

Année 2011

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Thibaut, Grare

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2011

L'automédication.

Enquête descriptive et comparative du comportement de personnes fréquentant une officine parisienne et une officine vendéenne.

Les rôles du pharmacien dans l'encadrement de cette pratique.

Président : M. Jean-Michel ROBERT, Professeur de Chimie organique

Membres du jury : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie clinique
M. François SERIEYS, Docteur en pharmacie

Cette thèse présente la caractéristique d'être une partition à deux voies.

Elle est, en effet, l'aboutissement d'un travail commun entre Eléonore Rousseaux, étudiante à la faculté de Paris et moi-même, étudiant à la faculté de Nantes.

Cette collaboration est née sous une idée originale de Françoise Ballereau, ma directrice de thèse.

Un profond respect et une sincère entente a, au fur et à mesure de l'élaboration de cette thèse, laissé place à une amitié naissante.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
1e PARTIE : L'AUTOMEDICATION, DEFINITION ET ETAT DES LIEUX	8
1. QU'EST-CE QUE L'AUTOMEDICATION ?	9
1.1. Définition générale	9
1.2. Aspect comportemental de l'automédication	9
1.3. L'autodiagnostic	11
1.4. Le choix du médicament	11
1.5. Cas particulier : l'inobservance	12
2. LES MEDICAMENTS	12
2.1. Quelques rappels	13
a. Définition du médicament	13
b. Définition de l'AMM	13
2.2. Les produits à prescription médicale obligatoire	14
2.3. Les produits à prescription médicale facultative	16
3. LES ACTEURS DE L'AUTOMEDICATION	17
3.1. L'automédication et le patient	17
3.2. L'automédication et le pharmacien	17
3.3. L'automédication et le médecin	19
3.4. L'automédication et les industriels de la santé	20
3.5. L'automédication et les pouvoirs publics	20
4. LES RISQUES POTENTIELS DE L'AUTOMEDICATION	21
4.1. Risques liés au diagnostic	21
4.2. Risques liés au médicament	22
4.3. Risques liés au patient	23
5. LE MARCHÉ DE L'AUTOMEDICATION	23
5.1. Réflexions	23
5.2. L'automédication en chiffres	25
a. Quelques rappels	25
b. L'évolution du marché au cours des dernières années	27
c. Etat des lieux du marché d'automédication en 2009	29
5.3. Et pour l'avenir ?	30
6. LE LIBRE ACCES	32
6.1. Définition générale du libre accès	32
6.2. Définition réglementaire du libre accès	33
6.3. Mise en place du libre accès dans les officines	33
6.4. Etablissement de la liste des médicaments concernés	33
6.5. Avantages / Risques du libre accès	34
6.6. Aides destinées au grand public pour les médicaments en libre accès	35
6.7. Aides destinées aux professionnels pour les médicaments en libre accès	35
6.8. Depuis le 1 ^{er} juillet 2008, quel bilan ?	35
7. LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE OU DP	36
7.1. Le DP : un enjeu de santé publique majeur	36
7.2. Le DP : définition réglementaire	37
7.3. Le DP en pratique	37
2e PARTIE : L'ENQUETE	40
1. METHODOLOGIE	41
1.1. Schéma général de l'étude	41
1.2. Plan d'échantillonnage	42
1.3. Recueil des données	43
1.4. Saisie et exploitation des données	43

2. RESULTATS DE L'ENQUETE EFFECTUEE A LA ROCHE-SUR-YON ET DISCUSSION	44
2.1. Présentation des résultats	44
a. <i>Caractéristiques sociodémographiques des interviewés</i>	44
b. <i>Les habitudes de la clientèle en matière d'automédication</i>	49
c. <i>Le libre accès</i>	53
d. <i>Le comportement est-il oui ou non à risque ?</i>	56
e. <i>Vers une automédication mieux encadrée</i>	58
2.2. Analyse des résultats et discussion	60
a. <i>Profil des personnes interrogées</i>	60
b. <i>Profil de la personne qui a recours à l'automédication</i>	62
c. <i>Les habitudes de la clientèle en automédication</i>	64
d. <i>La clientèle et le libre accès</i>	66
e. <i>Le comportement d'automédication de la population interrogée est-il dangereux ou raisonné ?</i>	69
f. <i>Vers une automédication mieux encadrée</i>	71
2.3. Comparaison des deux populations : La Roche-sur-Yon et Paris.....	74
a. <i>Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des deux populations étudiées</i>	74
b. <i>Comparaison des habitudes d'automédication entre les deux populations étudiées.</i> .	77
c. <i>Le libre accès</i>	90
d. <i>Le comportement d'automédication est-il à risque? : Comparaison des deux populations.</i>	93
e. <i>Vers une automédication mieux encadrée</i>	97
 3e PARTIE : DES SOLUTIONS POUR ENCADRER L'AUTOMEDICATION	102
1. SOLUTIONS CONCERNANT L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE:	103
1.1. Optimiser le conditionnement secondaire des médicaments	103
1.2. Clarifier les notices.....	105
2. ROLES DES POUVOIRS PUBLICS	106
2.1. Diffuser des messages de santé publique	106
2.2. Contrôler internet	107
2.3. Créer un service téléphonique de conseils et renseignements sur la santé	109
3. ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE	110
3.1. De l'automédication à la médication familiale.....	110
3.2. Connaître et utiliser de façon optimale le dossier pharmaceutique.....	112
3.3. S'impliquer davantage dans les missions de pharmacovigilance.....	113
4. ROLES DU MEDECIN TRAITANT	114
5. PROPOSITION D'UN TEST POUR S'AUTO-EVALUER	115
6. DE NOUVELLES MISSIONS POUR LE PHARMACIEN DANS L'AVENIR : UN ESPOIR POUR UNE MEILLEURE SECURITE DES SOINS ?	116
CONCLUSION	119
ANNEXES	122
Annexe 1 – Les 7 règles d'or de la médication officinale.....	123
Annexe 2 – Le questionnaire.....	124
Annexe 3 – Internet santé, faites les bons choix	128
Annexe 4 – Fiche de déclaration d'effet indésirable.....	129
BIBLIOGRAPHIE	132

INTRODUCTION

L'automédication est une pratique très ancienne et universelle. Depuis la nuit des temps, l'Homme cherche naturellement à se défaire des maux qui affectent sa santé, et ceci sans forcément attendre le conseil d'un homme de science. Ce comportement, qui consiste généralement à utiliser un médicament de sa propre initiative et sans avis médical, présente un certain danger : la prise d'un médicament, quel qu'il soit, n'est pas sans conséquence.

L'existence du système de santé français, reconnu par l'OMS comme étant le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé, a permis depuis sa mise en place de limiter la généralisation du comportement d'automédication. Il a connu, cependant, depuis le début des années 2000, de nombreux bouleversements successifs : le déremboursement de certaines spécialités médicamenteuses, le délistage d'autres et l'apparition du libre accès. A cela s'ajoute une désertification médicale qui s'accroît dans certains de nos départements.

La croissance actuelle du marché de l'automédication est-elle liée à une réelle volonté de nos concitoyens à prendre en charge personnellement leur santé ou n'est-elle que le résultat de ces nouveaux paramètres ? Comment les français s'automédiquent-ils ? Pour quelles raisons ? Y-a-t-il une différence significative du comportement d'automédication entre les populations de deux localisations distinctes géographiquement et au plan démographique et socio-culturel: Paris (75) et la Roche-sur-Yon (85) ?

C'est pour répondre à ces nombreuses interrogations que nous avons entrepris la réalisation d'une enquête unique et originale.

Nous définirons ainsi le rôle que le pharmacien peut jouer dans ce nouveau contexte et proposerons des solutions pour limiter l'automédication ou le cas échéant la sécuriser.

1e PARTIE : L'AUTOMEDICATION, DEFINITION ET ETAT DES LIEUX

1. QU'EST-CE QUE L'AUTOMEDICATION ?

1.1. Définition générale

Afin de mener à bien notre enquête sur l'automédication en France, il nous a fallu adopter une définition claire, précise et reconnue de l'automédication. Or, il n'existe pas de définition officielle dans le Code de la Santé Publique. Cependant, elle a été définie en France par le Conseil national de l'Ordre des médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens »¹.

C'est donc cette définition qui a permis de poser les bases de l'enquête réalisée.

1.2. Aspect comportemental de l'automédication

Pour bien définir ce qu'est l'automédication, il est indispensable de se détacher du concept de « médicament » pour s'intéresser à celui de « **comportement** ». En effet, la définition retenue sous-entend que l'individu, qui a recours à l'automédication, a préalablement identifié une affection ou un symptôme qu'il va chercher à traiter de lui-même et cela grâce à ses propres connaissances. Cela correspond à un processus d'autonomisation du malade par rapport au système de santé.

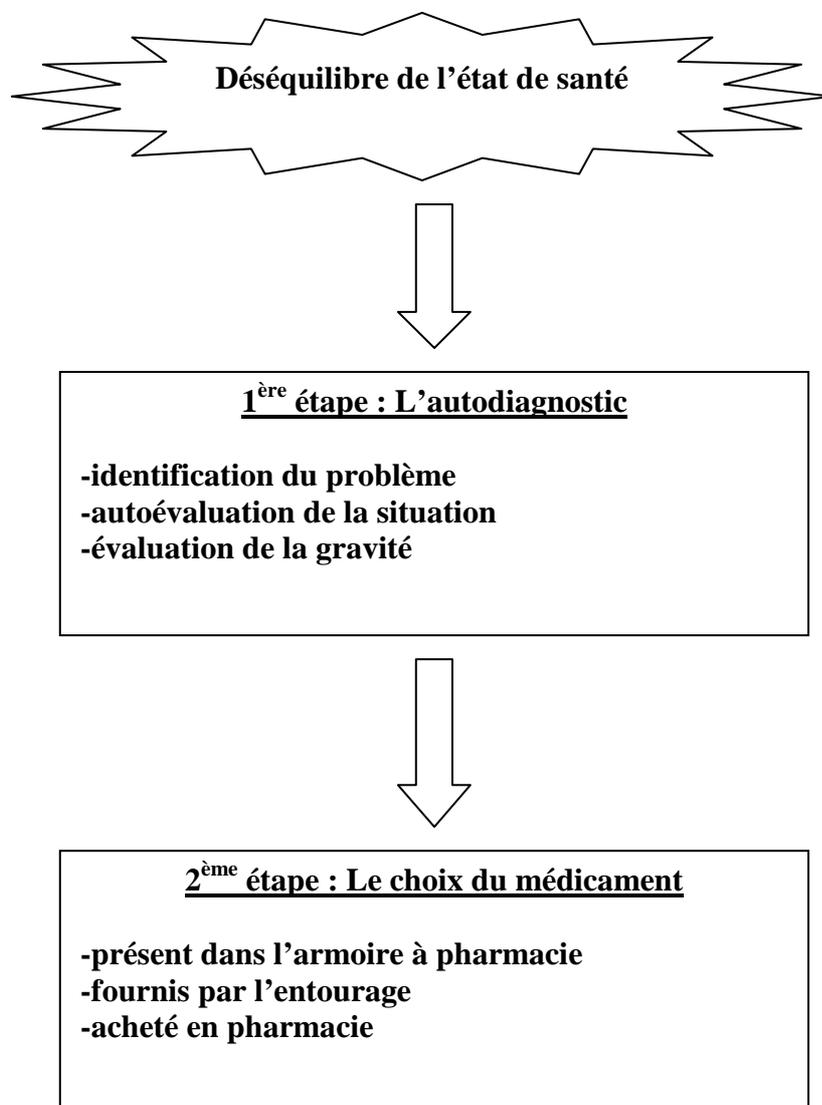
Le besoin de se traiter correspond à la survenue de symptômes ou maux, en apparence bénins dont l'intensité ou la gêne fonctionnelle ne sont pas de nature à limiter les activités habituelles, en attente d'une éventuelle consultation médicale, « si cela ne passe pas ». Ce besoin de se traiter soi-même reflète une réelle volonté d'indépendance dans la maîtrise de sa propre santé. C'est, en quoi, l'automédication est aussi le reflet de notre société française par ce besoin de prendre en charge personnellement les maux qui nous affectent. Ce comportement peut aussi être le reflet d'une perte de confiance vis-à-vis du système de santé français. De multiples

facteurs extérieurs sont responsables de l'évolution croissante de l'automédication dans notre société.

Notre enquête contribuera à mettre en évidence les raisons pour lesquelles les français ont recours à l'automédication et à objectiver l'influence de notre environnement sur cette attitude.

Le comportement d'automédication repose sur deux étapes bien distinctes : l'**autodiagnostic** et le **choix d'un médicament adapté** (figure 1).

Figure 1 : Les étapes d'une automédication



1.3. L'autodiagnostic

L'automédication est un comportement qui naît lors d'un déséquilibre de l'état de santé de l'individu. Celui-ci va, alors, chercher, personnellement, à **identifier** le ou les symptômes qui l'affectent et ceci, uniquement grâce à ses compétences personnelles. C'est cette première étape du processus d'automédication que l'on appelle « **autodiagnostic** ».

Que le patient ait réussi à identifier le mal qui l'affecte ou non, il va, dans tous les cas, évaluer la **gravité** du problème selon ses propres critères et sa connaissance personnelle de la médecine. Il auto-évalue la situation et détermine s'il y a nécessité ou non de consulter un professionnel de santé.

Le patient dispose pour cela d'un arsenal d'informations non négligeable. Tout d'abord, il peut faire appel à son propre savoir, à sa « culture médicale », qu'il s'est fondée tout au long de sa vie. Son éducation, son environnement, ainsi que les évènements médicaux qui l'ont affecté lui ou ses proches contribuent à l'élaboration de sa connaissance scientifique, notamment en séméiologie ². Ensuite, l'individu a accès, et ce de plus en plus facilement, à des informations médicales diffusées sur internet, dans les journaux papiers spécialisés ou à travers des émissions télévisées de santé. Notre enquête permettra, entre autres, d'identifier quelles sources d'informations sont utilisées par les français (entourage, médias, médecins, pharmaciens...).

La pertinence de l'autodiagnostic va donc être très variable d'un individu à l'autre et tributaire de son histoire et de son environnement.

1.4. Le choix du médicament

Après avoir identifié le symptôme ou la pathologie qui l'affecte, et en avoir évalué la gravité, l'individu se trouve devant plusieurs situations.

Dans un premier cas, il ignore ce qu'il a et dans ce cas, il auto-évalue la gravité de la situation. S'il juge que le problème est grave, il s'orientera naturellement vers un

médecin. Soit, au contraire, il juge le problème non grave, il aura alors tendance à s'orienter vers son pharmacien d'officine.

Dans un second cas, l'individu sait ce qu'il a (ou du moins pense savoir). Il choisit donc un médicament qui y remédiera, médicament qu'il trouvera dans son armoire à pharmacie ou dans celle de son entourage (médicaments anciennement prescrits et non totalement consommés, médicaments prescrits avec la formule « en cas de... ») ou qu'il ira chercher dans une officine.

1.5. Cas particulier : l'inobservance

L'observance ou « compliance » en anglais désigne la capacité d'un patient à respecter la thérapeutique mise en place, conformément aux recommandations du médecin ³. Plus largement, l'observance a été défini par Haynes comme étant la mesure dans laquelle le comportement du patient (médicaments, régimes, styles de vie) coïncide avec l'avis médical ⁴. On parle alors de patients « observants » ou « inobservants ». Par leur définition, le concept d'automédication et celui d'inobservance semblent être liés. En effet, un patient qui ne se soumet pas au traitement instauré par son médecin (en modifiant les posologies, en augmentant la fréquence de prise) présente, alors, un comportement proche de l'automédication. Bien que le diagnostic et le choix du médicament aient été tous deux établis par le médecin, c'est bien au patient que reste le choix de s'y soumettre ou non.

2. LES MEDICAMENTS

La définition retenue de l'automédication sous-entend que tout médicament est susceptible de faire l'objet d'automédication, à condition qu'il possède une AMM et qu'il ne soit pas prescrit actuellement par un médecin. Il doit, tout simplement, être potentiellement accessible à l'individu qui souhaite s'automédiquer. Les autorités de santé ont défini une liste de médicaments susceptibles d'être utilisés en automédication, mise à jour chaque année.

2.1. Quelques rappels

a. Définition du médicament

Le médicament est défini de façon précise par l'article L.511-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal, ou pouvant leur être administrée en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Sont notamment considérés comme médicament, les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ses produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapie diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve. »

Tous les médicaments décrits dans les paragraphes suivants peuvent ainsi être employés dans le cadre de l'automédication. C'est leur modalité d'obtention qui va essentiellement les différencier. Dans le contexte réglementaire actuel français, il n'existe que deux statuts possibles en fonction de la nécessité ou non d'une prescription médicale.

b. Définition de l'AMM

L'AMM ou Autorisation de Mise sur le Marché est une autorisation nationale ou européenne délivrée à un titulaire responsable de la commercialisation après évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité d'une spécialité pharmaceutique⁵. Cette autorisation est délivrée par la communauté européenne (en application du règlement CEE du Conseil du 22/07/1993) ou par l'AFSSAPS pour une durée de 5ans, renouvelable par période quinquennale. Les décisions concernant les AMM (octroi, refus, modification, renouvellement, retrait) sont prises par le directeur général de l'AFSSAPS après avis de la commission d'AMM. Ces avis résultent d'un processus d'évaluation technique et scientifique des données du

dossier présenté le plus souvent par un laboratoire pharmaceutique. Ce dossier comporte les résultats des études pharmaceutiques et biologiques, pharmacologiques et toxicologiques ainsi que des études chimiques. L'évaluation de l'AFSSAPS vise à apprécier la qualité, l'efficacité et la sécurité de l'emploi du médicament.

L'obtention d'une AMM suppose alors la démonstration de qualité, d'innocuité et d'efficacité (ou d'un rapport bénéfice/risque favorable) de ce médicament ⁵.

Il faut cependant préciser que l'AFSSAPS peut être amenée à modifier, suspendre ou retirer cette AMM à tout moment.

Le titulaire de l'AMM ou le fabricant reste responsable des accidents pouvant être provoqués par le médicament ou le produit, lors de sa mise sur le marché.

2.2. Les produits à prescription médicale obligatoire

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

« Sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale,

Ou

Sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormale d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé,

Ou

Contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables,

Ou

Sont, sauf exception, prescrit par un médecin pour être administrés par voie parentérale. »

En France, la prescription est obligatoire pour toute spécialité qui contient une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, liste II, stupéfiant).

D'après le CSP, les listes I et II comprennent :

- les substances dangereuses mentionnées de l'article L 5132-1 qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects
- les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé
- les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale
- les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé
- tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé.

Les médicaments à prescription médicale obligatoire peuvent faire l'objet d'une automédication. En effet, ces derniers ont pu avoir été prescrits pour une durée déterminée et toutes les doses dispensées n'ont pas été consommées dans le cadre de la prescription. Elles restent alors stockées au sein des armoires à pharmacie familiales et demeurent ainsi accessibles ultérieurement à tout individu désirant se soigner.

D'autres médicaments à prescription médicale obligatoire peuvent également faire l'objet d'une automédication. Ce sont ceux qui sont prescrits selon la formule « à la demande », « si besoin » ou « en cas de ». Ils ne s'intègrent à la définition de l'automédication que si un temps plus ou moins long s'est écoulé entre la

prescription et la prise du médicament. Durant ce temps, une nouvelle pathologie a pu apparaître ou un nouveau traitement a pu être instauré.

Enfin, comme nous l'avons déjà souligné précédemment, il se pose également le problème de la notion de l'observance thérapeutique, qui se définit par la capacité d'une personne à suivre son traitement selon une prescription donnée. Une mauvaise observance thérapeutique peut être assimilée à un comportement d'automédication, notamment lorsque le patient décide personnellement de modifier la dose ou la durée de traitement.

2.3. Les produits à prescription médicale facultative

D'après la réglementation européenne en vigueur, (directive 2004/27/CE, article 72), les médicaments non soumis à prescription médicale sont définis comme « ceux ne qui ne répondent pas aux critères énumérés » précédemment ⁵. Ce sont les instances chargées de la délivrance de l'AMM qui attribuent ce statut au médicament.

Il ressort de la directive précitée que « les produits à prescription médicale facultative sont **des produits dont la toxicité est modérée**, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas à priori un avis médical » ⁶.

Les médicaments à PMF, ou « hors liste », ou encore « en vente libre », constituent naturellement la majorité des produits d'automédication potentielle. Comme le définit la législation de l'Union Européenne, ils doivent comporter dans leur conditionnement, à l'intention des usagers, une information écrite (ou notice), appropriée et dûment autorisée ⁷.

Dans ce groupe, on distingue les médicaments remboursables, s'ils sont prescrits, et les médicaments non remboursables. Le remboursement d'un médicament remboursable ne peut aujourd'hui avoir lieu que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Notre enquête va nous permettre de connaître les parts respectives des médicaments à PMO et de ceux à PMF au sein des médicaments utilisés dans le cadre d'une automédication.

3. LES ACTEURS DE L'AUTOMEDICATION

3.1. L'automédication et le patient

Le principal intéressé est, bien entendu, le patient car l'automédication est, le plus souvent, la conséquence d'une détermination à se **prendre en charge soi-même**. La responsabilité de ce dernier est majoritaire dans le processus d'automédication. C'est lui-même, et lui seul, qui réalise le diagnostic. Comme décrit précédemment, il s'agit d'un « auto-diagnostic ». Et c'est également lui, qui effectue le choix du médicament à consommer. Le recours à l'automédication relève donc entièrement de la **liberté propre du patient** et même si, des acteurs extérieurs comme le pharmacien ou le médecin peuvent exercer une influence sur son comportement, seul le patient détient le dernier mot. Les raisons pour lesquelles, le patient a recours à l'automédication vont être mises en lumière grâce à l'enquête réalisée. Mais il est d'ores et déjà certain qu'un désir de résultat rapide (on outrepassa la nécessité d'obtenir un rendez-vous médical) et son caractère pratique seront deux des principaux facteurs déclenchant du processus d'automédication.

3.2. L'automédication et le pharmacien

Si le patient a le premier rôle dans le processus d'automédication, c'est bien le pharmacien qui détient le second rôle. Son diplôme reconnu et l'existence d'un monopole pharmaceutique font qu'aujourd'hui, il est le seul à détenir le droit de commercialiser des médicaments. Il est le seul intermédiaire entre le malade et le médicament. A cela s'ajoute le fait qu'il soit facilement consultable (sans rendez-vous et à proximité). L'existence et le maintien du monopole des médicaments lui imposent une responsabilité indéniable.

Cette responsabilité doit être conforme ¹ :

- d'une part aux dispositions du Code de la Santé Publique (art R5015-1) « le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale ».
- d'autre part au protocole d'accord « Etat/Officine » art.1 : « dans l'exercice quotidien de leur profession, les pharmaciens s'engagent à renforcer la qualité de la dispensation des médicaments, notamment : en développant le conseil personnalisé et le suivi auprès des patients, dans les conditions de confidentialité adéquates, en favorisant le bon usage des médicaments ainsi que l'observance des traitements, en garantissant la validation des prescriptions dont ils assurent l'exécution afin de rechercher, en collaboration avec les médecins, la meilleure qualité des soins et la maîtrise de la consommation pharmaceutique. »

Ces responsabilités vont s'appliquer dans son exercice au quotidien. Ainsi, le pharmacien doit faire preuve de disponibilité et d'écoute vis-à-vis de ses clients. Il se doit d'être apte à dispenser un conseil de qualité à ses patients. Il doit avoir la connaissance nécessaire à l'identification des signes de gravité. Il doit connaître les limites du conseil officinal, et selon l'article R5015-44 CSP : « chaque fois qu'il est nécessaire, le pharmacien doit inciter ses clients à consulter un médecin ». Ceci est d'autant plus vrai que, selon l'article L372 du CSP : « exerce illégalement la médecine : toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic, ou au traitement de maladies ou affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites, ou par tous autres procédés quels qu'ils soient...sans être muni du diplôme de médecin ». De plus, lorsqu'il exécute son rôle de délivrance, il se doit d'encourager le bon usage du médicament ainsi que l'observance des traitements prescrits.

Comme nous l'avons défini préalablement, un patient qui a recours à l'automédication peut se faire accompagner par son pharmacien, notamment dans le choix d'une spécialité adaptée. L'automédication conseillée ou assistée par le pharmacien engage pleinement sa responsabilité sur le plan déontologique, civil et pénal.

Quelque soit le degré d'implication du pharmacien dans le processus d'automédication, il est nécessaire d'établir un véritable dialogue entre ce dernier et le patient. Une relation de confiance doit naître entre les deux personnes de façon à faciliter, entre autres, le suivi pharmaceutique et le rappel des bonnes pratiques d'utilisation d'un médicament (mode d'administration, posologies, interactions éventuelles...). La création récente du dossier pharmaceutique contribue grandement à augmenter la sécurité liée à la consommation de médicaments hors prescription médicale.

3.3. L'automédication et le médecin

Il peut sembler paradoxal d'impliquer les médecins dans le phénomène d'automédication qui, par définition même, devrait leur échapper complètement. En fait, ils représentent un maillon essentiel et l'automédication doit bénéficier de la participation du médecin car elle contribue à une prise en charge globale du patient.

En effet, le recours à ce type de pratique peut, selon le Code de Déontologie de la Médecine (art. 47, 58, 63, 64), être mis sur le compte de l'absence de dialogue de la part du médecin qui n'a pas averti son patient des risques de cette pratique. La détection d'une automédication à risque nécessite l'établissement d'une relation étroite entre médecin et patient. La généralisation du principe du médecin traitant favorise un suivi plus approfondi des patients, l'élaboration d'un dialogue en profondeur et donc facilite la détection de comportements à risque. Le médecin a un rôle d'information et de conseil, qui dépasse le cadre limité d'une prescription.

Cependant, on constate que le plus souvent les médecins ne connaissent que très peu les médicaments qui ne sont pas soumis à une prescription médicale obligatoire, en l'occurrence ceux qui sont les premiers à être utilisés en automédication. La mise à disposition d'informations sur les produits courants d'automédication pourrait être envisagée.

Le rôle du médecin dans l'automédication, qui semble de prime abord très marginal, est en réalité un des piliers du bon usage et de la sécurité de la prise de ces médicaments⁶.

3.4. L'automédication et les industriels de la santé

Il va de soi que la façon dont évolue l'automédication en France intéresse fortement les industriels de santé. La majorité des produits consommés dans le cadre de l'automédication sont des produits à prescription médicale facultative, donc disponibles sans ordonnances. Ce sont donc des spécialités directement accessibles au grand public et qui peuvent faire l'objet, selon certaines conditions, de publicité. Certains d'entre eux, les non-remboursables, présentent, de plus, des prix libres.

Le délistage croissant de molécules (ou « switch ») et l'arrivée du libre accès (Première partie, 6) représentent un nouveau défi pour les industriels du secteur. Ces derniers vont devoir désormais chercher à séduire les consommateurs, qui ne sont pas habitués à payer leurs médicaments et « dorloter » les pharmaciens, qui eux, seront les seuls à pouvoir conseiller tels ou tels médicaments⁸.

Une partie de la thèse est entièrement dédiée à la description du marché de l'automédication de ces dernières années (Première partie, 5).

3.5. L'automédication et les pouvoirs publics

L'automédication, bien que reflétant une volonté d'autonomisation des patients, ne peut être un sujet étranger aux préoccupations des pouvoirs publics.

D'un premier abord, promouvoir l'automédication permettrait de maîtriser les dépenses de santé. En effet, nous constaterons que la plupart des spécialités utilisées ne donnent plus lieu à remboursement par la sécurité sociale. Cependant, la prise de tout médicament constitue un risque potentiel. Les pouvoirs publics doivent alors être vigilants sur cette pratique.

La pratique d'une automédication non contrôlée, déraisonnée peut aboutir à des surcoûts, notamment par l'arrivée d'incidents consécutifs à l'automédication. Ces accidents entraînent des soins, des hospitalisations, voire des arrêts de travail avec des répercussions économiques, qui ne peuvent donc être négligées par les pouvoirs publics.

C'est dans un rôle d'éducation sanitaire que les pouvoirs publics doivent notamment intervenir. Dans une troisième partie, nous verrons comment ces derniers peuvent sécuriser l'automédication, voire la limiter.

4. LES RISQUES POTENTIELS DE L'AUTOMEDICATION

Un médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres. Son utilisation n'est justifiée que dans certaines indications (préalablement définies par l'AMM qui lui a été accordée) et à un certain dosage. Si les conditions d'utilisation du médicament ne sont pas respectées, sa consommation peut devenir problématique.

C'est pourquoi l'automédication peut être dangereuse. L'automédication présente notamment des risques lorsque celle-ci est systématique (« Je vais mal, je prends un médicament ») mais surtout lorsque celle-ci n'est pas contrôlée par un professionnel de santé. Ces risques se situent à plusieurs niveaux :

4.1. Risques liés au diagnostic

Le premier risque est le **retard de diagnostic** d'une pathologie sous-jacente pouvant être grave ou urgente à traiter. L'automédication, surtout si elle est prolongée peut laisser évoluer une maladie non diagnostiquée, en retarder la prise en charge par une thérapeutique appropriée et efficace, et être responsable de la survenue de complications (**perte de temps** correspondant à la durée de l'automédication). Pour exemple, des symptômes peu spécifiques tels que des brûlures d'estomac peuvent être l'expression d'un ulcère gastrique sous-jacent. C'est ainsi qu'une prise en charge adéquate d'un ulcère peut être retardée par la prise d'antiacides. On parle d' « **effets masquants** »⁹.

Le second risque est l'**erreur de diagnostic**. Le patient assimile, à tort, son problème de santé à une pathologie bénigne qu'il croit reconnaître. Un diagnostic erroné retardera, une fois encore, la mise en place d'un traitement efficace.

4.2. Risques liés au médicament

Même si la pathologie est parfaitement identifiée par le patient, un autre problème peut se poser : la méconnaissance du médicament utilisé.

Il n'y a pas une classe de médicaments qui ne soit pas incriminée dans la survenue d'**effets indésirables**. Ces effets indésirables seront d'autant plus prononcés que la dose administrée est supérieure à la dose usuelle définie par le fabricant. Cependant, certaines classes, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, présentent un risque iatrogène potentiel plus important que les autres et leur place parmi les médicaments en libre accès pourrait d'ailleurs être remise en question.

Ensuite, la **méconnaissance de la composition** d'une spécialité peut entraîner un dépassement involontaire des doses maximales (exemple : Un comprimé d'ACTIFED[®] jour-nuit contient 400mg de paracétamol). La dose toxique du paracétamol (6g) peut être très rapidement atteinte si plusieurs spécialités à base de paracétamol sont associées. C'est ainsi que l'on peut alors voir apparaître des complications hépatiques.

De plus, les **conditions d'utilisation** (plan de prise, précautions d'emploi...) des médicaments peuvent être ignorées par les patients. En cas d'erreur, on peut espérer une simple inefficacité du traitement (anti-reflux en début de repas), mais dans d'autres cas, les conséquences peuvent être plus néfastes (photosensibilisation après exposition au soleil et application de KETUM[®]).

Enfin, le dernier risque lié au médicament est la possible **interaction** avec un traitement chronique prescrit. Ces interactions sont de toutes sortes : induction enzymatique, inhibition enzymatique, compétition pour la liaison aux protéines plasmatiques, potentialisation d'effets indésirables ou encore retard d'absorption. Un des exemples les plus fréquemment décrits est l'interaction entre l'aspirine et les anti-vitaminiques K, qui aboutit à une élévation de la concentration en AVK et qui expose donc le sujet à un risque accru d'hémorragies⁹. De plus, il est certain que de nombreuses interactions médicamenteuses n'ont pas encore été décrites mais le seront probablement suite à d'éventuels accidents d'automédication¹⁰.

4.3. Risques liés au patient

L'automédication présente des risques plus fréquents selon le **terrain** : âge, grossesse, insuffisance rénale ou hépatique ⁹. Le professeur Jean-Paul Giroud préconise, en effet, l'abstention de toute automédication dans ses situations à risques : grossesse, allaitement et âges extrêmes de la vie ¹¹.

D'une façon générale, il est en effet bon de considérer que l'automédication chez les âges extrêmes est une pratique à risque. Il existe un risque accru de surdosage ou d'intoxication chez les nouveau-nés, dont le système métabolique est immature. Il en est de même chez les personnes âgées, pour qui, la diminution des capacités d'élimination (insuffisance hépatique et rénale) augmente le risque d'accumulation et donc de toxicité des médicaments.

De la même manière, il convient d'être extrêmement prudent, voire de s'abstenir à pratiquer l'automédication chez les femmes enceintes ou allaitantes.

Enfin, il existe des spécialités formellement contre-indiquées dans certaines situations pathologiques. C'est le cas, notamment, des patients souffrant d'insuffisances hépato-cellulaires, pour lesquels l'utilisation de paracétamol est strictement contre-indiquée.

5. LE MARCHE DE L'AUTOMEDICATION

5.1. Réflexions

Aborder le thème de l'automédication d'un point de vue économique nous paraissait inévitable. L'évolution du comportement d'automédication des français sera étudiée à travers notre enquête de terrain mais elle peut l'être également au travers de l'analyse des chiffres du marché. Etudier l'évolution du marché de l'automédication au cours des dernières années permet de déterminer si les français ont de plus en plus recours à l'automédication. La question que nous serons en droit de nous poser après cette « observation économique » est la suivante : le français a-t-il adopté de lui-même une nouvelle attitude vis-à-vis du traitement de sa maladie qu'il juge bénigne ou a-t-il été contraint de se rendre directement en pharmacie sans

rendre visite à son médecin traitant puisque de nombreuses spécialités prescrites par ce dernier ont vu leur remboursement disparaître suite à une réévaluation de leur Service Médical Rendu ?

Pour la réalisation de l'enquête, nous avons décidé de définir l'automédication comme un comportement et non comme une catégorie de médicaments. Mais il est clair que l'automédication se manifeste essentiellement à l'aide de médicaments dits de « prescription médicale facultative », c'est-à-dire ceux pouvant être achetés sans ordonnance. Les économistes de la santé ont réussi à estimer la part du chiffre d'affaire (CA) que représentent les médicaments d'automédication sur le marché global du médicament. Les chiffres disponibles concernent les médicaments de PMF et seront décrits dans un chapitre suivant.

Cependant, l'automédication peut également s'effectuer avec des médicaments anciennement prescrits. D'où la nécessité de considérer ces chiffres avec précaution. En effet, il est très difficile, voire impossible d'évaluer la part du chiffre d'affaire que représentent ces médicaments prescrits initialement puis réutilisés dans un but d'automédication.

Le développement de l'automédication a connu un véritable bouleversement en juillet 2008 avec l'arrivée du « Libre accès », concept qui a été imaginé par le gouvernement et fortement appuyé par certains industriels du médicament. Les premiers ont avancé l'argument d'une meilleure concurrence au niveau des prix. Mais il est clair qu'encourager le libre accès entraîne inéluctablement une augmentation des actes d'automédications et par la même occasion une diminution des dépenses de la sécurité sociale (diminution des consultations médicales et des prescriptions remboursées). Tandis que les industriels du médicament y voient un nouveau créneau à développer : « la médication familiale ». La pression qu'exercent certains laboratoires pharmaceutiques pour développer ce domaine témoigne du réel potentiel économique de ce créneau.

Cependant, il nous paraît nécessaire de rappeler qu'un développement excessif du libre accès, et donc de l'automédication, aura des répercussions sanitaires liées notamment à un potentiel mésusage des médicaments, aux retards de diagnostics et autres erreurs possibles décrites précédemment. Ces conséquences sanitaires

représentent un coût non négligeable, en termes de frais d'hospitalisations notamment.

5.2. L'automédication en chiffres

a. Quelques rappels

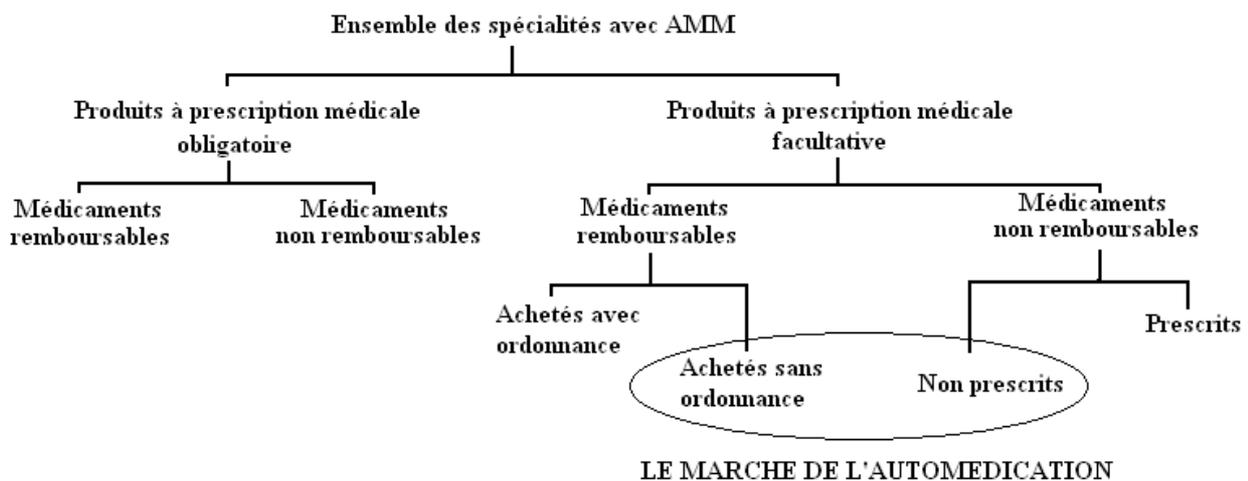
Il nous a paru judicieux de rappeler quelques définitions et la signification de certaines abréviations.

PMO ou Prescription Médicale Obligatoire : les médicaments dits de PMO sont des médicaments dont la délivrance nécessite la présentation d'une ordonnance médicale.

PMF ou Prescription Médicale Facultative : les médicaments dits de PMF sont des médicaments dont la délivrance peut être effectuée sans la présentation d'une ordonnance médicale.

Certains d'entre eux sont remboursables sur présentation d'une ordonnance (« semi-éthique ») et d'autres sont non remboursables (« OTC strict »).

Figure 2 : Les différentes catégories de médicaments d'un point de vue économique⁶



OTC ou Over The Counter : Le terme OTC a longtemps désigné à tort les médicaments disponibles en pharmacie sans ordonnance, soit par demande spontanée soit après conseil du pharmacien. Cette abréviation provient de l'anglais « Over the Counter », qui signifie dans notre langue « devant le comptoir ». Au Royaume-Uni, certaines spécialités sont, en effet depuis longtemps directement accessibles aux clients des pharmacies.

En France, ce n'est que depuis le 1er juillet 2008 que les pharmaciens peuvent commercialiser des spécialités en libre-accès, dans leur officine.

Une liste de ces spécialités est régulièrement mise à jour sur le site de l'Afssaps.

Switch : Ce terme anglais désigne la transformation d'un médicament de prescription obligatoire en médicament à prescription facultative. C'est une technique qui permet aux laboratoires pharmaceutiques de relancer un médicament dont les ventes baissent. En effet, il bénéficie, après le switch, d'un prix libre et peut faire l'objet de publicité auprès du grand public. Il suffit pour le laboratoire d'obtenir une exonération de la réglementation des substances réservées à la prescription.

« **Semi-éthique** » : Ce terme est employé par les industriels du médicament pour caractériser un médicament qui peut être acheté sans ordonnance mais qui aurait pu être remboursé sous présentation d'une ordonnance. Ce terme est pour le moins troublant. Il proviendrait du terme anglais *ethical drugs*, qui désigne, en Angleterre, les médicaments de prescription médicale.

Pour exemple, dans les officines françaises, on trouve dans cette catégorie les spécialités suivantes : Doliprane®, Dexeryl®, Gaviscon® ou encore Toplexil®. Ces produits ont l'avantage d'être moins cher que leurs homologues « OTC strict » puisque qu'ils sont soumis à un contrôle de leur prix par le comité économique des produits de santé (CEPS), comme tout médicament prétendant à un remboursement.

L'allégation « semi-éthique » discrédite de façon importante les pharmaciens d'officine qui sont perçus à tort, comme responsables de ces inégalités de coût, donc d'accès aux médicaments.

Où se trouve le manque d'éthique dans le fait d'acheter en vente libre un médicament vignetté qui a l'avantage non négligeable, pour le consommateur, de coûter beaucoup moins cher?

AFIPA ou Agence française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable : L'AFIPA est une association professionnelle qui représente les industriels du médicament d'automédication. Les membres actifs sont des laboratoires pharmaceutiques tels que Boiron, GSK SGP, Merck médication familiale, Novartis ou Sanofi Aventis (liste non exhaustive) ¹².

Cette association se présente comme « un acteur de Santé publique » avec pour objectif principal, la promotion des médicaments d'automédication dans l'intérêt des patients-consommateurs et bien entendu des industriels membres de l'association. Chaque année, l'AFIPA publie un bilan du marché de l'automédication dont les chiffres sont issus de l'IMS Health France. Ce sont ces données que nous avons décidé de retenir pour évaluer le marché de l'automédication.

IMS Health : IMS Health est le nom d'une société qui fournit des services d'information à l'industrie pharmaceutique. Sur la base d'informations collectées auprès des professionnels de santé et d'autres acteurs du système de soins, IMS Health met en œuvre son expertise statistique pour publier des études de marché de référence, dont disposent les consultants IMS Health pour aider les laboratoires pharmaceutiques dans la prise de décisions tactiques et stratégiques ¹³.

b. L'évolution du marché au cours des dernières années

Dans l'élaboration de notre enquête, nous avons décidé de considérer l'automédication comme un comportement et non comme une classe de médicaments. Cependant nous avons très vite constaté au cours de notre étude et dans les études préalablement réalisées que la majorité des spécialités utilisées dans ce cadre appartenaient à la classe des spécialités dites de PMF non prescrites (remboursables ou non remboursables).

Or, chaque année, l'AFIPA publie les chiffres du marché de l'année écoulée. Ces données issues de l'IMS Health France peuvent être utilisées pour mesurer l'ampleur de l'automédication et son évolution au fil des années.

Durant les six dernières années se sont succédés de nombreux évènements qui ont plus ou moins influencé le marché de l'automédication. Voici un rappel de ces évènements qui ont fait évoluer le marché de l'automédication depuis 2004.

L'AFIPA, dans son rapport annuel basé sur des données de l'IMS Health ¹⁴, considère l'année 2004 comme une année difficile pour ce secteur. En effet, le nombre d'unités vendues dans le cadre de l'automédication s'élève à 359 millions, soit 4% de moins qu'en 2003.

L'année 2005 se chiffre à 351 millions d'unités vendues ¹⁵, soit encore une baisse de 3% par rapport à 2004. Les deux vagues de déremboursements successives de 2001 et 2003 n'ont eu que peu d'impact sur le marché de l'automédication. En effet, dès 2001, le gouvernement a demandé à la commission de transparence de réévaluer le Service Médical Rendu de toutes les spécialités remboursables afin de déterminer celles dont le SMR serait insuffisant pour justifier leur remboursement par la sécurité sociale. La faible influence de ces déremboursements sur le marché de l'automédication s'explique par le fait, que le malade a toujours autant consulté mais le médecin, sous la demande plus ou moins pressante du malade, ne lui prescrit que des médicaments remboursables. De plus, durant les années 2003-2005, on constate que l'écart de prix entre les médicaments de PMF remboursables et les médicaments de PMF non remboursables se creuse, fait qui peut expliquer la réticence persistante des Français à s'automédiquer.

2006 représente l'année du changement dans l'histoire du marché de l'automédication. Pour la première fois depuis quelques années, le marché évolue de façon positive. 406 millions d'unités ont été vendues en automédication ¹⁶, soit une hausse de 8,4% en volume par rapport à 2005. Comment expliquer cette réussite ? Le succès de ce secteur du marché est dû en grande partie à une nouvelle vague de déremboursement effective durant l'année 2005 mais l'AFIPA souligne également que cette évolution repose aussi sur la croissante implantation de produits déjà présents sur le marché et dont la notoriété ne fait que croître. Enfin, pour ces

produits leaders, les laboratoires ont opté pour un positionnement de prix raisonnable malgré la perte du remboursement potentiel. Cette stratégie a permis aux patients de rester fidèles à leur traitement « anciennement remboursable » (exemple : Euphytose[®], Efferalgan Vit C[®], Bronchokod Gé[®]) et aux industriels de limiter fortement la baisse en CA induite naturellement par le déremboursement de la spécialité.

En 2007, la dynamique est restée bonne avec 423 millions d'unités vendues dans les officines soit encore une hausse de 4,1% par rapport à l'année précédente¹⁷. Le dynamisme de ce marché est dû d'une part à une importante tendance aux innovations sur le marché de l'OTC (95 nouveaux produits) et d'autre part à l'investissement croissant des marques leaders en OTC dans la communication auprès des patients (publicité télévisuelle et presse écrite) et des pharmaciens.

Fin 2008, année de la crise économique mondiale, on aurait pu craindre une régression du marché ou du moins une stabilité. Cependant, l'AFIPA déclare dans son communiqué annuel que « l'automédication résiste à la crise ». Ce marché de l'automédication résiste d'ailleurs mieux que le marché global du médicament avec 427 millions d'unités vendues soit une hausse de 2,5% (versus 2007) tandis que le secteur du médicament dans sa globalité perd 0,3% de son chiffre d'affaires¹⁸.

c. Etat des lieux du marché d'automédication en 2009

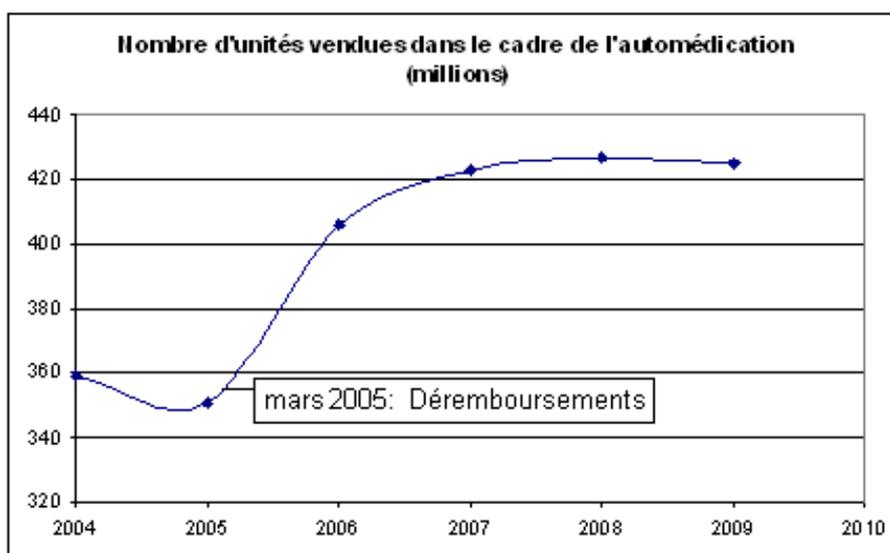
Le rapport de l'AFIPA datant de mars 2010 évalue le marché de l'automédication (PMF non prescrits) en France à 1,9 milliards d'euros soit 6,5% du marché des médicaments (PMO et PMF), évalué à 35 milliards d'euros pour l'année 2009¹⁹. Ce même rapport évalue le marché de l'automédication à 424,8 millions d'unités vendues dans les officines françaises, soit plus de 6 spécialités médicamenteuses achetées par français et par an.

Le marché de « l'automédication semi-éthique » (PMF remboursables, ventes non prescrites) s'élève à 349,8 millions d'euros alors que le marché de l'OTC strict (PMF non remboursables, ventes non prescrites) s'élève à 1,59 milliards d'euros.

La crise financière a influencé les comportements et le choix des consommateurs qui ont limité leurs dépenses concernant la santé. Le marché de l'automédication en 2009 a connu une évolution plus que médiocre : -0,5% en volume et +0,6% en volume par rapport à 2008. L'effet « grippe A » de la fin d'année a tout de même permis le maintien de chiffres convenables, notamment grâce au succès de l'Oscilloccinum* de Boiron et à la vente de sirops antitussifs (Toplexil*, Hélicidine* ou Biocalyptol*) et de médicaments antalgiques (les spécialités contenant de l'ibuprofène 400mg confirment leur bonne dynamique).

L'année 2009 a également bénéficié du lancement de deux spécialités prometteuses pour ce marché : Alli* et Pantozol control*, prometteuses en termes de vente mais dont le délistage fait craindre la survenue d'accidents iatrogènes.

Figure 3 : L'évolution du secteur de l'automédication au cours des dernières années



5.3. Et pour l'avenir ?

Comme cela a été souligné précédemment, l'automédication en France reste un secteur peu développé en valeur, notamment en comparaison avec les pays anglo-saxons. En effet, le marché de l'automédication ne représente aujourd'hui pas plus de 7% des ventes totales de médicaments en France. Cependant, il connaît, depuis 2005, une croissance lente mais certaine, à la différence du marché global du

médicament. Ce marché restera-t-il porteur dans les années à venir ? Quels arguments en faveur de sa croissance, quels arguments en faveur de son déclin ?

Comme nous l'avons constaté, ce marché a été porté depuis 2004 par une succession de vagues de déremboursements. Or, il est en droit d'espérer pour les assurés de la sécurité sociale que le marché de l'automédication devra se priver d'une nouvelle vague de déremboursements dans un futur proche, d'autant plus qu'ils viennent de subir la récente arrivée d'un nouveau taux de remboursement (15%) pour certains médicaments vignettés. Le marché de l'automédication devra alors se passer temporairement des coups de pouce que constituaient les vagues de déremboursement. A cela s'ajoute une perspective de dégradation de l'environnement économique français, avec un pouvoir d'achat en baisse. Ces deux éléments pourraient avoir comme conséquence un ralentissement temporaire de la croissance du marché de l'automédication. Les autres freins au développement de l'automédication sont les suivants: l'attachement des patients au remboursement de leurs traitements et à leur suivi régulier par leurs médecins traitants, les niveaux de prix publics parfois très élevés (grande différence avec les produits vignettés pour composition équivalente).

Cependant, le marché de l'automédication est fortement encouragé par les pouvoirs publics actuels. Dans un contexte de désertification médicale, les pharmacies, par leur maillage territorial, apparaîtront comme la première source de soins, avec pour acteur central le pharmacien. Sa nouvelle casquette de « pharmacien correspondant », attribué par la loi HPST, renforcera son rôle de conseil (rappels des précautions d'emploi, des interactions et des contre-indications).

La mise en place du libre accès et la liste grandissante des spécialités pouvant s'y trouver témoignent également de la volonté des pouvoirs publics de développer ce secteur. L'Etat n'est pas le seul à encourager le marché de l'automédication. Les assureurs complémentaires ont intérêt, eux aussi, à ce que les français aient recours aux produits d'automédication. On observe d'ailleurs de plus en plus d'actions de promotion de comportements « responsables » de la part des mutuelles. C'est ainsi, que sur le site de la Mutualité française (www.mutualite.fr), on recommande aux clients, suite à une baisse de remboursements des spécialités anti-arthrosiques, de

se soulager avec des médicaments en libre accès tel que l'ibuprofène, en parallèle à une bonne hygiène de vie, bien entendu...

Dans le même but de développer l'automédication, les industriels travaillent au renouvellement de l'offre via l'innovation produit ou sur l'apparition de futurs « switch » OTC.

L'analyse de notre enquête de terrain nous permettra de savoir si les Français désirent réellement prendre « leur santé en main », notamment à travers la prise en charge des maux bénins qui les affectent, ou bien si leur recours croissant aux produits d'automédication n'est que la conséquence des évolutions actuelles de notre système de santé.

6. LE LIBRE ACCES

6.1. Définition générale du libre accès

Depuis Juillet 2008, certains médicaments, dits de « médication familiale », peuvent désormais se trouver en libre accès dans les officines, c'est-à-dire dans un espace spécialement dédié à cet effet, se trouvant à proximité du comptoir.

Il a ainsi fallu définir les médicaments de médication familiale. On parle de médicaments de **médication familiale** lorsqu'ils sont destinés à soigner des symptômes courants, pendant une courte période et qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin, et doivent être accompagnés d'un conseil du pharmacien²⁰.

L'AFSAPS a été chargé de définir la liste des médicaments concernés par cette mesure.

6.2. Définition réglementaire du libre accès

Il est réglementé par le décret n° 2008-621 du 30 Juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines. Ce dernier est constitué de 4 articles relatant les conditions de mise en place du libre accès (« dans un espace dédié, clairement identifié et situé à proximité immédiate des postes de dispensation », ainsi que l'évocation des critères de choix pour l'inscription des médicaments à la liste des produits autorisés, rédigée par l'AFSSAPS).

Par ailleurs, le décret prévoit un accompagnement de cette nouvelle mesure auprès du public par la mise à disposition d'informations émanant des autorités de santé.

6.3. Mise en place du libre accès dans les officines

Depuis le 1^{er} Juillet 2008, tout pharmacien d'officine peut choisir de développer au sein de sa pharmacie un espace dit de « libre accès », à condition qu'il respecte certains critères conformes au décret.

6.4. Etablissement de la liste des médicaments concernés

Cette liste est établie par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, selon certains critères : *médicaments de médication officinale, non soumis à prescription médicale qui dispose d'un conditionnement, d'une posologie, d'une durée de traitement, d'une notice adaptés et dont la balance bénéfice/risque a été évaluée*, définis dans le décret. Certains médicaments ont été exclus de cette liste pour des raisons de sécurité, en particulier les médicaments ayant des contre-indications majeures et présentant un trop fort risque d'interactions médicamenteuses. D'autres médicaments, notamment destinés à la population pédiatrique, ont également été écartés du fait d'un niveau de sécurité insuffisant pour une utilisation en automédication.

Le 5 juillet 2011, cette liste comprenait environ 362 spécialités pharmaceutiques, 40 médicaments à base de plantes et 35 spécialités homéopathiques. Cette liste est régulièrement mise à jour et consultable sur le site de l'AFSSAPS ²¹.

Toute spécialité se trouvant dans l'espace libre service doit être inscrite sur la liste. Cependant aujourd'hui, il existe en France de nombreuses infractions à cette règle. Certaines spécialités absentes de la liste en raison du non respect de tous les critères énoncés, sont, malgré tout « devant le comptoir ».

6.5. Avantages / Risques du libre accès

Le libre accès est par définition, sujet à polémique. Dans un contexte où le monopole du pharmacien est remis en cause, et où la volonté de la grande distribution de créer des espaces dédiés à l'automédication est sans faille, l'Ordre des Pharmaciens a dû s'adapter à ces exigences.

Il apparaît que le libre accès permet une « responsabilisation » de l'automédication : toute personne peut ainsi décider du médicament qu'elle juge apte à soulager ses symptômes, en ayant la possibilité de le faire en comparant les prix d'une officine à une autre. Dans une conjoncture économique difficile, ce critère de mise en concurrence des prix est un avantage indéniable, outre le fait que cela peut également contribuer à dynamiser le chiffre d'affaires de l'officine, en augmentant les ventes de médicaments conseils.

Cependant, il est indispensable que le rôle de conseil du pharmacien soit renforcé ²² pour vérifier le bon usage du médicament pour une pathologie donnée, pour éviter toute erreur de diagnostic, toute iatrogénie médicamenteuse, et vérifier l'absence de contre indication majeure à l'utilisation du médicament. En effet, il faut éviter une consommation intempestive d'un patient mal éclairé et pressé, se dispensant du conseil du pharmacien.

Tous ces risques sont en effet inhérents à la mise en place de cette mesure et doivent donc faire l'objet d'une surveillance accrue de la part du pharmacien.

6.6. Aides destinées au grand public pour les médicaments en libre accès

Pour accompagner les patients pendant la période de mise en place du libre accès, et afin d'en diminuer certains risques, de nombreuses aides²³ ont été établies par l'AFSSAPS. Ces aides sous forme de « règles d'Or » permettent ainsi une meilleure approche de l'automédication. Il en existe 7 (annexe 1), rappelant le rôle essentiel du pharmacien dans la validation des médicaments choisis par le patient, les situations dangereuses où l'automédication doit être évitée, certains conseils liés au médicament (lire la notice, respecter les modalités de prise, la posologie, la durée de traitement...) et enfin rappelant la nécessité de consulter son médecin en cas de persistance des symptômes ou d'apparition d'effets indésirables.

En parallèle de ces règles d'or, des cartes « mémo » sur certains médicaments conseils (aspirine, paracétamol, ibuprofène), ainsi que des brochures sur des pathologies « courantes et sans gravité » ont été élaborées par l'AFSSAPS et devraient, en théorie, se trouver dans toutes les officines disposant d'un espace libre accès.

6.7. Aides destinées aux professionnels pour les médicaments en libre accès

Certaines aides²⁴ ont également été mise en place pour les professionnels de santé afin de contribuer à la réussite et au bon déroulement de cette nouvelle mesure. Il s'agit essentiellement de l'élaboration de fiches d'aide à la dispensation de certains médicaments tels que l'aspirine, le paracétamol, et l'ibuprofène, détaillant les questions à poser au patient (poids, âge, traitement en cours, identification de contre indication éventuelle et d'interactions médicamenteuses...)

6.8. Depuis le 1^{er} juillet 2008, quel bilan ?

Finalement, quels sont les chiffres du libre service des médicaments en officine ? A-t-il la « cote » auprès des pharmaciens d'officine, du succès auprès des patients, une influence directe sur les habitudes d'automédication des français ?

Autant de questions auxquelles nous essayerons de répondre au cours de notre travail...

Premièrement, ce bilan est difficile à dresser car peu d'études ont été réalisées. D'autre part cette mesure n'a pas vraiment eu l'effet escompté. En octobre 2008, seules 29% des pharmacies présentaient un rayon libre accès²⁵. Selon une étude (Enquête auprès de 200 clients acheteurs d'OTC (au moins 5 médicaments par an) et de 30 officines de Paris, Lyon, Saint-Etienne, Montpellier, Dijon, Annemasse) publiée dans le Moniteur des Pharmaciens d'Octobre 2008, 8% des patients disent s'être servis eux même dans le rayon libre accès, 65% des personnes approuvent le décret, 84% préfèrent demander conseils à leur pharmacien et 15% seulement connaissent l'existence de cet espace.

Un autre constat s'impose : le non respect de la liste publiée par l'AFSSAPS. Il n'existe que peu de pharmacies où le décret est respecté à la lettre : présence sur un même linéaire de médicaments figurant sur la liste, et d'autres non autorisés, présence d'une catégorie non listée, zone non isolée des autres linéaires.

7. LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE OU DP

7.1. Le DP : un enjeu de santé publique majeur

Les médicaments, par définition, contribuent à soigner mais possèdent également des risques qui leur sont propres (surdosage, interactions médicamenteuses, effets indésirables...).

Le vieillissement de la population avec l'augmentation de polyopathologies, et l'augmentation de la part d'automédication dans la manière de nous soigner, augmentent fortement la fréquence de ces différents risques. La iatrogénie médicamenteuse a deux conséquences : premièrement elle affecte évidemment la sécurité des patients, mais elle contribue également à l'augmentation des dépenses de l'Assurance maladie. Face à ce tableau plutôt inquiétant, l'Ordre des pharmaciens a été désigné pour mettre en place un outil permettant de sécuriser la santé des patients, et de diminuer les risques de iatrogénie : le dossier pharmaceutique.

7.2. Le DP : définition réglementaire

Le dossier pharmaceutique est défini dans l'article L-161-36-4-2 du code de la sécurité sociale (loi du 30 janvier 2007). Cet article confie à l'Ordre des pharmaciens, la responsabilité de sa mise en œuvre ²⁶:

« Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins, et la sécurité de la dispensation des médicaments(...), il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie avec son consentement, un dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. »

Aujourd'hui le dossier pharmaceutique est un droit pour les assurés sociaux et une obligation pour les pharmaciens d'officine.

7.3. Le DP en pratique

Le dossier pharmaceutique est un outil professionnel gratuit qui permet une vision globale des différents traitements des patients, afin d'en sécuriser la dispensation ²⁷.

En effet, pour chaque patient, le dossier pharmaceutique reprend l'ensemble des traitements des quatre derniers mois. Il s'agit des médicaments prescrits, remboursés ou non, mais aussi tous les médicaments d'automédication et de conseil. Les données sont collectées à partir des dispensations réalisées dans chaque officine, centralisées chez un "hébergeur de données de santé" sélectionné par l'Ordre national des pharmaciens et relié à la carte vitale. Le consentement du patient est obligatoire pour la consultation et l'alimentation du dossier. De plus c'est au patient de choisir les médicaments qu'il souhaite inscrire. Précisons que les noms des pharmacies (où la délivrance, l'achat des médicaments ont été effectués), le prescripteur et les prix n'apparaissent pas sur le dossier. Le respect de la liberté du patient est un des arguments clés à mettre en avant pour la réussite de cette mesure.

Une fois créé, le dossier pharmaceutique permettra aux pharmaciens :

- D'éviter des interactions médicamenteuses
- D'éviter des redondances de traitements
- D'améliorer ses conseils au vue des antécédents du patient.
- D'améliorer la prise en charge du patient et de proposer un suivi thérapeutique adapté.

Il s'agit là d'un outil de santé de publique formidable : Le dossier pharmaceutique renforce notre rôle d'acteur de santé et replace la délivrance au cœur du métier. Par ailleurs, il nous aide à conserver la confiance du public, très attaché à trouver plus de sécurité pour sa santé.

Pour accompagner la mise en place de cette mesure, l'Ordre a créé des fiches destinées d'une part aux patients et d'autres parts aux professionnels de santé. Ces fiches sont consultables sur le site de l'Ordre des pharmaciens.

A terme le réseau informatique du dossier pharmaceutique permettra aux pharmaciens d'être informés immédiatement des alertes sanitaires diffusés par les autorités de santé. Il assurera également une traçabilité des lots de médicaments jusqu'aux patients. Quand un lot sera retiré du marché, les patients pourront demander à tout pharmacien s'ils sont concernés par ce retrait.

De plus, il alimentera le volet médicament du futur dossier médical personnel.

2e PARTIE : L'ENQUETE

1. METHODOLOGIE

1.1. Schéma général de l'étude

L'automédication est un thème qui est de plus en plus fréquemment abordé. C'est un phénomène dont les professionnels de la pharmacie et de la santé en général se préoccupent. L'automédication est un sujet qui retient l'attention, qui interpelle par son côté à la fois universel car elle est pratiquée par la grande majorité d'entre nous et par son côté personnel car l'acte, en lui-même, ne concerne que le principal intéressé, le malade. Deux méthodes peuvent être utilisées pour mesurer ce phénomène, l'étude des chiffres de ce marché et l'enquête de terrain.

Notre stage de fin d'étude (six mois en officine) était l'occasion idéale d'aller au plus proche de la population. La réalisation de l'enquête en deux points géographiquement distincts, la Roche-sur-Yon et Paris, permettra d'établir des différences de comportement d'automédication ou au contraire des tendances communes.

Le questionnaire employé pour l'étude a été mis au point durant les mois d'octobre, de novembre et de décembre de l'année 2009 par Eléonore Rousseau et moi-même avec l'aide précieuse de Lucien Roulet et Françoise Ballereau.

Le questionnaire, présenté en annexe, est le résultat final d'un long travail d'échanges d'idées, de points de vue et de sensibilités des commanditaires de l'enquête.

Nous avons opté pour un long questionnaire : on dénombre 26 questions classées en 5 axes.

Cinq grands axes d'étude ont, alors, été rapidement retenus.

Tout d'abord, la première partie, intitulée « Caractères sociodémographiques », a pour objectif d'identifier précisément la personne interrogée. Cela permettra d'établir, entre autres, des relations entre identité sociale et recours à l'automédication. Y-a-t-il un lien entre le niveau de qualification et la fréquence de recours à l'automédication ? Qui a d'avantage recours au libre accès ?

Dans la seconde partie « les habitudes des français en automédication », nous avons voulu caractériser précisément le comportement d'automédication. Nous avons cherché à identifier les circonstances de recours et les médicaments utilisés.

La troisième partie est consacrée au libre accès des médicaments dans les officines. L'arrivée du libre accès a bouleversé le monde pharmaceutique et la structure même des officines. Mais comment les français ont-ils perçu cette nouveauté ? Y ont-ils recours ?

La quatrième partie du questionnaire permettra de savoir s'il y a prise de risque ou non en cas d'automédication. Nous avons considéré effectivement qu'il y avait risque si la personne était sous traitement chronique, ou si la personne était enceinte.

La cinquième partie, intitulée « Vers une automédication mieux encadrée », nous conduira à la troisième partie de notre thèse « les solutions pour encadrer l'automédication ». Cette dernière partie a pour vocation de mettre en évidence le rôle fondamental du pharmacien dans la réduction du risque lié à l'automédication.

1.2. Plan d'échantillonnage

Choisir l'échantillon est l'une des phases les plus délicates de l'enquête. Plusieurs méthodes ont été étudiées : méthode des quotas, méthode des itinéraires. Au final, aucune méthode d'échantillonnage au sens strict n'a retenu notre attention.

La solution retenue a été d'interroger 50 personnes à Paris et à 50 personnes à la Roche-sur-Yon durant une période de trois mois, à raison d'une personne par jour en moyenne car nous n'avons pas d'objectif de représentativité de la population, cette étude étant observationnelle. Nous admettons que deux biais de sélection non négligeables peuvent altérer la véracité de notre enquête. Premièrement, les personnes interrogées sont des clients de l'officine (de passage ou réguliers). Et deuxièmement, les personnes interrogées ont été en partie sélectionnées sur leur disponibilité. En effet, il nous fallait au minimum dix minutes pour le recueil des données: donc seules les personnes qui disposaient de temps se sont prêtées au jeu.

1.3. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu simultanément dans les deux officines durant une période qui s'étendait du 1^{er} janvier 2010 au 31 mars 2010.

L'administration du questionnaire s'est faite en « face à face ». Cette méthode présente l'avantage de recueillir les réactions et commentaires effectués par les interviewés.

En pratique, notre objectif était de renseigner un questionnaire par jour en moyenne. Nos maîtres de stage respectifs se sont montrés, tous deux, compréhensifs à ce qu'on intègre ce travail dans notre emploi du temps.

La durée de recueil des données d'un questionnaire pouvait aller de 10 minutes à 20 minutes. Le recueil des données se poursuivait généralement avec un dialogue sur l'utilisation générale des médicaments ou bien donnait lieu à de multiples questions, auxquelles nous nous faisons un plaisir de répondre (confirmations de posologies, raisons de la mise en place du libre accès, présentation et création du dossier pharmaceutique).

1.4. Saisie et exploitation des données

Pour faciliter la saisie et leur analyse, le traitement a eu lieu exclusivement sur informatique en utilisant un logiciel spécialisé. C'est le logiciel Sphinx* qui a été sélectionné. C'est un logiciel de référence pour l'enquête et l'analyse statistique. Grâce à sa simplicité d'utilisation, il a permis de nous assister dans chacune des 3 grandes étapes de la réalisation de notre enquête : la réalisation du questionnaire, la saisie des réponses, le traitement quantitatif des données et l'analyse des données qualitatives.

Pour faciliter l'analyse, les résultats sont couramment traités sous forme de tris à plat, tris croisés ou encore de moyenne.

Pour tester la significativité de nos résultats, c'est le test du χ^2 qui a été retenu. Ce dernier est un test statistique qui permet la comparaison de deux pourcentages.

2. RESULTATS DE L'ENQUETE EFFECTUEE A LA ROCHE-SUR-YON ET DISCUSSION

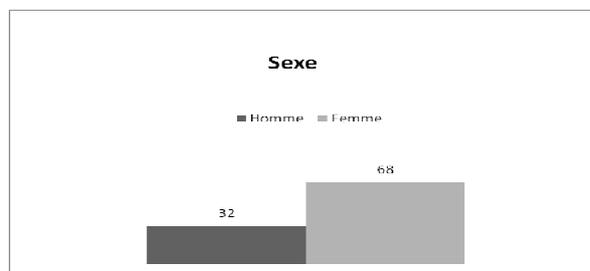
La méthodologie étant présentée, nous allons passer maintenant à l'exploitation de nos résultats. Pour ce faire, les résultats de l'officine de la Roche-sur-Yon seront présentés puis discutés. Puis, dans un chapitre suivant, les résultats obtenus à Paris et ceux de la Roche-sur-Yon seront réunis afin de les comparer. De cette façon, nous pourrons mettre en évidence des différences entre les deux localisations ainsi que des tendances communes.

2.1. Présentation des résultats

a. Caractéristiques sociodémographiques des interviewés

i. Sexe de la population étudiée

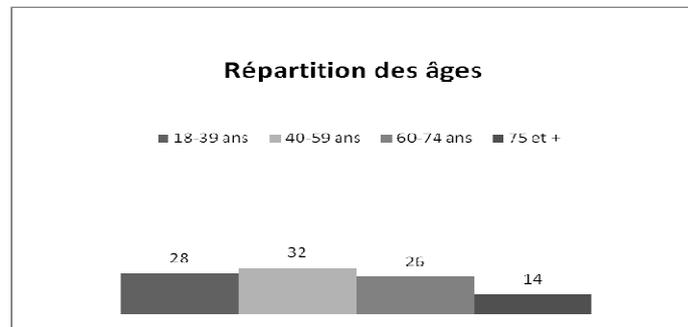
Figure 4 : Sexe de la population étudiée à la Roche-sur-Yon



Au sein de la population étudiée, nous observons une prédominance féminine, avec 68% de femmes et 32% d'hommes.

ii. Age de la population étudiée

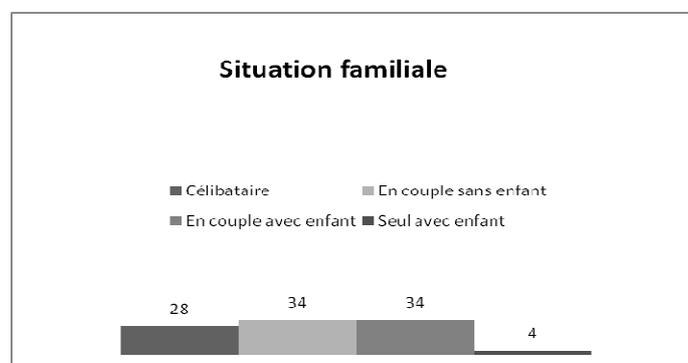
Figure 5 : Age de la population étudiée à la Roche-sur-Yon



Nous pouvons remarquer une répartition homogène entre les différentes tranches d'âge, avec 28% de 18-39ans, 32% de 40-59ans, 26% de 60-74 ans et 14% de 75 ans et plus.

iii. Situation familiale

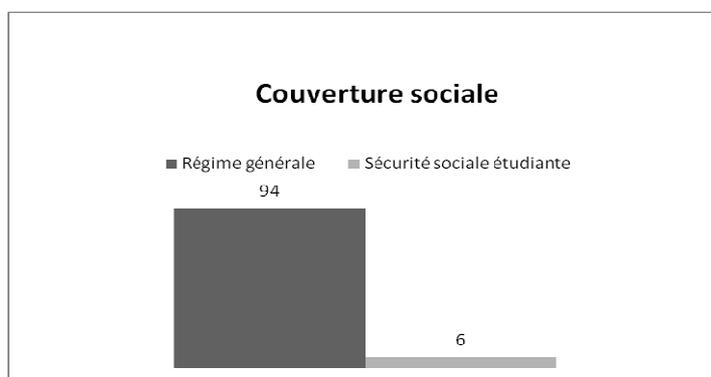
Figure 6 : Situation familiale des personnes interrogées à la Roche-sur-Yon



Nous trouvons une majorité de sujets vivants en couple (68%), dont la moitié déclare avoir des enfants. Dans la population étudiée, on dénombre 28% de célibataires (les personnes veuves ont été intégrées dans les célibataires) et 4% de personnes seules vivant avec au moins un enfant.

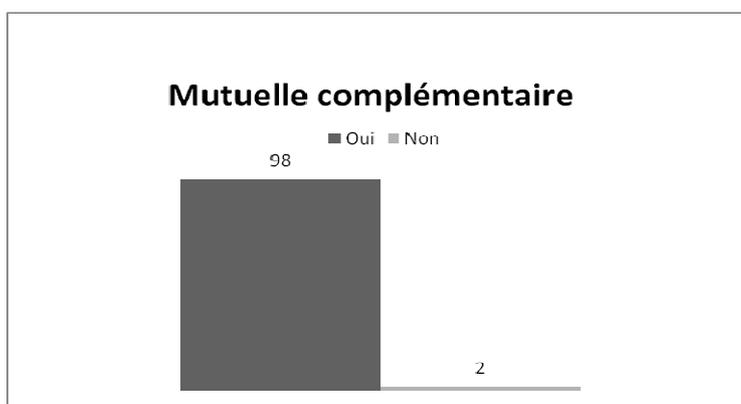
iv. Couverture sociale et mutuelle complémentaire

Figure 7 : Couverture sociale des personnes interrogées à la Roche-sur-Yon



Nous constatons une très forte prédominance, de sujets rattachés au régime général. Seules 6% des personnes étaient étudiantes (LMDE ou SMEBA). En revanche, aucune personne de l'échantillon étudié ne bénéficiait de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'état (AME).

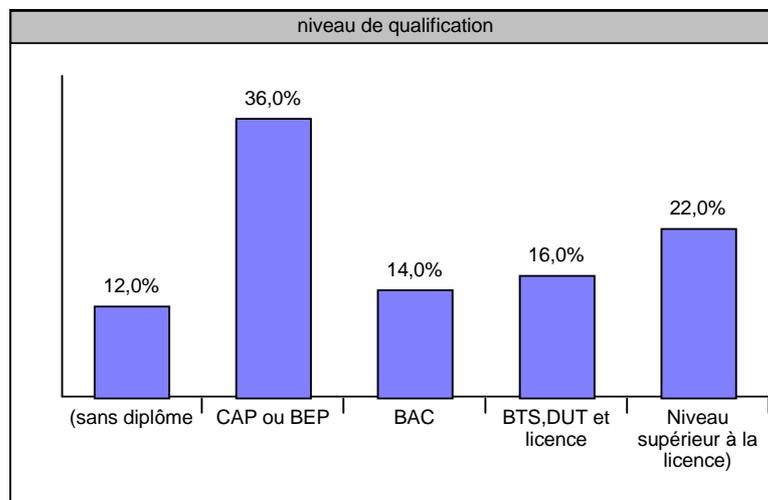
Figure 8 : Mutuelle complémentaire des personnes interrogées



98% des personnes interrogées possèdent une mutuelle complémentaire.

v. Niveau de qualification

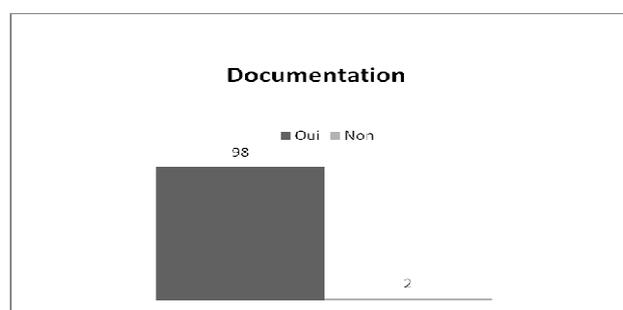
Figure 9 : Niveau de qualification des personnes interrogées à la Roche-sur-Yon



Nous remarquons qu'un tiers des sujets participant à l'enquête ont suivi une formation courte, de type CAP ou BEP, 12% sont sans diplôme, 14% déclarent avoir le niveau BAC, 16% ont un BTS, DUT, ou une licence. Enfin, 22% des personnes ont un niveau supérieur à la licence.

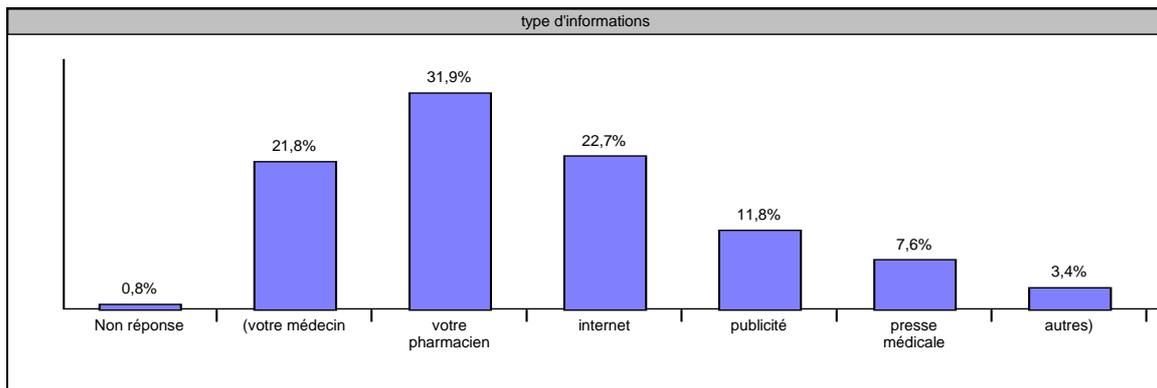
vi. Sources d'informations sur l'automédication et leur influence.

Figure 10 : Avez-vous recours à des sources d'informations sur l'automédication ?



98% des personnes déclarent avoir recours à des sources d'informations pour se documenter sur l'automédication.

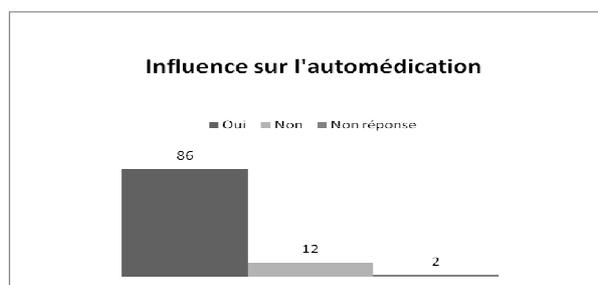
Figure 11 : Si oui, quelles sont- elles ?



Le pharmacien arrive en première position avec 31,9% des réponses. Le médecin et internet constituent par la suite, les deux autres sources les plus consultées avec respectivement 21,8% et 22,7%. Une moindre part des personnes reconnaît la publicité comme étant une de leurs sources d'information (11,8%) et 7,6% consultent la presse médicale dans le but d'obtenir des informations sur l'automédication.

Les pourcentages ont été ici calculés par rapport au nombre de citations.

Figure 12 :Pensez-vous que ces sources peuvent influencer vos habitudes d'automédication ?

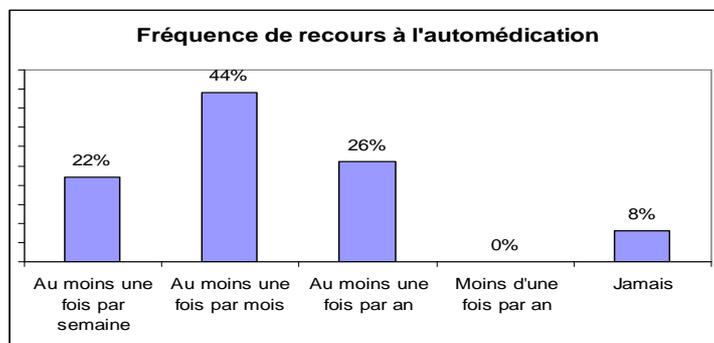


La grande majorité des personnes reconnaît que les sources qu'elles consultent peuvent influencer leur comportement d'automédication (86%).

b. Les habitudes de la clientèle en matière d'automédication

i. Fréquence de recours à l'automédication

Figure 13 : A quelle fréquence avez-vous recours à l'automédication ?



A la Roche-sur-Yon, seule 8% de la population interrogée déclare ne jamais avoir recours à l'automédication. **Les personnes interrogées s'automédiquent au moins une fois par an pour 92% d'entre elles** et près de la moitié (48 %) des personnes qui déclarent s'automédiquer le font au moins une fois par mois.

Le logiciel Sphinx permet de croiser les résultats de plusieurs réponses. C'est ainsi que l'on peut obtenir les résultats suivants :

Figure 14 : Recours à l'automédication selon le sexe à la Roche-sur-Yon

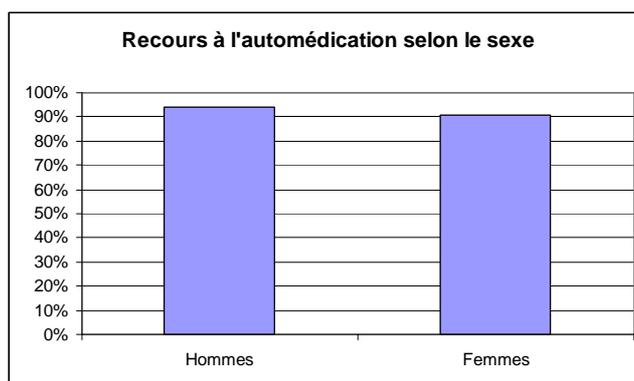


Figure 15 : Fréquence de recours à l'automédication selon le sexe à la Roche-sur-Yon

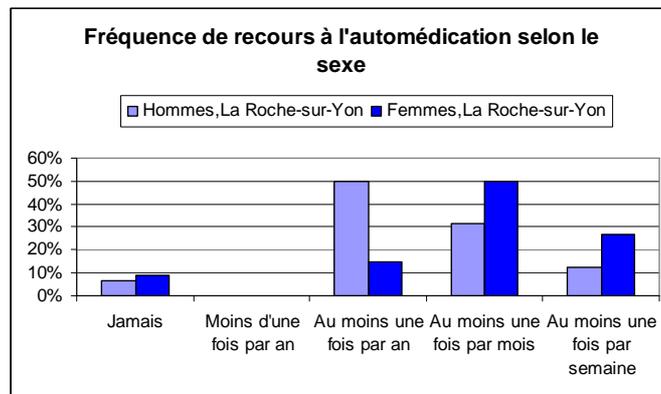


Figure 16 : Recours à l'automédication selon l'âge à la Roche-sur-Yon

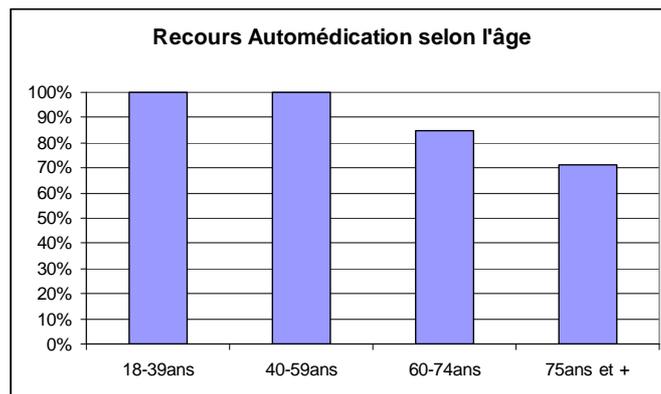
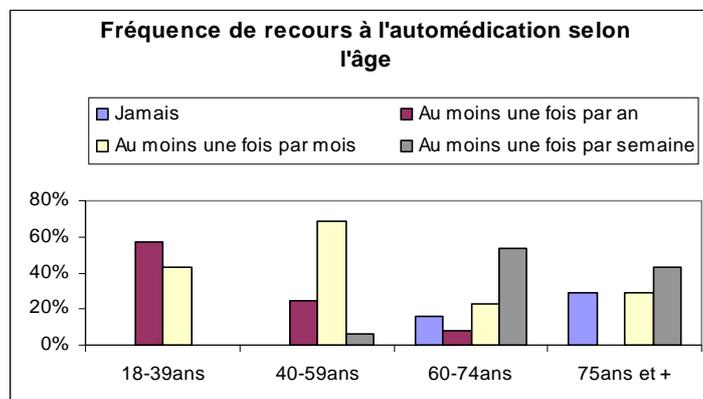
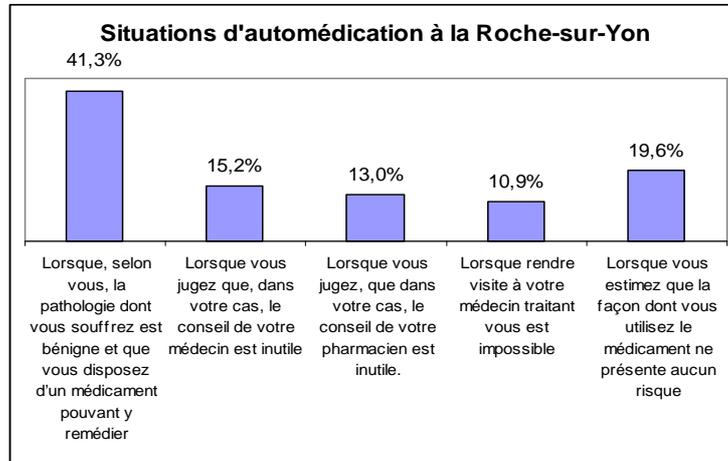


Figure 17 : Fréquence de recours à l'automédication selon l'âge



ii. Situations de recours à l'automédication

Figure 18 : Situations d'automédication

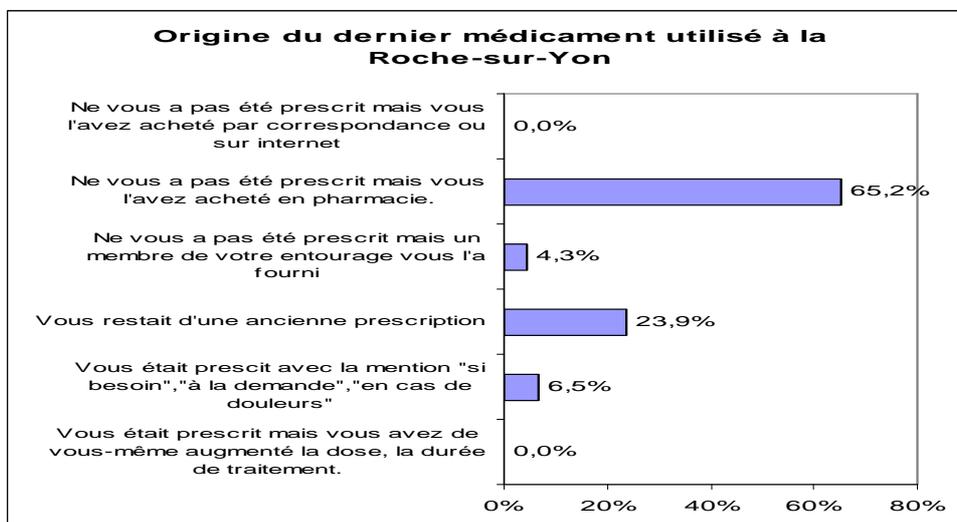


Dans la plupart des cas, les personnes ont déclaré s'automédiquer lorsque la pathologie dont elles souffraient était bénigne et qu'elles disposaient d'un médicament pouvant y remédier (41,3%). Les autres items ont été cités dans une moindre mesure mais leur taux de réponses n'est pas négligeable. C'est ainsi qu'on note que dans près de 11% des cas, l'automédication est une alternative à l'impossibilité de contacter son médecin traitant.

Les pourcentages ont été ici calculés par rapport au nombre de citations.

iii. Dernier médicament utilisé en automédication

Figure 19 : Origine du dernier médicament utilisé dans le cadre d'une automédication



La grande majorité des médicaments utilisés dans ce cadre avait été achetée directement en pharmacie (65,2%), tandis que près d'un quart était issu d'une ancienne prescription.

iv. Dernier symptôme traité par automédication et spécialité utilisée

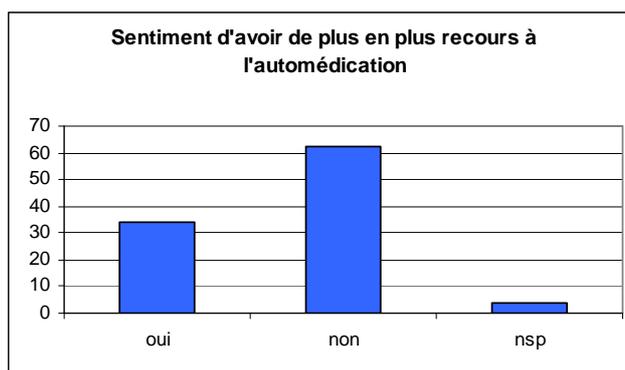
En ce qui concerne cette question, il nous a paru peu instructif de comparer les deux populations. Nous avons décidé de réunir les données des deux enquêtes, afin de pouvoir identifier les principales pathologies que la population décide de prendre en charge par l'automédication.

De la même manière, nous avons pu constater quelles étaient les spécialités utilisées pour faire face à ces pathologies.

Les résultats et les conclusions issus de l'analyse de la question 12 figurent dans la partie comparaison.

v. Sentiment d'avoir de plus en plus recours à l'automédication

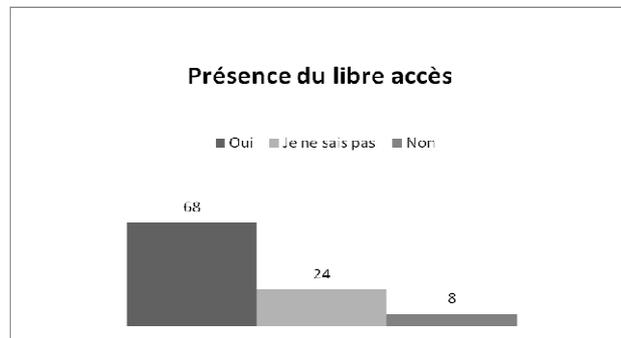
Figure 20 : Avez-vous le sentiment d'avoir de plus en plus recours à l'automédication ?



Un tiers des personnes interrogées ont le sentiment d'avoir de plus en plus recours à l'automédication.

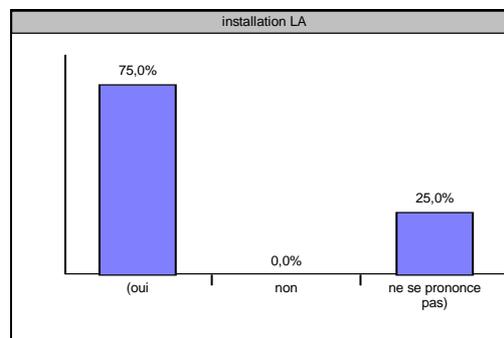
c. Le libre accès

Figure 21 : Y a-t-il un espace « libre accès » dans votre officine habituelle ?



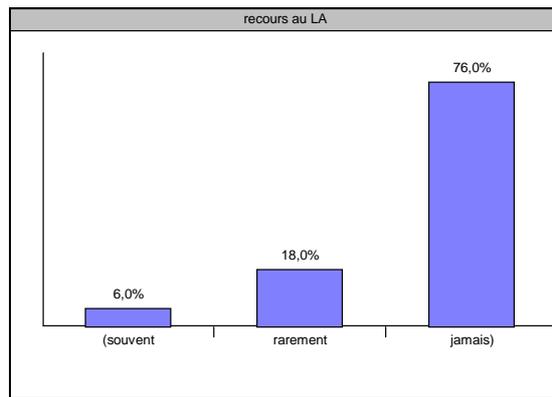
Nous constatons que 68% des personnes interrogées lors de notre enquête, disposent d'un espace « libre accès » dans leur pharmacie habituelle. Notons que 24% d'entre elles l'ignorent et 8% déclarent que non.

Figure 22: Si non, seriez-vous favorable à son installation ?



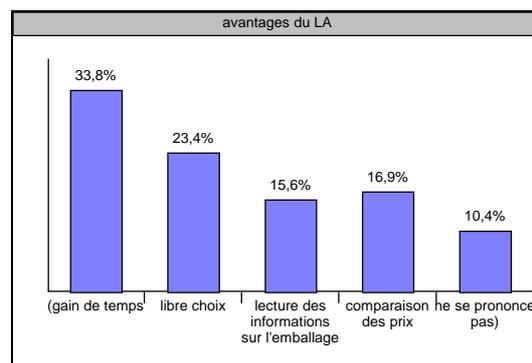
Trois quarts des personnes ayant répondu par la négative à la question précédente ont répondu qu'ils seraient favorables à l'installation de cet espace.

Figure 23: Avez-vous recours au rayon libre accès des médicaments ?



La majorité des personnes de l'échantillon n'ont jamais recours au libre accès. Notons que seulement 6% des sujets utilisent cet espace souvent.

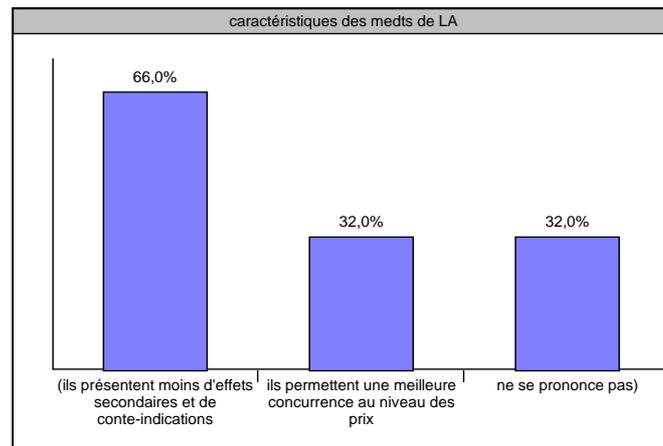
Figure 24 : Les avantages du libre accès selon les personnes interrogées



Nous constatons que la réponse « gain de temps » est la plus plébiscitée. Le libre choix est un des avantages qui motive le plus (23,4% du total des réponses). La lecture des informations sur l'emballage et la comparaison des prix viennent en dernière position.

Les pourcentages ont été ici calculés par rapport au nombre de citations.

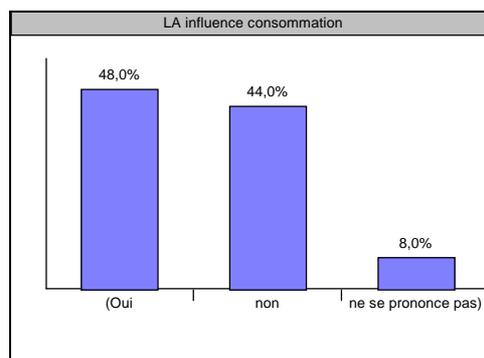
Figure 25: Critères de choix des médicaments en libre accès



En grande majorité (66%), la population étudiée pense que les médicaments en libre service possèdent moins d'effets secondaires et de contre-indications. Un tiers des personnes pensent au contraire qu'ils permettent une meilleure concurrence au niveau des prix entre pharmacies.

Les pourcentages sont ici calculés par rapport au nombre d'observations.

Figure 26 : Influence du libre accès sur l'automédication

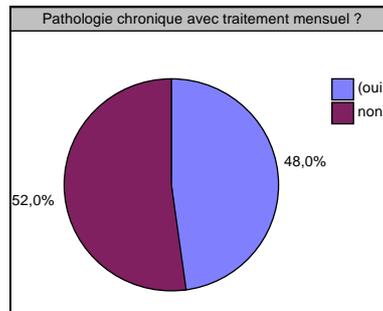


48% des personnes interrogées pensent que le libre accès peut inciter à la consommation, tandis que 44% pensent que non.

d. Le comportement est-il oui ou non à risque ?

- i. Souffrez-vous d'une pathologie nécessitant un traitement chronique ?
Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?

Figure 27 : Souffrez-vous d'une pathologie nécessitant un traitement mensuel ?

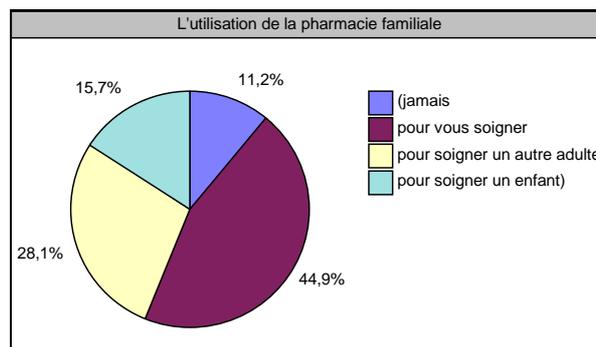


Près de la moitié des personnes interrogées à la Roche-sur-Yon suivent un traitement chronique (48%).

Aucune femme enceinte ou allaitante n'a été interrogée.

- ii. Utilisez-vous des médicaments pris dans une armoire à pharmacie familiale ?

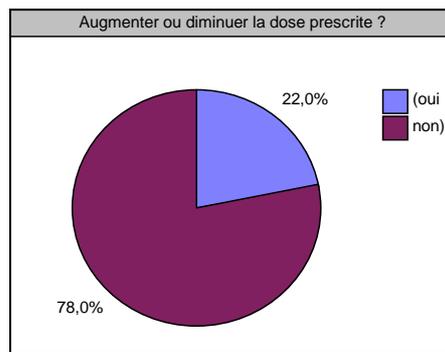
Figure 28 : L'utilisation de la pharmacie familiale à la Roche-sur-Yon



Pour cette question, plusieurs réponses étaient possibles. Les pourcentages sont ici calculés par rapport au nombre de citations.

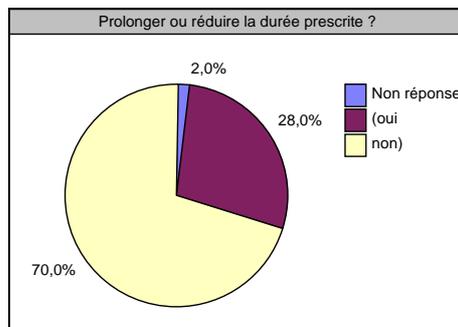
- iii. Parmi les médicaments qui vous sont prescrits par votre médecin ou qui vous ont été prescrits, avez-vous déjà décidé de vous-même d'augmenter la dose ou de diminuer la dose ? De prolonger ou réduire la durée de traitement ?

Figure 29 : Modification des doses prescrites par le malade



22% des personnes interrogées nous ont confié qu'elles avaient déjà procédé à une modification des doses prescrites par un médecin.

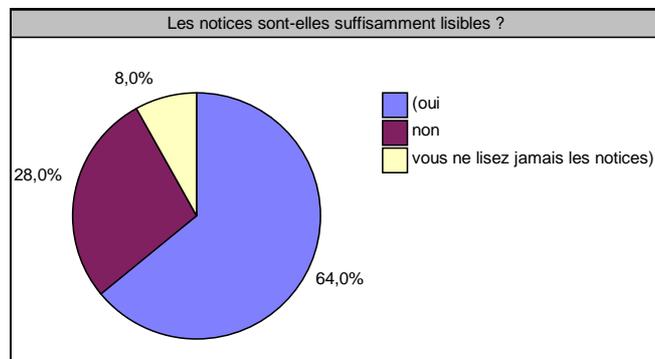
Figure 30: Modification de la durée du traitement par le malade



28% des personnes interrogées nous ont confié qu'elles avaient déjà prolongé ou réduit la durée du traitement prescrit par un médecin.

- iv. D'une façon générale, la notice des médicaments est-elle, selon vous, suffisamment lisible et compréhensible ?

Figure 31 : La lisibilité des notices

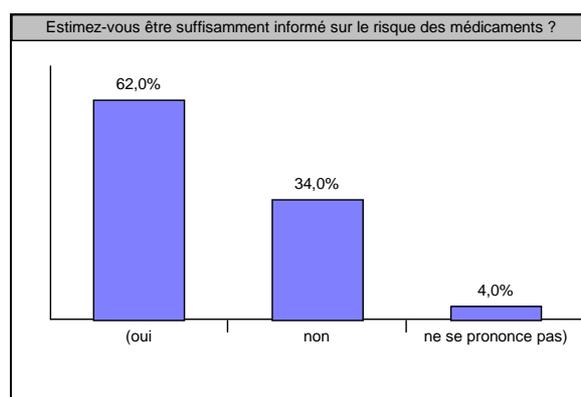


28% des personnes interrogées estiment que les notices des médicaments ne sont pas suffisamment lisibles et 8% avouent ne jamais les consulter.

- e. Vers une automédication mieux encadrée

- i. Estimez-vous être suffisamment informé sur le risque des médicaments ?

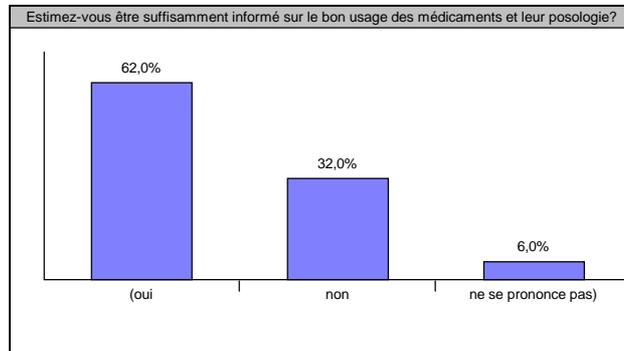
Figure 32 : Niveau d'informations sur le risque lié à l'utilisation d'un médicament



62% des personnes interrogées à la Roche-sur-Yon estiment être suffisamment informées sur le risque lié à l'utilisation des médicaments et 34% estiment, qu'au contraire, l'information n'est pas suffisante.

ii. Estimez-vous être suffisamment informé sur le bon usage des médicaments et leur posologie ?

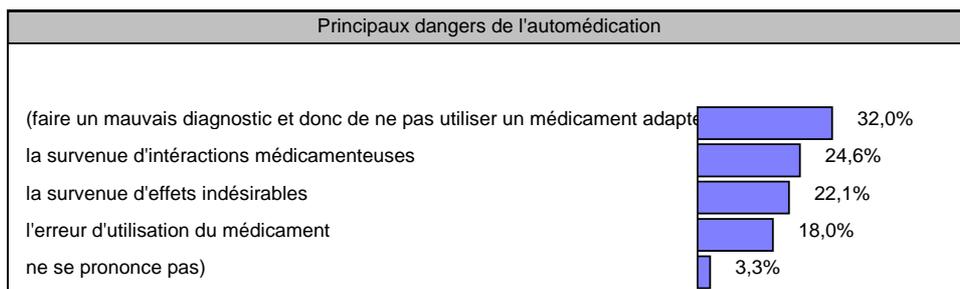
Figure 33 : Niveau d'informations sur le bon usage des médicaments et leur posologie



On observe globalement la même tendance en ce qui concerne le bon usage des médicaments et leur posologie et 32% des personnes interrogées n'estiment pas être suffisamment informées sur ce sujet.

iii. Les principaux dangers de l'automédication vus par les patients

Figure 34 : « Selon vous, quels sont les principaux dangers de l'automédication ? »

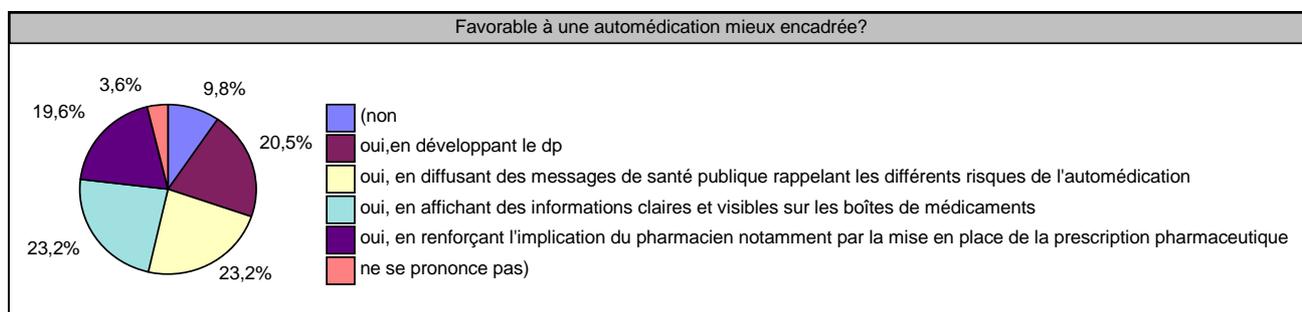


Ici, il apparaît que l'erreur de diagnostic constitue un risque majeur dans le comportement d'automédication au regard des répondants. Ils sont également sensibles à la survenue d'interactions médicamenteuses, et à la survenue d'effets indésirables, liés à la prise du médicament alors que 18% des personnes craignent « l'erreur d'utilisation du médicament ».

Les pourcentages ont été ici calculés par rapport au nombre de citations.

iv. Seriez-vous favorable à une automédication mieux encadrée ?

Figure 35 : Une automédication mieux encadrée ? Par quels moyens ?



La grande majorité des personnes interrogées (86%) est favorable à une automédication mieux encadrée. Les solutions proposées pour un meilleur encadrement connaissent le même succès. En revanche, 10% des sujets n'y sont pas favorables.

Les pourcentages ont été ici calculés par rapport au nombre de citations.

2.2. Analyse des résultats et discussion

a. Profil des personnes interrogées

De façon à optimiser l'interprétation de mes résultats, j'ai avant tout cherché à décrire le profil des personnes interrogées.

Au sein de l'échantillon, nous retrouvons une population en majorité féminine (68% des répondants), ce qui peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, j'ai pu constater que la clientèle des officines est d'une façon générale majoritairement féminine. Les congés maternité font que, durant cette période, de nombreuses femmes se rendent fréquemment à l'officine pour la délivrance de médicaments ou la dispensation de conseils concernant leur grossesse et les soins post-nataux. De plus, la pharmacie dans laquelle l'enquête a été réalisée se situe dans un centre commercial, lieu davantage fréquenté par des femmes (mères de famille, femmes au foyer et retraitées). Enfin, les clients masculins de l'officine se montraient moins disponibles à l'égard de l'enquête.

En ce qui concerne l'âge des interviewés, les résultats sont cohérents avec le contexte démographique de la Roche-sur-Yon. En effet, 72% des personnes interrogées ont plus de 40 ans. A la Roche-sur-Yon, les plus de 40 ans comptent pour près de 50% de la population ²⁸. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette ville offre un parfait cadre de vie aux familles et retraités mais n'offre que de faibles possibilités de formation ; les étudiants optent davantage pour un départ vers Nantes. Ces observations sont confirmées par les résultats obtenus sur la situation familiale. Le pourcentage de célibataires est bien inférieur à celui des personnes en couple, ce qui confirme l'hypothèse d'une ville qui attire essentiellement les familles.

De plus, on observe une large prédominance du régime général par rapport au régime étudiant. Cette observation concorde avec les résultats décrits précédemment.

Il est important d'apporter des précisions sur la localisation de l'officine pour comprendre les résultats. La situation géographique de la pharmacie de la Roche-sur-Yon est bien particulière. Elle est implantée dans un centre commercial en périphérie urbaine. Ce centre commercial est alors fréquenté par deux types de population, une population urbaine et une population rurale. On ressent cette disparité par le panel très large des niveaux de qualification, entre autres.

Qu'en est-il des sources d'informations sur l'automédication ? Les résultats présentés sur la figure 10 témoignent de l'intérêt que portent les patients sur leur santé. En effet, ils reconnaissent à plus de 98% avoir accès à des sources d'information pour se documenter sur l'automédication. Ce fait est, de prime abord, rassurant. D'autant plus que la réponse la plus citée est « le pharmacien » (31,9%).

Le pharmacien demeure à l'heure actuelle la première source d'information sur l'automédication. Il en sera ainsi tant que le maillage territorial des pharmacies persistera. Les difficultés économiques que connaît actuellement le réseau officinal laissent présager une raréfaction des pharmacies de proximité, notamment celles situées en milieu rural.

La deuxième source d'informations la plus citée est Internet, devant le médecin. Les sources les moins plébiscitées sont donc la publicité (11,8%) et la presse médicale (7,6%). Il est dommage de voir qu'internet et la publicité sont considérés comme de

réelles sources d'informations...En effet, les forums de discussion sont souvent générateurs d'erreurs et d'idées fausses car ils relatent des histoires personnelles, auxquelles il est parfois dangereux de s'identifier.

C'est au pharmacien de veiller et de prendre en charge ce comportement à risques lorsqu'il le détecte. Comme nous le décrirons dans une troisième partie, il encouragera sa clientèle à consulter des sites médicaux « de confiance ». **Dans un contexte d'évolution du comportement d'automédication, avoir des informations fiables est primordial,** surtout qu'au sein de notre clientèle, 86% reconnaissent être influencés par ces sources quelles qu'elles soient.

b. *Profil de la personne qui a recours à l'automédication*

Il est probablement impossible de définir le « portrait-robot » précis de la personne qui a recours à l'automédication. En effet, on a pu constater qu'à la Roche-sur-Yon, l'immense majorité de la population interrogée s'automédie (92%). Le croisement des résultats sociodémographiques et des habitudes en automédication permet de répondre à certaines questions que nous nous posons quant au comportement selon le sexe et selon l'âge. Comment les justifier?

Qui des femmes ou des hommes s'automédiquent davantage ?

A première vue, on constate que le recours à l'automédication est identique chez les hommes et les femmes: seuls moins de 9% déclarent n'y avoir jamais recours quelque soit le sexe. Cependant, on relève **une différence significative** ($p < 0,05$) **en ce qui concerne la fréquence de recours.** En effet, les trois quarts des femmes (76,5%) interrogées ont reconnu avoir recours à l'automédication au moins une fois par mois (contre 43,8% chez les hommes). La moitié des hommes ne s'automédiquerait qu'une fois par an. Pourquoi cette différence ? Notre expérience officinale peut nous apporter quelques éléments de réponse. Lors de notre exercice quotidien de la pharmacie, nous pouvons constater que les femmes, lorsqu'elles sont malades, recherchent un traitement efficace et rapide dès l'apparition des premiers symptômes tandis que leurs homologues masculins vont préférer attendre que « cela passe ». « On verra dans quel état je suis dans quelques jours », peut-on entendre

régulièrement au comptoir de leur part. Sont-ils plus résistants à la douleur que les femmes ? Rien n'est moins sûr. Mais on peut supposer qu'avoir recours à une spécialité médicamenteuse pour se soigner peut être perçu comme une faiblesse pour certains hommes.

De plus, deux pathologies, la migraine et les douleurs liées aux menstruations, sont, comme nous le verrons après analyse de la question 12, fréquemment soulagées par des actes d'automédication. Or, ces deux pathologies touchent principalement les femmes pour la première et exclusivement celles-ci pour la seconde.

Qu'en est-il de la différence de comportement d'automédication entre les différentes tranches d'âge?

A la Roche-sur-Yon, 100% des individus dont l'âge est compris entre 18 et 59 ans ont déclaré avoir recours à l'automédication (au moins une fois par an) (figure 16).

C'est à partir de 60 ans qu'on observe une apparition et une augmentation du pourcentage de non recours à l'automédication (15,4% des 60-74ans, 28,6% des 75ans et plus). La différence entre les – de 60ans et les + de 60ans est significative ($p < 0,01$).

Deux hypothèses sont envisageables :

- La première consisterait à espérer que ce « plus » faible recours à l'automédication de la part des séniors est le reflet d'une prudence de leur part à l'égard de cette pratique, notamment par la prise de conscience des risques encourus (interactions avec les traitements en cours et iatrogénie).
- La deuxième hypothèse que nous sommes en droit d'émettre est la suivante : La différence existante entre les catégories les plus jeunes et les catégories les plus âgées est-elle le témoin de la récente généralisation « forcée » de l'automédication? L'automédication serait un phénomène nouveau, ou du moins elle se généraliserait. Elle se banaliserait dans les catégories les plus jeunes de la population. Il est, avec les résultats de l'enquête réalisée, impossible d'y répondre fermement. Mais la suite de l'analyse permettra d'apporter quelques éléments de réponse.

En contrepartie de cette observation, on observe que les **personnes âgées qui s'automédiquent le font avec une fréquence plus élevée que les jeunes générations**. En effet, 53,8 % des 60-74 ans s'automédiquent au moins une fois par semaine contre aucun des 18-39 ans. On en déduit que parmi les + de 60ans, deux comportements s'opposent : une majorité s'automédique très fréquemment (par nécessité et par méconnaissance des risques) tandis qu'une minorité n'y a jamais recours (par prudence ?).

c. Les habitudes de la clientèle en automédication

C'est un fait : la population interrogée à la Roche-sur-Yon a recours à l'automédication et **34% d'entre elle ont le sentiment d'y avoir de plus en plus recours**. L'analyse des résultats obtenus va maintenant nous permettre d'identifier les situations de recours à l'automédication. Qu'est-ce qui incite le malade à y avoir recours ? L'indisponibilité du médecin traitant ? La banalité apparente de la pathologie ? Ou bien estime-t-il connaître suffisamment le médicament employé ?

La majorité des personnes interrogées déclare qu'elle recourt à l'automédication lorsque, selon elle, la pathologie dont elle souffre est bénigne et qu'elle dispose d'un médicament pouvant y remédier (38%). Près de 18% des interviewés déclarent y avoir recours lorsqu'ils pensent que le conseil de leur pharmacien ou de leur médecin est inutile dans les situations où ils s'automédiquent. Ces deux professionnels de santé auraient-ils perdu leur crédibilité vis-à-vis de la population ? Nous devons être conscients de ces chiffres. Il est de notre devoir de rappeler à notre clientèle l'intérêt d'interroger un pharmacien avant la prise d'un médicament, que ce soit en se rendant dans l'officine la plus proche ou que ce soit en téléphonant à sa pharmacie habituelle. Nous devons lui rappeler que **le pharmacien est un professionnel disponible, et que l'éducation sanitaire fait partie intégrante de ses fonctions**.

De plus, **10,9% des personnes ont recours à l'automédication lorsqu'il leur est impossible de rendre visite à leur médecin traitant**. Ce chiffre reflète le problème actuel de la démographie médicale²⁹. Contrairement aux pharmaciens, les médecins bénéficient, à ce jour, de la liberté d'installation. Cette disposition conduit

inexorablement certaines régions de France à souffrir de désertification médicale, pouvant laisser ainsi à la population la prise en charge de sa santé.

Enfin, près de 20% des individus affirment que la façon dont ils utilisent le médicament ne présente aucun danger.

Dans notre exercice quotidien, nous pouvons remarquer qu'effectivement une partie de la population reste très prudente quand à l'utilisation des médicaments. Celle-ci se réfère automatiquement aux notices ou bien emploie un médicament à la seule condition qu'elle le connaisse parfaitement. Seulement, il est clair que d'autres personnes consomment des médicaments qu'elles considèrent à tort comme « inoffensifs ». La facilité d'accès à certains médicaments (les non-listés, en fait, d'autant plus ceux en libre accès) conduirait à penser que leur utilisation ne présente aucun danger. C'est une idée préconçue contre laquelle le pharmacien doit s'efforcer de lutter.

Précédemment, nous avons pu identifier les situations qui incitaient le malade à recourir à l'automédication. Maintenant, il convient de repérer la provenance du médicament utilisé.

Comme il apparaît sur la figure 19, l'immense majorité des personnes interrogées (65,2%) déclare s'être automédiqué dernièrement avec un **médicament acheté en pharmacie**. Cette démarche est la plus sécurisante puisqu'aujourd'hui tout médicament acheté transite par le comptoir d'une pharmacie (pour combien de temps encore?). Ceci implique donc qu'un membre de l'équipe officinale a pu nécessairement vérifier que la spécialité achetée était adaptée à la situation pathologique du malade et procéder à un rappel des posologies adéquates.

Près d'un quart des répondants a signalé s'être automédiqué avec ce qui restait d'une ancienne prescription. Actuellement, le système de santé français opte pour un système de délivrance à la boîte et non pas à l'unité (le déconditionnement n'étant autorisé que pour les stupéfiants). Bien que les laboratoires adaptent les conditionnements aux posologies usuelles de leurs spécialités, il est extrêmement fréquent d'observer un excédent de comprimé en fin de traitement. Cet excédent est, le plus souvent, conservé par le malade dans son armoire à pharmacie et peut donc faire l'objet d'une réutilisation, dans le cadre d'une

automédication. **C'est cette pratique que le pharmacien doit combattre en incitant ses patients à rapporter ces excédents à leur officine, tout particulièrement les médicaments listés.**

d. La clientèle et le libre accès

Le décret autorisant le libre accès est paru durant l'été 2008. Comment le libre accès a-t-il été perçu par la population ?

L'objectif de la partie III du questionnaire intitulée « le libre accès », était d'évaluer la place du libre accès dans nos officines et de mesurer son impact sur les coutumes de nos clients.

Les résultats nous permettent d'établir plusieurs constats :

Premièrement, nous constatons que la grande majorité (68%) des patients de l'officine vendéenne a su remarquer la présence du libre accès des médicaments dans leur officine. En revanche, on en dénombre 24% qui ignorent si leur officine dispose de ce rayon, et 8% qui affirment qu'elle n'en dispose pas. Le libre accès n'est aujourd'hui pas encore mis en place dans toutes les officines. En effet, certains titulaires d'officine refusent encore de développer le concept de médicaments en libre accès, afin de préserver leur rôle de conseil et de prise en charge de la santé des patients. Ces pharmaciens, à la tête en général de petites structures commerciales, ne souhaitent pas bousculer leurs habitudes et celles de leurs patients. De plus, le libre accès n'est pas connu de tous encore, certaines personnes s'y perdent un peu, ne voyant pas l'intérêt de se servir eux-mêmes...

Autre constat : sur les 4 personnes dont leur officine ne disposait pas du libre accès, 3 d'entre elles seraient favorables à son installation. Cependant, si on s'intéresse d'un peu plus près à l'utilisation du libre accès des médicaments, on remarque que seulement 6% des sujets interrogés avouent avoir souvent recours à ce rayon, contre 76% de personnes qui ne l'utilisent jamais ! L'AFIPA annonce le chiffre de 59% pour l'année 2010³⁰.

Nous pouvons mettre en parallèle deux états de fait : la large implantation du libre accès dans les officines vendéennes et le faible recours à ce rayon.

Qui a recours au libre accès ?

En croisant nos variables, nous avons réussi à dresser un profil-type de l'utilisateur du libre accès à la Roche-sur-Yon : les 6% d'utilisateurs fréquents sont des femmes, de tout âge.

Enfin, les personnes suivant un traitement chronique n'ont, pour la plupart (96%), jamais eu recours au libre accès, ce qui est rassurant.

Quels sont, selon les clients, les avantages du libre accès ?

Par définition, le libre service permet un accès direct aux médicaments. Cela peut alors représenter un gain de temps pour une personne qui sait ce qu'elle veut. Mais faut-il être pressé lorsqu'il s'agit de sa santé? Y-a-t-il un risque de se tromper sur le médicament ? La personne qui va réaliser la vente va-t-elle être dans un contexte favorable pour informer le patient? Au final, y-a-t-il réellement un gain de temps? Ou si gain de temps il y a, la prise en charge du patient aura-t-elle été la même? En effet, la prise en charge de la personne ayant choisi son traitement est totalement différente que celle qui est en demande d'un conseil. Le pharmacien doit trouver alors les bons mots pour s'assurer du bon traitement d'une part, et de ne pas vexer la personne d'autre part. Que le médicament soit issu du libre accès (par choix du client) ou de l'arrière-boutique (sur proposition du pharmacien), la responsabilité du pharmacien dans sa délivrance est la même. Bien que **le gain de temps soit la réponse la plus citée**, cet avantage ne peut être considéré comme tel. **Un pharmacien doit associer à sa vente un rappel de toutes les précautions d'emploi nécessaires à sa bonne utilisation, quelque soit la spécialité vendue.**

Le libre choix est la deuxième réponse la plus citée après le gain de temps. Le libre accès permet effectivement au malade de choisir lui-même sa spécialité mais les connaissances médicales et pharmaceutiques de nos concitoyens sont-elles suffisantes pour leur permettre de distinguer deux spécialités disponibles en libre accès ? Le pharmacien conserve cependant le droit et le devoir de s'opposer à la vente de celle-ci si, après conversation, cette dernière n'est pas reconnue comme

étant adaptée à la situation. Une étude menée en Australie a démontrée le rôle fondamental que jouent les pharmaciens sur la diminution des risques liés à l'utilisation dangereuse de médicaments disponibles sans ordonnance ³¹.

Enfin, la comparaison des prix n'est citée que par 13 patients interrogés (sur les 50) alors qu'elle était la raison principale de la mise en place du libre accès avancée par le gouvernement. Nous remarquons que le critère « prix » importe finalement peu pour le malade, tant que le produit est efficace et adapté bien entendu. D'ailleurs, d'après un sondage commandité par l'AFIPA, 70% des français ne connaissent pas le prix des « médicaments d'automédication »³².

D'après les personnes interrogées, quels sont les critères de choix des médicaments disponibles en libre accès ?

L'idée que ces médicaments **présenteraient moins d'effets secondaires et de contre-indications que les autres** est la plus citée (51% des citations). Il apparaît normal de voir arriver en première position ce critère. Il est même naturel de penser qu'un médicament en libre accès comporte moins d'effets secondaires, moins de risques d'interactions et moins de contre indications. Il est, certes, vrai que ces spécialités présentent un risque moindre que les autres spécialités (les listées notamment) mais elles ne sont pas exemptes de risques liées à leur utilisation. Il apparaît alors important que le pharmacien mette en garde le « consommateur » des risques et des dangers de ces médicaments. **L'arrivée de cet espace dans les officines nous fait effectivement craindre une banalisation de la prise médicamenteuse.**

En revanche, comme pour les avantages éventuels du libre accès, le critère du prix ne séduit pas forcément (25% des citations). En effet, le fait de mettre certains médicaments en accès direct, permet au client de comparer librement sans aucune contrainte les prix d'une pharmacie à l'autre. Tout le monde serait d'accord pour confirmer qu'il existe une différence de prix, parfois grande sur un même médicament. On aurait donc été en droit d'attendre, que cela soit un critère ou un avantage important pour le consommateur, surtout dans un contexte de crise économique.

L'arrivée du libre accès dans nos officines va-t-elle inciter les malades à consommer davantage de médicaments ?

L'avis est ici partagé. **La moitié de la population étudiée pense qu'il existe un lien de cause à effet entre le libre accès des médicaments et l'augmentation de la consommation médicamenteuse.** Il faut quand même noter que ce résultat ne reflète qu'une opinion, le rayon du libre accès étant trop peu utilisé pour obtenir des résultats fiables. Cependant, il est rassurant de voir que la population interrogée à la Roche-sur-Yon émet une certaine méfiance vis-à-vis de cet espace.

e. *Le comportement d'automédication de la population interrogée est-il dangereux ou raisonné ?*

Nous avons observé que 92% de la population avait recours à l'automédication au moins une fois par an. L'analyse des questions 19 à 22 va nous permettre de d'évaluer « la prise de risque » engendrée par cette pratique. En effet, nous estimons que s'automédiquer alors qu'un traitement médical chronique est instauré, présente un risque non négligeable : interactions, surdosages entre autres. Il en est de même chez les personnes pour lesquelles les notices sont incompréhensibles, voire illisibles.

Quarante huit pour cent des répondants sont affectés par une pathologie nécessitant un traitement chronique. Parmi ces derniers, **45,8% usent de l'automédication au moins une fois par semaine.** Notre enquête ne nous permet pas d'approfondir le sujet et d'évaluer plus précisément le risque encouru (non connaissance du traitement en cours et donc du risque d'interactions). Cela dit, ce chiffre retient notre attention : les patients ignorent, pour une grande partie d'entre eux, l'existence possible d'interactions entre les médicaments. Devant toute demande de médicaments dits « conseils », **le pharmacien doit vérifier l'absence d'interactions éventuelles avec un traitement en cours.** Et durant chaque acte de délivrance d'ordonnances, rappeler que l'association d'un autre médicament peut perturber le traitement mis en place.

Parmi les femmes interrogées au cours de l'enquête, aucune n'était enceinte. De ce fait, nous ne pouvons tirer de conclusions sur une éventuelle pratique de l'automédication durant la grossesse. Cependant, il a bien été décrit que l'automédication était une réalité chez les femmes enceintes et que des risques iatrogènes existent³³. Le rôle du pharmacien est de détecter ces comportements à risque et de mettre en garde les femmes enceintes vis-à-vis de l'automédication.

Par ailleurs, le recours à la pharmacie familiale peut être considéré comme accidentogène. Chercher à soigner un enfant ou un adulte de son entourage se distingue, par définition, de l'« auto »-médication mais se définit comme la médication « familiale ». Les dangers sont de même nature que l'automédication ainsi que les fondements (diagnostic et choix de spécialité non soumis à l'avis d'un professionnel). Les réponses de la question 20 reflètent la pratique de cette médication : l'utilisation de la pharmacie familiale pour soigner un autre adulte et pour soigner un enfant ont été citées respectivement par 28,1% et 15,7% des interrogés, ce qui est loin d'être négligeable. Les malades ne jouent donc pas le rôle d'apprenti-médecins uniquement pour eux mais également pour leur entourage! Cette pratique est à bannir.

La non-observance, nous l'avons vu précédemment, peut s'apparenter à un acte d'automédication. Nous avons cherché, à travers la question 21, à en mesurer l'ampleur.

L'analyse des réponses obtenues reflète en effet la capacité d'observance de la population interrogée. Dix neuf personnes sur 50 ont avoué avoir déjà réduit ou augmenté la dose ou la durée d'un traitement instauré par un médecin. En tant que pharmacien, **il nous faut absolument rappeler les risques liés à la mauvaise observance lors de la délivrance d'une ordonnance.**

Et qu'en est-il des notices ?

Bien que les laboratoires pharmaceutiques soient dans l'obligation de joindre à leur spécialité pharmaceutique une notice lisible et compréhensible, **celles-ci sont jugées comme étant insuffisamment lisibles et compréhensibles par plus d'un quart des personnes interrogées** (28%). Seuls 64% des répondants ne s'en plaignent pas et ce sont 8% d'entre eux qui déclarent ne jamais les lire !

Il est pourtant vrai que les notices se sont clarifiées et surtout se sont uniformisées depuis quelques années. La terminologie employée dans les textes est devenue également plus accessible. Mais les chiffres parlent d'eux-mêmes, les efforts réalisés ne suffisent pas à satisfaire le malade et à sécuriser pleinement la prise du médicament. La taille des caractères ne pourrait-elle pas être revue à la hausse ?

f. Vers une automédication mieux encadrée

Les résultats obtenus à la question 23 et à la question 24 sont inquiétants. En effet, que ce soit à propos du risque des médicaments ou de leur bon usage, plus de 30% des personnes interrogées estiment qu'elles ne sont pas suffisamment informées alors que 92% d'entre elles s'automédiquent au moins une fois par an.

Parmi les personnes qui ne s'estiment pas être suffisamment informés du bon usage des médicaments et de leur posologie, 56,3% d'entre elles ont recours à l'automédication au moins une fois par mois.

En effet, durant le recueil des données à l'officine, il nous a paru flagrant qu'une partie de la population était demandeuse en terme d'informations sur la prise d'un médicament et ses conséquences. **La notion de bénéfices/risques est très floue pour beaucoup de nos clients.** Pour certains d'entre eux, l'apparition d'effets secondaires ou l'existence de contre-indications ne concernent que certaines spécialités mais étaient loin d'imaginer que l'usage des spécialités les plus couramment vendues (comme le Doliprane® ou le Nurofen®) nécessitait des précautions d'emploi au même titre que les spécialités listées.

Et que penser de la large majorité qui déclare être conscient des risques liés au médicament ? Le sont-ils vraiment ou ne s'agit-il que d'un ressenti subjectif ?

Quelle position le pharmacien doit-il adapter vis-à-vis de la question des risques liés au médicament ?

Il paraît évident que le malade doit être averti que la prise d'un médicament, quel qu'il soit, n'est pas anodine. **Le pharmacien doit pouvoir répondre aux interrogations de ses clients.**

Il ne doit cependant pas alarmer la conscience de ses clients au risque de voir apparaître chez eux un sentiment de méfiance vis-à-vis des médicaments, sentiment qui pourrait porter préjudice au bon déroulement de leur traitement.

Près d'un tiers des répondants ne s'estime pas suffisamment informé sur le bon usage des médicaments qu'il consomme. Or, ce savoir est détenu par le pharmacien et son équipe officinale et sa transmission au malade, lors de la délivrance, est l'un des devoirs fondamentaux du pharmacien. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale".

Si l'on veut sécuriser l'utilisation des médicaments, le pharmacien et son équipe doivent impérativement procéder à un rappel systématique des conditions de prise et de la posologie à chaque délivrance de tout médicament.

Par ailleurs, l'existence de sites tels que www.eurekasante.fr (HON certifié) permet également au malade de s'informer à tout moment et où qu'il soit, des conseils d'utilisation des spécialités pharmaceutiques disponibles en France.

La population interrogée à la Roche-sur-Yon est consciente tout de même des dangers potentiels de l'automédication. Seules 4 personnes ne se sont pas prononcées. « Faire un mauvais diagnostic » est la réponse la plus citée. La survenue d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables, ainsi que l'erreur d'utilisation du médicament n'arrivent qu'après, dans des proportions équivalentes. On constate donc que les clients interrogés redoutent surtout de ne pas s'orienter

vers la bonne pathologie. C'est la première étape de l'automédication, c'est-à-dire l'autodiagnostic qui pose d'avantage problème au malade. Le médicament, en lui-même, apparaît moins problématique.

Le pharmacien se doit, une fois de plus, d'avertir sa clientèle du rapport bénéfique/risque de tout médicament et l'inciter à avoir un comportement raisonné et responsable vis-à-vis de celui-ci.

La question 26 proposait aux personnes interrogées des solutions pour encadrer l'automédication mais nous cherchions avant cela à savoir si elles étaient favorables à un meilleur encadrement de cette pratique. Seules 11 personnes sur les 50 ne s'y sont pas montrées favorables. Les 4 solutions apportées ont récolté autant de succès les unes que les autres. C'est pourquoi, nous émettons les idées suivantes pour encadrer l'automédication aujourd'hui :

- développer le Dossier Pharmaceutique
- diffuser des messages de santé publique rappelant les différents risques de l'automédication
- afficher des informations nécessaires à un bon usage de façon claire et visible sur les conditionnements des médicaments
- renforcer l'implication du pharmacien notamment par la mise en place de la prescription pharmaceutique.

2.3. Comparaison des deux populations : La Roche-sur-Yon et Paris

Grâce à l'analyse des résultats obtenus à la Roche-sur-Yon, j'ai pu évaluer l'ampleur de l'automédication dans cette ville, plus précisément parmi la clientèle de l'officine où l'investigation a eu lieu. L'enquête a également permis d'identifier les modalités de recours à l'automédication et d'en mesurer les risques.

La partie « Comparaisons des deux populations » réunit les résultats obtenus à la Roche-sur-Yon et ceux obtenus avec le même questionnaire à Paris. L'objectif de cet exercice est de mettre en lumière les principales différences qui existeraient dans le comportement d'automédication des habitants de Paris et ceux de la Roche-sur-Yon mais également des points communs entre ces deux localisations.

Ainsi nous reprendrons essentiellement les points intéressants à comparer, en suivant les différents thèmes de notre questionnaire.

a. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des deux populations étudiées.

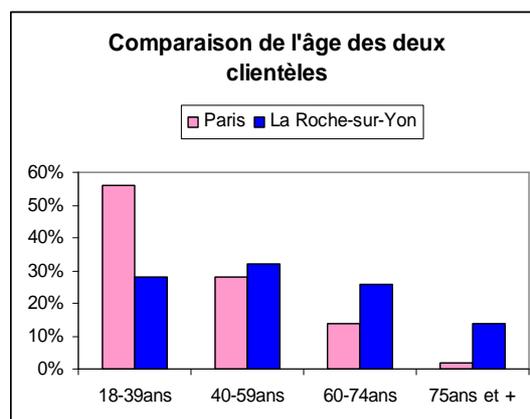
Cette partie présente un intérêt car elle va nous permettre de différencier les deux clientèles étudiées. Les différences relevées au niveau sociodémographique permettront sans doute d'expliquer certaines différences de comportement d'automédication.

Tout d'abord, nous avons pu observer quelques points de similitudes entre les deux clientèles des officines comparées. Par exemple, en ce qui concerne le sexe des personnes interrogées, la différence est certes significative ($p < 0,05$) mais une tendance commune se dégage dans les deux typologies d'officines, la clientèle interrogée est davantage féminine (54% à Paris et 68% à la Roche-sur-Yon) que masculine. Comme évoqué dans la partie précédente, ce résultat peut naturellement s'expliquer par une fréquentation plus importante des pharmacies par les femmes, ainsi qu'une plus grande disponibilité de celles-ci pour répondre à notre enquête.

Evoquons maintenant les différences observées entre les deux populations:

La première concerne la répartition des âges. En effet, dans l'officine parisienne nous constatons une forte prédominance de jeunes personnes (18-39 ans). Ils représentent 56% des répondants. Le nombre de retraités est très faible. Nous retrouvons un profil inverse en Vendée, avec une majorité de personnes de plus de 40 ans. Comme nous l'avons précédemment évoqué, cette répartition s'explique par le contexte socioéconomique des deux villes. Paris est une ville dynamique, attractive pour les étudiants, de par la diversité de ses structures universitaires, ainsi que pour les jeunes actifs. En revanche, la ville de Vendée offre une qualité de vie recherchée par les familles et les retraités. Cette répartition différente des âges peut expliquer en partie la situation familiale des personnes interrogées. En effet, à Paris nous avons observé un taux de célibataires élevé, 40%, contre 28% en Vendée. De plus, nous dénotons moins de couples, avec ou sans enfants. Il sera intéressant de voir alors si la situation familiale peut influencer les habitudes d'automédication ou encore l'accès au libre accès.

Figure 36 : Comparaison de l'âge des répondants entre Paris et la Roche-sur-Yon



Intéressons-nous désormais à la couverture sociale des répondants. La couverture sociale par le régime étudiant est plus importante à Paris qu'à la Roche-sur-Yon. En effet, le régime étudiant (LMDE, SMEBA) ne représente que 6% des assurés à la Roche-sur-Yon, contre 14% à Paris. Cela est cohérent avec les différents arguments énoncés dans les paragraphes précédents : L'intérêt des jeunes pour les grandes villes étudiantes (Paris, Lyon, Marseille, Nantes...) peut

expliquer le faible taux de sécurité sociale étudiante. Dans les deux cas, la couverture par le régime générale est largement majoritaire. Concernant les assurances complémentaires, les provinciaux interrogés sont à 98% affiliés à une mutuelle, contre 80% à Paris. Un contexte économique difficile sur Paris, avec notamment un coût de la vie élevé, ne permet pas à tout le monde de financer une mutuelle. Ce constat peut expliquer en partie cette différence significative ($p < 0,01$).

Nous pouvons donc observer un profil de clientèle différent entre Paris et la province. Comme énoncé précédemment, nous avons pu constater un contraste entre la population parisienne et la population vendéenne, en termes de répartition des âges, de situation familiale différente, en termes de type de couverture sociale. C'est aussi le cas pour le niveau d'études des personnes interrogées. Les parisiens ayant répondu au questionnaire ont un bagage universitaire conséquent : 32% de personnes ont un niveau supérieur à la licence. En revanche, nous retrouvons essentiellement des formations de type CAP, BEP en Vendée (36 %). Nous verrons par la suite si ce paramètre peut intervenir dans le comportement d'automédication.

Il est intéressant de voir quel peut être l'impact éventuel des sources d'automédication, et des informations qui y sont recueillies, sur le comportement même de l'automédication. Encore une fois, il existe de nombreuses différences entre Paris et la Roche-sur-Yon.

Premier constat et première différence: les Yonnais consultent plus de sources d'informations sur l'automédication que les parisiens (différence significative avec $p < 0,01$). Ils paraissent avoir également un comportement plus responsable dans la sélection de leurs sources. En effet, les Vendéens font avant tout confiance aux professionnels de santé (pharmacien, médecin) tandis que les parisiens se tournent plus vers internet. Cette volonté de consulter des sources fiables serait-elle motivée par la différence de niveau de connaissances entre les deux villes? Cependant, il est important de rappeler le fort pourcentage de non réponse à Paris, justifié par le refus de ces personnes de dévoiler les sources consultées.

Enfin, quelle influence sur le comportement d'automédication? Nous trouvons des résultats divergents. Les Yonnais sont plus influencés par les informations qu'ils recueillent que les Parisiens.

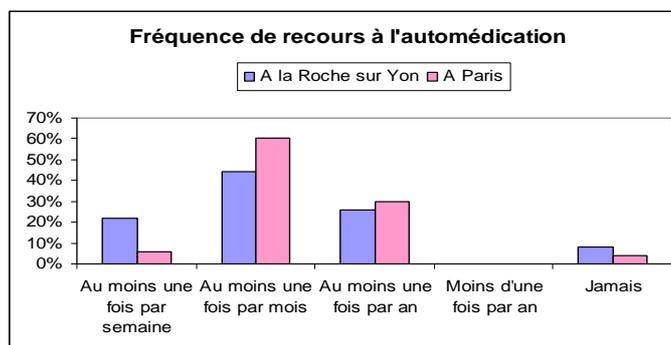
L'étude de cette première partie a démontré toute son utilité pour la suite de notre analyse car elle permet de définir et d'identifier le type de personnes composant les panels. Nous nous trouvons face à deux échantillons bien distincts ; ils présentent des caractères qui leur sont propres.

A la Roche-sur-Yon, nous retrouvons des personnes au dessus de 40 ans pour la plupart, avec une plus forte proportion de retraités que d'étudiants, vivant en couple en majorité. Ce sont des personnes en demande, et en recherche d'informations, ce qui explique qu'elles se documentent sur l'automédication, auprès de leur pharmacien, de leur médecin ou d'internet.

L'échantillon parisien est très différent. En effet, nous retrouvons des individus plus jeunes, avec une part d'étudiants importante, et peu de retraités. Ce profil de répartition des âges influe sur la situation familiale ou nous constatons un nombre élevé de célibataires. De plus, nous sommes face à une population plus « qualifiée » qu'en Vendée. Ce constat permet-il d'expliquer le recours moins important des parisiens aux sources d'information sur l'automédication? En effet, ils reconnaissent ne se documenter qu'à 56% et ne dévoilent pas très facilement l'origine de leurs sources...

b. Comparaison des habitudes d'automédication entre les deux populations étudiées.

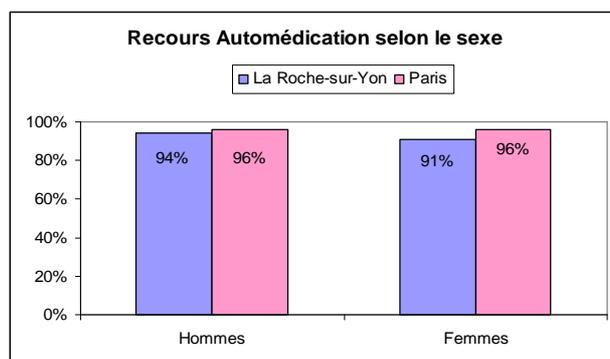
Figure 37 : Comparaison de la fréquence de recours à l'automédication



Peut-on conclure à une éventuelle différence sur le recours à l'automédication entre les populations de Paris et de la Roche-sur-Yon? Qu'en est-il de la fréquence de recours à cette médication?

Globalement, les deux populations ont recours à cette médication de façon globalement similaire, avec une majorité d'entre eux (44% et 60%) qui use de cette pratique de façon mensuelle. Ces chiffres coïncident avec les conclusions d'un sondage réalisé par la mutualité française en février 2007 qui annonçaient que « 62% des personnes interrogées déclarent se soigner souvent ou de temps à autre sans consulter un praticien ». Cependant, on relève une différence significative ($p < 0,05$) parmi les personnes ayant souvent recours à l'automédication : **22% de la population interrogée à la Roche-sur-Yon reconnaît s'automédiquer au moins une fois par semaine contre seulement 6% à Paris.**

Figure 38 : Comparaison du recours à l'automédication selon le sexe



Il n'y a pas de différence significative de recours à l'automédication entre les hommes et les femmes.

Mais, en ce qui concerne la fréquence de recours, on a constaté précédemment que les hommes ont déclaré avoir recours à l'automédication dans les mêmes proportions que les femmes. Cependant, on note une différence significative en ce qui concerne la fréquence de recours à cette médication entre les hommes et les femmes de Vendée ($p < 0,01$ pour la réponse « au moins une fois par an »). En effet, **la moitié des hommes déclarent s'automédiquer moins d'une fois par mois alors que la moitié des femmes déclarent s'automédiquer au moins une fois par mois** tandis qu'à Paris, on ne relève pas de différence significative entre les deux sexes en ce qui concerne la fréquence de recours à l'automédication.

Figure 39 : Comparaison du recours à l'automédication selon l'âge

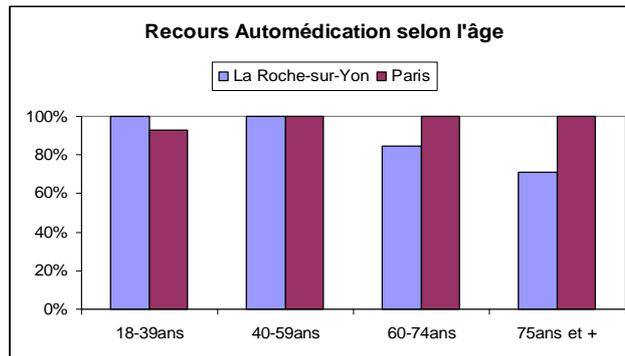


Figure 40 : Comparaison de la fréquence de recours à l'automédication selon l'âge à la Roche-sur-Yon

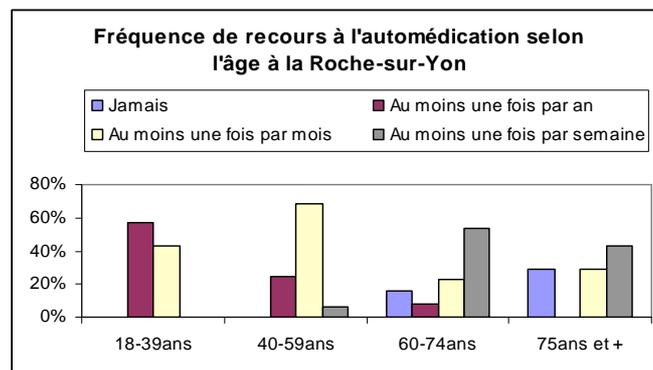
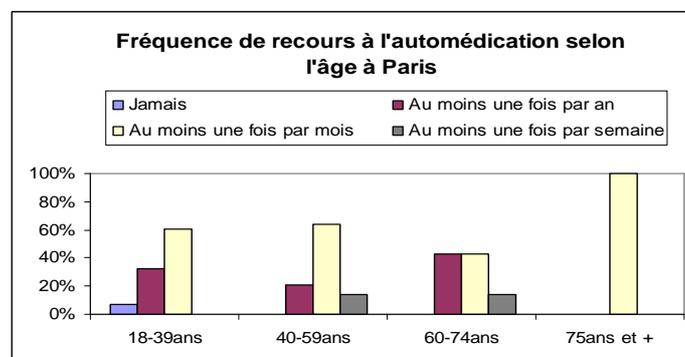


Figure 41 : Fréquence de recours à l'automédication selon l'âge à Paris



On constate une répartition de recours à l'automédication par tranche d'âge identique dans les deux populations.

Chez les 75ans et plus, toutes les personnes qui déclarent avoir recours à l'automédication, le font de façon très fréquente : au moins une fois par mois. Le résultat de Paris est toujours délicat à interpréter en raison du faible effectif de cette tranche d'âge (une seule personne interrogée). Cela dit, cette personne déclare y avoir recours au moins une fois par mois.

Bien que les effectifs soient faibles, on constate qu'**une partie des personnes âgées ne s'automédiquent pas du tout, peut-être par méfiance, alors qu'une autre pratique l'automédication avec une fréquence élevée, peut-être par méconnaissance des risques qu'elles encourent.**

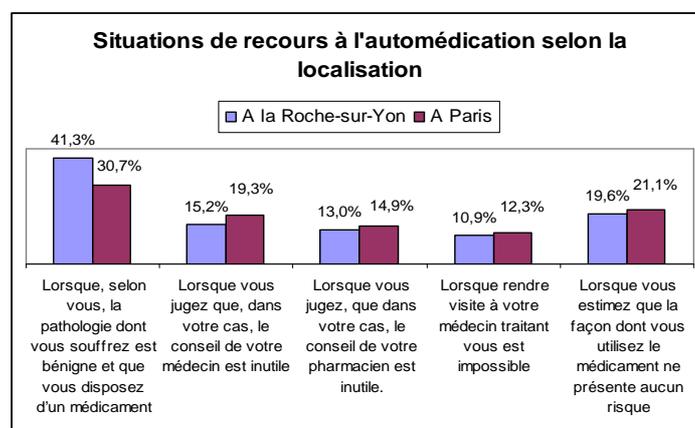
Au contraire, aussi bien à Paris qu'à la Roche-sur-Yon, le groupe des 18-39ans, qui déclarait en immense majorité (respectivement 92,9% et 100%) avoir recours à l'automédication, y a recours, certes, mais de façon beaucoup moins fréquente. **Aucun n'a déclaré s'automédiquer au moins une fois par semaine.** Ce résultat peut s'expliquer, en partie, par une relativement bonne santé de cette génération.

Les résultats de la tranche 40-59 ans sont très homogènes entre les deux sites d'investigation de l'enquête. On remarque que la majorité de ces personnes (+ de 60% dans les deux cas) ont recours à l'automédication avec **une fréquence d'au moins une fois par mois.**

Les chiffres obtenus chez les 60-74ans sont beaucoup plus hétérogènes. Ceci peut s'expliquer par la faiblesse de l'effectif à Paris. A la Roche-sur-Yon, c'est **plus de la moitié d'entre eux qui s'automédiquent au moins une fois par semaine.** A Paris, la fréquence d'automédication est plus faible : 3 personnes ont répondu au moins une fois par an et 3 personnes ont répondu au moins une fois par mois.

On peut constater à la Roche-sur-Yon une augmentation de la fréquence de recours à l'automédication avec l'âge.

Figure 42 : Comparaison des situations de recours à l'automédication selon la localisation



Après comparaison des données, aucune des réponses n'obtient un résultat significativement différent entre les deux localisations de l'enquête. Des tendances communes peuvent être décrites.

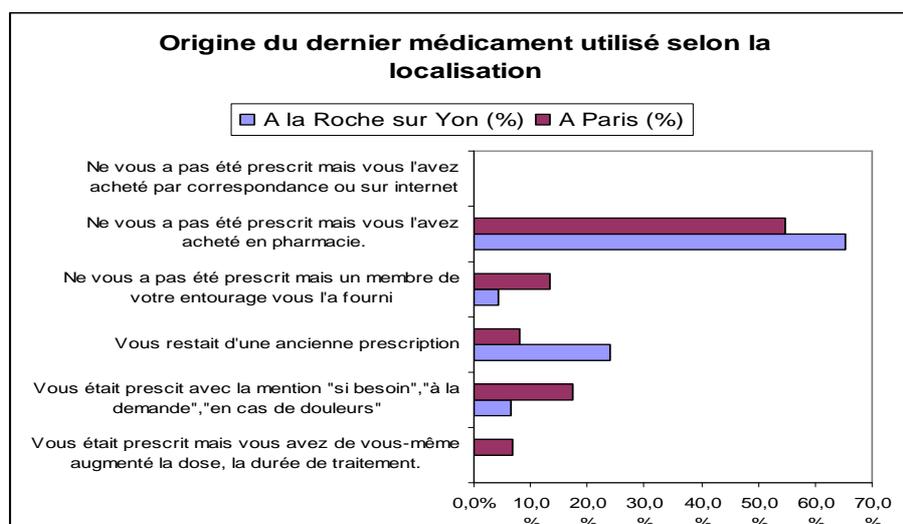
Il est clair et cela paraît rassurant que la plus grande part des personnes interrogées usent de l'automédication lorsqu'elles jugent que la pathologie dont elles souffrent est bénigne et qu'elles disposent d'un médicament adapté pour y faire face (la majorité dans les deux cas). Mais se pose alors le principal problème de l'automédication. Car aussi bien pour le diagnostic que le choix du médicament, ils reposent tous deux sur un jugement subjectif et personnel du malade sur ce qui l'affecte. Les personnes pensent savoir mais elles ne possèdent pas forcément le savoir nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic clinique et à l'établissement d'un traitement adéquat. Elles estiment la pathologie bénigne mais n'ont pas les connaissances nécessaires pour démontrer qu'elle n'est pas maligne.

De plus, c'est plus de 13% de la population de Paris et de la Roche-sur-Yon qui estime que l'avis de leur médecin et/ou de leur pharmacien est inutile dans le cadre d'une automédication. Perdent-ils confiance en leurs professionnels de santé ? Pas forcément. Ces chiffres reflètent plutôt une réelle confiance dans le rôle du médecin pour établir un diagnostic. Il s'agit plutôt d'une interprétation de la benignité d'un symptôme. Lors de la réalisation de l'enquête, il n'était pas rare d'entendre des phrases du type : « Un mal de tête, je sais ce que c'est ! Pas besoin d'être médecin ! ».

D'ailleurs, on retrouve cette idée de confiance en soi, puisque **près de 20% des personnes interrogées déclarent utiliser des médicaments en toute innocuité**. La population connaîtrait-elle l'existence des interactions médicamenteuses, des contre-indications et des posologies des spécialités couramment utilisées en automédication? Rien n'est moins sûr.

L'autre point marquant qui ressort de l'analyse de ces réponses est que **plus d'une personne sur dix a recours à l'automédication lorsqu'il lui est impossible de rendre visite à son médecin traitant**. Cette situation est l'une de celles qui présentent le plus de dangers, car ici le malade estime qu'il est nécessaire de consulter un médecin mais par la force des choses (éloignement ou indisponibilité de ce dernier), il doit se soigner seul « avec les moyens du bord ». Lors de l'établissement du questionnaire, il nous paraissait nécessaire de mesurer l'impact de l'appauvrissement du maillage territorial médical ainsi que la difficulté de trouver un rendez-vous médical et leurs influences sur l'automédication des français. La démographie médicale française présente d'importantes disparités régionales²⁹. **Si, à l'avenir, ces disparités venaient à s'accroître, il est fort probable qu'elles entraîneraient une augmentation de la fréquence d'automédication dans les régions les plus touchées par la désertification médicale.**

Figure 43 : Comparaison de l'origine du médicament selon la localisation



On peut d'ores et déjà constater un fait rassurant : que ce soit à Paris ou à la Roche-sur-Yon, **aucune des personnes interrogées n'a déclaré avoir utilisé, lors de leur dernier acte d'automédication, un médicament acheté par correspondance ou sur internet.**

D'après un sondage réalisé par la mutualité française en février 2007, 24% des français seraient prêts à acheter leurs médicaments ailleurs qu'en pharmacie. Notre enquête révèle, quant à elle, que la pharmacie est encore considérée, aujourd'hui, comme le seul endroit en France où il est possible de se procurer des médicaments. Et bien que début avril 2010, la ministre de la santé Roselyne Bachelot ait indiqué que des discussions étaient en cours afin de « mettre en place des règles pour sécuriser la vente de médicaments sur internet », **le pharmacien reste aujourd'hui l'unique intermédiaire entre le médicament et le malade.**

Autre fait rassurant: l'immense majorité (plus de 50% quelque soit la localisation) **des médicaments utilisés a été acheté en pharmacie.** Une fois de plus, cela témoigne du rôle majeur du pharmacien dans le contrôle de l'automédication.

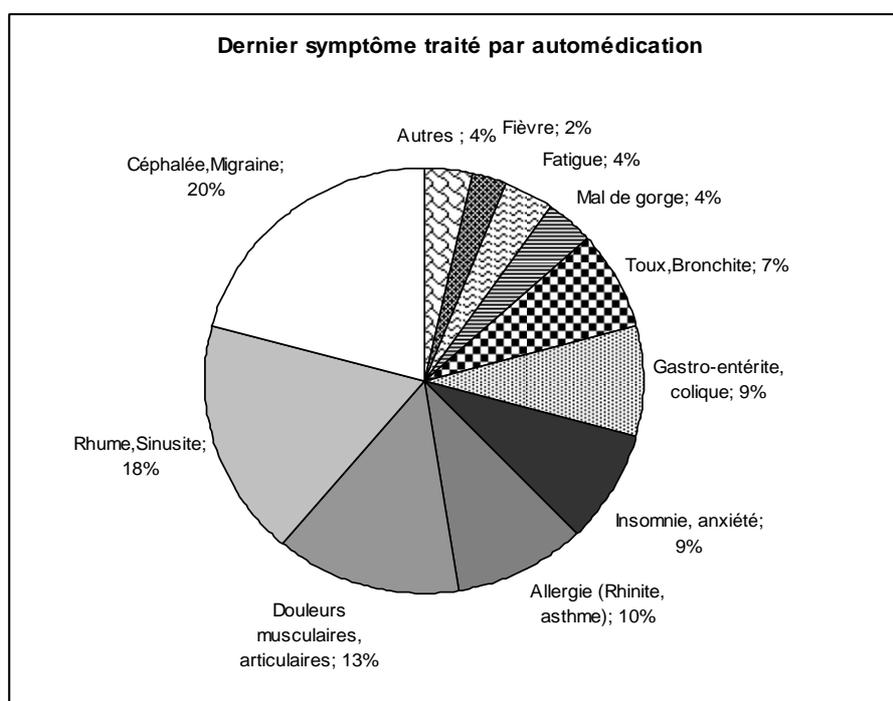
En contrepartie, on observe une part non négligeable **des situations à risque.** On considère que la situation est à risque lorsque la spécialité utilisée a été fournie par un membre de l'entourage, ou qu'elle restait d'une ancienne prescription ou bien encore que la posologie prescrite a été modifiée.

On relève des **différences significatives entre Paris et la Roche-sur-Yon** mais dans les deux cas, le risque est considérable :

- A Paris, le dernier médicament utilisé dans le cadre de l'automédication, provient à 13,3% d'un membre de l'entourage.
- A la Roche-sur-Yon, ce dernier est issu d'une ancienne prescription dans 23% des cas.
- On relève également que près de 22% des interviewés vendéens et 62% des parisiens reconnaissent avoir déjà modifié la dose du traitement instauré par un médecin.

La question 12 n'a pas été traitée de façon indépendante pour chacune des deux localisations. En effet, il nous a paru de faible intérêt de comparer les spécialités utilisées par les Parisiens en automédication par rapport aux Vendéens. Il en est de même pour les symptômes traités. Le regroupement des données a été jugé plus utile, plus instructif. Elles sont ainsi suffisamment nombreuses pour tirer quelques conclusions communes :

Figure 44 : Dernier symptôme traité par automédication



Les céphalées comptent parmi les affections les plus fréquemment traitées par automédication. **Pour 20% des personnes interrogées sur les deux localisations, leur dernier acte d'automédication visait à mettre fin à une céphalée.** Ce résultat est cependant peu étonnant. Les deux types de céphalées les plus fréquemment rencontrés sont la migraine et la céphalée de tension. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les céphalées de tension affectent à elles seules, dans les pays industrialisés, les deux tiers des hommes et plus de 80% des femmes. Quant aux migraines, 6-8% des hommes et 15-18% des femmes en souffrent chaque année. Des molécules disponibles sans ordonnance, comme le paracétamol, l'aspirine ou bien l'ibuprofène ont démontré leur capacité à atténuer la douleur d'une céphalée. **Le**

pharmacien est, dans ce cas précis, le seul intermédiaire entre le malade et les spécialités, d'autant plus qu'une partie d'entre elles se trouvent désormais en libre accès. Le pharmacien se doit nécessairement d'accompagner la vente de telles spécialités d'un rappel des posologies maximales à respecter et de veiller à ce qu'elle soit adaptée au malade : contrôle des contre-indications, des interactions médicamenteuses, d'un éventuel mésusage ou bien encore détecter une surconsommation.

En effet, la consommation excessive et chronique de médicaments contre les céphalées est la cause des céphalées par surconsommation de médicaments. Cette dernière est la première des céphalées secondaires en terme de prévalence : elle affecte jusqu'à 5% de certaines populations. **Il n'existe pas de définition stricte de la surconsommation de médicaments mais c'est au pharmacien d'officine d'identifier certains comportements à risque** (exemple : la personne, qui chaque semaine, achète une boîte de Prontalgine®). Le pharmacien doit alors orienter la personne vers une consultation médicale.

Le deuxième grand groupe de pathologies que les gens décident de prendre en charge par automédication est le rhume. Cette importance s'explique par la période à laquelle l'enquête a été menée : décembre à avril 2010. L'hiver 2010 a été particulièrement froid et long, saison propice à la contagion des virus incriminés dans le rhume.

De plus, en l'absence de signes de gravité ou de complications, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin en cas de rhume. Les symptômes du rhume ne persistent habituellement que quatre à cinq jours. Si ceux-ci sont mal supportés (éternuement, rhinorrhée), le recours à une spécialité disponible en pharmacie est fréquemment envisagé. La médication officinale a sa place dans le traitement de cette pathologie. **Après avoir confirmé l'absence de signes de gravité, le pharmacien va accompagner le malade en lui proposant une spécialité adaptée et mais surtout un rappel des mesures d'hygiène.**

En troisième et quatrième positions, on trouve les douleurs (douleurs articulaires, musculaires et tendinites) et l'allergie (rhinite allergique en majorité). La disponibilité sans ordonnance des antalgiques de palier I et de certains anti-inflammatoires non

stéroïdiens rend possible la prise en charge de la douleur en automédication. Nous verrons, cependant, dans la partie suivante, que le pharmacien se doit d'associer à la vente de ces spécialités les conseils nécessaires à une médication sans risques. L'allergie figure, selon l'OMS, au 4^{ème} rang des maladies les plus fréquentes dans le monde. En France, on estime à 22 millions le nombre de personnes touchées par l'allergie en 2010. L'arrivée de molécules anti-histaminiques (notamment la cétirizine) en libre accès contribue inexorablement à la prise en charge personnelle des symptômes de l'allergie. Il ne nous est pas rare de rencontrer dans nos officines respectives des clients qui s'automédiquent depuis plusieurs années, sans jamais avoir consulté un médecin. Ils ignorent pour la majorité d'entre eux l'existence de traitements peut-être plus appropriés (antihistaminiques non anticholinergiques par exemple).

En cinquième position (9%), on trouve l'insomnie et l'anxiété égalées par les troubles digestifs du type « gastro-entérites ». Les difficultés d'endormissement ont de tout temps été sujettes à une automédication non contrôlée et quelque peu abusive. Comme il sera décrit dans la partie prochaine, les spécialités utilisées dans ce cas sont pour la plupart des spécialités anciennement prescrites (benzodiazépines sur liste I !).

Le traitement des troubles digestifs du « type gastro-entérite » ne présente que peu de risques à être pratiqué en automédication, à condition de déceler les situations à risques (âges extrêmes de la vie, déshydratation) et de connaître les limites d'utilisation des médicaments anti-diarrhéiques et anti-nauséeux, connaissances dont dispose le pharmacien d'officine.

Enfin, dans de moindres mesures, nous ont été cités les symptômes suivants : Toux-bronchites (7%), mal de gorge (4%), fatigue (4%), fièvre (2%) et autres (4%).

Une enquête sur l'automédication menée en 2001 auprès de la patientèle de médecins généralistes présentait des conclusions similaires à la notre : les céphalées et le rhume sont les pathologies les plus soulagées par l'automédication³⁴.

Après nous être intéressés aux symptômes traités par l'automédication, tournons-nous vers les spécialités utilisées.

En conclusion :

- **24% des spécialités citées font partie de la classe des antalgiques/antipyrétiques.** C'est la plus utilisée en automédication. On trouve dans cette catégorie des spécialités à base de paracétamol (Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan®) associé ou non à de la codéine (Codoliprane®, Prontalgine®) avec, pour chef de file, le Doliprane 500®. Bien que le paracétamol présente moins d'effets indésirables que les AINS, **il est indispensable que le pharmacien et son équipe officinale rappellent systématiquement les doses et les intervalles à respecter entre deux prises de paracétamol**, et ce pour chaque catégorie de la population (nourrisson, enfant et adulte).
- Le pharmacien doit veiller à éviter les surdosages accidentels. En effet, de nombreuses spécialités visant à soigner les symptômes du rhume contiennent du paracétamol (Actifed jour/nuit®, Dolirhume®, Fervex®). C'est ainsi que **32% des spécialités citées présentent du paracétamol dans leur composition.**
- **15% des spécialités citées contenaient un antihistaminique à effet anticholinergique.** On les rencontre notamment dans les spécialités contre le rhume (Fervex®, Dolirhume pro®), dans le Donormyl® ainsi que les sirops pour toux sèches comme le Toplexil® ou le Rhinathiol prométhazine®. Le pharmacien doit alors rappeler que l'utilisation de ces spécialités est contre-indiquée dans les cas suivants : risque de glaucome à angle fermé, risque de rétention urinaire lié à un adénome de la prostate. De plus, les antihistaminiques peuvent entraîner une sédation plus ou moins prononcée.
- **14% des spécialités citées contiennent un anti-inflammatoire non stéroïdien, 10% par voie orale** (pour exemple, Nurofen®, Spedifen® ou les marques génériques de l'ibuprofène dans les dosages 200 et 400mg). Leur disponibilité en libre accès et leur grandissante notoriété font craindre une recrudescence des accidents liés à leur utilisation (effets indésirables de type gastralgies, surdosage, interactions avec les anticoagulants oraux, contre-indication au troisième trimestre de grossesse et en cas d'ulcères gastro-duodénaux). Une attention toute particulière doit alors accompagner la vente des ces spécialités « à risque ».

- Le dernier fait remarquable est la part des spécialités listées (liste I ou II). **Les spécialités listées représentent 21% des spécialités utilisées**, avec une majorité de liste I (9 sur 15). Ces dernières sont uniquement disponibles sur présentation d'une ordonnance médicale. Mais certaines personnes avouent les réutiliser dans un contexte d'automédication. Fait encore plus inquiétant, **il s'agit pour un tiers d'entre elles (5 sur 15) de benzodiazépines**, utilisées soit à des fins myorelaxantes, anxiolytiques voire hypnotiques. Ces spécialités, soumises à des règles de prescription et de délivrance strictes, sont conservées par le malade et réutilisées de façon plus ou moins ponctuelle. Le pharmacien, conscient des risques liés à l'utilisation des benzodiazépines (chutes chez la personne âgée, dépendance physique), doit accompagner la délivrance de ces médicaments d'un discours pédagogique mais ferme quant aux risques encourus par l'utilisation d'une benzodiazépine sans avis médical.

Bilan :

- On peut d'ores et déjà affirmer que quelle que soit la localisation, Paris ou la province, une immense majorité des personnes interrogées ont recours à l'automédication au moins une fois par an (> 90%). **L'automédication est donc une pratique extrêmement courante dans les zones où les investigations ont eu lieu.** Cependant, une première différence entre les deux clientèles apparaît : la clientèle de l'officine de la Roche-sur-Yon reconnaît s'automédiquer plus fréquemment que celle de Paris. De plus, il nous paraît clair qu'un portrait-type de la personne qui a recouru à cette pratique est difficile à dresser. En effet, toutes les catégories de la population s'automédiquent. Hommes et femmes, jeunes et seniors, Parisiens et Vendéens sont concernés. Mais, comme il a pu être démontré, certaines tendances se dessinent : à la Roche-sur-Yon, la fréquence de recours à l'automédication augmente avec l'âge.

Le pharmacien d'aujourd'hui doit être conscient de l'ampleur de cette médication mais également faire preuve de vigilance vis-à-vis de ceux qui la pratiquent, notamment à travers un encadrement plus poussé des

personnes âgées, chez lesquelles l'automédication présente un risque accru.

- **Les deux populations ont recours à l'automédication dans les mêmes circonstances et avec le même ordre de grandeur.** La situation la plus largement évoquée est celle où le malade estime que la pathologie dont il souffre est bénigne et qu'il dispose d'un médicament pouvant y remédier. Mais l'évaluation de la gravité d'une pathologie et le choix d'un médicament adapté ne sont-ils pas du ressort d'un spécialiste de santé ? Le malade dispose-t-il d'informations suffisamment fiables pour se passer des conseils de professionnels de santé ?

Le pharmacien doit alors participer à l'éducation sanitaire de sa clientèle, lui apprendre les bons réflexes, l'aider à identifier les situations à risque mais avant tout, il doit l'inciter à consulter un professionnel de santé autant que possible.

On a cependant constaté qu'une part non-négligeable de personnes annonce clairement que le conseil de leur pharmacien ou de leur médecin est inutile, et c'est pourquoi ils recourent à l'automédication.

Il faut alors que le pharmacien réaffirme son rôle de spécialiste du médicament et de professionnel de santé. Aujourd'hui, il est le premier interlocuteur disponible pour un malade. Il doit alors s'investir davantage dans la médication officinale, qui est la première alternative à une automédication dangereuse, et doit orienter ses patients du mieux qu'il le peut lorsque la situation requiert les compétences d'un médecin.

- **Actuellement, 100% des médicaments utilisés en automédication sont issus du réseau officinal ; le pharmacien reste aujourd'hui l'unique intermédiaire entre le malade et le médicament.** Bien que certaines situations ne puissent être entièrement contrôlées par le pharmacien (on ne peut pas mettre un pharmacien derrière chaque français !), ce dernier a un devoir d'information à chaque acte de délivrance d'un médicament, que ce soit lors de la délivrance d'une ordonnance ou bien lors de la vente d'une spécialité en libre accès. Le pharmacien se doit également de rappeler les risques liés à la réutilisation de

médicaments sans l'avis d'un professionnel. Les ordonnances « conditionnelles » doivent être rédigées après que le prescripteur se soit assuré de la parfaite compréhension du traitement par son patient.

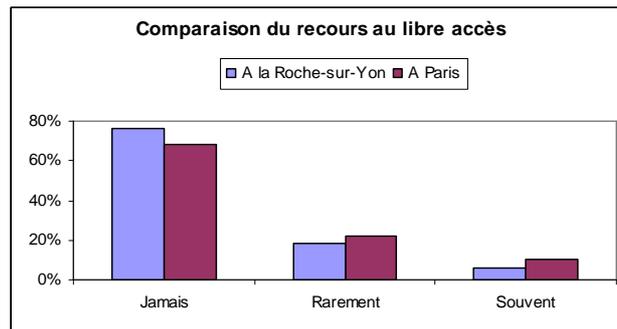
c. Le libre accès

Avant de commencer cette analyse, il est important de souligner plusieurs choses. Tout d'abord, la mise à disposition en libre service des médicaments dits de « médication familiale » est une mesure récente et sur laquelle nous pouvons manquer de recul pour rendre notre analyse pleinement objective. Rappelons aussi que les deux pharmacies participant à l'enquête bénéficient d'un espace « libre accès ». En effet, à Paris ou à la Roche-sur-Yon, cet espace est implanté dans les officines. En revanche, il est étonnant de constater que les Yonnais connaissent davantage son existence (68% contre 54%, la différence est ici significative avec $p < 0,05$), alors que l'inverse aurait été attendu. L'espace « libre accès » dans l'officine Yonnaise serait-il davantage mis en évidence qu'à Paris ?

A la question « Seriez-vous favorable à l'instauration du libre accès ? », nous obtenons des résultats très différents. L'explication provient d'un malentendu de notre part, lors de notre enquête. En effet, la question a été posée à tous les répondants dans l'officine de Paris, alors que seules les personnes n'ayant pas de libre accès dans leur pharmacie ont répondu en Vendée. Nous ne pouvons donc pas comparer ces résultats.

En revanche, concernant la « popularité » du libre accès, nous trouvons des résultats similaires (aucune différence significative n'a été observée). La majorité des personnes de notre échantillon n'utilise jamais le libre accès. Et **elles ne sont que 10% à Paris et 6% à La Roche-sur-Yon à déclarer utiliser souvent cet espace.**

Figure 45 : Comparaison du recours au libre accès entre Paris et la Roche-sur-Yon



Il est alors intéressant de dresser un profil-type de l'utilisateur du libre accès, dans le cadre de notre enquête. En croisant nos variables, nous avons pu obtenir les résultats suivants :

Profil parisien: L'utilisateur parisien est féminin à 80%, en majorité âgé de 40 à 49 ans. Ce sont des personnes qui font appel à des sources de documentation sur l'automédication, notamment à leur médecin et à Internet. La motivation de l'utilisateur réside essentiellement dans le gain de temps et le libre choix que peut apporter le libre accès. En revanche, la comparaison des prix n'arrive que très loin après. L'utilisateur est confiant vis-à-vis de ces médicaments. Selon lui, ils provoqueraient moins d'effets secondaires et de contre indications que les médicaments derrière le comptoir.

Profil yonnais: Cet utilisateur est, lui aussi, féminin et couvre de façon homogène l'ensemble des classes d'âge. Internet et la pharmacie sont les sources d'information auxquelles il a le plus souvent recours. Comme à Paris, ceux qui recourent au libre accès font part d'un évident gain de temps et du libre choix de la spécialité. La comparaison des prix n'est à ce jour pas considérée comme un des principaux avantages de ce rayon. Pour une grande partie des utilisateurs du libre accès, les médicaments présentés dans ce rayon présentent moins d'effets secondaires et de contre-indications que les autres. Cette même croyance se retrouve dans les deux populations.

Ce profil d'utilisateur dessiné, intéressons-nous maintenant aux avantages du libre accès.

Nous nous trouvons ici face à une situation similaire entre les deux villes. En effet, la possibilité de choisir soi-même son médicament séduit incontestablement les patients. Il y a peut-être derrière cela une composante psychologique importante, une certaine fierté de pouvoir se guérir seul, sans l'aide d'un professionnel de santé. Cependant, il est dangereux de se laisser tenter par cette pratique, d'autant plus que notre étude a révélé que ces personnes cherchaient des informations dans des sources parfois hasardeuses, et qu'elles reconnaissaient être influencées par ces informations.

Autre paramètre important : le gain de temps. Il apparaît comme étant le deuxième avantage gagnant du libre accès. Dans une société où l'on demande aux personnes d'être toujours plus rapides, plus performantes, de travailler plus, il est normal que cela se répercute dans la vie de tous les jours, y compris lorsque l'on doit se soigner. L'idée « qu'il me faut tout, tout de suite » n'épargne donc pas les pharmaciens. Rappelons encore une fois que ce comportement peut conduire à des erreurs, sur le choix du médicament, sur les modalités de prise...Le pharmacien doit être encore plus vigilant devant cette situation.

En revanche, la comparaison des prix n'apparaît pas comme étant un avantage, que ce soit sur Paris (chose étonnante) ou à la Roche-sur-Yon.

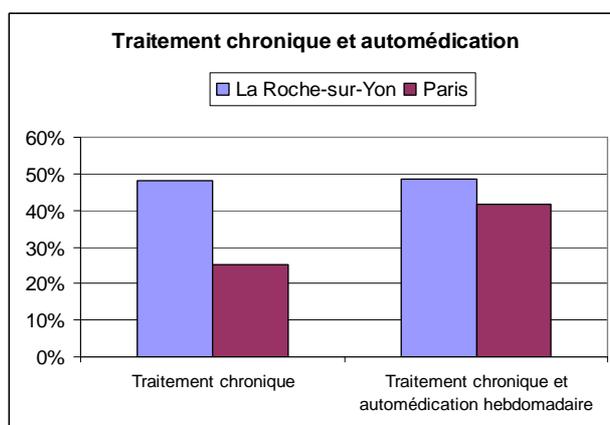
Enfin, il était important pour nous de connaître l'opinion des personnes interrogées quant aux critères de choix des médicaments en libre accès. Pour quelles raisons trouve-t-on tel médicament devant le comptoir? Est-il moins dangereux? Présente-t-il moins d'effets secondaires, de contre-indications? A-t-il moins d'interactions médicamenteuses? Est-ce une question de santé publique, ou purement financière? Dans un contexte économique difficile pour les officines, les titulaires ont-ils saisi l'occasion de dynamiser leur chiffre d'affaires, de relancer une concurrence économique? Nous avons donc voulu savoir ce que pensait le consommateur, et voilà ce que nous obtenons...Nous retrouvons de nouveau une situation semblable entre Paris et la Roche-sur-Yon. La population de l'échantillon étudié est unanime. Les personnes interrogées sont persuadées que les médicaments devant le comptoir sont « moins nocifs », « moins dangereux » car ils présentent selon eux moins d'effets secondaires et de contre-indications. Même si pour certains médicaments, cette composante est exacte, pour d'autres elle est erronée. Cette opinion générale

est plutôt inquiétante en ce qui concerne l'avenir du libre accès. Car si un jour, par malheur, les médicaments devaient arriver en grande surface, cette croyance pourrait bien perdurer...Y aura-t-il toujours un pharmacien pour contrôler l'accès aux médicaments?

Nous confluons sur un autre fait inquiétant concernant le lien entre le libre accès et l'augmentation de la consommation de médicaments. Dans les deux villes, la moitié des personnes pensent que le libre accès peut inciter à la consommation de médicaments. Ce constat est inquiétant, d'autant plus que les personnes sont moins méfiantes vis-à-vis des spécialités en libre service.

d. Le comportement d'automédication est-il à risque? : Comparaison des deux populations.

Figure 46 : Traitement chronique et automédication-Comparaison

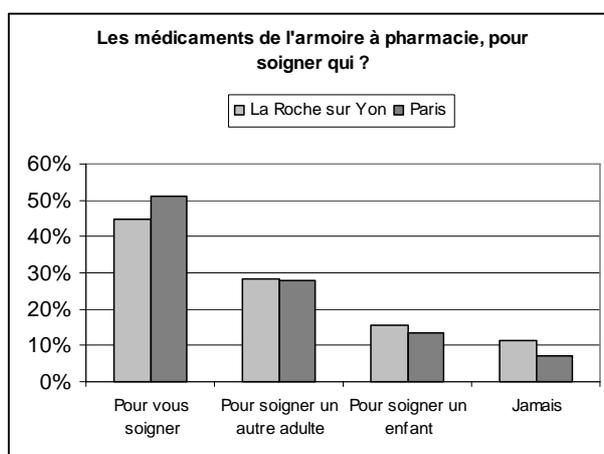


Comme nous avons pu le constater dans l'analyse des paramètres sociodémographiques, les deux populations étudiées sont différentes l'une de l'autre, notamment en ce qui concerne l'âge des répondants. Ce paramètre se répercute inexorablement sur le suivi ou non d'un traitement chronique. Il n'est ainsi pas étonnant de voir que la population interrogée à la Roche-sur-Yon suit un traitement chronique dans 48% des cas contre 25% à Paris.

Cependant, lorsqu'on croise les résultats obtenus sur le traitement chronique et ceux d'une éventuelle automédication, les résultats sont similaires (différence non

significative) et alarmants : dans les deux cas, **plus de 40% des individus recevant un traitement chronique avouent, malgré tout, recourir à l'automédication au moins une fois par semaine** (45,8% à la Roche-sur-Yon et 41,7% à Paris). Ce comportement peut, selon nous, être désigné comme « à risque » et concerne, comme le prouve ces données, les deux populations étudiées dans des proportions non négligeables.

Figure 47 : Comparaison du recours à la pharmacie familiale



Les résultats obtenus sur les deux localités sont très similaires. Aucune différence significative n'est observée. Au contraire, nous remarquons quelques tendances communes aux deux localisations :

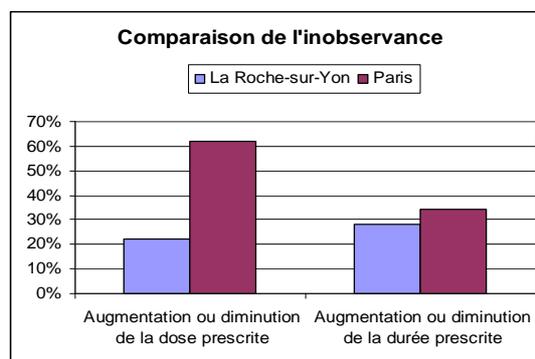
- Que ce soit à Paris ou à la-Roche-sur-Yon, la réponse la plus citée est « pour vous soigner ». Ce résultat coïncide avec le résultat obtenu dans la partie « les habitudes des français en automédication ». A la Roche-sur-Yon, 40 personnes sur les 50 interrogées ont déclaré avoir déjà eu recours à un médicament de leur armoire à pharmacie pour se soigner.
- La réponse « pour soigner un autre adulte » a été citée par plus d'un quart des personnes interrogées tandis que la réponse « pour soigner un enfant » a été citée par 13,4% des personnes à Paris et 15,7% à la Roche-sur-Yon. Ceci révèle que non seulement 9 Français sur 10 s'automédiquent (première partie) mais qu'une partie d'entre eux non négligeable prend l'initiative de proposer un

médicament à son entourage, même le plus vulnérable, à savoir à leurs enfants. Ces résultats sont en accord avec les conclusions d'une étude menée en 2008 par le département universitaire de médecine générale de la faculté de Toulouse³⁵. En effet, d'après cette étude, 405 parents sur 423 ont déjà « automédiqué » leurs enfants au moins une fois. Ce comportement peut s'avérer être dangereux si les connaissances médicales et pharmaceutiques sont insuffisantes et la prescription inadaptée dans son choix ou sa posologie. Bien heureusement, cette même étude relate que si l'automédication chez les enfants a bien lieu, c'est dans la majorité des cas avec des médicaments déjà prescrits par le médecin (92%)

Nous avons déjà constaté qu'en grande majorité les Français s'automédisent. Seulement, une partie d'entre eux ne se contente pas de se soigner ; certains vont même jusqu'à soigner leur propre entourage avec les médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale. Ce comportement est à déplorer aussi bien à Paris qu'à la Roche-sur-Yon.

Par sa proximité avec sa clientèle, le pharmacien doit, autant qu'il le peut, détecter et limiter ce comportement à risque. Des messages de précautions d'emploi doivent être associés à chaque délivrance de médicaments.

Figure 48 : Comparaison des résultats sur l'inobservance



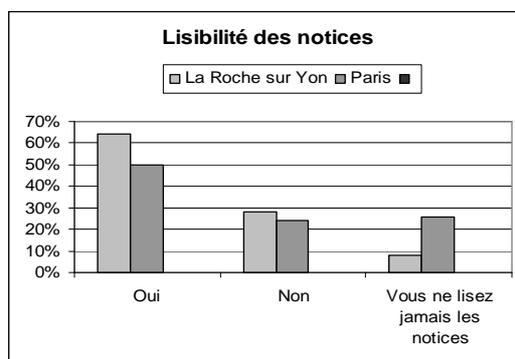
Le graphique obtenu parle de lui-même : les personnes interrogées à Paris reconnaissent davantage modifier les doses prescrites par le médecin que leurs homologues vendéens (62% contre 22%). La différence constatée est significative

($p < 0,01$). Comment expliquer cet écart si important? Par prévarication de la part des interviewés vendéens? Par un esprit de rébellion des Parisiens vis-à-vis du corps médical? Il nous est difficile de trancher. Quoi qu'il en soit, les deux valeurs sont considérables. Il en est de même des valeurs obtenues pour la modification de la durée prescrite (28% à la Roche-sur-Yon et 34% à Paris), même si ici, la différence n'est pas significative.

Ces deux résultats traduisent une volonté d'indépendance du malade vis-à-vis du traitement instauré par son médecin. Il estime que c'est à lui que revient le droit de juger si la poursuite ou l'arrêt du traitement est nécessaire, ou si la dose initialement prescrite doit être revue à la hausse ou la baisse. Cette volonté de prendre personnellement sa santé en charge a déjà été exposée à travers l'évolution grandissante de l'automédication.

Mais, comme l'automédication, les modifications de prescription nécessitent des connaissances médicales et pharmaceutiques pour n'entraîner aucun danger. C'est pourquoi ce comportement est à déconseiller. Le pharmacien doit repérer ce type de comportement et rappeler à sa clientèle la nécessité de l'observance du traitement instauré.

Figure 49 : la notice des médicaments est-elle, selon vous, suffisamment lisible et compréhensible ? Comparaison des résultats



Les pourcentages de réponse « oui » et de réponse « non » ne sont pas significativement différents entre les deux populations étudiées. On relève une différence significative ($p < 0,02$) entre les deux populations pour l'item concernant la

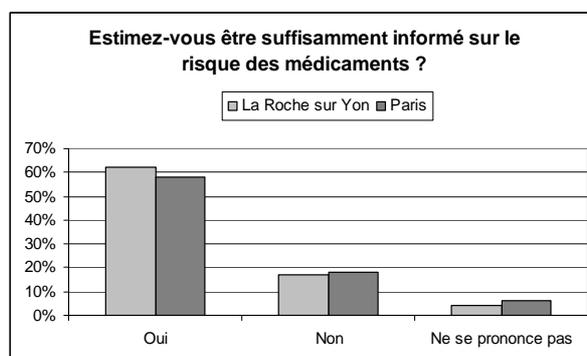
lecture de la notice : **26% des parisiens déclarent ne jamais lire les notices contre 8% des vendéens**. Il nous est difficile d'expliquer cet important écart. Ne pas lire la notice d'un médicament ne peut pas être considéré comme signe d'un comportement à risque si, bien sûr, médecin et le pharmacien ont assuré la transmission des informations présentes dans la notice aux patients. Si certains ne les lisent pas, on peut supposer que les informations nécessaires au bon déroulement du traitement ont été suffisamment bien transmises en aval par le pharmacien ou le médecin. Cependant, le pharmacien doit inciter ses clients à lire la notice des médicaments, notamment lors de la réutilisation d'un ancien médicament.

e. Vers une automédication mieux encadrée

Avant de nous intéresser aux différentes solutions que nous pourrions mettre en place pour encadrer l'automédication, il est important de faire un point sur la situation actuelle. Quel est le sentiment des personnes interrogées sur les risques de l'automédication ? Sont-elles suffisamment informées sur le risque des médicaments, sur leur posologie et leur usage ? Selon elles, quels sont les principaux risques de l'automédication ?

A la question, « estimez-vous être suffisamment informés sur le risque des médicaments ? », nous obtenons des résultats similaires (voir figure suivante), les différences ne sont pas significatives.

Figure 50 : Comparaison du niveau d'informations sur le risque des médicaments



Plus de la moitié des personnes estiment être suffisamment informées sur le risque des médicaments alors que 17,5% déclarent le contraire dans les deux populations.

En effet, durant le recueil des données à l'officine, il nous a paru flagrant qu'une partie de la population était demandeuse d'informations sur la prise d'un médicament et ses conséquences. La notion de balance bénéfices/risques est très floue pour beaucoup d'entre eux. Pour certains clients, l'apparition d'effets secondaires ou l'existence de contre-indications ne concernent que certaines spécialités mais ils étaient loin d'imaginer que l'usage des spécialités les plus couramment vendues (comme le Doliprane* ou le Nurofen*) nécessitait des précautions d'emploi au même titre que les spécialités listées.

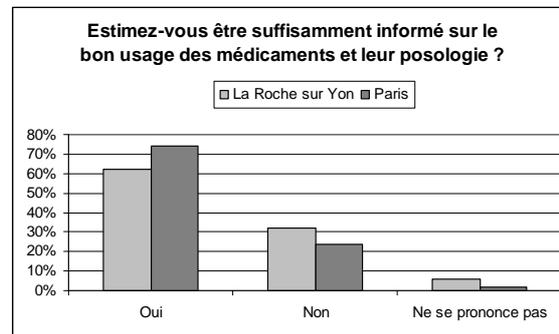
Et que penser de la large majorité de personnes qui déclarent être conscientes des risques liés au médicament ? Le sont-elles vraiment ou ne s'agit-il que d'un ressenti subjectif ?

Quelle position le pharmacien doit-il adopter vis-à-vis de la question des risques liés au médicament ?

Il paraît évident que le malade doit être averti que la prise d'un médicament, quel qu'il soit, n'est pas anodine. Le pharmacien doit pouvoir répondre aux interrogations de ses clients. Il ne doit cependant pas alarmer la conscience de ses clients au risque de voir apparaître chez eux un sentiment de méfiance vis-à-vis des médicaments, sentiment qui pourrait porter préjudice au bon déroulement de leur traitement.

Nous retrouvons des résultats similaires entre les deux villes concernant les informations sur les posologies et l'usage des médicaments.

Figure 51 : Comparaison du niveau d'information sur le bon usage des médicaments et leur posologie



En effet, 70% à Paris et 62% à la Roche-sur-Yon déclarent être correctement informés sur les posologies des médicaments et leur usage. En revanche, 28% à Paris et 32% à la Roche-sur-Yon déclarent ne pas l'être suffisamment. Ce second taux relativement élevé retient l'attention et mérite d'être pris en considération. Près d'un tiers des français ne s'estiment pas suffisamment informés sur le bon usage des médicaments qu'ils consomment. Hors ce savoir est détenu par le pharmacien et son équipe officinal et sa transmission au malade, lors de la délivrance, est l'un des devoirs fondamentaux du pharmacien. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale".

Enfin quelle est la perception des principaux dangers de l'automédication pour les personnes du panel? Il est intéressant de noter une différence notable dans la perception de ces risques. Il apparaît alors que les parisiens sont plus sensibles aux conséquences de l'automédication sur leur santé, tandis que les vendéens redoutent au contraire l'erreur de diagnostic, remettant ainsi en cause l'essence même de l'automédication.

Dans les deux villes, il est important de souligner que les sujets interrogés étaient conscients de ces risques.

Dans tous les cas, le pharmacien doit savoir expliquer aux patients les risques inhérents à l'automédication, rappeler les posologies, poser les bonnes questions, se renseigner sur un traitement en cours.

Nous évoquerons enfin les solutions pour encadrer l'automédication. Afin de sécuriser le comportement d'automédication, nous avons essayé de proposer certaines mesures. Que ce soit à Paris ou à la Roche-sur-Yon, nous constatons que la très grande majorité des personnes interrogées est sensible et ouverte aux propositions d'encadrement. Il est donc important, en tant que professionnel de santé et acteur de santé publique de les exposer, et de les expliquer au patient.

3e PARTIE : DES SOLUTIONS POUR ENCADRER
L'AUTOMEDICATION

L'enquête réalisée a permis de mettre en lumière l'ampleur du comportement d'automédication de nos concitoyens. Que ce soit à Paris ou en province, l'automédication est une réalité qui accompagne les bouleversements de notre système de santé. Les évolutions à venir de ce dernier nous font prédire une généralisation des actes d'automédication, qui s'accompagnera inexorablement d'accidents iatrogènes médicamenteux. C'est pourquoi cette troisième partie a pour objectif de présenter des solutions pour encadrer l'automédication et d'en réduire ainsi les risques.

1. SOLUTIONS CONCERNANT L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE:

1.1. Optimiser le conditionnement secondaire des médicaments

L'enquête réalisée a permis d'identifier des comportements d'automédication à risque. Certaines situations à risque sont liées notamment à une utilisation anarchique de certaines spécialités médicamenteuses.

Pour limiter la fréquence des accidents liés à l'automédication, nous proposons la suppression définitive des marques ombrelles. Elles ne doivent leur existence qu'à la pression d'experts en marketing.

En effet, l'Afssaps a autorisé les laboratoires pharmaceutiques à l'utilisation de marques ombrelles. Ces derniers y sont très favorables car ils la considèrent comme étant un facteur de réussite économique du produit. La marque est, en effet, un repère majeur pour le malade-consommateur. Mais nous, comme la majorité des professionnels de santé, craignons des risques de confusion et d'insécurité pour les patients. C'est ainsi que durant nos entretiens avec les personnes interrogées. Un client a déclaré s'être appliqué du mycoAPAI SYL® (éconazole) sur les démangeaisons de piqûres de moustiques. Un membre de son entourage lui avait effectivement conseillé l'emploi d'APAI SYL® mais sous-entendait APAI SYLgel® (isopenthyll). La marque APAI SYL® regroupe également le cortAPAI SYL® (hydrocortisone), bactéoAPAI SYL® (chlorhexidine) et babyAPAI SYL®.

Les confusions ne sont pas rares et les âges limites d'utilisation varient d'un produit à l'autre.

Alors que nous déplorons la généralisation de cette tendance, nous optons pour **l'attribution d'un nom original et bien distinct, pour chaque spécialité, dans le but d'éviter certains accidents liés à une confusion.**

Le nom original de la spécialité ne pourrait-il pas être tout simplement la Dénomination Commune Internationale (DCI) ?

Préférer l'usage de la DCI au nom de fantaisie présenterait l'avantage de limiter les risques de cumul et donc de toxicité d'une molécule présente dans deux spécialités aux noms de fantaisie différents. Il est aujourd'hui encore fréquent de rencontrer des malades qui ignorent que le Nurofen® et le Spedifen® contiennent le même principe actif (ibuprofène).

L'utilisation plus courante de la DCI permettrait également de limiter le risque d'interactions médicamenteuses.

La pression exercée par les laboratoires pharmaceutiques pour conserver l'utilisation des noms de fantaisie est telle que nous ne sommes pas prêts de les voir disparaître.

La Dénomination commune internationale devrait apparaître de façon plus claire et plus identifiable sur les conditionnements secondaires des médicaments.

Selon nous, les posologies usuelles devraient figurer de façon parfaitement claire et compréhensible sur le conditionnement secondaire des médicaments disponibles sans prescription médicale.

C'est ainsi que nous pouvons féliciter le laboratoire Biogaran® qui a récemment entrepris de notifier clairement sur le conditionnement secondaire des spécialités grand public qu'il commercialise la posologie du médicament (nombre de comprimés par prise, heures de prises et intervalle nécessaire entre les prises). Pour exemple, sur la face principale d'une boîte d'Ibuprofène400 BGR® figurent les informations suivantes : « 1 comprimé par prise », « 6h d'intervalle entre deux prises », « de préférence pendant les repas ». L'aspect pratique et sécuritaire séduit fortement les

pharmaciens et les consommateurs. Cette initiative heureuse privilégie la sécurité d'emploi des médicaments au détriment probablement du design. Celui-ci est en effet plus sobre et donc vraisemblablement moins attractif.

L'indication des posologies à respecter sur le conditionnement secondaire devrait s'étendre à l'ensemble des spécialités commercialisées en libre accès.

Enfin, on pourrait imaginer, en plus de ces informations, la présence d'autres pictogrammes facilitant la prise du médicament, identifiant le type de personne concerné, imageant les principales contre-indications.

Ainsi, nous pourrions trouver l'image d'une femme enceinte barrée d'une croix, pour interdire la prise du médicament durant la grossesse, un verre d'alcool barré pour signaler une contre-indication avec la prise d'alcool... Sur le même schéma, il serait utile de trouver un pictogramme précisant le ou les types de personnes destinées à prendre le médicament. Ainsi nous pourrions diminuer le risque d'erreur, et améliorer la sécurité de la santé du patient.

1.2. Clarifier les notices

Nous avons constaté que malgré les efforts de certains industriels et les recommandations de l'Afssaps, les notices n'étaient pas encore, à ce jour, clairement compréhensibles par tous. Le rôle de la notice est primordial lorsque le médicament est réutilisé à distance du conseil délivré par le pharmacien. Pour le consommateur, elle représente l'unique point de repère lors des utilisations ultérieures. L'utilisation de pictogrammes explicites pourrait limiter les risques liés à l'automédication.

2. ROLES DES POUVOIRS PUBLICS

2.1. Diffuser des messages de santé publique

On connaît l'importance et l'utilité des messages de santé publique diffusés par les autorités en matière de santé. Ces messages ont pour but, d'une part d'informer le patient et d'autre part de le sensibiliser au problème traité. Que cela soit pour sensibiliser le public sur les maladies sexuellement transmissibles, sur les dangers de l'alcool au volant, ou encore sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée sur la santé, ces campagnes ont démontré leur efficacité. Le message doit être simple pour qu'il soit correctement transmis et admis par le plus grand nombre.

Ainsi tout le monde se souvient de la célèbre campagne visant à limiter l'utilisation systématique d'antibiotiques, que nous associons systématiquement à son slogan : « les antibiotiques, ce n'est pas automatique ». Preuve de l'utilité et de l'efficacité de cette méthode, plusieurs années après, nous, professionnels de santé, et nos patients avons toujours le message en tête.

Qu'en est-il en matière d'automédication ? Il serait tout à fait intéressant d'imaginer une campagne visant à limiter l'usage de médicaments sans l'avis d'un professionnel de santé. Si de bons résultats ont été obtenus précédemment, pourquoi ne pas se servir de ce moyen pour sensibiliser la population aux risques liés à l'automédication ?

Malheureusement, on ne peut faire aujourd'hui que le constat du contraire. Il est un fait : l'automédication demeure un sujet très peu abordé, voir délaissé par les pouvoirs publics et les médias. L'importance (en fréquence et en intensité) des accidents iatrogènes observés actuellement n'est que très peu rapportée au grand public. Seule l'affaire malheureuse et très médiatique du Mediator® commence à faire naître des sentiments de doute et de prudence vis-à-vis du médicament.

Pire, des campagnes en faveur de l'automédication ont vu le jour. Nous citerons les récentes publicités du groupe Leclerc®, dont l'ambition sans faille est de commercialiser les médicaments non listés en supermarché. Les conséquences ne pourraient être alors que néfastes en terme de santé publique.

Cette publicité, de par sa très forte médiatisation, a contribué à installer le doute dans l'esprit des patients. Elle banalise la prise d'un médicament. En avançant des intérêts économiques (une baisse des prix des médicaments), Leclerc® a réussi à faire douter bon nombre de personnes sur la nécessité du monopole de la vente des médicaments par les officines. La vente des médicaments doit rester une exclusivité de nos officines sous la responsabilité du pharmacien. Les syndicats de pharmaciens ont bien essayé de répondre à cette publicité, dont le message était : « A chacun son métier, les médicaments ne sont pas des produits de consommation courante, le pharmacien-conseil, c'est la sécurité à deux pas de chez vous ». Cette réponse qui soulignait de plus la proximité du pharmacien avec le patient n'a malheureusement pas eu autant d'impact que les publicités Leclerc®. La faible diffusion médiatique de cette contre-publicité explique en partie qu'aujourd'hui très peu de personnes connaissent l'existence, et encore moins le fond, de cette campagne.

Nous proposons la création de campagnes de prévention sur les risques liés à une automédication anarchique.

2.2. Contrôler internet

En 2010, 59% des Français considèrent Internet comme source d'information importante (72% des 15-34ans³⁶). Alors il n'est pas étonnant que l'on constate qu'Internet est la source d'informations sur l'automédication la plus citée par la clientèle de l'officine parisienne, devant le médecin et le pharmacien. La facilité et la rapidité d'accès au contenu d'Internet expliquerait en partie ce fait quelque peu inquiétant.

Inquiétant, en effet, car le contenu d'internet, comme chacun le sait, n'est soumis à aucun contrôle rigoureux. Sur la toile fleurissent de nombreux forums de discussion qui connaissent un impressionnant succès. En 2008, le site Doctissimo.fr revendique 7,4 millions de visiteurs uniques par mois³⁷. Chacun y échange son ressenti sur telle ou telle pathologie mais également sur les médicaments utilisés. Les patients vont rechercher sur internet de l'information pour mieux comprendre leur maladie, leur traitement ainsi que pour dialoguer avec d'autres malades. Si certains sites peuvent effectivement apporter réconfort et espoir à un malade, notamment par le

témoignage d'anciens malades, d'autres peuvent perturber la thérapeutique instaurée par le corps médical.

Pour faire face au déluge d'informations plus ou moins sérieuses accessible par un simple clic, la Haute Autorité de Santé a reçu pour mission en 2004, de déterminer les règles de bonnes pratiques devant être respectées par les sites français d'informations de santé.

La fondation suisse Health On the Net devient alors l'organisme en charge de la certification des sites Internet santé dans le cadre d'une convention de partenariat avec la HAS. La certification est fondée sur le respect par les sites de santé des huit principes du **HONcode** : autorité, complémentarité, confidentialité, attribution, justification, professionnalisme, transparence et financement, honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale. **Elle traduit l'engagement de l'éditeur du site à respecter des principes de transparence et à diffuser de l'information de santé répondant à des critères de qualité. Cependant, le contrôle du contenu, et donc de la véracité des informations qui s'y trouvent, ne fait pas partie des critères de sélection.** Cela demanderait un travail continu d'un nombre considérable d'experts, vu le nombre de modifications qui serait à vérifier en permanence.

Une liste de sites certifiés HONcode est accessible sur le site de l'HAS. Sur ce site, on peut également avoir accès à deux documents à destination du grand public : « la recherche d'informations médicales sur internet » et « internet santé, faites les bons choix » (annexe 3).

Aborder le sujet du contrôle de l'information médicale est une chose, aborder celui de la vente de médicaments sur Internet en est une autre. Le 7 avril 2010, la ministre de la santé actuelle Roselyne Bachelot a annoncé vouloir lui donner un cadre juridique d'ici 2011. Elle a annoncé, cependant, qu'elle serait limitée aux médicaments actuellement en libre accès ³⁸. Les officinaux ont d'ores et déjà fait part de leur désapprobation ³⁹.

Notre démarche étant d'apporter des solutions pour limiter les risques de l'automédication, nous réfutons indéniablement l'idée de pouvoir acheter des médicaments sur Internet sans aucun dialogue avec un professionnel. La mise en place du libre accès le prouve au quotidien : la spécialité demandée ne correspond

que très rarement à la réelle pathologie à traiter. Un dialogue avec un membre de l'équipe officinale permet, en effet, d'orienter le patient vers une spécialité plus appropriée.

De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé déclare qu'actuellement : « dans plus de 50% des cas, on a observé que les médicaments achetés sur des sites internet dissimulant leur adresse physique étaient des contrefaçons ». Le recours à des contrefaçons de médicaments représente un risque pour la santé publique, notamment parce que leur contenu peut être dangereux ou par leur absence de principes actifs.

Internet est un produit qui bouleverse notre époque. Il outrepassé les limites temporelles et spatiales. Sa fonctionnalité en fait un outil exceptionnel dans de nombreux domaines. Les pharmaciens l'ont d'ailleurs mis à profit dans le fonctionnement du Dossier Pharmaceutique.

En ce qui concerne l'automédication, il est clair que si un contrôle plus strict des informations n'est pas rapidement instauré et que l'autorisation de la vente de médicaments sur Internet voit le jour, il est à craindre que les accidents liés à une consommation médicamenteuse augmenteront.

2.3. Créer un service téléphonique de conseils et renseignements sur la santé

L'idée de créer un service téléphonique de conseils et de renseignements sur la santé provient du Royaume-Uni. En effet, le National Health Service (système national de santé au Royaume-Uni) propose un service appelé « NHS Direct Online ». Comme son nom l'indique, c'est un service national confidentiel de conseils et de renseignements sur la santé offerts par des infirmiers et des conseillers professionnels au téléphone 24h sur 24. En cas de problèmes de santé, un infirmier pose une série de questions puis en utilisant ses compétences, son savoir-faire et un logiciel informatique perfectionné, il propose la meilleure démarche à suivre : se rendre chez le pharmacien, chez le médecin ou aux urgences. Ils sont aussi aptes à répondre à des questions sur les médicaments comme « j'ai de l'ibuprofène, puis-je

en donner à mon fils de 6ans ? », « combien de comprimés de paracétamol puis-je prendre par prise ? ».

En 2003, on dénombrait plus de 20 millions d'appels par an ⁴⁰.

Ce service téléphonique est couplé à un site internet (www.nhsdirect.nhs.uk) qui présente le même objectif : l'orientation des malades afin d'alléger la tâche des services d'urgences et des généralistes.

On peut, cependant, se demander si l'installation de tels services en France serait si judicieuse ? En effet, répondre à des questions de ce type a toujours fait partie des rôles du pharmacien de proximité. Le pharmacien s'est toujours montré disponible pour répondre à ce genre de questions, que ce soit par dialogue direct ou par communication téléphonique.

Ceci étant dit, le pharmacien n'étant pas disponible la nuit, c'est le SAMU ou « centre 15 » qui aujourd'hui effectue ces tâches alors que sa mission principale est, avant tout, la prise en charge des urgences médicales.

3. ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE

3.1. De l'automédication à la médication familiale

Le recours à l'automédication, comme nous avons pu le constater à travers notre enquête de terrain, présente un risque permanent : non connaissance des posologies, ignorance de l'existence d'interactions médicamenteuses, utilisation de médicaments « à risque ». Le consommateur « malade » use de l'automédication sans se soucier des éventuelles complications qui pourraient se produire après la prise d'une spécialité non adaptée : A la Roche-sur-Yon, 46% des personnes interrogées ne considèrent pas l'apparition d'effets indésirables comme étant un des principaux dangers de l'automédication. Bien que 76% des personnes interrogées désignent leur pharmacien comme sources d'informations, 54% ont recours à internet pour se documenter sur une éventuelle médication à employer. Il dispose

dorénavant d'une multitude d'informations. Seulement, cette connaissance acquise au travers des médias ne donne pas la compétence suffisante pour choisir une médication adaptée et sans dangers.

C'est alors le pharmacien, accompagné de son équipe officinale, qui constitue le dernier intermédiaire entre le malade et le médicament. Son rôle va alors être de détecter les consommateurs désarçonnés, puis de les assister dans leur démarche de soins. **C'est ainsi que l'on convertit un désir d'automédication en une médication officinale, démarche thérapeutique proposée par le pharmacien** ⁴¹.

Le dictionnaire de l'Académie Nationale de Pharmacie définit la médication officinale comme l'expression générique pour l'ensemble des moyens médicamenteux ou autres à prescription facultative proposés par le pharmacien d'officine à des patients venus faire appel à sa compétence spécifique.

La médication officinale n'est pas une nouvelle discipline. Les pharmaciens la pratiquaient déjà au Moyen-âge en tant qu'apothicaires, en proposant des remèdes à leur clientèle en vue de les guérir. Bien que cette discipline soit pratiquée quotidiennement dans les officines françaises et qu'elle soit désormais intégrée dans la formation des pharmaciens (sous l'intitulé « Conseil officinal »), elle n'est pas légalement reconnue. Son champ d'action n'est pas clairement défini par les textes du Code de la Santé Publique. La définition de l'exercice illégal de la médecine, si elle est prise à la lettre, limite considérablement le rôle du pharmacien. Le conseil à l'officine n'est aujourd'hui pas considéré comme exercice illégal de la médecine à la double condition que le pharmacien conseille la consultation médicale dès que son affection dépasse les limites de ses capacités et qu'il évite de commenter l'évolution de la maladie. En effet, l'article R5015-44 du CSP rappelle qu'à « chaque fois qu'il est nécessaire, le pharmacien doit inciter ses clients à consulter un médecin » et l'article R5015-47 dit que « les pharmaciens doivent s'abstenir de formuler un diagnostic ou un pronostic sur la maladie ou traitement de laquelle ils sont appelés à collaborer ». Seulement, la médication officinale n'est aujourd'hui que peu remise en cause car elle représente une aubaine pour l'Etat, notamment depuis que les gouvernements successifs cherchent à diminuer la participation de l'Etat aux dépenses de soins. En effet, le pharmacien qui la pratique, en identifiant un symptôme et en le rattachant à une hypothèse diagnostique (le diagnostic étant

l'apanage du médecin) et en proposant un traitement adapté, n'est pas indemnisé par la Sécurité Sociale et les médicaments qu'il conseille ne donnent pas lieu à remboursement. **La médication officinale représente un défi grandissant qui résulte de la conjoncture actuelle.**

Dans son exercice quotidien, le pharmacien se doit de prendre en charge tous les clients de son officine, du cadre dynamique qui dépose une boîte de Spedifen® sur le comptoir à la mère de famille dont le nourrisson souffre de diarrhées, en passant par le vieil homme qui se plaint d'une douleur à la poitrine. Cette prise en charge doit être la plus appropriée possible. Le pharmacien doit être conscient des limites de la médication officinale. Il est limité dans les médicaments qu'il peut dispenser et limité dans les pathologies qu'il peut prendre en charge.

Il est donc indispensable que les pharmaciens s'astreignent à une formation continue pour endosser le rôle que la société attend d'eux : le rôle d'un réel professionnel de santé, au plus proche de la population.

Le pharmacien assure, aujourd'hui, et de plus en plus souvent, le premier maillon de la chaîne de soins en complément de sa fonction de dernier maillon de la chaîne du médicament.

3.2. Connaître et utiliser de façon optimale le dossier pharmaceutique

Au vu du nombre de pharmacies qui déclarent être aujourd'hui reliées au dossier pharmaceutique et au vu du nombre de DP créés, ce dernier peut être considéré comme une réussite. Cela dit, être reliée au DP, ne signifie pas pour une pharmacie, qu'elle l'utilise systématiquement avec chaque patient, et encore moins lorsqu'il s'agit d'une vente sans ordonnance. Sur le terrain, nous constatons directement et à travers les témoignages de nos confrères que l'outil est loin d'être utilisé comme il le mérite. Le recours à la carte vitale pour délivrer une spécialité non listée est chose rare, pour ne pas dire inexistante. **Le dossier pharmaceutique s'installe dans les pharmacies mais pas encore dans les mœurs.**

Le pharmacien doit être conscient du formidable outil que constitue le dossier pharmaceutique, notamment dans **la réduction des risques liés à la médication**

officinale : diminution des risques de surdosage ou d'interactions médicamenteuses avec un traitement en cours. Il doit sensibiliser son équipe sur l'importance de son utilisation. Avoir recours au dossier pharmaceutique d'un client est preuve de professionnalisme. Son intérêt est bien entendu majeur lorsqu'il ne s'agit pas d'un client régulier.

3.3. S'impliquer davantage dans les missions de pharmacovigilance

La pharmacovigilance désigne l'ensemble des techniques d'identification, d'évaluation et de prévention du risque d'effet indésirable des médicaments mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit, que ce risque soit potentiel ou avéré. La pharmacovigilance englobe la prévention, l'identification, l'évaluation et la correction du risque médicamenteux potentiel ou avéré (iatrogénie médicamenteuse). Elle cherche notamment à évaluer les facteurs évitables du risque médicamenteux.

Le système français de pharmacovigilance s'applique à tous les médicaments listés ou non. C'est pourquoi une attention toute particulière doit être portée sur les médicaments en libre accès car les essais cliniques n'appréhendent pas suffisamment les effets de ces médicaments à grande échelle et en situation d'automédication.

Si le recours à l'automédication venait à se systématiser dans les années à venir et si le libre accès venait à se développer davantage, nul doute que les centres de pharmacovigilance verraient croître leur activité.

Le système national de pharmacovigilance repose :

- sur les professionnels de santé et les centres régionaux de pharmacovigilance pour la notification, la collecte et la validation des informations.
- sur l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui centralise toutes les informations et données et d'où partiront les décisions sur les actions à mener.

On rappelle que « **tout pharmacien ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament qu'il a délivré doit également le déclarer aussitôt au centre de pharmacovigilance** ». (Article R.5121.170 du CSP)

Un formulaire type de déclarations d'évènements indésirables est téléchargeable sur le site de l'Afssaps. Un exemplaire se trouve en annexe (annexe 4).

4. ROLES DU MEDECIN TRAITANT

Même si par définition il n'intervient aucunement dans le processus d'automédication, le médecin traitant ou généraliste, ou parfois encore appelé « médecin de famille » a également un rôle à tenir concernant ce comportement : un rôle d'éducateur. 83% des médecins généralistes se disent d'ailleurs favorables à une éducation du patient à l'automédication et prêts à s'y impliquer ⁴².

Il peut notamment préciser à ses patients les situations où l'automédication est possible et les conditions d'une automédication sans danger.

Le médecin traitant peut apprendre à ses patients à « bien » s'automédiquer. Certaines pathologies, en particulier les maladies récidivantes (herpès, migraine, douleurs arthrosiques), peuvent, si le diagnostic initial a été posé, être prises en charge directement par le malade via une automédication adéquate et préalablement définie avec le médecin. Le malade gère la situation grâce aux compétences que son médecin lui a transmises et grâce aux recommandations apportées par son pharmacien. C'est ainsi, qu'au cours de notre exercice officinal quotidien, nous procédons couramment à des délivrances de prescription anticipée de Zelitrex® (valaciclovir, traitement des poussées d'Herpès génital) ou de Monuril® (fosfomycine, traitement des cystites). La prescription anticipée fait débat dans le milieu médical. Certains se demandent s'il est bien raisonnable de confier au patient une ordonnance d'antibiotiques (dans le cas du Monuril®) qui anticipe l'aggravation possible d'une situation faisant l'objet d'un premier traitement symptomatique. Certaines recommandations étrangères préconisent pourtant cette attitude dans

l'espoir de réduire la consommation d'antibiotiques, particulièrement pour les infections des voies respiratoires supérieures. Les autres arguments en faveur de cette attitude sont l'envie de satisfaire le patient et la réduction du nombre de « reconsultations » pour une même affection. Les arguments qui s'y opposent sont l'absence d'éducation du patient à ne pas recevoir systématiquement un antibiotique et le fait que cette attitude adresse un message ambigu au patient. En tant que pharmacien, nous concluons que la prescription anticipée a sa place dans notre système de soins si, et seulement si, le pharmacien et le médecin se sont assurés de la parfaite compréhension du malade à propos du traitement instauré.

Le médecin peut, tout comme le pharmacien, limiter les risques de l'automédication en les expliquant à ses patients. Il est bon de rappeler aux malades que tout médicament est source d'effets indésirables (ceux en libre accès n'en sont pas exemptés) et que, quelle que soit la situation, les posologies doivent être respectées.

Le médecin doit indiquer à ses patients que des médicaments disponibles en pharmacie sont prévus à cet effet. A ce propos, il a été clairement décrit que les médecins prescripteurs ignorent pour la plupart les spécialités disponibles en pharmacie sans ordonnance. En effet, par définition, elles ne s'intègrent pas dans leur champ de prescription. Le professeur Jean-Paul Giroud, membre de l'académie nationale de médecine, déclare d'ailleurs en avril 2011 dans une interview accordé à l'Express que « leur formation sur les médicaments est nulle » et qu' « elle représente moins de 2 % de leur cursus ».

5. PROPOSITION D'UN TEST POUR S'AUTO-EVALUER

Il est clair qu'aujourd'hui, les risques et les conséquences en matière d'automédication sont encore mal connus des patients. Nous avons vu notamment pendant notre enquête des comportements inquiétants. Il apparaît alors judicieux de créer un questionnaire, simple, clair et court, et qui aurait comme but d'évaluer le

comportement des personnes s'y soumettant. Ainsi une prise de conscience personnelle serait peut-être plus facile.

A travers la réalisation d'un test d'évaluation, nous ne cherchons pas à ce que les malades arrêtent l'automédication, mais qu'ils prennent conscience des dangers et des risques et ainsi qu'ils modifient leur comportement en fonction du score obtenu, et de les inciter à s'orienter davantage vers leur médecin ou leur pharmacien.

Nous pourrions alors, grâce à quelques questions ciblées (fréquence de l'automédication, terrain sensible, facteurs de risques....) évaluer le comportement d'automédication (responsable, à risque, ou dangereux). Ceci pourrait constituer un outil précieux pour le pharmacien, qui pourrait en profiter pour nouer une nouvelle relation basée sur la confiance avec le patient.

6. DE NOUVELLES MISSIONS POUR LE PHARMACIEN DANS L'AVENIR : UN ESPOIR POUR UNE MEILLEURE SECURITE DES SOINS ?

« Les pharmaciens représentent probablement la plus grande ressource inexploitée pour l'amélioration de la santé » décrète un rapport du ministère de la santé du Royaume Uni en 2003. Nous nous accordons également à dire que les compétences des pharmaciens sont sous-utilisées par rapport à leur potentiel.

Plusieurs pistes de réflexion sont envisagées pour renforcer le rôle du pharmacien en France et il était temps car que notre pays était en retard par rapport à d'autres états comme les Etats-Unis ou le Royaume-Uni. Nous retrouvons ces pistes notamment dans les articles 36 et 38 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à l'hôpital, aux patients, à la santé, et aux territoires (loi HPST). Cette loi offre un nouveau cadre juridique et redéfinit le métier de pharmacien en créant des missions additionnelles autour du patient. Le pharmacien est intégré dans le parcours de soins et à ce titre le pharmacien s'investira dans la prévention, le

dépistage, dans le conseil pharmaceutique, la prescription pharmaceutique, l'éducation thérapeutique.

Approfondissons la notion de conseil et de prescription pharmaceutique. En France, la prescription pharmaceutique est un concept encore mal connu du grand public. Lors de notre enquête, nous avons proposé cette solution afin d'encadrer l'automédication : cette dernière n'a pas suscité beaucoup d'intérêt de la part des répondants. Il est vrai que le fait de donner le droit aux pharmaciens de prescrire certains médicaments n'est que très récent, la loi datant de 2009. En revanche certaines mutuelles proposent déjà dans leur contrat un forfait « prescription pharmaceutique », qui permet une prise en charge de traitements prescrits par le pharmacien et relatifs à des médicaments vignettés. Ce forfait est versé une ou plusieurs fois sur présentation d'une facture pharmaceutique nominative, où les vignettes sont collées. Ce forfait « prescription pharmaceutique » constitue une belle avancée bien qu'il soit insuffisant pour égaler ce qui se fait au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis. Ces derniers sont concernés par une publication parue en 2005 ⁴⁴, qui décrit précisément les méthodes utilisées par les professionnels de santé pour mettre en place cette prescription. Ainsi, il ressort de cet article l'importance de la relation médecin-pharmacien. Ils vont définir ensemble des protocoles de prescription. En effet, le pharmacien et le médecin s'entendent sur les pathologies, les groupes de médicaments concernés, les démarches à suivre pour le diagnostic... Cette relation apparaît donc comme la condition *sine qua non* à la réussite de cette prescription.

Cette prescription protocolaire est reprise dans la loi HPST : le pharmacien y est désigné comme un « correspondant ». Ainsi, Isabelle Adenot, présidente du Conseil de l'Ordre déclare : « S'il est acquis que le pharmacien est le spécialiste du médicament, et le médecin le spécialiste du diagnostic (...), interrogeons-nous sur les conditions dans lesquelles le pharmacien, sans se substituer au médecin, pourrait compléter et enrichir sa démarche ». Cette déclaration relance le débat sur la nécessité de construire une relation de confiance entre le médecin et le pharmacien.

Quelle relation avec notre sujet ? L'implication du pharmacien dans ces nouvelles missions, ainsi que la généralisation de ce droit de prescription, contribueraient à améliorer la relation avec le patient. Il serait alors utile pour certains types de pathologies, de pouvoir prescrire les médicaments adéquats. On peut voir plusieurs

avantages à cela, et en premier lieu, la diminution des dangers liés à l'automédication. Il est clair qu'avec ce type d'encadrement, les dangers, tels que les erreurs de diagnostics, les erreurs de posologies, le risque d'interactions médicamenteuses seront réduits. De plus, le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé serait renforcé. N'oublions pas que cette prescription pharmaceutique pourrait constituer une véritable aubaine pour la sécurité sociale. A l'heure où le déficit n'a jamais été aussi étendu, quelques économies, générées par une diminution des consultations chez le médecin, seraient les bienvenues.

Cependant, il est important de souligner les limites de ce projet de prescription pharmaceutique. La rémunération du pharmacien pour l'acte effectué, l'organisation de la pharmacie pour accueillir le patient, sans oublier de parler de la formation du personnel, constituent aujourd'hui de véritables pistes de réflexion.

CONCLUSION

La réalisation de notre enquête a permis de caractériser l'ampleur de l'automédication, les dangers qu'elle constitue potentiellement, les différents comportements qui la caractérisent, les facteurs susceptibles de pouvoir l'influencer, ceci dans une approche comparative « Paris-Provence ».

Bien que cette étude nous révèle certaines différences dans la manière de se soigner, elle démontre surtout l'implantation du phénomène en France, et les risques importants qui découlent de ce comportement. Ainsi, tant à Paris qu'en Province, la plus grande majorité des personnes enquêtées avoue avoir fréquemment recours à l'automédication. Ce constat est alarmant au regard des sources d'informations sur l'automédication étudiées et des risques encourus par une erreur de diagnostic, de choix du médicament ou de posologie.

La désertification médicale, l'apparition du libre accès et la nécessité de réduire les dépenses de la sécurité sociale sont autant de raisons de voir se poursuivre l'accroissement de cette pratique dans les années à venir. S'il est désormais indiscutable que le patient puisse devenir acteur de sa santé, il ne peut en aucun cas l'être seul. Les résultats obtenus prouvent s'il en était besoin le rôle déterminant du pharmacien d'officine dans l'encadrement de cette pratique.

Reste à définir quelle peut être la place de celui-ci dans ce nouveau contexte.

Le pharmacien aura à charge de détecter l'automédication, de la limiter ou du moins de la sécuriser. Il dispose pour cela de nombreux outils.

Il dispose bien entendu de son expertise scientifique, qui le définit comme le spécialiste du médicament. Le pharmacien peut en effet vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse, de contre-indication et rappeler la posologie et les modalités de prise de la spécialité pharmaceutique convoitée. De plus, ses connaissances pharmaceutiques bénéficient aujourd'hui d'une aide précieuse : le dossier pharmaceutique. La création de ce dernier rend ainsi accessible l'historique médicamenteux du patient via sa carte vitale.

Autant qu'il le peut, le pharmacien cherchera à transférer le désir d'automédication vers un acte de médication officinale : seule véritable alternative à l'automédication. Les qualités indiscutables de l'automédication (rapidité, économie pour la sécurité sociale) sont conservées tandis que les risques de cette pratique (surdosage, interaction, contre-indication) sont réduits à leur minimum grâce à l'intervention du pharmacien. Une généralisation de la médication officinale améliorerait de plus l'image du pharmacien. Le distributeur de produits de santé laisserait en effet place à l'acteur de santé. Les intérêts de la médication officinale ne seraient perceptibles qu'à deux seules conditions : la formation continue des pharmaciens et la persistance du réseau officinal.

La remise en question du monopole pharmaceutique et la volonté d'étendre le libre accès à des médicaments de plus en plus nombreux par d'autres sont le reflet de l'installation progressive d'un libéralisme économique dans le secteur de la santé. Ces mesures qui vont à l'encontre de la réduction des risques de l'automédication se verront confrontées à une nouvelle génération de pharmaciens, bien décidés à assurer pleinement leur rôle d'acteurs de santé publique.

Nouvelle génération de pharmaciens, dont nous faisons partie.

ANNEXES

les 7 règles d’or de la médication officinale

AVANT D’ACHETER UN MÉDICAMENT



RÈGLE N°1

Pour tout médicament pris devant le comptoir il est important de valider votre choix avec votre pharmacien d’officine.

◆ Il vous aidera dans le choix du médicament le mieux adapté à votre cas et vous informera sur la posologie, les indications, les contre-indications, les précautions d’emploi, les interactions et les effets indésirables éventuels.

◆ Pour vous aider à choisir le médicament, lisez les informations inscrites sur la boîte : l’indication, la ou les substance(s) active(s), le mode de prise, le nom des excipients qui peuvent nécessiter des précautions d’emploi chez certaines catégories de patients, le pictogramme qui alerte sur les risques liés à la conduite automobile...

◆ Des fiches informatives par type de symptômes sont également à votre disposition afin de vous permettre d’utiliser au mieux ces médicaments.



RÈGLE N°2

Soyez particulièrement vigilant(e) si :

◆ vous êtes enceinte, vous allaitez, vous êtes allergique à certains produits, vous êtes âgé(e), vous êtes atteint(e) d’une affection de longue durée (notamment maladie du foie, du cœur ou des reins, diabète).
Demandez systématiquement conseil à votre pharmacien.

◆ De même, si vous choisissez un médicament pour votre enfant, demandez toujours l’avis de votre pharmacien qui pourra vous orienter, si nécessaire, vers une consultation médicale.

AU COURS DU TRAITEMENT



RÈGLE N°4

Ne prenez pas de votre propre initiative plusieurs médicaments différents...

◆ car leurs effets peuvent se cumuler ou au contraire s’opposer. Si vous prenez déjà des médicaments (traitement ponctuel ou au long cours, comme les anticoagulants), signalez-le toujours à votre pharmacien.

◆ Le jeûne, l’alcool (bière, vin...), le tabac et certaines boissons (à base de plantes, jus de pamplemousse) modifient aussi l’effet de certains médicaments.
Soyez vigilant(e) et adaptez votre mode de vie afin d’éviter ces interactions.



RÈGLE N°5

Si aucune amélioration n’intervient après quelques jours de traitement, et si vos symptômes s’aggravent, n’hésitez pas à répéter fréquemment,

ou en cas de doute demandez l’avis de votre médecin ou de votre pharmacien. Indiquez leur toujours les médicaments que vous avez pris de vous-même pour vous soulager.



RÈGLE N°6

Respectez les doses par prise, l’intervalle entre les prises, le nombre de prises quotidiennes et la durée de votre traitement :

◆ Le médicament de médication officinale est conçu pour être utilisé à une dose et pendant une durée bien définies qui dépendent du symptôme traité. Ne dépassez pas la posologie (dose et fréquence des prises) et la durée de traitement indiquées par votre pharmacien et mentionnées dans la notice de votre médicament.



RÈGLE N°7

Si vous présentez un événement indésirable (même mineur),

il est important de le signaler à votre médecin ou votre pharmacien qui prendra le cas échéant la décision d’en informer les autorités de santé. Il vous donnera la conduite à tenir pour votre traitement.



RÈGLE N°3

Lisez toujours la notice :

◆ la notice vous apporte des informations importantes pour utiliser votre médicament de la façon la plus efficace possible et dans les meilleures conditions de sécurité. C’est un document de référence qu’il faut lire avant de commencer votre traitement.

◆ Conservez toujours votre médicament et sa notice dans la boîte d’origine. La boîte assure non seulement la protection du médicament mais apporte également des informations importantes (date de péremption...).

Annexe 2 – Le questionnaire

Questionnaire sur l'automédication

I Caractéristiques sociodémographiques

1) Sexe

- Masculin
- Féminin

2) Age

- 18- 39ans
- 40-59ans
- 60-74 ans
- 75 ans et +

3) Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire
- En couple sans enfant
- En couple avec enfant
- Seul(e) avec enfant

4) Quel est votre type de couverture sociale ?

- Régime général
- Assurance maladie étudiante
- CMU
- AME
- Autres :.....

5) Avez-vous une mutuelle complémentaire ?

- Oui
- Non

6) Quel est votre niveau de qualification ?

- sans diplôme
- CAP (certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (brevet d'étude professionnelle)
- BAC général, technologique ou professionnel
- BTS (brevet de technicien supérieur), DUT (diplôme universitaire de technologie) et Licence (L1, L2 et L3)
- Niveau supérieur à la licence (Master, doctorat...)

7) Avez-vous recours à des sources d'informations pour vous documenter sur l'automédication ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type ? (plusieurs réponses possibles)

- Votre médecin
- Votre pharmacien
- Internet
- Publicité (télévision, radio, presse...)
- Presse médicale
- Autres.....

- 8) Pensez vous que ces sources peuvent influencer vos habitudes d'automédication ?
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

II Les habitudes des français en automédication

- 9) A quelle fréquence avez-vous recours à l'automédication ?
- Au moins une fois par semaine
 - Au moins une fois par mois
 - Au moins une fois par an
 - Moins d'une fois par an
 - Jamais

- 10) Dans quelle situation avez-vous recours à l'automédication ? (plusieurs réponses sont possibles)
- Lorsque, selon vous, la pathologie dont vous souffrez est bénigne et que vous disposez d'un médicament pouvant y remédier.
 - Lorsque vous jugez que, dans votre cas, le conseil de votre médecin est inutile
 - Lorsque vous jugez que, dans votre cas, le conseil de votre pharmacien est inutile.
 - Lorsque rendre visite à votre médecin traitant vous est impossible (éloignement du cabinet médical, indisponibilité de celui-ci).
 - Lorsque vous estimez que la façon dont vous utilisez le médicament ne présente aucun risque.
 - Autres :

- 11) Le dernier médicament que vous avez utilisé en automédication :
- Vous était prescrit mais vous avez de vous même augmenté la dose, la durée de traitement.
 - Vous était prescrit avec la mention « si besoin », « à la demande », « en cas de douleur »...
 - Vous restait d'une ancienne prescription.
 - Ne vous a pas été prescrit mais un membre de votre entourage vous l'a fourni.
 - Ne vous a pas été prescrit mais vous l'avez acheté en pharmacie.
 - Ne vous a pas été prescrit mais vous l'avez acheté par correspondance ou sur Internet

- 12) La dernière fois que vous avez eu recours à l'automédication, de quel(s) symptôme(s) souffriez-vous ?
Et avec quelle(s) spécialité(s) y avez-vous fait face ?
.....
.....

- 13) Avez-vous le sentiment d'avoir de plus en plus recours à l'automédication ?
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

III Le libre accès

14) Y-a-il un espace « libre accès » dans votre officine habituelle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si non, seriez-vous pour son installation ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

15) Avez-vous recours à l'espace « libre accès » des médicaments ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

16) Quel est le principal avantage du « libre accès » selon vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Gain de temps
- Libre choix
- Lecture des informations sur l'emballage
- Comparaison des prix
- Ne se prononce pas

17) Selon vous, sur quelles caractéristiques reposent le choix des médicaments mis en « libre accès » ? (plusieurs réponses possibles)

- Ils présentent moins d'effets secondaires et de contre indications.
- Ils permettent une meilleure concurrence au niveau des prix.
- Ne se prononce pas.

18) Pensez-vous que le « libre accès » incite à consommer davantage de médicaments ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

IV Le comportement est-il oui ou non à risque ?

19) Souffrez-vous d'une pathologie nécessitant un traitement chronique ?

- Oui
 - Non
- Etes-vous enceinte ou allaitez vous ?
- Oui
 - Non

20) Utilisez-vous des médicaments pris dans une armoire à pharmacie familiale :
(Plusieurs réponses sont possibles)

- Jamais.
- Pour vous soigner
- Pour soigner un autre adulte
- Pour soigner un enfant

21) Parmi les médicaments qui vous sont prescrits par votre médecin ou qui vous ont été prescrits, avez-vous déjà décidé de vous-même d'augmenter ou de diminuer la dose ?

- Oui
- Non

De prolonger ou de réduire la durée du traitement ?

- Oui
- Non

22) D'une façon générale, la notice des médicaments est-elle, selon vous, suffisamment lisible et compréhensible ?

- Oui
- Non
- Vous ne lisez jamais les notices

V Vers une automédication mieux encadrée

23) Estimez-vous être suffisamment informé sur le risque des médicaments ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

24) Estimez-vous être suffisamment informé sur le bon usage des médicaments et leur posologie ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

25) Selon vous les principaux dangers de l'automédication résident dans : (plusieurs réponses possibles)

- Faire un mauvais diagnostic et donc de ne pas utiliser un médicament adapté.
- La survenue d'interactions médicamenteuses.
- La survenue d'effets indésirables.
- L'erreur d'utilisation du médicament (posologie, voie d'administration...)
- Ne se prononce pas.

26) Seriez-vous favorable à une automédication mieux encadrée ? (plusieurs réponses possibles)

- Non
- Oui, en développant le dossier pharmaceutique.
- Oui, en diffusant des messages de santé publique rappelant les différents dangers et risques de l'automédication (affiches, spot publicitaire...)
- Oui, en affichant des informations claires et visibles sur les boîtes de médicaments (Posologie, durée de traitement, CI, ...)
- Oui, en renforçant l'implication du pharmacien notamment par la mise en place de la prescription pharmaceutique.
- Ne se prononce pas.

Annexe 3 – Internet santé, faites les bons choix

Internet santé ► Faites les bons choix

Vous cherchez des informations pour votre santé ?

- Multipliez les sources
- Comparez les informations
- N'écoutez pas seulement un avis

Commencez par choisir un site web dans lequel figurent une personne, une institution, une organisation qui vous inspire confiance

Posez-vous au moins 3 questions

Qui a écrit le contenu du site ?
Quelles sont ses compétences ?
Quelles sont ses motivations ?

- Les **auteurs** sont-ils identifiables (nom, appartenance professionnelle, titres et qualifications s'il s'agit d'un professionnel de santé) ? L'adresse électronique et l'adresse physique de l'auteur ou du responsable du site devraient être également fournies
- Les **sources** utilisées pour créer le contenu sont-elles clairement référencées et indiquées ?
- L'information médicale évoluant constamment, la **date de publication ou de mise à jour** est-elle indiquée ?
- Vérifiez que tout parrainage, soutien, **financement** est clairement indiqué : les auteurs ont-ils un intérêt à proposer un point de vue, un produit ou un service plutôt qu'un autre ?
- N'hésitez pas à contacter le site, si ces informations ne sont pas disponibles

Enfin, soyez vigilant

- Ne vous fiez pas aux sites qui se considèrent comme seuls détenteurs de la vérité
- Ne vous laissez pas impressionner par des liens vers des sites reconnus, ce n'est pas une garantie de qualité
- Évitez tout médecin qui vous propose un diagnostic ou un traitement sans vous examiner et sans connaître votre dossier médical
- Lisez bien les mentions légales, notamment la déclaration de protection de la vie privée
- Sachez que vos données personnelles peuvent circuler sans votre accord ou apparaître dans un moteur de recherche si vous les avez laissées par exemple dans un forum. Leur confidentialité ne peut jamais être totalement garantie.
- N'achetez aucun médicament sur Internet et ne prenez aucune décision importante concernant votre santé sans avoir pris l'avis de votre médecin.

En conclusion, utilisez votre bon sens

- Comparez les informations
- Recherchez plusieurs avis et méfiez-vous des traitements miracles !

Pour vous aider dans vos recherches, la HAS a mis en place une procédure de certification des sites santé français avec la fondation Health on the Net.
Les sites qui affichent le logo ci-après sont certifiés et se sont engagés à respecter les principes du HONcode



► Cliquez sur le lien

Toutes nos publications sur
www.has-sante.fr

Description de l'effet indésirable :

Les obligations de signalement.

Article R.5121-170
du Code de la Santé publique :

Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5121-156, qu'il l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au centre régional de pharmacovigilance.

De même, tout pharmacien ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5121-156 qu'il a délivré doit également le déclarer aussitôt au centre régional de pharmacovigilance.

Tout membre d'une profession de santé ayant fait la même constatation peut également en informer le centre régional de pharmacovigilance.

Les médicaments dérivés du sang.

Article R.5121-166
du Code de la Santé publique :

Tous les professionnels de santé ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang doivent en faire la déclaration immédiate dans les conditions prévues à l'article R.5121-170 :

-au centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un établissement de santé ou un établissement de soins ;

-au correspondant local du centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un autre établissement de santé ;

-au centre régional de pharmacovigilance dans les autres cas.

La rôle des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance

1. Notifier au centre de pharmacovigilance du lieu d'exercice du praticien déclarant, le plus rapidement possible :

-toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, en rapport avec l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments,

-toute observation d'effet indésirable lié à un message,

-tout autre effet qu'il juge pertinent de déclarer.

2. Répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit, notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.

3. Informer les patients en application de la loi du 6 janvier 1978 des déclarations les concernant adressées au centre de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament, et des modalités d'exercice de leur droit d'accès.

4. Conserver les documents concernant l'effet indésirable présumé afin de permettre, en cas de nécessité, de compléter les informations précédemment transmises.

5. Coopérer avec les structures de pharmacovigilance, notamment dans le cadre d'enquêtes particulières.

6. Se tenir informé et tenir compte dans sa pratique professionnelle des données de tolérance des médicaments qu'il prescrit, dispense ou administre.

BIBLIOGRAPHIE

1. POUILLARD J. L'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins. Février 2001. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/automedication.pdf?download=1>
2. BARTHE J-F. Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques. Revue française de sociologie, 1990, Vol 31, p. 283-296
3. LAMOUREUX A. Compliance, observance, adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires, 2005, Vol 22, p. 31-34
4. HAYNES RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanisms of treatment. Compliance in Health Care, John Hopkins University Press, 1979.
5. AFSSAPS. Glossaire. Répertoire des spécialités pharmaceutiques. Disponible sur : <http://afssaps-prd.afssaps.fr/php/ecodex/glossair/glossair.php>
6. COULOMB A. et BAUMELOU A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : Marché, comportements et position des acteurs. Rapport effectué sur la demande de Xavier Bertrand, alors ministre de la santé. 2006. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000030/0000.pdf>
7. Code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:311:0067:0067:FR:PDF>
8. QUENEAU P. et al. Automédication, autoprescription et autoconsommation. John Libbery Eurotext. 1999. p. 16
9. SOMOGYI A. et al. Pharmacologie thérapeutique. Masson. 2008. p. 64
10. ROTHLAENDER D. Risks of non-prescription medication. Köln. Janvier 2008. p. 144-146
11. GIROUD J-P. Médicaments sans ordonnance - Les bons et les mauvais ! La martinière. 2011.
12. AFIPA. Missions et objectif de l'Afipa. Disponible sur : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/151-qui-sommes-nous/120-nos-missions.aspx>
13. IMS. Overview. Disponible sur : <http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.ec>
14. THEVENIN F. Marché annuel de la pharmacie 2004. Février 2005.
15. THEVENIN F. Automédication : les chiffres clés du marché 2005. Février 2006.

16. VOISIN P. Les chiffres clés du marché 2006. Situation de la France dans une Europe qui bouge. Février 2007.
17. VOISIN P. Les chiffres clés du marché 2007. Une dynamique confirmée. Février 2008.
18. VOISIN P, GAUBERT S. Les chiffres clés du marché 2008. Mars 2009.
19. VOISIN P. Le marché de l'automédication 2009. Mars 2010.
20. CODE DE SANTE PUBLIQUE. Décret n°2008-621 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments en accès direct. Disponible sur le site : <http://www.legifrance.fr>
21. AFFSAPS. Médicaments en libre accès. Disponible sur le site : [http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/(language)/fre-FR)
22. PRESCRIRE REDACTION. Médicaments en libre accès, faire les bons choix et privilégier le conseil. Prescrire. 2008. Vol 299.
23. AFFSAPS. Fiches d'aides à l'automédication. Disponible sur le site : <http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Affiches-Brochures-Carnets-patients>
24. AFFSAPS. Fiches d'aides à la dispensation. Disponible sur le site : <http://www.afssaps.fr/Afssaps-media/Publications/Affiches-Brochures-Carnets-patients>
25. AFIPA. Suivi de la mise en place du libre accès des médicaments d'OTC. Disponible sur le site : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/137-nos-actions/153-etudes-enquetes.aspx>
26. ORDRE DES PHARMACIENS. Le dossier pharmaceutique. Disponible sur le site : <http://www.ordre.pharmacien.fr/DP/>
27. ORDRE DES PHARMACIENS. Communiqué de presse du 19 mai 2010. Disponible sur le site : <http://www.ordre.pharmacien.fr/presse/index.htm>
28. VILLE DE LA ROCHE-SUR-YON. Dynamique d'ensemble de la population. Avril 2005. Disponible sur le site : <http://www.ville-larochesurion.fr>.
29. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale française 2010. Novembre 2010. Disponible sur le site : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
30. SIMON L. Le libre accès invisible. Le pharmacien de France. 2010. Vol 1219. p. 17
31. WILLIAMS KA et al. Non-prescription medicines and Australian community pharmacy interventions: rates and clinical significance. Sydney. 2011.

32. CRISTOFARI J-C. Marchés pharma : l'OTC en berne, le générique se cherche un nouvel élan. Mars 2011. Disponible sur le site : <http://www.pharmanalyses.fr>.
33. BOUVIER N et al. Risques iatrogènes de l'automédication chez la femme enceinte. La presse médicale. 2001. Vol 30. p. 37
34. KASSABI-BOROWIEC L. Facteurs et modalités de l'automédication. Lettre du pharmacologue. Avril 2002. Vol 16. p.61
35. ESCOURROU B et al. Automédication des enfants par les parents : un vrai risque ? La revue du praticien. Juin 2010. Vol 60. p. 27-33
36. LES ENJEUX DU QUOTIDIEN : LES FRANÇAIS ET INTERNET. Etude TNS sofres réalisée pour l'EPIQ. Février 2010. Disponible sur le site : <http://www.tns-sofres.com>
37. CAPITAL. La potion magique de Doctissimo.fr. Juillet 2008. Disponible sur le site : <http://www.capital.fr>.
38. LEMONDE. Bachelot envisage la vente de certains médicaments sur internet. Avril 2010. Disponible sur le site : <http://www.lemonde.fr>
39. POUZAUD F. Médicaments sur Internet. Le « non » l'emporte à l'unanimité. Moniteur des pharmacies. Juillet 2010. Vol 2838.
40. MEDSERVICES. L'expérience de NHS. Septembre 2002. Disponible sur le site : www.santeassistance.com
41. MONTMESSIN A. La médication officinale, alternative à l'automédication Th. D. Pharm. Lyon. 2002.
42. LETONTURIER D et al. Eduquer le patient à l'automédication ? Médecine. Vol 2. Mai 2006.
43. EMMERTON L et al. Pharmacists and Prescribing rights :Review of International Developments. School in Pharmacy. The University of Queensland. Australia. 2005.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de thèse,

Vu, le Directeur de l'UFR,

Nom – Prénoms : Grare – Thibaut, Didier

Titre de la thèse : L'automédication.

Enquête descriptive et comparative du comportement de personnes fréquentant une officine parisienne et une officine vendéenne.

Les rôles du pharmacien dans l'encadrement de cette pratique.

Résumé de la thèse : L'automédication se définit comme l'utilisation, par une personne malade, d'un médicament sans avis médical. Ce comportement est ancestral et universel. Il n'en est pas moins risqué. Une enquête observationnelle a été réalisée auprès de 50 personnes fréquentant une pharmacie d'officine à la Roche-sur-Yon (85) de janvier à mars 2010. Parmi elles, 92% déclaraient recourir à l'automédication au moins une fois par an. L'enquête a également permis de décrire les différentes modalités de recours à l'automédication. Elles y recourent pour la plupart lorsqu'elles jugent la pathologie bénigne (41,3% des citations) mais l'impossibilité de contacter un médecin traitant est une raison d'y recourir pour 11% des personnes interrogées. Internet est considéré comme source d'informations sur l'automédication par 23% des personnes interrogées. La réalisation de la même enquête dans une officine de Paris (75) a permis de mettre en lumière des différences de comportement et des tendances communes entre la population parisienne et celle de la Roche-sur-Yon. La clientèle de l'officine parisienne étant plus jeune, elle recourt à l'automédication à une fréquence plus faible. Que ce soit dans l'officine parisienne ou vendéenne, le libre accès n'est que très peu utilisé: plus de 60% des personnes interrogées n'y recourent jamais. Suite aux bouleversements successifs que connaît le système de santé français, une augmentation du recours à l'automédication est à craindre dans les prochaines années. Le pharmacien aura alors à charge de détecter les comportements dangereux, de les encadrer et, autant qu'il le peut, de transformer le désir d'automédication en médication officinale.

MOTS CLES : AUTOMEDICATION, MEDICATION OFFICINALE

JURY

Président : M. Jean-Michel ROBERT, Professeur de Chimie organique
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie clinique
Faculté de Pharmacie de Nantes
M. François SERIEYS, Pharmacien
17 Place Moustier 85170 Les Lucs sur Boulogne
