

L'automédication et ses limites¹

B. Glasson²

Université de Genève, Laboratoire du Métabolisme des Médicaments

En lisant la littérature consacrée au sujet qui m'est confié, j'ai pu vérifier ses limites imprécises et sa complexité. De plus, il semble que tout a été dit et redit dans ce domaine qui touche la politique de santé et cela par tous les échelons qui s'en préoccupent. Je n'ai, dès lors, nulle prétention de faire œuvre originale ou même inattendue. Je vous propose néanmoins une analyse succincte du sujet en trois chapitres. Le premier consacrera l'automédication comme un fait acquis. Le second examinera comment elle peut devenir abusive – ce qui m'amènera à en décrire les dangers. Enfin, je tenterai de dresser une liste non exhaustive des solutions pratiques à notre disposition pour en limiter l'extension.

1. L'automédication est un fait irréversible

Il y a belle lurette que la population ne partage plus la phrase connue du *Médecin malgré lui*: «Je ne veux point faire de mon corps une boutique d'apothicaire...» que prononçait la nourrice aux avances de Sganarelle! Nul n'est plus friand de médicaments que l'homme de notre époque. Les statistiques qui le prouvent foisonnent. Résumons-les. Je retiens celle que mon confrère Schnetzer citait l'autre jour à Bâle. Si l'automédication est bien cette réponse d'un individu à un symptôme jugé banal et ne justifiant pas la consultation d'un médecin, il y a 20,2 % des individus qui absorbent ainsi des antidouleurs, 25,4 % des laxatifs, 23,2 % des tranquillisants et 10,2 % des hypnotiques. C'est une estimation proche de celles de France qui se situent autour de 30 %. Une enquête faite sur une classe d'infirmières de Suisse romande par Schulz et ses collaborateurs prouve que 47 % d'entre elles auraient consommé au moins un médicament en automédication dans les deux semaines précédant l'enquête et 19 % plus d'un. L'intéressant travail du Service du professeur Abelin sur le «conseil en pharmacie» [8] recoupe et même enfle ces chiffres. 61,3 % des médicaments seraient distribués sur simple demande du client alors que 28,7 % seulement concerne la prescription médicale. Mieux, l'auteur détaille les conditions de cette autodélivrance. C'est ainsi qu'en pharmacie de campagne, elle n'est que de 49,1 % alors qu'en ville, elle atteint 72,6 %. Il est à même de dresser une liste des classes de médicaments délivrés de cette manière (et là aussi, nous retrouvons la pro-

L'automédication n'est pas sans problèmes et il y a des raisons pour en freiner l'extension. L'auteur discute la façon dont les différents partenaires du secteur sanitaire et le public seraient atteints par des restrictions correspondantes, et il est d'avis que ce serait pour le bien de tous.

portion des chiffres cités par Schnetzer). Les analgésiques viennent en tête (1459), puis ce sont les sédatifs de la toux (le tiers, soit 553), les laryngologiques (493), les laxatifs (365) et enfin les hypnotiques (327). Pourquoi cette faveur de l'automédication? Sans aller jusqu'à en faire l'éloge, il faut bien convenir qu'il est naturel d'agir soi-même avant d'avoir recours à d'autres moyens. On pourrait classer ainsi les trois ordres d'avantages. Tout d'abord éviter d'aller chez le médecin pour les raisons suivantes: l'existence d'un délai important avant d'obtenir un rendez-vous – le prix élevé de l'éventuel traitement –, les difficultés administratives pour l'obtention d'une feuille d'assurance-maladie. Ma connaissance sporadique de la clientèle me persuade de la fréquence de ces prétextes. Intervient ensuite l'analyse du symptôme par le malade. Comment peut-il en évaluer le seuil de gravité? Si la situation pathologique est jugée par lui en dessous du seuil qu'il juge anodin, il fera tout pour éviter la consultation. Il est évident que cette appréciation des symptômes varie selon le sexe, la personnalité ou le niveau socio-économique de l'individu.

Enfin, on peut invoquer les caractéristiques du médicament lui-même. Le client ne sait évidemment pas qu'il appartient aux listes C, D et E, mais il connaît la publicité qui lui est faite. Il en a une image d'efficacité et, hélas, d'innocuité. Il n'est pas loin de le considérer à l'égal du produit alimentaire. Et pourtant chez nous – oh, paradoxe! – va même jusqu'à dire notre confrère *Ducommun* – «le médicament est devenu un refuge, une espérance, une ultime solution à ses maux...» Il n'est peut-être même pas outrancier de prétendre que les automédicaments sont investis d'une dimension surnaturelle aux yeux de l'homme simple – comme un héritage de la magie ancestrale.

2. Quand et pourquoi l'automédication devient-elle abusive?

Mais cette autoconsommation, souvent chronique, peut entraîner à terme des risques importants. Quels sont-ils? Il se peut tout d'abord que, pour certaines substances, cela conduise à l'*accoutumance*. J'ai constaté, par exemple, qu'une cliente se procurait hebdomadairement et simultanément un stimulant, un

¹ Basé sur une conférence lors des Journées scientifiques de la Société Suisse de Médecine sociale et préventive, sur le thème «Le médicament dans le contexte sanitaire actuel», les 26 et 27 octobre 1979.

² Professeur Dr ès sc. et pharmacien, professeur de pharmacologie biochimique, Université de Genève, Laboratoire du Métabolisme des Médicaments, CH-1211 Genève 4.

sédatif et pour couronner le tout, bien entendu, un antinévralgique. Elle a bientôt échoué en clinique psychiatrique pour désintoxication. C'est un cas trop caractéristique qui, en sous-jacence, illustre tous les cas banaux et ignorés – que les pharmaciens sont à même de détecter. Les enquêtes helvétiques de Kielholz ne réclament aucun commentaire exhaustif!

Citons aussi les *intolérances* (certainement plus fréquentes) que certains médicaments provoquent sans que le patient s'en doute. Quand on songe à la vulgaire aspirine qui peut provoquer toux, dyspnée, nausées, rhinite vasomotrice associée à une rhinorrhée intermittente aqueuse et profuse pouvant prendre une allure asthmatiforme bronchique – sans parler des effets gastro-intestinaux bien connus. Les 80 ans de l'aspirine ont été très récemment l'occasion d'en rappeler les effets secondaires et les contre-indications [4]. Si nous voulons en approcher les causes biochimiques (et vous me permettez cet instantané sur mon domaine de recherche [3]), il suffit de rappeler le rôle des agents inducteurs micro-somiques qui modifient les biotransformations de telle ou telle substance étrangère à l'organisme. L'exemple de l'influence des traces d'insecticides sur le métabolisme du phénobarbital, par exemple, est révélateur à ce propos et souligne la nécessité de connaître les systèmes enzymatiques responsables lorsqu'ils agissent chez l'homme les problèmes de la régulation de la biosynthèse et ceux de la toxicité de son environnement.

Mais, sans aller jusqu'à scruter ces causes profondes de l'intolérance d'un médicament, absorbé sans diagnostic préalable, nous ne devons pas oublier le rôle des attitudes, voire des *comportements* des individus. Il est étonnant de constater qu'une perte de poids ou un essoufflement (lequel avant la consultation du médecin ne s'appelle pas encore dyspnée!) font l'objet d'un dédain thérapeutique dangereux. De même, l'état fébrile modéré pendant plusieurs jours ne semble pas affecter 34 % des gens alors que cette situation clinique devrait mener à une consultation. Il est vain de signaler ici que ces comportements aveugles vont retarder la thérapeutique nécessaire. Ce comportement aberrant ne peut-il pas finalement masquer une certaine faillite de la relation médecin-malade? Il vaut la peine d'y réfléchir et d'en tirer, pour les intéressés, quelques conclusions sur leur propre comportement.

3. Les solutions possibles pour en freiner l'extension

Tout ce que je viens d'esquisser est matière connue de chacun de vous. Tout ce qui est écrit reste malheureusement lettre morte. Et nous assistons passivement à une médicalisation du public, proportionnelle au développement de l'industrie pharmaceutique. Ce qui signifie que nous sommes tous, à des degrés divers, concernés par ce problème. Et tous, nous devons agir dans le secteur qui nous est propre. Voyons brièvement comment, en suivant la filière classique de la genèse du médicament jusqu'à sa délivrance. Ce même exercice vient d'être réalisé par le professeur Pierre

Simon sur ordre du ministre de la Santé française. Nos confrères allemands semblent, eux aussi, très préoccupés par cet aspect de la politique de santé [1].

L'industrie pharmaceutique tout d'abord. Je serais bien le dernier à lui reprocher son développement et sa politique intensive de recherche de nouveaux médicaments. Pour autant qu'il s'agisse de produits originaux, signifiant un progrès thérapeutique. Il est indéniable qu'une certaine industrie ne s'emploie par contre qu'à encombrer le marché de pseudo-innovations. Lors de notre récente réunion semestrielle d'experts chargés d'étudier les nouveaux médicaments à rembourser par les caisses-maladie, nous en avons 30 à examiner dont les deux tiers n'étaient qu'imitations... Mais je pense qu'il est essentiel d'en restreindre la publicité et surtout de revoir la substance des prospectus, beaucoup trop orientés vers une extension abusive des indications thérapeutiques. L'acheteur n'a que trop tendance à les interpréter et à s'en servir comme miroir de ses propres maux. Donc une information aussi précise que possible pour le corps médical mais une extrême prudence pour tout ce qui peut toucher le grand public. Est-ce une recommandation utopique? Je ne le pense pas, connaissant le souci de la hiérarchie industrielle de posséder une image de marque correspondant à ses responsabilités.

Que peuvent faire les pouvoirs publics? Leur rôle est fondamental puisqu'ils imposent leurs décisions tant sur la mise sur le marché, sur les règles de vente et sur l'information. Tout laxisme de leur part serait inconvenant. Il me paraît que la politique qui tend à soustraire le plus de spécialités possible à la prescription médicale va dans ce sens. Sans tomber dans l'excès de l'imposer – par exemple sur pression de la presse – pour les oxycholinolines, il est raisonnable, vu la situation décrite dans cet exposé, d'honorer davantage les deux premières lettres de l'alphabet plutôt que celles qui les suivent. Si j'en crois le résultat d'une récente table ronde à la Télévision romande, est-il déraisonnable de suggérer une loi fédérale dans ce domaine pour éviter les désordres de certains cantons? Encore faut-il espérer que la raisonnable – c'est-à-dire toutes les bonnes paroles prononcées à cette session – préside à son élaboration?

Les médecins ont tout à y gagner. Ils tiennent à leur liberté de prescription mais elle n'est défendable que s'ils prennent soin d'être bien informés, y compris sur le plan économique. Or, j'aurais sur ce point précis bien des choses à dire concernant cette formation de nos futurs médecins. Le cours de prescription (non seulement magistrale mais des spécialités) est de plus en plus humilié dans nos universités. Il faut reconnaître que nos étudiants ne reçoivent aucune formation valable dans ce domaine pharmaco-économique: il n'y a qu'à jeter un œil sur les ordonnances qu'ils rédigent. Mais ce sujet sort des préoccupations immédiates de cette réunion. Il n'en demeure pas moins qu'une meilleure disponibilité du corps médical vis-à-vis de sa clientèle, qu'un sens plus aigu de ses responsabilités prescriptives sont susceptibles d'endiguer l'extension

de l'automédication transitoire, voire même de stopper l'automédication chronique. Il doit s'informer si son patient n'a pas consulté un confrère qui lui aurait prescrit tel autre médicament. D'où les fatales interactions! Que les médecins n'oublient pas que, finalement, cette distribution anonyme des médicaments vide leur salle d'attente. C'est le moment pour eux d'y songer alors que la pléthore des médecins pointe à l'horizon... Ils s'honorent en conjuguant leurs efforts à ceux des autres partenaires – comme le prouve cette assemblée au sommet.

Le partenaire, peut-être le plus intéressé, est probablement le *pharmacien*. Il est l'interlocuteur privilégié pour le public. Sa responsabilité est considérable. Il doit – et on le lui répète assez – exercer pleinement son double rôle de frein à la consommation et de triage. Encore faut-il que sa formation lui permette cette fonction. Comment peut-il évaluer un symptôme sans avoir une idée des désordres cliniques? Ses recommandations – les siennes et non celles de son personnel subalterne – permettent de dépister tout abus, de l'éviter et d'orienter son client vers la seule solution valable, celle de consulter le médecin. Son devoir est de ne jamais considérer comme banale toute demande de médicament, serait-ce le plus anodin en apparence. S'il veut mériter son titre de «conseiller en santé publique», temps et argent ne doivent pas compter pour lui. La rigueur est obligatoire s'il veut valoriser l'image du médicament. Le public est en général prêt à le suivre – donc cela sert sa propre image.

Qu'en est-il du *consommateur* lui-même? Les avertissements que tous ceux que nous venons d'énumérer peuvent et doivent lui donner, risquent de glisser comme eau sur un ventre de canard! Il appartient essentiellement aux responsables de la santé publique de conseiller – voir d'imposer – des mesures pratiques qui aboutissent à diminuer chez les consommateurs, la tentation de l'automédication. Assurer leur santé sans qu'ils s'en rendent compte – pourrait-on dire! Je crois valable, par exemple, la campagne assez récente et qu'il importe de renouveler périodiquement, du *contrôle des pharmacies de ménage*. La constitution d'un stock de médicaments toujours disponibles dans la pharmacie familiale facilite l'autodiagnostic. Elle présente le danger d'une prise de médicaments sans prescription qui incite le malade (ou pseudo-tel) à manipuler les doses, les posologies et les durées de traitement en dépit et en dehors des avis médicaux. Il n'est en effet pas certain que les médicaments choisis minimisent les symptômes ou raccourcissent leur durée. C'est alors que l'automédication est vraiment abusive!

Il y a une autre influence qui peut conduire le public sur la voie «d'un traitement utilisé sélectivement, pour des conditions bénignes, le moins souvent possible et en connaissance des effets indésirables des substances choisies» (c'est-à-dire vers l'automédication raisonnable); cette influence est celle du *personnel paramédical*, des infirmières souvent consultées par le public, qui devraient recevoir un enseignement ad hoc sur les

risques des traitements utilisés en automédication – enseignement qui pourrait comprendre également les traitements marginaux comme les extraits végétaux et autres faveurs actuelles de la population.

Enfin, nous devons tous nous employer à lutter contre la *médicalisation de l'existence*. Le concept de santé et de bien-être dans les sociétés occidentales est développé au point que tout symptôme, même mineur, appelle un soulagement immédiat. La consommation d'un médicament, même s'il n'a que l'efficacité d'un placebo, est devenue une nécessité. Il arrive que nous parvenions à combattre par une simple conversation autour de nous cette médicalisation, conversation qui souvent se révèle aussi efficace que de vastes campagnes risquant, malgré les sommes investies, de laisser l'individu lui-même non concerné.

En conclusion, réaffirmons qu'il n'est pas facile de tolérer l'automédication raisonnable tout en empêchant l'automédication abusive. Chacun de nous a conscience du problème et de ses limites d'action mais a de la peine à cerner les moyens pratiques d'y parvenir. Commençons par conjuguer nos efforts entre médecins et pharmaciens, non seulement sur le plan local (ce qui est relativement facile) mais dans le cadre de nos associations faitières (où les progrès me paraissent indispensables et déterminants). Il ne sert à rien d'œuvrer séparément. Tout esprit de fanatisme professionnel est à bannir. Le retard à combler, constaté dans la table ronde, est à ce prix.

J'ai eu l'avantage aujourd'hui d'y réfléchir à haute voix devant vous. J'en conclus – comme tant d'autres – que l'écart entre l'efficacité voulue et l'utopie tentatrice est bien restreint. Puisse se dégager de notre réunion quelques moyens valables, inspirés par notre expérience respective dans ce domaine!

Résumé

Il faut bien constater que l'automédication est un phénomène irréversible. Il n'est pas difficile d'en déceler les causes mais plus ardu d'en démontrer les dangers surtout lorsqu'elle devient abusive. Cet exposé tente de cerner les moyens pratiques à déployer par toutes les instances concernées pour en stopper l'extension.

Zusammenfassung

Die Selbstverabreichung von Arzneien und ihre Grenzen

Die Selbstverabreichung von Arzneien ist ein irreversibler Vorgang. Es ist nicht schwer, die Ursachen dieser Entwicklung aufzuzeigen, aber recht schwierig, die Gefahren, die damit verbunden sind, zu erkennen – vor allem wenn die Selbstverabreichung missbräuchlich wird. In diesem Artikel wird versucht, praktische Mittel vorzuschlagen, mittels derer die verantwortlichen Stellen die Ausbreitung bremsen können.

Summary

Automedication and its Limits

It is necessary to state automedication is an irreversible phenomenon. It is not difficult to show the causes of this but more arduous to demonstrate the dangers involved when it becomes abusive. This report attempts to encompass the practical means of stopping the spread of this phenomenon in all affected instances.

Literatur

- [1] Ahlgrim E. D., Probleme der Selbstmedikation und die Beraterfunktion des Apothekers, *Pharmaz. Zeitschr.* 43, 1975 (1978).

- [2] *Ducommun F. E.*, Quand un pharmacien s'interroge. Editions de la Louve, Lausanne, 1978.
- [3] *Glasson B.*, Nouveaux problèmes de toxicologie: l'aspect métabolique des médicaments et des pesticides. Exposé présenté au V° Corso nazionale di Cultura ed Aggiornamento in Tossicologia. Université de Pavie, 1971.
- [4] *Hess P.*, L'aspirine a 80 ans: pharmacologie, mode d'action et perspectives nouvelles. *Médecine et Hygiène* 1343, 1678 (1979).
- [5] *Schnetzer F.*, Offizinapotheke und Sicherheit in der Selbstmedikation. Exposé présenté à Ipharmex, Bâle, 1979.
- [6] *Schulz P., Dayer P., Venulet J.*, Enquête sur l'automédication auprès d'un collectif d'élèves infirmières, *Revue suisse des infirmières* 10, 2 (1976).
- [7] *Simon P.*, Pour un meilleur usage des médicaments: constats et recommandations, *Médecine et Hygiène* 1336, 2145 (1979).
- [8] *Tobler B.*, Medikamentenabgabe und Beratungsnachfrage in der Apotheke. Thèse de l'Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, Berne 1979.

Spezifikum für Verbrennungen
ersten, zweiten und dritten Grades,
torpide Wunden,
Krampfadergeschwüre.

Acerbine®

mindestens zweimal täglich auf die Haut beziehungsweise die verletzten Stellen auftragen, leicht einmassieren oder zerstäuben. Bei Verbrennungen oder Krampfadern empfiehlt es sich, eine in Acerbine getauchte Gazekompressen aufzulegen.

Acerbine besitzt einen klar ersichtlichen Vorteil:
Seine vorzügliche Wirkung erstreckt sich über alle Phasen einer Verletzung (Wundreinigung, Antisepsis, Vernarbung).

Schon in sehr schwacher Lösung verhindert Acerbine das Wachsen der Dermophyten.
Acerbine ist gleichzeitig ein Stabilisierungs- und Desinfektionsmittel der Haut.
Acerbine schützt gegen Infektionen.
Acerbine ist nicht toxisch und verursacht keine hautschädigenden Reaktionen.

Literatur zur Verfügung

Laboratoire
ACBEL S.A. Genève

Flaschen zu 57 ml, 250 ml und 1 l.
Sprühdose zu 80 ml.
Heilsalbe-Tube zu 20 g und 120 g.
Schachteln zu 5 durchtränkten Kompressen.

In der Schweiz: Laboratoire LUCCHINI S.A., Genève