médicale l'impossibilité de cette revendication humaniste : « La formule — il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades — nous semble l'une des plus indéfendables et des plus pernicieuses » (François DAGOGNET, *Corps réfléchis*, Odile Jacob, Paris, 1990, p. 8).

sent pas ce type d'enjeu (il n'existe pas d'exercice illégal du métier de [168] journaliste par exemple). Ce processus d'attachement à un patient participe de l'invention du sujet ⁷³. Le médicament doit être *accompagné* parce qu'il n'y a pas un marché créant spontanément du lien. Ce lien est très fragile car il doit être toujours refabriqué, imposé *juridiquement* et défendu de manière active et sans relâche. Nous verrons que cela définit l'ensemble de l'aval du laboratoire de l'étude contre placebo comme un système gouverné par des *obligations*.

Les patients ne forment des collectifs qu'au travers des diagnostics qui leur sont attachés, c'est-à-dire jamais en tant que patients. Les diagnostics forment des ensembles manipulables statistiquement mais, dans ce cas, les patients en tant que tels disparaissent. On ne peut jamais avoir en même temps les patients, les diagnostics et les collectifs. Dans le laboratoire de l'étude contre placebo, les patients sont devenus des *cas*. Ils ont pour cela subi une opération de décontextualisation ⁷⁴. Une véritable *redéfinition individuelle* a lieu dans la rencontre médecin-patient pour faire exister un patient porteur d'un diagnostic, pour réaliser la même opération de transformation des patients en cas. *On entre dans le cabinet avec un statut social particulier, on en [169] ressort redéfini : on appartient ensuite, pour un temps limité ou illimité, à une nouvelle catégorie*, qui peut être surdéterminante. Cette nouvelle identité prend forme de manière toujours individuée. Elle ne crée pas spontanément de nouveaux collectifs ayant une existence sociale sinon celle qui a été construite dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Elle attribue à chaque individu des caractéristiques nouvelles, transitoires ou non, mais qui ont surtout pour effet de le *séparer* cruellement de la communauté des bien-portants : on ajoute quelque chose à ce qui fait la caractéristique individuelle de chacun et qui va éventuellement surdéterminer l'ensemble de son existence.

⁷³ C'est ce qu'a montré Tobie Nathan avec, par exemple, le passage conceptuel effectué mais fait insensiblement de la frayeur à l'angoisse, qui signe une manière d'*intérieuriser* une situation, et de créer un sujet (Tobie NATHAN, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 1994).

⁷⁴ Robert Barrett, dans une magnifique étude récente, réalisée dans un hôpital psychiatrique australien, fait l'hypothèse que la structure des hôpitaux et des soins est isomorphe à la structure des cas (Robert BARRETT, *The Psychiatry Team and the Social Definition of Schizophrenia, An Anthropological Study of Person and Illness*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996).

On comprend ainsi la résistance que les patients potentiels peuvent opposer au dépistage de maladies sur lesquelles aucune action thérapeutique ne sera possible et qu'ils ignorent tant que le diagnostic, généralement biologique, n'a pas été fait : autant repousser le plus loin possible dans le futur ce qui constitue un véritable changement de statut pour l'individu risquant d'être « porteur de telle maladie » avant toute autre chose. C'est particulièrement vrai avec le dépistage du sida qui n'a actuellement aucune conséquence thérapeutique, et ne débouche que sur des précautions de vie, lesquelles peuvent être observées de toute façon, sans que le dépistage ait eu lieu. Le dépistage ne peut se justifier aux yeux d'un patient que pour des raisons à chaque fois particulières (désir d'enfant, par exemple).

Il est assez étonnant que cette question « éthique » ne soit jamais abordée sous cet angle. Comme si un diagnostic ne changeait rien ! Qu'une thérapeutique soit ou non possible, un diagnostic change tout ! Les patients [170] sont, en ce sens nouveau, bien décidés à soutenir que la santé, c'est « la vie dans le silence des organes ⁷⁵ », selon la célèbre formule de René Leriche (1879-1955), ce que les chercheurs, les médecins et les épidémiologistes ne comprennent pas toujours. On aurait pu penser que cette formule rabâchée était désormais dépassée à cause des progrès des tests de dépistage biologique et génétique. Elle est en fait en train de devenir un enjeu éthique et peut-être politique, à chaque fois qu'il est question d'ajouter une maladie (ou une maladie encore potentielle) à la liste de celles qui sont soumises à dépistage obligatoire.

L'opération de diagnostic vient compliquer ce qui fait qu'un individu est différent des autres, et seul. Elle vient confirmer et renforcer sa solitude absolue. Les acteurs eux-mêmes connaissent bien ce problème : ils insistent toujours sur la nécessité d'« entourer » le patient, de « ne pas le laisser seul », de le « soutenir moralement », reconnaissant là qu'une blessure a été infligée. À aucun autre moment d'une maladie cette nécessité de cicatriser une blessure ne paraît aussi forte qu'après le diagnostic. Tous les débats éthiques sur la nécessité ou non de « dire la vérité au malade » renvoient bien à ce problème d'individuation. C'est à ce moment-là que celui qui est devenu un cas pourra faire une

⁷⁵ Rapportée et commentée par Georges CANGUILHEM, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, Paris, 1966.

dépression, une tentative de suicide. L'acte du diagnostic vient inscrire le patient dans un univers de valeurs d'usage où il n'est plus maître de lui-même, où il va lui falloir apprendre toujours davantage à déléguer [171] sa vie aux médecins techniciens. Car le patient *délègue* aux médecins la connaissance de sa maladie et de ses traitements.

Nous avons longuement insisté sur le fait que la première et la seconde sphère de la circulation sont étanches l'une à l'autre : impossible pour un patient d'avoir un lien avec le délégué médical représentant l'inventeur et le fabricant des médicaments, impossible pour lui d'avoir accès aux revues « réservées » aux médecins, impossible d'assister aux congrès médicaux ou scientifiques. La littérature qui lui est réservée est de seconde main, spécialement conçue à son intention. Il existe des regroupements de patients. Mais la façon dont ils se créent et existent confirment bien ce processus. Il faut un effort volontariste considérable pour créer une association ou, plus largement, un regroupement de patients. Ce sont le plus souvent des regroupements qui ont du mal à se stabiliser quand une autre cause sociale ne vient pas en doubler les raisons d'exister. Ainsi, les associations de patients contre le sida ont été rendues possibles par l'existence préalable de communautés homosexuelles organisées ou tout au moins « séparées ». Cela ne les empêche évidemment pas, ensuite, de dépasser largement l'organisation des seuls homosexuels. Les regroupements de patients ont déjà été constitués, de manière molaire, pour faire fonctionner le laboratoire de l'étude contre placebo : mais c'était sous un mode très particulier, dans le but d'effacer toute différence et donc toute possibilité d'expression d'autonomie et de revendication. À l'autre bout de la chaîne, la seule alternative possible semble être la réindividualisation, prônée par la médecine humaniste. [172] Les groupements de patients, constitués à partir d'autres impératifs que ceux du laboratoire de l'étude contre placebo, représentent quant à eux un véritable défi pour tous les acteurs qui peuplent déjà la scène.

Les différences apparaissent d'autant plus importantes si l'on compare les modes de fonctionnement entre la première et la seconde sphère de la circulation. Dans le premier cas, à côté de la rencontre le plus souvent privée entre le délégué médical et le médecin, il y a les congrès, les revues, les syndicats qui foisonnent comme autant de lieux collectifs et créant des collectifs. Dans le second cas, les rencontres sont rares et se font généralement sous l'autorité, au moins

morale, de membres de la première sphère, en général les médecins. Le malade tel que nous le produisons est un être terriblement solitaire et dépendant, à cause de la manière même dont le produisons.

On pourrait penser que cette solitude renvoie à celle, classique, du consommateur sur le marché, tout au bout de la chaîne, quand, après avoir échangé une marchandise contre de l'argent, il en réunifie valeur d'échange et valeur d'usage en la consommant pour sa valeur d'usage. Mais, sur un marché, l'acheteur-consommateur a participé à une vie sociale qui crée un lien : celle qui s'organise autour de la valeur d'échange de la marchandise. Il a circulé entre les vendeurs, négocié un prix, choisi. Le patient n'a pas eu ce loisir : il n'existe que dans un monde de valeurs d'usage dissociées. Ce monde des valeurs d'usage en tant que telles est un monde où l'on parle *en vérité*, où il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de place pour les opérations de négociations. Tout ce qui constitue l'univers social du médicament, [173] et qui s'est construit à partir de ce que nous avons appelé l'effet placebo, est tenu à l'écart, est devenu invisible sous la garde du pharmacien.

Ce monde de valeurs d'usage tel qu'il est créé par le médicament dans l'accomplissement de sa vie sociale est un monde étrange, extraordinairement technique et autoritaire puisque les processus d'universalisation sont inséparables des qualités techniques des produits. Cela donne tout le pouvoir à ceux qui en sont les « techniciens ». Quand une publicité pour une marchandise dit « ce produit X est fait pour vous », elle signale par là que rien ne va de soi, que l'on ajustement le droit de ne pas y croire et qu'il y faut de l'influence. Personne ne *croit* à la publicité, c'est pourquoi elle est si peu didactique. À l'inverse, quand l'étude contre placebo dit « ce médicament est fait pour vous », il restera bien peu de marges de négociation pour qu'en bout de chaîne un patient, absent en tant qu'acheteur, puisse peser dans le choix de le refuser ou de le consommer. En cas de refus, il sera vite traité d'irrationnel et tout le système le poussera alors à chercher refuge dans d'autres formes de médecine.

L'homéopathie : ses modes de fonctionnement

[Retour à la table des matières](#)

On peut évidemment vérifier la solidité de cette reconstruction en étudiant d'autres médecines. Ainsi, si le médicament est fabriqué par le médecin qui le prescrit, il n'est pas l'objet d'une universalisation (une socialisation). Il n'a pas le statut d'un « abstrait ». Il ne passe pas non plus, *a fortiori*, par le statut de marchandise. [174] De même les symptômes et les maladies ne connaissent pas non plus, dans ce cas, le processus de détachement-abstraction dans un premier temps, et de « rattachement » forcé ensuite. Les symptômes et la maladie ont alors un statut construit totalement différent et pourront faire l'objet d'autres pratiques, qu'on ne peut pas comparer avec la nôtre sans faire le même long chemin, c'est-à-dire sans les prendre au sérieux. Ce travail reste à faire pour toutes les médecines savantes ou traditionnelles qui existent de manière extraordinairement vivaces de par le monde et pour bien d'autres raisons que le sous-développement économique.

On pourrait dire aussi que l'on a finalement raison d'insister sur la spécificité du lien médecin-malade dans la consultation homéopathique. Mais si l'on croit au départ que le médicament homéopathique ne joue *aucun rôle*, on ne pourra pas réfléchir très longtemps à la spécificité qui doit bien exister au coeur de l'homéopathie. Remarquons d'abord que le médicament homéopathique partage avec le médicament allopathique le fait de n'être pas non plus fabriqué par le médecin. La sociologue Emilie Gomart a montré, contrairement à une idée reçue, que ce n'était pas la durée de la consultation qui importait mais l'ensemble du contenu du *lien* tel qu'il est coconstruit avec les objets médicaments dont on dispose alors. Que la médecine allopathique ait pensé expliquer simplement les succès de la médecine homéopathique en faisant appel à la question du temps n'est pas pour nous surprendre. L'idéal de la bonne médecine moderne est en effet défini autour de la notion du temps : *le bon médecin est celui qui prend* [175] *le temps*. Il y a là comme une tentative idéalisée de dérouler à l'envers les opérations qui ont créé, en jouant sur le rythme du temps, le *climat d'un marché*. S'il faut désormais prendre le temps, c'est justement parce

qu'il faut désormais montrer que l'on n'est pas sur un marché. Mais l'homéopathie n'a justement aucune raison d'être efficace pour les mêmes raisons que la médecine allopathique.

Il faut revenir à la manière dont le médicament homéopathique se socialise. On a vu que ce n'était pas au cours d'une étude contre placebo que le médicament se constituait comme tel par *dilution* de la molécule. Le statut du médicament construit est alors très différent : ce n'est pas un médicament construit comme universel et abstrait, ce qui est le trait que lui donne le laboratoire de l'étude contre placebo. *Le médicament homéopathique se socialise mais sans s'universaliser*. On peut alors comprendre pourquoi il reste attaché au descriptif d'un patient et non pas d'un symptôme ou d'une maladie. Quelles que soient les techniques modernes (par exemple la mesure des constantes biologiques) utilisées par ailleurs par les homéopathes et empruntées à la médecine allopathique, cette différence de statut du médicament, un *non-universel*, va bouleverser la relation au patient, la place des symptômes, leur classement, leur compréhension et le traitement, et ce qui constitue *in fine* le cœur et la périphérie de la médecine.

Les symptômes et les maladies auront donc un statut différent dans le mode de construction homéopathique : ils sont sans intérêt en soi, abstraits de la relation à un patient bien particulier : « Quand le médecin organise les éléments de façon particulière dans un tableau [176] pathogénésique pour prescrire un remède homéopathique, il décrit autre chose que le trouble diagnostiqué allopathiquement. *Sulfur* n'est pas une maladie, ni un syndrome, mais un "terrain". *Sulfur* décrit un type de personne ⁷⁶. » Le médicament homéopathique s'adresse directement à un patient souffrant car il ne s'est pas universalisé comme le médicament allopathique. Il n'y a pas de lien à reconstruire, mais un portrait global du patient à construire afin de lui prescrire le bon médicament. Cela spécifie et protège le rôle du médecin. Dans cette relation, le médecin ne dispose pas non plus d'un monopole de la prescription qui serait évidemment inutile. La complexité induite par la non-universalisation des médicaments empêche toute remise en cause du rôle du médecin.

⁷⁶ Emilie GOMART, « Qu'est-ce que l'hétérodoxie ? », *Revue internationale de psychopathologie*, n°21, 1996, p. 167-189.

Non-universalisation des symptômes et des maladies, non-universalisation des médicaments : *la relation traditionnelle médecin-malade n'est pas menacée dans la consultation homéopathique*. Sa solidité est à toute épreuve et reconnue unanimement comme son point fort.

Mais venons-en à l'essentiel, qui intéressera tous ceux qui posent la question : « Est-ce que ça marche ? » *Le médicament homéopathique a organisé un public de médecins et de patients adaptés à la manière dont il se construit*. On comprend que l'on puisse parfois être tenté d'expliquer l'homéopathie en la réservant aux troubles étiquetés « psychosomatiques » par l'allopathie, ce qui est faux du point de vue de l'homéopathe et [177] exact du point de vue de l'allopathie : la psychosomatique regroupe par définition pour lui ce qu'il n'a pas réussi à extirper du patient individuel et à généraliser, c'est-à-dire tout ce qui ne pouvait pas entrer dans le laboratoire de l'étude contre placebo, laboratoire qu'ignore justement l'homéopathe.

C'est pourquoi la question : « Mais enfin, est-ce que ça marche ? » est naïve. Ça marche obligatoirement, puisque ça crée des acteurs en adéquation avec l'objet constructeur. Et les acteurs savent bien, en général, se déplacer vers d'autres médecines, en particulier celle des médicaments étudiés contre placebo, quand ils le jugent nécessaire, ce qui ne les empêche pas de retourner à d'autres moments chez l'homéopathe : *quand ils estiment que leur trouble ne justifie pas une opération de mise en relation avec un médicament universalisé*. Les homéopathes eux-mêmes savent parfaitement circuler d'un univers à l'autre. Comme les patients maghrébins qui consultent d'abord un médecin formé à la médecine occidentale, mais vont voir un guérisseur quand ils estiment avoir quelque chose de vraiment grave (et que nous cataloguerions peut-être de psychosomatique).

Faut-il demander aux homéopathes de faire avec leurs médicaments des études contre placebo ? Ce serait absurde et l'on sait très bien qu'ils n'obtiendraient pas les résultats que l'on attend d'un médicament moderne. S'il faut faire des études contre placebo, on ne voit plus à quoi serviraient les dilutions. Il vaudrait mieux alors utiliser des marqueurs adaptés à ce type de socialisation, et l'on retrouve la médecine moderne. La médecine [178] homéopathique et la médecine allopathique ne sont pas *techniquement* comparables.

La question de ce qui constitue le coeur de la médecine, la question de la santé et de la maladie, la définition du rôle du médecin, en un mot « leurs ambitions » ne le sont pas davantage.

Nous pouvons maintenant mieux comprendre pourquoi il n'y a aucun autre domaine dans lequel nous prenons notre passé si peu au sérieux. Un historien de la médecine exprime ainsi son étonnement de moderne : « Les premières statistiques médicales et les observations faites au lit des malades démontrent l'inanité et l'irrationalité de la pharmacopée médiévale ⁷⁷. » Les médicaments inventés dans d'autres cadres que la médecine moderne, et les théories qui les accompagnent, sont devenus incompréhensibles, à la lumière des mécanismes inventés récemment qui ont le pouvoir de redéfinir ce qu'est une maladie, un patient, un médicament efficace.

Le bouleversement que nous avons subi avec l'émergence et la consolidation du laboratoire de l'étude contre placebo a été extraordinairement profond, brutal et général. En ce sens, le laboratoire de l'étude contre placebo n'est pas seulement un lieu d'expérimentation permettant déjuger de l'efficacité d'une thérapeutique à chaque fois que les malades qui en sont porteurs peuvent être transformés en cas comparables, il est en même temps un puissant producteur de *raisonnalité*.

[179]

Retour à l'effet placebo

[Retour à la table des matières](#)

Revenons au face-à-face entre le médecin et le patient. Il nous faut alors réexaminer cette formule « l'effet placebo, c'est l'effet médecin ». Nous pouvons maintenant la prendre à notre tour au sérieux. Cela signifie d'abord de donner au mot « médecin » tout le sens que nous avons pu établir précédemment, en particulier autour de son rôle de passeur. Dans ce cas, on peut accepter la formule, au sens où l'effet placebo *accompagne* le médecin, parce que c'est lui qui est la pièce

⁷⁷ Olivier FAURE, « Le médicament en France au XIXe siècle », *La Revue du praticien*, n° 18, 15 novembre 1995, p. 2267-2271.

maîtresse dans l'organisation de l'empêchement d'un marché du médicament. C'est le médecin qui est dans le rôle essentiel du passeur, mais à condition de ne pas oublier le pharmacien qui veille en retrait. On pourrait imaginer d'autres mécanismes de passage et l'effet placebo serait transporté autrement : du médicament donné par un voisin de palier comme cela se pratique parfois (illégalement !), ou qui pourrait être distribué par une machine automatique ⁷⁸, sans parler du médicament OTC, l'effet placebo persiste et signe la socialisation.

Nous pouvons en tirer une conséquence très importante : cet effet placebo, s'il accompagne bien le médecin, le fait *indépendamment de sa psychologie* et, de manière plus générale, de son comportement. Qu'il soit gentil ou méchant, accueillant ou désagréable, qu'il manifeste une neutralité bienveillante ou une partialité malveillante, cela ne change rien à l'affaire qui se joue sur le terrain social (au sens large), ni à la manière dont [180] se matérialisent les objets particuliers que sont les médicaments. On trouve ici la raison de tous les échecs et toutes les déceptions de ceux qui ont cherché à comprendre l'effet placebo en étudiant la psychologie des patients ou des prescripteurs, en tentant par exemple de définir le profil des placebo-répondeurs ou celui des placebo-inducteurs. L'effet placebo ne peut pas non plus être rapporté au degré de croyance des patients ⁷⁹. D'une manière générale, les patients ne croient à rien. Ils sont convaincus seulement une fois guéris.

Il n'y a donc pas non plus de techniques identifiables pour augmenter l'effet placebo, sauf à changer de médecine et à épouser une autre tradition, ce qui est une tentation permanente. Cette illusion aurait évidemment l'avantage de mettre la médecine occidentale dans la position de pouvoir récupérer et faire fonctionner à son profit ce que d'autres médecines (traditionnelles) auraient inventé. Ce vieux rêve de captation échoue là encore comme échouent, le plus souvent, les ten-

⁷⁸ Voir le cas de la méthadone que nous avons déjà évoqué.

⁷⁹ Nous renvoyons à notre livre précédent dans lequel nous avons passé en revue toutes les études faites en laboratoire (essentiellement aux États-Unis) sur l'effet placebo et souligné leur caractère décevant. Il y a peu de domaines de la médecine moderne où les idées toutes faites (c'est-à-dire non vérifiées) sont avancées par ceux qui préconisent par ailleurs la plus grande rigueur méthodologique (Philippe PIGNARRE, *Les Deux Médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, op. cit.).

tatives de transposer dans notre médecine les plantes des guérisseurs traditionnels. Quelle que soit notre bonne volonté, nous sommes évidemment prisonniers du modèle médical que nous avons inventé ; nous croyons [181] être du côté de ce que le sens commun nous enseigne : *on ne peut pas pratiquer la médecine moderne et en même temps isoler l'effet placebo pour l'instrumentaliser*. Si nul n'y est parvenu, ce n'est pas parce que les médecins manifesteraient de la mauvaise volonté, ou qu'ils seraient trop soumis aux modes techniques ambiantes et ne seraient pas assez humanistes. Les médecins sont la cheville ouvrière des modes de circulation du médicament. C'est avec eux que se vérifient la socialisation et l'universalisation réussies. Le médicament qu'ils font passer chez le patient a un régime d'activité cohérent avec ce système. Il n'est pas en surplus.

Comment, en cette fin de parcours, l'effet placebo pourrait-il être interprété et compris autrement que comme un pauvre effet surgissant pratiquement dans la relation médecin-patient ? Comment pourrait-il être interprété autrement que comme quelque chose d'individuel et dépendant étroitement des caractéristiques du patient et/ou du médecin, alors même que les outils pour tenter d'en rendre compte dans *ces* termes se sont toujours révélés inadéquats (que l'on pense par exemple à des concepts aussi flous que la « croyance ») ? C'est-à-dire comme quelque chose que nous avons l'habitude d'appeler « psychologique », puisque tout a été *réduit* en fin de parcours à quelque chose qui ne peut plus être compris qu'en termes psychologiques ? Ce à quoi le patient a été réduit, ce en dehors de quoi il ne reste plus rien si on veut quand même le prendre en considération, ce qu'on lui « ajoute » en tant que personnage décontextualisé dont la figure est fixée dans le laboratoire de l'étude contre placebo. On a transformé [182] le patient en cas pour qu'il puisse prendre place dans le laboratoire de l'étude contre placebo. C'est une opération sociale puisqu'il faut dépouiller le patient d'une série de ses caractéristiques. On croit ensuite pouvoir retrouver le patient en ajoutant de la psychologie à ce qui est devenu un cas. Il y a là une opération dissymétrique vouée à l'échec.

En ne négociant les médicaments qu'en fonction de leur valeur d'usage, c'est toute la société qui a été réinventée. On l'a vu avec le surgissement d'une notion comme celle de « droit à la santé ». Dans tous les domaines de la médecine moderne, il ne *reste* plus qu'à faire

appel aux psychologues comme s'ils allaient pouvoir faire oublier ce qui s'est construit socialement d'une manière aussi puissante.

Le choix du marqueur biologique qui, comme on l'a vu, caractérise la médecine occidentale empêchait aussi un mode socialisation-universalisation des médicaments par le détachement de leur valeur d'échange, transformée en prix, et créant un marché avec de libres vendeurs et de libres acheteurs. Le double système dans lequel circule le médicament est destiné à empêcher cette libre rencontre. Il y a bien un lien étroit et logique entre les dangers inhérents au choix de l'effracteur biologique, le mode de socialisation avec l'invention du laboratoire de l'étude contre placebo, la double sphère de la circulation, la définition d'un *no man's land* psychosomatique et l'impossibilité de construire une stratégie thérapeutique à partir de l'effet placebo. D'où, en réponse à ce système global, la tentation permanente des « médecines douces » comme moyen d'échapper à *la fois* aux risques inhérents aux marqueurs [183] biologiques et au système de circulation du médicament moderne. Il y a toujours deux modes d'entrée possibles dans l'univers des médecines parallèles : par la critique de l'univers économique et social dans lequel se déploie le médicament (entrée par la gauche) ou par une critique de la violence antinaturelle de la médecine moderne (ce qui serait plutôt une entrée par la droite).

On comprend mieux pourquoi ce système s'est mis en place presque *d'un seul coup* après la Seconde Guerre mondiale et nous pouvons maintenant compléter ce que nous disions dans le premier chapitre. À partir du moment où nos marqueurs biologiques ⁸⁰ sont devenus plus raffinés, plus dangereux aussi, car plus destructurants pour les mécanismes biologiques les plus intimes et les plus précieux de l'organisme humain, tout le système que nous venons de résumer s'est renforcé et est devenu un ensemble de règles incontournables. *La dangereuse et difficilement prévisible rencontre entre un corps humain et un corps chimique est comme métamorphosée et rendue possible par le mode de (non-)rencontre entre acheteur et vendeur.* En allongeant et en compliquant le chemin qui mène du vendeur (l'inventeur du médica-

⁸⁰ François Dagognet nous a récemment rappelé que la formule de scalpel pour décrire les médicaments appartenait à Claude Bernard. Il les définit quant à lui comme des « dehors du dedans », ce qui nous semble rejoindre nos propres définitions (François DAGOGNET, *Les dieux sont dans la cuisine*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1996).

ment) au consommateur (le patient), on résout le problème que pose à toute société l'usage de *pharmaka*. Les médiations, si difficiles à [184] organiser dans le corps humain, sont reportées dans le champ social où elles pourront être traitées, comme si l'on avait trouvé ainsi le moyen de les agrandir sous un microscope afin de mieux les contrôler. Qui pourra contester le caractère génial de cette invention ?

[185]

Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.

Chapitre 6

L'écologie du médicament

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons essayé de faire une *cartographie* ou une *biographie* du médicament moderne. Arrivé au terme, nous pouvons constater son double caractère : il est prometteur et redoutable en tant qu'effracteur biologique, mais aussi apparemment très fragile, ce dont témoignent ses modes de circulation. Nous nous livrons ainsi, en Occident, à un grand marquage des corps par la médecine qui nécessite une lourde infrastructure sociale. Il s'agit sans doute de l'ambition de marquage la plus ambitieuse et la plus généralisée de toute l'histoire de l'humanité. Que l'on pense aux grandes opérations de vaccination. Et pourtant, rien ne nous affole davantage que les marquages des corps pratiqués dans d'autres cultures, auxquels nous ne comprenons rien dès lors qu'ils ne peuvent être ramenés à des [186] cas particuliers de notre pratique des effruteurs biologiques. À l'inverse, les récits des ethnologues montrent que, même très loin sous les tropiques, on est vite capable de comprendre le rôle de nos médicaments modernes et de construire des *passages* théoriques et pratiques permettant leur utilisation. Comme s'ils pouvaient être un cas particulier et limité d'une manière beaucoup plus générale de marquer les corps qui serait le propre de toutes les sociétés humaines.

Un objet redoutable et fragile

[Retour à la table des matières](#)

Il y a mille et une manières de caractériser un médicament : par ses caractéristiques chimiques et la série à laquelle il appartient, par ses effets sur des récepteurs ou des tissus *in vitro*, par les troubles, symptômes et maladies pour lesquels il peut être prescrit. Mais dès que l'on quitte la description chimique de la molécule, il est impossible d'en donner une définition « en soi ». Elle ne devient compréhensible que dans sa rencontre avec un autre corps. Le laboratoire de l'étude contre placebo est le lieu où s'organise, à une échelle réduite mais représentative, et sous le regard de tous les acteurs intéressés, cette rencontre. C'est là que vont pouvoir être vérifiées les conséquences de la constitution ou de la tentative de constituer un *point d'accroché* entre deux corps : le corps chimique d'un côté, le corps biologique puis, plus précisément, le corps humain de l'autre.

Dire que le médicament peut être le mieux compris au point d'accroché entre deux corps, c'est lui reconnaître [187] le statut que François Dagognet a résumé d'une très belle formule : un dehors d'un dedans. Une molécule n'est un marqueur biologique que parce qu'elle dessine, en négatif, un mécanisme biologique ⁸¹. Si l'on prend la liste de toutes les molécules formant nos médicaments, on aura, de manière inversée, une physiologie générale du corps humain reflétant *grosso modo* l'état actuel de nos connaissances pratiques. L'enjeu de la médecine occidentale, et les difficultés qu'elle rencontre, c'est de trouver et de savoir transporter le mieux possible ce *dessin en négatif*, depuis la molécule testée en préclinique jusqu'au médicament valable chez l'homme malade. Le choix du marqueur biologique tel qu'il a pu être développé depuis cinquante ans nous amène à inventer de redoutables scalpels toujours à la limite d'une toxicité insupportable.

⁸¹ Ainsi le neurophysiologiste Jean-Didier Vincent écrit-il : « La répartition de ses atomes ou groupes d'atomes attractifs lui permet d'épouser les reliefs d'une autre molécule. » Il s'agit ici du rapport entre une molécule vivante (une enzyme) et une molécule inerte (ou métabolite). (Jean-Didier VINCENT, *La Chair et le Diable*, Odile Jacob, Paris, 1996, p. 27.)

On peut faire l'hypothèse que le repérage des effets biologiques des substances chimiques sélectionnées implique des effets qualitative-ment et quantitativement importants, qui pour être valables, une fois transposés en clinique humaine, prennent le risque d'être dangereux pour ceux qui les utilisent. Les molécules testées doivent évidemment produire des effets *visibles* sur nos tests biologiques, avec nos outils toujours approximatifs et finalement assez grossiers de *screening* (aussi sophistiqués qu'ils puissent nous paraître comparés à ceux qui [188] existaient il y a seulement vingt ans, mais toujours aussi dérisoi-res au vu de ce qui se passe chez un être humain malade ou sur un animal vivant, c'est-à-dire une fois franchie la ligne de partage entre l'indifférence et la non-indifférence de l'objet d'expérimentation). Elles doivent aussi pouvoir *supporter une longue translation* de labora-toire en laboratoire, tout en continuant de produire des effets *visibles*, jusqu'à l'essai clinique chez l'homme dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Les médicaments modernes se situent, de par ce pro-cessus d'invention, toujours à l'extrême limite. Ce sont pleinement des *pharmaka*. Le système de socialisation, de commercialisation et de surveillance des médicaments modernes (leur sortie du marché) rend possible ce type de risque et trouve là sa principale justification.

Il se trouve que l'endroit le plus logique (et le plus conforme aux discours et prétentions des acteurs eux-mêmes) où situer les défini-tions successives du médicament, est aussi l'endroit le plus *instable* ⁸². Dès la rencontre entre la molécule et un récepteur biologique, les scientifiques mettront en évidence des affinités préférentielles et com-paratives. Il n'est jamais question d'un calcul absolu, mais toujours d'un calcul relatif à l'effet produit par une autre molécule, qu'elle *dé-place*. Son effet propre n'est stabilisable qu'en faisant appel à des cor-rélations, des statistiques et des récits qui, par définition, ne sont ja-mais clos mais toujours à recommencer. Les scientifiques diront d'une molécule qu'elle « se [189] lie de manière privilégiée avec... ». Une molécule a comme destin de toujours pouvoir être remplacée (ou « déplacée » en langage plus technique au cours des essais *in vitro*) par une nouvelle molécule qui se liera de manière encore plus privilé-giée avec la cible biologique en question, ou qui permettra de différé-

⁸² Le médicament peut changer la forme d'une cellule « en agissant sur les gènes et les protéines qui construisent le squelette de la cellule » (Jean-Didier VIN-CENT, *op. cit.*, p. 155).

rencier de manière plus subtile cette cible en différentes sous-cibles. Ainsi les différents récepteurs cellulaires ont-ils reçu des noms, puis des numéros différenciateurs. Les expériences changent complètement de nature et deviennent incommensurables lorsque l'on passe d'une cellule à un organe isolé, puis surtout d'un organe à un animal entier vivant et enfin à un être humain malade.

Plus on veut prendre au sérieux le médicament comme marqueur biologique, plus il est difficile d'en donner une définition stabilisée. Plus le candidat médicament se déplace dans les laboratoires scientifiques, plus ses attributs augmentent ; et plus ses attributs renvoient à des relations différentes entre des corps, moins on peut le définir en lui-même. Comme si la *stabilité* de la définition de la valeur d'usage d'un objet dépendait de sa capacité à avoir une vie sociale que j'ai envie d'appeler « libre », ou peut-être « indépendante », détachée de ce que l'on sait d'elle, c'est-à-dire pouvant être réinventée sans que l'on ait besoin des récits des premiers acteurs. Plus la valeur d'usage d'un objet est stabilisée, plus il pourra se déplacer *seul* dans l'espace de la circulation : les nouveaux acteurs sauront l'utiliser, le consommer quasi spontanément. Il portera implicitement en lui-même, en tant qu'objet, sa définition et les règles générales de sa consommation. Nous avons vu que la valeur d'échange est ce qui permet de transporter [190] les valeurs d'usage dans tous les coins et recoins de la société, de toucher tous les humains.

C'est cette absence de stabilité qui explique le maintien du médicament sous son unique valeur d'usage dans les sphères de la circulation. Le passage valeur d'usage-valeur d'échange est déstabilisateur, trop déstabilisateur pour une valeur d'usage si peu stabilisée. Il impliquerait de nouvelles opérations de transformation, de circulation risquées. L'objet disparaît en tant que tel dans ce mouvement. Il s'échappe. En ce sens le marché permet de *vérifier*, les yeux fermés, qu'une valeur d'usage est bien stabilisée. Tant que sa valeur d'échange ne s'est pas réalisée sur le marché, on ignore s'il avait vraiment une valeur d'usage, ou tout au moins s'il avait une valeur d'usage identifiable socialement. La valeur d'un médicament se vérifie autrement : non pas par un mécanisme automatique créant dans le même mouvement le personnage du vendeur et celui de l'acheteur, mais par la décision impérative et autoritaire du médecin prescripteur (qui reste en même temps incontournable). L'instabilité de la définition de la valeur d'usa-

ge d'un médicament empêche son *détachement* d'avec les premiers acteurs qui l'ont inventé et d'avec les discours qu'ils ont construits à son sujet. En l'absence de valeur d'échange, il faut créer des « valeurs d'usage accompagnées », et cela constitue l'originalité de la solution.

Le passage de la valeur d'usage à la valeur d'échange est un *salto mortale* pour l'objet concerné. Il s'agit d'une transsubstantiation, d'une métamorphose qui suppose que l'objet devienne une « non-valeur d'usage ». On sait néanmoins quoi faire de légumes, d'une automobile, [191] d'une cuisinière, d'un poste de télévision, d'un téléphone qui extériorisent leur valeur d'usage même quand ils circulent comme valeur d'échange, c'est-à-dire comme non-valeur d'usage. Leurs modes d'emploi, quand ils existent, sont le plus souvent accessoires : ils ne nécessitent pas la présence d'un spécialiste. Plus un objet devient courant, moins il nécessite d'apprentissage. Son mode d'emploi devient inhérent à son existence, avec sa banalisation. Cela implique, dans le cas des « vraies » marchandises, une indispensable réappropriation, une véritable réinvention de la valeur d'usage, alors qu'elle était devenue transitoirement un *chaos abstrait*, avec des transformations toujours possibles, quasi systématiques de l'usage. La valeur d'échange a transformé la valeur d'usage initiale en valeur d'usage pour autrui ⁸³. Le médicament ne se subsume pas sous une valeur d'échange : sa valeur d'usage ne s'est pas transportée après avoir été transformée mais s'est dissociée et jamais réunifiée. On ne sait pas quoi faire avec un comprimé, un liquide injectable, une gélule, un *patch*, sans le lourd accompagnement des techniciens qui l'ont mis au point et des descriptifs qu'ils ont réalisés (et que seuls d'autres techniciens spécialement formés sont capables d'interpréter), sans tout le savoir qu'ils ont produit et qui doit être transmis « en plus ». On considère qu'il n'y a pas [192] *d'apprentissage* en amont qui permette aux consommateurs de s'orienter seuls et de décider quels médicaments ils veulent utiliser et la manière de les utiliser.

Tout l'effort doit être construit autour de la stabilisation de la valeur d'usage du médicament. Il s'agit de transformer ce que nous

⁸³ La valeur d'échange d'une marchandise est liée à sa valeur d'usage. Elle est la mise en mouvement de la valeur d'usage. Elle est l'expression de cette valeur d'usage *dans une autre* valeur d'usage : un paquet de cigarettes est équivalent à vingt boîtes d'allumettes. La valeur d'échange traduit l'*échangeabilité* des valeurs d'usage entre elles.

connaissions mal, dans le lieu de rencontre entre le corps chimique et le corps biologique puis le corps humain (ce que nous avons appelé le point d'accroché), en un objet *socialement stabilisé*. La procédure pour ce faire doit être adéquate : ce ne peut pas être le marché. Cette spécificité ne permet pas la liberté d'une valeur d'échange qui ajouterait de la déstabilisation. Le sens commun rend bien compte de ce problème. L'argument que l'on rencontre en effet le plus souvent est que le médicament n'est pas une marchandise comme une autre à cause des dangers qu'il recèle. Pris de mauvaise manière, il se transforme en poison. Un antibiotique doit être pris régulièrement pendant une période de temps précise. À l'inverse, il est souhaitable de consommer un hypnotique de manière intermittente. Le médicament implique donc un niveau de technicité important, celui du médecin, qui va décider des règles de sa consommation pour un individu particulier. En conséquence, il serait criminel de faire du médicament une marchandise sur un marché, c'est-à-dire le laisser constituer librement autour de lui un corps de vendeurs et d'acheteurs. N'y a-t-il pas beaucoup d'autres domaines (le nucléaire par exemple) où les mécanismes du marché ne sont pas libres de se manifester à cause du danger manifeste d'une libre « prolifération » ? On pourrait évidemment répondre que cet argument [193] n'est pas très convaincant car en découpant la sphère de la circulation en deux parties presque étanches *on empêche tout processus de création de connaissances du côté des consommateurs*, qui auront toujours tendance à déléguer savoir et pouvoir au spécialiste, le médecin. Or, cette création de connaissances en aval pourrait être le meilleur moyen de garantir un bon usage du médicament. Il existe un nombre infini de marchandises, parfois très banalisées, qui peuvent se révéler redoutablement dangereuses pour les consommateurs et qui sont pourtant librement vendues sur le marché. On est donc en droit de penser que le système créé, en empêchant la production de connaissances du côté du consommateur, en maintenant ce dernier (au sens propre du mot dernier) isolé et individué, crée en retour (ou tout au moins favorise) les conditions de la dangerosité du médicament et s'auto-entretient comme système cohérent de cette manière. Il est donc tout aussi possible de dire que, par la manière dont on invente le médicament à *toutes ses étapes*, on en fait un objet dangereux. Ce serait là un point de vue libéral extrême (que l'on trouve dans certains cercles d'économistes américains) qui a parfois pris le nom de « libertarien ».

À chaque fois qu'un médicament peut être utilisé pour d'autres raisons que celles qui ont été mises en évidence dans le laboratoire de l'étude contre placebo, ou à chaque fois qu'il peut donner du plaisir en agissant sur la perception du monde (cas de certains psychotropes), il pourra s'échapper du système de circulation que nous avons décrit comme de type filiatif pour circuler dans un nouveau système de nature *épidémique*. [194] On qualifiera ainsi de toxicomanie l'invention de nouveaux modes de circulation de certains médicaments. Encore une fois, on utilise une formule psychologisante pour décrire un phénomène social, ce qui est le meilleur moyen de ne plus pouvoir en rendre compte. Le mot toxicomanie signale à la fois que le médicament s'est échappé de ses modes habituels de circulation et qu'il est consommé en dehors de la mise en coïncidence entre indications et diagnostics. La manière dont la molécule circule est donc le meilleur critère pour la définir. On peut tout aussi bien dire que ce type de produits a fait l'objet d'un autre processus de socialisation que ceux que nous avons pu décrire. Les substances que nous classons comme *drogues*, légales ou illégales, peuvent être socialisées d'une manière très particulière : dans des *arts de la consommation* que l'on retrouve dans toutes les cultures, même si c'est à propos de substances différentes. En dehors de ce mode de socialisation, ce type d'effracteurs biologiques peut se révéler mortel.

La différence drogues dures/drogues douces n'est pas remise en cause par une telle grille de lecture, mais elle en sort redéfinie : une drogue douce peut devenir dure (et inversement) selon le réseau de socialisation qu'elle emprunte. Les arts de la consommation ne sont pas des techniques de socialisation qui pourraient être assimilées à la bonne information, mais bien plutôt une transmission de nature *culturelle* (et même initiatique dans certains cas) très complexe. Nous connaissons très bien, en France, les dangers de la consommation d'alcool mais aussi les arts de la consommation qui en protègent. La nature des substances qui peuvent être gérées socialement [195] de cette manière n'est pas indifférente. L'expérience récente montre qu'il n'est pas certain que les produits inventés dans le laboratoire de l'étude contre placebo soient les plus aptes à pouvoir être contrôlés de cette manière. On fait toujours là un saut dans l'inconnu, car leur mode d'invention est profondément lié au mode qui sera celui de leur circulation. Ils sont souvent utilisés de manière toxicomaniaque faute de

mieux, en l'absence d'autres produits qui ont été rendus rares et chers du fait de leur statut illégal. La toxicomanie aux médicaments pourrait, en conséquence, être le résultat de notre incapacité à gérer, au moins en partie, les arts possibles de la consommation de drogues.

Nous faisons comme si le processus de socialisation que nous avons créé n'avait pas d'importance (nous l'avons rendu invisible) alors que toute la question dite du *pharmakon* s'y joue. C'est en effet au moment même où l'on ajoute l'effet placebo à l'effet repéré biologiquement sur « ce qui n'est pas un être humain vivant », dans le laboratoire de l'étude contre placebo, que l'on proclame la nature fondamentalement biologique de nos médicaments. Ce que nous nions dans ce processus, c'est ce que nous sommes justement, au même moment, en train de réaliser : le passage de l'étude du purement biologique (c'est-à-dire dans ce cas *excluant* l'être humain vivant) à l'essai chez l'homme au sens plein du terme. Et nous repérons bien cette différence puisque nous la calculons, même si c'est de manière approximative, *de deux manières*. Il s'agit d'abord de la différence entre ce que nous avons obtenu au cours des études biologiques (appelées généralement [196] études précliniques) et ce que nous obtenons vraiment chez l'être humain au moment des études cliniques. L'objectif est d'être le plus prédictif possible : tendanciellement la différence entre ce que l'on a vu et interprété avant l'entrée dans le laboratoire de l'étude contre placebo et ce que l'on voit chez l'être humain doit *tendre vers zéro*.

Mais une autre différence, en miroir, s'impose immédiatement à nous : entre l'effet de la molécule et l'effet du placebo. Cette seconde différence est le reflet inversé de la première, même si l'on ne peut pas comparer mathématiquement les deux résultats car ils sont constitués de calculs successifs. On pourrait dire qu'il s'agit de *dérivés*. L'idéal que nous poursuivons est de faire *tendre vers l'infini* cette seconde différence. Mais ces deux différences traduisent bien le statut du médicament moderne, de la médecine occidentale — et de ses acteurs — qui s'est construite en laissant croire que les modes de socialisation qu'elle a inventés (essentiellement le laboratoire de l'étude contre le placebo) n'étaient pas *essentiels*, qu'ils étaient là faute de progrès scientifiques suffisants mais à venir, que l'on s'en passerait un jour.

Notre incapacité à analyser la manière dont nos objets sont des mixtes de technique et de social permet par ailleurs de comprendre

l'oubli et le refoulement de toutes les techniques d'influence propres à guérir des êtres humains. Cette situation reflète ce que Léon Chertok et Isabelle Stengers ont appelé l'asymétrie qui caractérise l'aventure occidentale entre, d'un côté, l'intelligence et l'imagination déployées pour comprendre le monde (et inventer des objets comme les [197] médicaments modernes) et, de l'autre, la relative bêtise avec laquelle nous pensons les rapports entre les humains ⁸⁴ (seulement compris ici en termes d'effet placebo).

Le médicament est un cas tout à fait exceptionnel où l'on a pu quasiment mesurer l'effet social (le mode de socialisation) sur la nature de la valeur d'usage. C'est ce qu'on a appelé effet placebo. L'effet placebo pur, au sens où il n'accompagne pas une substance, qui est aussi un marqueur biologique, mais un produit réputé biologiquement inactif (un blanc thérapeutique), reste une variable : elle est le reflet de tous les ingrédients sociaux qui préexistent à son absorption par le patient. Cela a une conséquence immédiate très pratique. Vouloir utiliser, instrumentaliser l'effet placebo, c'est seulement *redoubler le pouvoir du médecin sur lui-même*. C'est une impasse qui ne fait qu'inscrire dans une ivresse, une répétitivité devenue folle, l'action du thérapeute. Il devra aggraver jusqu'à la caricature le dispositif social dans lequel se définissent son rôle et celui du patient. Il en est ainsi du médecin qui essaie d'utiliser un blanc thérapeutique pour démontrer que le patient n'est pas vraiment malade « puisqu'un placebo le guérit ». Et c'est bien là un danger toujours menaçant pour les thérapeutes, quelle que soit leur tradition : ce sentiment de toute-puissance qui naît en particulier dans les cas de guérison inexplicables et que le sens littéral du mot placebo traduit « je plairai ».

[198]

On pourrait aller plus loin dans l'analyse en distinguant pouvoir et puissance : il ne s'agit pas, dans le cas des tentatives d'instrumentaliser l'effet placebo, d'un effet de la puissance du thérapeute, comme on pourrait encore en parler avec raison à propos de l'hypnotiseur ou surtout du guérisseur traditionnel, mais du seul résultat du pouvoir qui lui est conféré automatiquement par le mode de gestion sociale des médi-

⁸⁴ Léon CHERTOK, Isabelle STENGERS, *L'Hypnose blessure narcissique*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson, 1990, p. 57.

caments. Il s'agit d'une fausse question éthique, puisque tous les chemins qui pourraient en faire un vrai enjeu de pratiques humaines ont été barrés : l'effet placebo n'est plus reconnu comme une construction sociale, appelée placebo provisoirement, mais est transformé en une monstrueuse donnée psychologique, caractéristique du patient, et qui pourrait donc être traitée selon les modèles psychologiques⁸⁵. Il y a là une véritable opération qui, pour le coup, pourrait mériter le nom de fétichisation car elle rend toutes les questions au coeur de la pratique médicale occidentale toujours plus obscures, [199] et barre comme irrationnels les autres chemins d'invention.

De là notre difficulté à comprendre les médecines de l'influence exercées dans les sociétés traditionnelles sans les renvoyer à des pratiques qui généreraient de l'obscurantisme et qui s'opposeraient à notre conception de la liberté : puisqu'ils sont dans l'instrumentalisation de l'effet placebo, ils sont dans la manipulation psychologique des patients⁸⁶. Cette explication a l'avantage de nous permettre, à nous Occidentaux, de comprendre les techniques les plus diverses en les disqualifiant par la même opération. En voulant stabiliser l'effet placebo comme un effet psychologique, on fait disparaître ce qui fait l'originalité sociale de chaque système médical et on renvoie toutes les différences à un individu humain devenu par là même incompréhensible, car devenu un être humain universel, dont la psychologie serait définissable indépendamment de son être singulier constitué comme être social et culturel.

⁸⁵ La dernière tentative de ce type est d'essayer de stabiliser l'effet placebo en en faisant un réflexe conditionné dans la tradition pavlovienne. Le professeur Voudouris, psychologue à l'université de Melbourne, propose d'associer un médicament actif avec des chocs électriques légers, puis de diminuer les doses du médicament et de provoquer un réflexe pavlovien grâce aux chocs électriques. Mais est-ce bien toujours d'un effet placebo que l'on parle alors ou ne faudrait-il pas appeler d'un nouveau nom ce qui essaie de se construire comme un nouveau mode de socialisation ? Depuis longtemps, on a suggéré des « méthodes thérapeutiques » particulières avec pour objectif de diminuer les doses de médicaments. L'effet placebo, tel qu'il est inventé et mis en scène dans le laboratoire de l'étude contre placebo, rend impossible ce type de construction. (Sur les travaux du professeur Voudouris, voir « Sugaring the Pill », *New Scientist*, 27 janvier 1996, p. 26-29).

⁸⁶ Cet argument a été longuement utilisé par les psychanalystes contre l'hypnose.

Tout cela ne relève pas de la mauvaise volonté politique des différents acteurs mais d'un mécanisme social puissant qui dépasse chaque acteur individuel, même si le médicament moderne s'est parfaitement adapté à un système juridique construit sur la lutte pour le monopole et contre l'exercice illégal de la médecine. Mais il lui a sans doute donné un nouveau sens en déplaçant la ligne de partage entre pratiques rationnelles et pratiques irrationnelles vers l'intérieur même de la pratique médicale *légale*. Avant l'invention des médicaments [200] modernes, la disparité des techniques thérapeutiques ne posait finalement pas beaucoup de problèmes : c'était la question légale qui venait en premier. Le surgissement des médicaments modernes a redécoupé le corps médical en fonction de son adhésion au nouveau modèle. Les pratiques désormais considérées comme irrationnelles traversent la frontière du corps médical et recrutent des deux côtés. D'une certaine manière, le titre de médecin est devenu la garantie de pouvoir utiliser des techniques thérapeutiques considérées comme sans fondement scientifique. C'est le résultat de l'hybridation particulière entre l'invention des médicaments modernes et le système juridique définissant l'exercice légal de la médecine. Comment trancher lorsque la contradiction éclate au grand jour ? Devant cette difficile question, il semble que jusqu'à présent l'Ordre des médecins défende le corps médical, indépendamment du caractère scientifique ou non de ses pratiques, ne faisant que repousser la contradiction qui est désormais au fondement de son existence ⁸⁷.

On peut maintenant franchir une nouvelle étape dans notre compréhension du médicament occidental [201] moderne. D'un point de vue conceptuel, si l'on se loge au cœur d'une molécule (comme dans un récit de science-fiction où des êtres humains réduits après une manipulation expérimentale peuvent circuler dans d'autres corps humains) comme dans une monade pour examiner le monde de ce point

⁸⁷ Cette contradiction s'est manifestée publiquement avec la plainte déposée auprès de l'Ordre par un syndicat d'homéopathes contre le professeur Marcel-Francis Kahn qui avait dénoncé leurs pratiques. L'Ordre a donné raison au syndicat des homéopathes *parce qu'il est formé de médecins*. Cela implique que les injures ne sont plus de mise dès qu'un praticien est médecin. L'Ordre aurait pris la position inverse si les mêmes techniques avaient été utilisées par de non-médecins. (Voir Jean-Yves NAU, « Les coups de gueule d'un allopathe », *Le Monde*, 12 février 1996.)

de vue, alors les espaces dans lesquels nous nous déplaçons paraissent comme ressaisis et modifiés indépendamment du nom qui leur a été donné d'un autre point de vue : biologique et social. Le biologique apparaît alors comme du social concentré, et le social comme du biologique étendu. Toujours logé dans notre monade-molécule, nous voyons appeler « effet placebo » ce qui survient dans la rencontre au moment où ce qui est appelé biologique et ce qui est appelé social se branchent l'un sur l'autre, font corps.

Le biologique et le social sont dans le prolongement l'un de l'autre. C'est en comprenant la manière dont la molécule circule, dont elle modifie ses environnements, que l'on peut approcher de sa nature. Le patient lui-même est transporté, sa place dans le champ social est modifiée simultanément à sa biologie sous le choc de la rencontre avec la molécule.

Une médecine remplie d'humains

[Retour à la table des matières](#)

Cela a forcément beaucoup de conséquences sur la nature du monde que nous fabriquons ; il doit être peuplé d'humains serrés les uns contre les autres et qui entretiennent des relations privilégiées entre eux. Le médicament a besoin de beaucoup d'humains car il ne [202] peut pas être laissé à lui-même. Ils ne peuvent pas *déléguer* à un objet qui, pour devenir fabricant spontané de lien, devrait avoir une valeur d'échange. On sait qu'à l'inverse le marché et la transformation des objets en valeur d'échange économisent des humains.

Ce *trop d'humains* qui accompagne le médicament et vient suppléer son absence de valeur d'échange est fait de personnes aux tâches bien définies, les plus techniques et donc les moins interchangeables possible. L'espace où circule le médicament est saturé par les humains et par les techniques qu'ils doivent posséder. Contrairement à ce dont on se plaint généralement, il n'y a donc pas de médecine plus remplie d'humains, moins capable d'abandonner des objets à leur sort, que la médecine occidentale. Rien n'est laissé à des automatismes dès que l'on a quitté le laboratoire de l'étude contre placebo. Il pèse une lourde menace sur tous ceux qui enfreindraient cette règle : ceux qui décide-

raient eux-mêmes des médicaments qu'ils veulent consommer, c'est-à-dire qui voudraient se passer de leurs accompagnateurs humains, se voient promettre les plus grands malheurs. Et cette règle est finalement très peu enfreinte. Elle est à l'origine de la guerre contre la drogue, comme de toutes les campagnes destinées au grand public sur le bon usage du médicament : ne pas décider soi-même, ne pas modifier les règles de prescription décidées par le médecin.

Nous retrouvons là, dans cette absence de liberté possible pour le médicament, dans cette inséparabilité entre l'objet et les humains qui le fabriquent matériellement et socialement, le *pharmakon* des Grecs. Ce *pharmakon*, fondamentalement instable, dont les effets peuvent [203] s'inverser, ne renvoie donc pas seulement aux effets désirés et aux effets indésirables (effets secondaires) des médicaments, mais aussi à la manière dont nous transformons une molécule en médicament, à la manière dont un dehors du dedans est capable de se stabiliser relativement, en se calant sur l'effet placebo. Cette manière traduit une situation instable que les objets ne suffisent pas à stabiliser : il faut pour cela ajouter le social au biologique. L'idée de *pharmakon* fait le lien entre le médicament comme valeur d'usage instable et la nécessité d'une forte présence maintenue des humains, l'indissociabilité entre le médicament et les humains, donc la nécessité d'inventer des modes de socialisation adaptés. Cela vérifie à la fois le sérieux des enjeux de la médecine occidentale moderne (le « tout biologique ») et ses tentatives toujours à recommencer, qui justifient, jusque dans les détails, ses modes d'organisation. La recherche du médicament parfait, qui a pu prendre la forme du projet vaccinal tel qu'il a triomphé dans la pharmacie de l'entre-deux-guerres, ou aujourd'hui de la pharmacologie rationnelle ou de la thérapie génique, constitue le rêve ultime de médicaments qui pourraient enfin se suffire à eux-mêmes, exister indépendamment des humains. La valeur d'usage y serait *garantie*. Paradoxalement, la réussite de cette utopie permettrait de redéfinir les acteurs et le champ social dans lequel se déploie le médicament, d'inventer de nouvelles valeurs. Ainsi, si ce « projet biologique » était mené à son terme idéal, on peut imaginer que l'on aurait appris à constituer des médicaments qui ne seraient efficaces que sur la personne malade et seraient sans effet et sans danger [204] (aucune utilité) sur la personne non malade qui les prendrait malgré tout : mais ce serait des médicaments sans médecins. Il y a loin du rêve à la réalité.

L'économie du médicament

[Retour à la table des matières](#)

Si nous sommes dans un univers social rempli d'humains, il n'empêche que le laboratoire d'étude contre placebo est une *axiomatique*, c'est-à-dire un mécanisme fonctionnant indépendamment de la subjectivité des humains. L'universalisation des objets sous forme de valeur d'échange remplit une fonction économique stricte (au sens moderne du mot économique) : elle permet tant bien que mal, avec des cycles courts et lents qui permettent les ajustements, de réguler l'offre et la demande. Se passer de la valeur d'échange, c'est prendre un risque considérable en terme de *régulation*, risque dont le paradigme pourrait être le bien *gratuit*, indéfiniment disponible.

On peut dire les choses autrement : comment faire pour que le système spécifique de distribution et de régulation du médicament ne soit pas anéanti par sa propre dynamique interne qui échappe à toute autorégulation quantitative, à la différence des marchés qui l'entourent ? On sait que, dans la plupart des pays, cette question est désormais une question très pratique. Or, une réponse semble absolument exclue, même dans un pays comme les États-Unis : la transformation du médicament en une marchandise comme les autres, c'est-à-dire s'universalisant sous sa valeur d'échange. Au contraire, au fil du temps, les techniques du laboratoire [205] de l'étude contre placebo se sophistiquent toujours davantage, et déterminent désormais de manière incontournable la vie sociale du médicament. C'est là que se perfectionnent les mécanismes d'une axiomatique alternative à l'axiomatique du marché. Les résistances aux études cliniques contrôlées systématiquement, qui se sont manifestées en France jusque dans les années soixante-dix, ont désormais disparu. Ce que nous avons appelé le laboratoire de l'étude contre placebo, par commodité, recouvre désormais une série d'études dont les protocoles doivent être minutieusement élaborés et sont de plus en plus contrôlés scientifiquement, administrativement et socialement. Ce qui nous est présenté comme un événement scientifique (les résultats de l'étude contre placebo) se révèle être aussi un véritable événement économique et social, sans per-

dre pour autant sa dimension rigoureuse fortement productrice de rationalité.

C'est ici que se décident de manière de plus en plus précise les perspectives et les limites d'universalisation de chaque molécule, et le droit, qui va avec, de le consommer lorsque l'on en a besoin. Le médicament accentue ainsi toujours davantage ce qui le différencie des marchandises classiques : le contrôle final par le marché. Avec le laboratoire de l'étude contre placebo, l'universalisation des médicaments (qui doit en prendre ?) est organisée en amont de la circulation. L'axiomatique que nous avons étudiée est très puissante puisqu'elle peut créer des « faits » au sens fort du terme.

Mais comment peut-elle fonctionner dans l'axiomatique générale des marchés ? Comment relier cette axiomatique originale au système économique dans son [206] ensemble ? On peut constater depuis plusieurs années que l'axiomatique du laboratoire de l'étude contre placebo rend folles les axiomatiques plus générales avec lesquelles elle s'articule, sur lesquelles elle vient se fixer. Tous les problèmes de financement des dépenses de santé, et en particulier des innovations thérapeutiques, s'enracinent ici. Un commentateur américain résumait les choses de la manière suivante : « Il y a désormais une loi qui s'applique aux avancées pharmaceutiques et qui est partagée dans tous les cercles les plus sophistiqués du monde occidental. Cette loi dit que chaque nouvelle découverte thérapeutique est un *désastre économique et politique* ⁸⁸. » Il n'existe pas aujourd'hui en aval du laboratoire de l'étude contre placebo, une axiomatique susceptible d'en restreindre les prétentions et pouvant faire remonter jusqu'à elle des exigences qui seraient proprement économiques. Tout l'effort des réformes de santé va dans le sens de la formulation de telles exigences : de la mobilisation des médecins pour faire baisser le coût de leurs prescriptions (ce qui sera facilité par l'informatisation des cabinets médicaux : avec un simple « clic » le médecin pourra substituer aux médicaments qu'il a l'habitude de prescrire des génériques moins chers), aux nouvelles études de pharmaco-économie susceptibles de remettre en cause la logique du laboratoire de l'étude contre placebo, rien n'est encore joué.

⁸⁸ Harry SCHWARTZ, « Drug Development Discouraged », *Scrip Magazine*, mai 1996, p. 25.

Il n'y a pas d'échappatoire simple à ce système très particulier. La question qualitative va hanter le médicament [207] et toutes les tentatives de réforme. *Comment mesurer la valeur d'usage du médicament sans passer par la valeur d'échange*, c'est-à-dire par le marché ? On a vu qu'à la différence d'une entreprise fabriquant des automobiles, c'était avant sa « commercialisation » qu'une molécule était considérée comme « réussie » ou non. Ainsi, c'est dès les résultats connus de l'étude pivot contre placebo que la valeur d'une entreprise pharmaceutique sera instantanément réévaluée sur le marché boursier. Un bon analyste financier qui s'occupe du secteur pharmaceutique est de plus en plus un hybride bizarre entre le spécialiste de la biologie et celui des finances. Les opérations commerciales qui seront considérées comme décisives dans le cadre d'une marchandise classique, une automobile par exemple, ne sont prises en compte qu'accessoirement dans le cas du médicament. On peut penser qu'elles ont de plus en plus tendance à dépendre étroitement de ce qui s'est passé dans le laboratoire de l'étude contre placebo, contrairement à la croyance qui met tous les succès et les échecs sur le dos du marketing.

On aurait pu croire que la logique de la marchandise et des marchés serait progressivement plus forte que cette logique sous contrôle. Le marché et ses mécanismes sont réputés pouvoir dissoudre et réorganiser tous les autres modes de socialisation des objets. Or, il n'en est rien dans le cas des médicaments. Cela montre la robustesse du laboratoire de l'étude contre placebo en tant qu'axiomatique concurrente de celle du marché. Il semble même que toutes les mesures prises pour préparer le futur des médicaments ne remettent jamais en cause ce système, sinon à sa marge avec le cas des [208] médicaments dits OTC (vendus sans ordonnance). Au contraire, les systèmes de contrôle de la valeur d'usage à la sortie du laboratoire contre placebo se généralisent et deviennent de plus en plus sérieux dans l'ensemble des pays, y compris les pays les plus pauvres qui décideront éventuellement, pour plus de simplicité, de calquer leurs décisions sur celles des pays les plus riches.

Réintroduire le patient

[Retour à la table des matières](#)

L'élargissement global du marché des médicaments peut être justifié par des économies faites « ailleurs ». Ainsi, pour prendre un exemple parmi les plus simples, la mise à disposition d'un nouveau traitement pourra diminuer le temps d'hospitalisation, le nombre de jours d'arrêt de travail. Il s'agit de montrer que la société prise globalement gagne beaucoup à l'introduction de telle ou telle nouvelle thérapeutique. Des modèles de pharmaco-économie sont ainsi développés pour tenter de définir le prix possible d'un nouveau médicament en l'absence des mécanismes de l'offre et de la demande. Mais il s'agit de raisonnements au statut très particulier : ils viennent en quelque sorte se substituer aux mécanismes du marché inexistant, non pas pour le prévoir, mais pour dire « voilà ce qui se passerait si », en sachant que cela ne peut jamais se passer.

Autrement dit, cela crée une situation qui pourrait être considérée comme particulièrement difficile à décrire de manière exhaustive. Il faut montrer que l'individu et la société sont gagnants ensemble, mais cette démonstration est une sorte de simulation (comme [209] on peut en faire en météo ou désormais pour l'arme nucléaire), alors qu'il est impossible de garantir que toutes les données du problème ont été prises en compte.

Un débat considérable s'est donc engagé sur les manières de *réintroduire le patient de manière à ce qu'il ressemble le plus possible à un véritable acheteur*, qui est le seul modèle fourni à ceux qui essaient de penser un avenir différent pour le médicament. Il ne s'agit pas, là non plus, de faire de la simulation mais de trouver des dispositifs pratiques permettant aux consommateurs de médicaments d'exister et de se manifester. Des intérêts aussi puissants que divergents vont se manifester à cet endroit précis, en sachant qu'ils seront toujours pris dans le filet des valeurs d'usage. Ainsi, la première difficulté à résoudre pour tous ces programmes, par-delà leurs différences, est la nécessité d'établir un système permettant de mimer les mécanismes du marché et de ses libres acteurs, sans quitter le monde des valeurs d'usage.

Une autre difficulté consiste à ne pas remettre en cause le processus de socialisation du médicament, et les alliances nouées dans ce moment, par une introduction déstabilisante des patients. Cette limite apparaît clairement dans une polémique née en 1996 entre l'industrie pharmaceutique américaine et la Food and Drug Administration (FDA) qui délivre les autorisations de mise sur le marché et surveille l'ensemble des acteurs de la santé aux États-Unis. La FDA a proposé que les industriels réalisent, sous son contrôle, des guides écrits informant le patient sur les médicaments qui lui ont été prescrits. Les industriels américains du [210] médicament et les pharmaciens se sont opposés à cette démarche qui risque, selon eux, de mettre en cause de « manière destructrice le rôle des pharmaciens et des autres professionnels de la santé [...]. Ce qu'un patient doit savoir sur un médicament *doit être taillé sur mesure pour lui* au cours de la consultation ⁸⁹ ».

Si les entreprises pharmaceutiques ne peuvent pas remettre en cause tout le système qui garantit une utilisation sans danger de leurs médicaments, ce qui passe par des liens privilégiés avec les médecins et les pharmaciens, il n'empêche qu'elles ont besoin de patients qui soient de plus en plus des consommateurs capables de jouer un rôle dans le choix des thérapeutiques et de peser en faveur de ce qu'elles proposent. Ce qu'elles ont tenté, c'est de pouvoir expérimenter en créant de toutes pièces un « patient-consommateur », c'est-à-dire en retraduisant sur un mode quantifiable l'ensemble des *mille petites perceptions* qui font qu'un acheteur sur un marché choisit finalement telle ou telle marchandise. Alors que le marché réel crée instantanément et pratiquement (dans le registre de l'action) la sommation de ces mille petites perceptions qui transforment un acheteur potentiel en acheteur réel, il faut créer des outils très sophistiqués pour essayer de les approcher en restant dans le qualitatif, c'est-à-dire dans la valeur d'usage. C'est ce que l'on a appelé les *études de qualité de vie*, ou *outcome research*, qui ont été pour l'essentiel des outils d'auto-évaluation des patients, tentant de prendre en compte tous les retentissements de la maladie et des soins apportés sur tous les aspects de leur vie. [211] Ces études jouent un rôle dans la concurrence entre les différentes entreprises pharmaceutiques en permettant de mieux souligner les avanta-

⁸⁹ « Opposition to FDA medication guides », *Scrip*, 2096, février 1996.

ges d'un produit qui restait semblable à un autre dans une étude classique contre placebo ou produit de référence en double aveugle. Mais il existe d'autres expériences qui tentent d'aller plus loin.

Une association d'usagers de drogues illégales a bien mis en évidence ce problème du long et nécessaire travail de stabilisation des valeurs d'usage quand elle a réalisé un tableau de toutes les substances disponibles sous forme de médicaments officiels et pouvant être utilisées comme produits de substitution aux produits illégaux classés stupéfiants. À côté du nom commercial de chaque spécialité, les rédacteurs ont mis le nom de la molécule chimique (DCI : dénomination commune internationale) et les dosages disponibles, puis les présentations (ampoules, comprimés, etc.), le prix, la liste d'appartenance (tableau des stupéfiants par exemple), et enfin les « avantages-inconvénients » tels que leur expérience sociale collective permet actuellement d'en rendre compte (par exemple : Usage compulsif très dur à gérer. Courte durée d'action suivie d'une descente déprimante. Risque fort d'overdose. Trop faible pour une substitution. Calme le manque, montée chaleureuse. Donne la pêche. Impossible à shooter. Écoeurant, etc.). Il nous semble que c'est dans cette dernière colonne que nous atteignons à la définition la plus stabilisée du médicament : mais cela a nécessité un effort et un travail social, fait de traductions successives, considérable. Les rédacteurs en témoignent : « Les informations contenues sous les mentions "avantages [212] et inconvénients" sont le résultat d'un sondage réalisé auprès d'une centaine d'usagers. Selon l'objectif recherché (substitution, décroche, défonce...), un avantage peut devenir un inconvénient et *vice versa* ⁹⁰. » On est loin de l'information gérée sur un mode filiatif. Mais il est évidemment infiniment plus difficile de rassembler ce type d'informations de manière solide et crédible que de collecter des résultats produits sur des cas étudiés dans le laboratoire de l'étude contre placebo. L'univers des drogues illégales a inventé ce type de stabilisation parce que, *par définition même*, il ne peut pas faire référence au laboratoire de l'étude contre placebo. On a vu que le passage d'un médicament à une drogue pouvait être analysé comme un changement dans les modes de socialisation d'un marqueur biologique, repérable de deux ma-

⁹⁰ ASUD journal, n° 8, 1995.

nières : consommation pour un effet latéral, passage de la verticalité de la prescription à l'horizontalité de sa circulation.

Qu'est-ce qu'un laboratoire pharmaceutique ?

[Retour à la table des matières](#)

Tous ceux qui se sont opposés, au cours de ces cinquante dernières années, au laboratoire de l'étude contre placebo ont été battus. Ses différents ennemis se sont redéfinis au fil du temps. Au départ, de nombreux responsables de l'industrie pharmaceutique française s'y sont opposés ⁹¹. D'une certaine manière, le laboratoire de l'étude contre placebo a donc été un puissant [213] régulateur de l'industrie pharmaceutique elle-même, remettant souvent en jeu les hiérarchies existantes. Il est un régulateur des flux de capitaux. La puissance de cette axiomatique est, là encore, si forte qu'elle peut hisser un laboratoire pharmaceutique de taille moyenne dans la cour des plus grands en quelques années et avec un seul produit. Le laboratoire de l'étude contre placebo est une source d'instabilité fondamentale et permanente pour la hiérarchie des entreprises de ce secteur. Tous les industriels du médicament savent désormais que c'est du bon fonctionnement du laboratoire de l'étude contre placebo que dépendent l'avenir et les grands succès économiques de leur société.

⁹¹ Michèle Ruffat rapporte le témoignage de François Besançon, fils de Louis-Justin Besançon, qui fut un grand patron de l'industrie pharmaceutique française dans les années soixante : « Confier une molécule à des cliniciens après avoir vérifié son innocuité et puis trouver des indications, cela ne se fait plus, c'est interdit maintenant. Mon père convenait merveilleusement bien à une époque de l'industrie pharmaceutique, aujourd'hui il aurait fait autre chose... Autant il a été fantastique dans les années cinquante, autant à partir des années soixante-dix il s'est trouvé inadapté dans l'univers des contraintes administratives... Il ne s'est pas intéressé aux essais contrôlés dans la période clef des années soixante-dix... Les essais comparatifs avec tirage au sort, il leur a été hostile au moment où il aurait dû être en avance dans ce domaine » (Michèle RUFFAT, *775 ans d'industrie pharmaceutique française*, op. cit., p. 146).

Figure 4.
Le laboratoire de l'étude contre placebo régule
et transforme principalement trois types de flux.

[Retour à la table des matières](#)

[214]

On est donc passé en moins d'un siècle d'une situation où ce qui était éthique c'était que le médecin donne au pharmacien les indications pour que ce dernier fabrique un médicament adapté, à une situation inverse où une nouvelle figure du pharmacien propose des médicaments au médecin avec les impératifs liés à leur utilisation. En ce sens, il est juste de parler de « révolution thérapeutique ». C'est un changement radical dans l'histoire de la médecine : ce n'est plus principalement celle des médecins et de leurs découvertes et inventions que l'on fait à partir des années quarante, mais celle des nouvelles thérapeutiques inventées ailleurs que dans le cabinet médical, avec la mobilisation (et la prolifération) de multiples spécialistes (chimistes, physiciens, biologistes, statisticiens) qui forment la nouvelle « figure » du préparateur. Michel Foucault, dans *Naissance de la clinique* ⁹², a montré le changement survenu au début du XIX^e siècle : on ne dit plus « Qu'avez-vous ? », mais : « Où avez-vous mal ? » Un changement tout aussi important est survenu avec la révolution thérapeutique. La nouvelle question pourrait désormais être : « Quels médicaments seront les plus efficaces dans votre cas ? » ou même : « Quels médicaments ai-je le droit de vous donner ? » L'invention médicale au sens propre du terme (invention de la clinique) disparaît

⁹² Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Quadrige, PUF, Paris, 1993.

au profit de l'invention des thérapeutiques, alors que celles-ci étaient totalement obscures et incompréhensibles lorsque l'histoire de la médecine se confondait avec l'histoire des médecins. Le préparateur, [215] ancêtre du pharmacien, semblait souvent à peine digne d'être mentionné. Et voilà que c'est chez lui que la médecine contemporaine s'invente. Il a inventé un mode de fabrication originale et nouveau des médicaments : ils doivent être efficaces *indépendamment du médecin* et de toute relation thérapeutique particulière. La figure du pharmacien qui paraissait si absente s'impose désormais dans toute sa grandeur et a pris la forme d'une industrie.

On peut ainsi comprendre pourquoi les entreprises pharmaceutiques forment des ensembles cohérents et non pas une juxtaposition artificielle de chercheurs, de commerciaux et de financiers, comme le croient leurs détracteurs. Le laboratoire de l'étude contre placebo constitue le centre stratégique qui distribue l'ensemble des rôles et des fonctions. Pour cela, il va *inverser* certaines fonctions. Les scientifiques doivent travailler en ayant comme préoccupation les données économiques afin de justifier leurs projets de recherche, leurs travaux et donc leurs demandes budgétaires, alors que les responsables du marketing ont en permanence comme préoccupation la mise en avant des qualités scientifiques de leurs produits. Chacun se livre, avec les arguments élaborés par l'autre, à l'invention du médicament comme objet capable de tenir à la fois scientifiquement et socialement, d'une seule pièce. Il existe ainsi une sorte de marché interne à l'entreprise entre l'amont et l'aval du laboratoire de l'étude contre placebo. Et ce marché crée un lien. Les entreprises pharmaceutiques forment des ensembles cohérents. Ainsi, des formules comme « besoin médical » et « création de marché » ne [216] sont contradictoires qu'en apparence. Elles permettent en fait de parler de deux moments de ce mécanisme qui capte et redéfinit les objets médicaments et les pathologies sans qu'ils soient opposables l'un à l'autre parce qu'il n'y a pas d'un côté la science et de l'autre le social, mais que l'un et l'autre s'inventent simultanément.

[217]

**Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.**

CONCLUSION
Pièces et rouages

[Retour à la table des matières](#)

Ai-je rempli le cahier des charges que je m'étais fixé dans l'introduction ? Je souhaite avoir convaincu de la nécessité d'inventer de nouvelles manières de parler de nos médicaments modernes. J'ai pu constater dans de récents débats que l'on choque encore lorsque l'on explique que l'on *construit* nos médicaments et qu'ils *redéfinissent* les pathologies. On préfère croire qu'ils sont seulement *découverts*, alors que nos appareillages et les processus mis en place pour les créer, les transformer, les adapter puis les suivre dans leur vie sociale si originale, les font de plus en plus ressembler à des fusées interplanétaires ou à des logiciels informatiques. Notre projet, dans ce livre, a été de prendre au sérieux la médecine moderne dans toutes ses dimensions. Pour cela, nous avons exclu de faire appel aux [218] explications par le symbolique ou l'imaginaire, c'est-à-dire d'opérer un découpage artificiel entre ce qui reviendrait à la science, à la vérité et ce qui reviendrait à la société, à nos représentations, au relatif. Nous avons voulu voir comment les deux se construisaient simultanément.

Ceux qui utilisent ces vagues notions pour décrire les médecines traditionnelles ne pourront jamais éviter qu'elles soient aussi utilisées pour rendre compte, dans une symétrie parfois inattendue, de la méde-

cine moderne. Si l'« âme », les « fluides », les fétiches renvoient à l'imaginaire, alors certains s'amuseront à le faire aussi avec les « synapses », les « récepteurs », l'effet placebo, etc. Dans un cas comme dans l'autre, on se privera de mieux les comprendre en ne les prenant pas au sérieux. Il nous semble que l'anthropologue Francis Zimmermann, dont on avait pu apprécier les ouvrages sur la médecine ayurvédique ⁹³ n'a malheureusement pas échappé à ce travers, dans son dernier livre sur la généalogie des médecines douces, quand il écrit : « La substantifique moelle est dans leur imagerie. Rien de négatif dans ce concept d'imagerie, que je définis comme le produit d'un travail de l'imagination pour schématiser et mettre en forme l'expérience sensible dans le cadre écologique et sociologique local ⁹⁴. » La substantifique moelle de la médecine occidentale moderne est-elle également dans son « imagerie » ? [219] Je ne suis pas sûr que Francis Zimmermann répondrait par l'affirmative à cette question. Et à juste titre. Mais quelle est la valeur d'outils théoriques s'il faut en changer en fonction du sujet d'étude ? Pourquoi instaurer une telle séparation radicale entre la manière d'analyser la médecine « scientifique » et les autres médecines, traditionnelles ou savantes ? Il y a pourtant un moyen simple de les analyser avec les mêmes outils : c'est d'étudier comment elles construisent leurs objets, leurs pathologies, leurs patients. La science est, elle aussi, un processus de construction. En quoi est-ce la rabaisser que de prendre au sérieux les longues constructions des « travailleurs de la preuve », comme les appelait Gaston Bachelard ?

Ceux qui veulent utiliser la notion d'imaginaire pour parler de la médecine moderne ne le feront évidemment que partiellement, pour décrire certains de ses aspects qui semblent, à première vue, devoir échapper à l'explication de l'efficacité par la rationalité. On a toujours besoin d'un peu d'imaginaire chez soi ! Elle vient donc, comme un supplément d'âme, se surajouter aux explications rationnelles. La ligne de démarcation définissant le territoire où la notion d'imaginaire peut être employée variera d'un auteur à l'autre : les psychanalystes la porteront le plus loin possible dans le champ ouvert par les scientifiques

⁹³ Par exemple, Francis ZIMMERMANN, *Le Discours des remèdes au pays des épices*, Payot, Paris, 1989.

⁹⁴ Francis ZIMMERMANN, *Généalogie des médecines douces*, PUF, Paris, 1995, p. 146.

(chimistes, physiciens, biologistes), les autorisant à recouvrir d'autres explications, alors que les scientifiques l'accepteront avec un sourire de commisération, la repoussant aux marges de leur discipline. Mais sur ces marges, ou comme supplément qui ne remet pas en cause les autres explications considérées comme essentielles, cette notion pourra [220] leur être également utile. En médecine encore plus qu'ailleurs, celui qui apparaît comme un spécialiste technicien peut accepter la présence, en surplus, d'un psychologue. Les spécialistes de la procréation médicalement assistée le savent bien.

Il nous faut admettre, malgré les apparences, que les techniques d'influence ne relèvent pas de l'apprentissage de techniques psychologiques : elles sont ou non permises par le social. La suite est secondaire et est pour chaque technique un cas particulier. Il faut donc s'atteler à la difficile tâche de *dépsychologiser* l'effet placebo pour pouvoir commencer à en rendre compte autrement qu'avec des banalités. Comment imaginer une substance chimique destinée à soigner un patient qui ne soit pas prise dans de nombreux *réseaux contraignants* ? C'est le rêve impossible de connaître les effets d'un médicament, débarrassé de son effet placebo. Or, celui-ci n'est pas détachable parce qu'il faut bien que le médicament arrive au malade par un moyen quelconque.

Mais cela a une conséquence plus lourde, à l'heure où l'on essaie d'inventer des thérapies mixtes mélangeant de manière éclectique médicaments et psychothérapies : la manière dont font bloc les humains et les médicaments modernes empêche l'effet placebo de devenir une technique d'influence qui guérit. Elle implique même que ce devenir est barré. L'effet placebo est proche de ce que l'on pourrait appeler un automatisme. En ce sens, il est l'inverse d'une technique d'influence. C'est pourquoi il est particulièrement trompeur de l'utiliser comme argument contre toutes les médecines traditionnelles, ou pour se moquer des [221] patients. Il n'est alors que le reflet de notre réductionnisme. Aucune interprétation en termes psychologiques ne peut le sauver de ce réductionnisme, car ce type d'interprétation vient toujours trop tard.

Arrivés au terme de cette enquête, il nous reste à revenir sur ce qui permet de rendre compte, de la manière la plus ramassée possible, de ce que sont ces objets sociotechniques, les médicaments. Nous les avons déjà décrits comme des *agencements*. Et cela nous a semblé

pouvoir recouvrir à la fois les médicaments modernes et tous les autres. Le choix absolu du tout-biologique, et les contraintes qui vont avec, pouvaient suffire à définir ensuite la médecine occidentale. Ce choix du biologique qui caractérise la médecine moderne est à la fois exclusif et très particulier : l'invention des marqueurs biologiques par transpositions et séquences sur cellules en culture, organes, animaux vivants, implique le repérage d'effets capables de se maintenir tout au long de cette chaîne. Ils seront par là même toujours à la limite de la toxicité. La violence et le danger inhérents au choix que nous avons fait de soigner par l'intermédiaire du tout biologique implique de traiter cette difficulté en la réinventant sur le terrain des rapports entre les humains parties prenantes, c'est-à-dire sur le terrain de la construction d'un social particulier, où, grossie comme sous un microscope, elle sera rendue plus contrôlable. C'est le coup de génie de la médecine occidentale moderne. Les conséquences de ce choix ne sont évidemment pas les mêmes dans tous les domaines inclus comme relevant de la médecine. Les succès remportés permettent de définir ce qui [222] constitue le cœur de la médecine occidentale moderne, mais aussi ses marges.

Le médicament comme agencement fonctionne dans la machine sociale. Il faut découvrir son usage et son fonctionnement dans « l'immanence aux machines sociales ». Il est un « investissement de la machine sociale » par le biologique. On ne pourra rien comprendre à chaque médicament particulier si l'on n'accompagne pas ce travail de translation, de traduction du biologique en social pour repérer comment ces différents champs qui nous semblent si différents et si hétérogènes, sont en fait en correspondance et continuité les uns avec les autres. Les médicaments supposent des compétences multiples. Ils gagnent une certaine autonomie (beaucoup plus limitée que les marchandises classiques qui peuvent se payer le luxe d'avoir une valeur d'échange) par rapport à ceux qui les ont inventés. Même s'ils sont entremêlés avec les humains et ne deviennent jamais de vraies marchandises sur un vrai marché, ils sont néanmoins actifs et ils le restent indépendamment de ceux qui les ont construits. Enfin, les médicaments fabriquent du social, dont on peut retrouver les coordonnées en étudiant la manière dont ils *replient* ensemble du biologique et du social dans le mode de constitution de leurs pièces et de leurs rouages, en premier lieu dans le laboratoire de l'étude contre placebo. On a vu

que les justifications à leur propos n'arrêtaient pas de se croiser (pour résumer : les scientifiques apprennent à parler de chiffre d'affaires tandis que les visiteurs médicaux parlent de résultats scientifiques) parce qu'il faut toujours faire tenir l'un et l'autre ensemble pour disposer de cet objet technique : le [223] médicament. L'invention scientifique ne prend sens que dans sa capacité à réinventer le social. On l'a vu avec l'apparition de la revendication du droit à la santé. On l'a vu aussi pour les études de marché : les « bonnes études » portent toujours sur la possibilité de modifier et de réorganiser le marché. Nous suivrons encore Gilles Deleuze et Félix Guattari en remarquant que, comme pour toutes les machines, la bonne question pour commencer à en rendre compte est celle de l'ethnologue, *À quoi ça sert ?*, et non pas celle du psychanalyste, *Qu'est-ce que ça veut dire ?*

L'économie du médicament est sursaturée d'humains. C'est une économie sans marchandises et sans marché. D'une certaine manière, l'économie du médicament donne l'image du retour fulgurant d'une économie que l'on pourrait appeler, par analogie, *despotique*, où l'État recode toutes les opérations, avec ses monopoles, ses systèmes de comptabilité et ses fonctionnaires. Dans une telle économie, les médicaments doivent se déplacer selon des lignes de *filiation*, c'est-à-dire selon des chaînes autoritaires (rappelons-nous les sens de *prescrire*, *ordonnance*, le langage très particulier utilisé pour désigner les patients dans le laboratoire de l'étude contre placebo, etc.). Aujourd'hui, ce système pose problème : il est très contradictoire avec le fonctionnement général de l'économie. À chaque fois qu'un médicament échappe au système despotique, il affole les différents acteurs : de l'armoire à pharmacie que plus personne ne contrôle, aux anciens médicaments devenus drogues illégales. Tous ces éléments sont facteurs de crise car les flux de médicaments ne doivent pas circuler librement, ne doivent pas se déterritorialiser [224] en devenant valeurs d'échange. Ce que nous avons appelé « système d'obligations » renvoie à un surcodage permanent des médicaments inventés et mis en circulation au sein même des modes d'attribution et de circulation.

Une lutte a commencé entre les partisans du système despotique et ceux qui préconisent leur décodage, pour rapprocher l'objet médicament des marchandises habituelles. Les partisans de ce décodage souhaitent transformer les patients en consommateurs ou clients.

De même que nous avons pu donner une définition très générale du médicament (incluant le médicament moderne comme un cas restreint), nous pouvons symétriquement tenter maintenant une définition très générale de l'acte de guérison. Guérir, c'est mettre le patient dans *des nouveaux réseaux qui l'affectent de manière contraignante*. Ces réseaux peuvent être chimiques, ce qui est une manière parmi d'autres d'agir sur les fonctionnements biologiques. Mais ils ne le seront jamais de manière exclusive même si nous inventons les médicaments modernes en tentant de ne tenir compte que d'eux. On peut modifier un régime d'activité biologique, mais on ne peut jamais prétendre le stabiliser infiniment. *Entre les différentes médecines, c'est donc seulement le choix du réseau de contrainte qui change*. L'enjeu est de trouver des outils théoriques permettant de rendre compte des uns et des autres de manière symétrique.

Ce qui empêche nos médicaments d'être des régimes stables d'activité, valables partout et pour tous dans 100 % des cas, c'est qu'ils portent en eux ce qu'on leur a ajouté dans le laboratoire de l'étude contre placebo : [225] cette partie destinée à rester invisible. On aurait bien voulu la soustraire. On a presque cru y être arrivé, mais il a fallu s'y résigner : on ne pouvait que l'ajouter. L'effet placebo est une invention moderne. Tel qu'il apparaît au cours des épreuves permettant d'inventer les médicaments, il ne nous permet pas de distinguer entre les guérisons spontanées, les préjugés du médecin et les guérisons par influence. L'effet placebo n'existe donc pas en tant que tel : il n'est qu'une facilité de langage pour parler rapidement de l'opération que l'on a effectuée dans le laboratoire de l'étude contre placebo, ou laboratoire de socialisation du médicament. Il est construit de telle manière que personne ne peut prétendre honnêtement en être le porte-parole, au sens où les scientifiques sont les porte-parole des phénomènes qu'ils observent. L'effet placebo est l'angle mort de la médecine moderne, à la fois créé dans l'expérience et créateur d'effets non discernables. On peut dire que le choix de la médecine occidentale c'est de ne pas avoir à négocier avec ce type d'effets, d'avoir rendu toutes les négociations impossibles au moment même où elle les crée.

Nous pouvons affirmer que celui qui a le plus transformé la médecine moderne, c'est la figure du tiers, du « préparateur », c'est-à-dire du pharmacien, au sens où il est l'inventeur du médicament. Il pourrait bien apparaître dans la préhistoire de la médecine occidentale au mo-

ment même où celle-ci renonce aux vieux mondes invisibles qui appelaient les pratiques magiques. C'est lui le maître qui contrôle, détache et fixe l'invisible afin que personne ne puisse agir sur lui. Le pharmacien délivre les médicaments, mais c'est lui aussi (et plus généralement [226] ceux qui gèrent son héritage de *préparateur*) qui les invente et les fabrique. Le pharmacien n'est pas tant en aval, chargé de les mettre à la disposition des patients (de les *délivrer*), qu'en amont et dans le laboratoire de l'étude contre placebo. Par définition, seuls les médicaments fabriqués *en dehors de la relation médecin-malade* peuvent être soumis au processus de socialisation du laboratoire de l'étude contre placebo.

Autant la médecine moderne force notre admiration, autant nous devons lui refuser le pouvoir de redéfinir toutes les autres pratiques de guérison. En *dé-liant* les mécanismes qui la font fonctionner, nous croyons pouvoir participer à ouvrir la voie à une nouvelle écologie des pratiques médicales. La dé-liaison doit limiter les pouvoirs de la double dénonciation : celle des modernes contre les techniques traditionnelles et celle des nostalgiques contre la médecine technicienne. Il est temps de mettre fin à la guerre et d'imaginer, là aussi, une culture de paix. Aux acteurs, et en premier lieu aux médecins et aux patients pour qui nous avons écrit ce livre, de s'en saisir pour s'imaginer de nouveaux devenirs. C'est devenu une urgence et nous savons déjà que cela ne saurait se limiter à une fuite illusoire vers les médecines appelées « douces » ou « parallèles » qu'il ne faut pas confondre avec les médecines traditionnelles. Nous, qui ne sommes ni rédacteur de programmes politiques ni conseiller des princes, n'avons donc rien à dire de plus.

[227]

**Qu'est-ce qu'un médicament ?
Un objet étrange, entre science, marché et société.**

INDEX

[Retour à la table des matières](#)

APPADURAI, Arjun, 124.	DAGOGNET, François, 13, 34,
ARISTOTE, 44.	69, 86, 99, 105, 152, 156,
BACHELARD, Gaston, 219.	157, 167, 183.
BALINT, Michel, 50.	DELEUZE, Gilles, 18, 31, 36,
BARRETT, Robert, 168.	57, 74, 81, 135, 223.
BERG, Marc, 128.	DESPRET, Vinciane, 29, 105.
BERNARD, Claude, 21, 39, 93,	DEVEREUX, Georges, 13, 106.
98, 183.	DURIF, Eugène, 89.
BERNHEIM, Hippolyte, 27, 28,	EHRlich, Paul, 94.
29, 30.	[228]
BESANÇON, François, 212.	FADEN, Alan, 61.
BESANÇON, Louis-Justin, 212.	FAURE, Olivier, 178.
BORCH-JACOBSEN, Mikkel,	FLEMING, Alexander, 22, 94,
63.	95, 96, 97.
CANGUILHEM, Georges, 105,	FOUCAULT, Michel, 214.
170.	GALIEN, 75.
CARPENTIER, Jean, 87.	GOMART, Emilie, 174, 176.
CHÂTELET, François, 31.	GRMEK, Mirko D., 46, 75.
CHATELET, Gilles, 18.	GUATTARI, Félix, 11, 12, 57,
CHEN, Wai, 22, 94, 95.	74, 81, 135, 223.
CHERTOK, Léon, 56, 197.	HAIER, Richard, 41.
CLINTON, William, 84.	HÉROPHILE, 75, 87.
	IACONO, Alfonso M., 53.
	ISCHOMAUQUE, 9, 10, 11.

- JOLLY, Dominique, 40, 120.
 KAHN, Marcel-Francis, 200.
 KIRK, Stuart A., 160.
 KLEINER, Kurt, 114.
 KLEINMAN, Arthur, 13.
 KRIGE, J., 20.
 KUTCHINS, Herb, 160.
 LASZLO, Pierre, 112.
 LATOUR, Bruno, 13, 96.
 LAZLO, Pierre, 112.
 LERICHE, René, 170.
 LÉVY, Pierre, 143.
 LIÉBEAULT, 30.
 MANGIN-LAZARUS, Caroline, 87.
 MANN, Charles C, 98.
 MARCUS, George E., 41.
 MARKS, Harry M., 20.
 MARTY, Pierre, 163.
 MARX, Karl, 11, 53.
 MERRIFIELD, R. Bruce, 112.
 MITHRIDATE VI Eupator, 46.
 MOL, Annemarie, 128.
 MONTANA, John, 69.
 NATHAN, Tobie, 13, 51, 168.
 NAU, Jean-Yves, 200.
 O., Anna, 63.
 ORKIN, Stuart, 114.
 PARNET, Claire, 36.
 PASTEUR, Louis, 21, 95, 96.
 PESTRE, Dominique, 20.
 PHELPS, Charles, 119.
 PICHOT, Pierre, 164.
 PIGNARRE, Philippe, 10, 31, 114, 180.
 PLUMMER, Mark L., 98.
 POLANYI, Karl, 138.
 RACINE, Josiane et Jean-Luc, 71.
 RAMSEY, Matthew, 21.
 RÉGNIER, François, 40, 119, 120, 121.
 RICARDO, David, 11.
 RUFFAT, Michèle, 16, 165, 212.
 SCHWARTZ, Harry, 206.
 SLEIGH, Peter, 59.
 [229]
 SMITH, Adam, 11.
 SOCRATE, 10, 11.
 SPILKER, Bert, 32, 54, 55.
 STENGERS, Isabelle, 13, 51, 56, 87, 106, 197.
 TOUWAIDE, Alain, 46, 75, 87.
 VARMUS, Harold, 114.
 VAYSSE, Jocelyne, 162.
 VINCENT, Jean-Didier, 187, 188.
 VIRAMMA, 71.
 VOS, R., 128.
 VOUDOURIS, 198.
 WIDLÔCHER, Daniel, 27.
 WILLEMS, Dick, 128.
 WRIGHT, Almroth, 94, 95.
 XÉNOPHON, 10, 11.
 ZARIFIAN, Edouard, 158
 ZIMMERMANN, Francis, 218, 219.

Fin du texte