

Us et abus de médicaments: le potentiel et les limites de l'éducation, de l'information et de la réglementation¹

J. Martin²

1. Le médicament aujourd'hui

Le médicament, efficace ou non, a sans doute occupé de tout temps et dans toutes les sociétés une place très importante dans ce qui ne s'appelait pas encore le «système de santé». Avec les autres composantes de ce système, il a vu son importance croître beaucoup au cours des dernières décennies, notamment parce que le nombre de produits actifs et largement disponibles est devenu bien plus grand. Aussi parce que les conséquences économiques de l'évolution récente font que les éléments médico-sanitaires occupent une place de plus en plus grande dans le budget des ménages et des collectivités (moins de 3 % du produit national brut en Suisse en 1950, 7 % à 8 % actuellement, 10 % d'ici dix à quinze ans probablement). En 1975, selon des estimations bien informées, les dépenses de santé pour l'ensemble de la Suisse étaient de l'ordre de 10 milliards de francs, et les 13,4 % de cette somme étaient consacrés aux médicaments (par ailleurs, comme pour les autres éléments du secteur sanitaire, on peut relever que les médicaments ne sont pas à considérer seulement sous l'angle des dépenses mais que ce domaine fournit un certain nombre d'emplois – on sait quelle place l'industrie pharmaceutique occupe dans l'économie intérieure et surtout extérieure de notre pays).

2. Usages désirés et non désirés des médicaments

Les médicaments ont leurs caractères désirés et ceux qui le sont moins. Il est admis ainsi que tout produit actif, dans un sens thérapeutique désiré par le médecin, a aussi d'autres effets pharmacologiques, plus ou moins ennuyeux (et que l'on est amené à admettre dans une mesure variable selon que le bénéfice thérapeutique escompté est essentiel, voire vital, ou qu'il l'est moins). Ce qui est vrai des *effets* (sur un individu) d'un médicament l'est aussi des *usages* faits de ce médicament par l'individu, certains groupes, ou la société. Et, de la même façon que beaucoup d'efforts sont entrepris par l'industrie et le corps médical pour dépister, circonscrire, diminuer, si possible éliminer les effets secondaires non désirés des substances utilisées en thérapeutique, il apparaît très important d'en faire autant pour détecter, circonscrire et si possible éliminer leurs usages indésirables. Il y a là toute une problématique du *bon usage du médicament* (qui fait partie de celle

La problématique du bon et du mauvais usage des médicaments est clairement multifactorielle et les divers secteurs concernés doivent chacun faire leur part. Ce travail discute les contributions potentielles de trois modes d'action.

plus vaste du «bon usage des services de santé», à laquelle s'attache entre autres choses l'éducation pour la santé).

Des exemples de mauvais usage de médicaments qui viennent à l'esprit sont:

- la consommation de routine de produits à base de phénacétine, qui était admise dans certaines industries (tablettes à disposition gratuitement) et provoque des insuffisances rénales graves;
- l'explosion dans le cours d'une décennie environ de la consommation de tranquillisants (aux Etats-Unis par exemple, l'augmentation a été de l'ordre de 20 fois, ce qu'on ne parvient guère à expliquer par une croissance correspondante des besoins médicalement justifiés...);
- près de nous aussi, la découverte par toute une jeunesse avide d'expériences et de sensations nouvelles, en rapport avec une quête philosophique ou pas, du fait que de nombreux médicaments offraient des possibilités analogues à celles des drogues de s'offrir des «voyages». D'abord au cours de huit ans de travail outre-mer, j'ai été frappé personnellement de réaliser l'étendue de ce problème. Je me souviens en particulier de ma vive surprise, alors que je travaillais dans un hôpital de la forêt amazonienne, de voir un sympathique hippie de passage me demander si nous avions dans notre pharmacie tel antitussif (suisse) connu et largement utilisé. Ce n'est que plus tard, après lui en avoir remis un emballage sans aucune arrière-pensée, que j'ai appris que ce produit était recherché en cas de pénurie d'autres drogues susceptibles d'amener un «high» ou un «trip»³;

³ Sans vouloir engager une polémique, je peux aussi noter que, ému par cette expérience et ayant eu confirmation que le produit était très utilisé à ces fins non thérapeutiques, en Amérique et ailleurs, j'avais à mon retour au pays écrit une lettre circonstanciée à la firme concernée. Je posais notamment la question de savoir si les avantages possibles de ce médicament sur d'autres à même indication justifiaient qu'il soit maintenu aussi largement sur le marché, alors que sont connus les abus auxquels il donne lieu. J'ai reçu une réponse courtoise (ce produit était et est toujours en liste C, c'est-à-dire qu'il peut être obtenu librement sans ordonnance en pharmacie).

¹ Basé sur une conférence donnée 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 Médecin cantonal adjoint, Service de la santé publique, CH-1001 Lausanne.

– la liste peut facilement être allongée. Les informations obtenues de ceux qui se préoccupent de drogue et de toxicomanie en Suisse indiquent que, en plus des drogues illégales et des stupéfiants classiques, les produits très «appréciés» et utilisés sont les amphétamines, les somnifères (ceux à base de méthaqualone et les barbituriques), en plus des tranquillisants et autres psychotropes déjà mentionnés (ainsi que, comme dans l'exemple ci-dessus, des antiasthmatiques, antitussifs, etc.).

Il y a à cet égard dans nos sociétés un problème chronique actuellement sur lequel, pour des raisons mal élucidées, viennent parfois se greffer des «vagues», des «modes» plus ou moins passagères de consommation abusive d'un produit particulier. Cela a été le cas au printemps 1979 dans notre région pour un analgésique que des jeunes, entre autres en milieu scolaire, se sont mis à consommer par emballages entiers (voir plus bas).

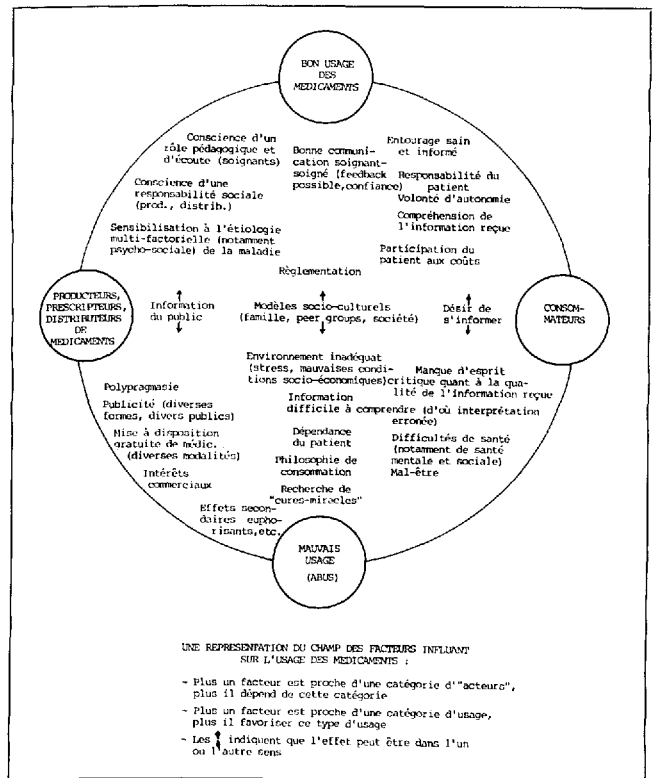
3. Abus de médicaments: des causes diverses

Rappelons quelles causes peuvent être à l'origine de la consommation de médicaments dans des buts qui ne sont pas ceux normalement désirés (nous parlons ici de médicaments «ordinaires» et pas de stupéfiants classiques ou d'autres produits engendrant une dépendance au sens strict):

- continuation d'une habitude alors même que l'indication (de nature médicale) à la prise de médicaments n'existe plus. Ayant à l'époque observé que l'on était mieux en ayant pris tel produit, on tend à vouloir assurer son bien-être en continuant à le prendre. C'est le cas par exemple d'antalgiques;
- recherche des effets physiologiques/pharmacologiques du médicament, sans besoin médical: exemple surtout des amphétamines (dynamisme, vigueur, etc.), des tranquillisants, d'autres médicaments (antalgiques) ayant un effet secondaire euphorisant. C'est probablement la raison la plus fréquente d'abus;
- «dépendance» psychologique (sujet controversé, que l'auteur de ces lignes ne se sent pas compétent pour traiter);
- pression «à faire comme les autres», notamment comme ses pairs (*peer group pressure* des Anglo-Saxons): les études psychosociologiques ont montré l'importance, en particulier parmi les jeunes, des modèles de comportement que l'individu trouve parmi ses camarades ou chez d'autres personnes ou groupes dits de référence. Ce mécanisme joue un rôle marqué dans le début de pratiques comme le tabagisme, l'alcoolisme, l'usage des drogues et la prise non justifiée de médicaments. Il est certain que si, dans la situation récente décrite plus loin, la prise de l'analgésique en question a pu prendre parfois l'allure d'une «activité de classe» (tous les élèves ou presque en ingérant en même temps), cela est dû à ce facteur;
- enfin, l'ennui, l'absence d'intérêt vis-à-vis des possibilités coutumières d'emploi de son temps, notam-

ment de ses loisirs. Selon des spécialistes des questions de drogue, un aspect «embarrassant» et inquiétant chez beaucoup de jeunes s'adonnant à de tels abus actuellement est le fait que leur motivation principale est de n'en avoir aucune!... Auparavant, on pouvait souvent relever une aspiration philosophique, une recherche (en soi positive) de modèles de vie autres. Mais, de plus en plus fréquemment, semble-t-il, et notamment à propos de consommation abusive de médicaments, on s'y livre sans autre raison que «ça ou autre chose, quelle différence est-ce que cela fait?» Il y a là un problème social, existentiel, qui préoccupe beaucoup les spécialistes [1, 20].

La fig. 1 est une tentative de présentation synthétique des multiples facteurs (certains dépendant surtout des «fournisseurs», d'autres des «consommateurs») qui peuvent jouer un rôle dans l'usage adéquat ou inadéquat de médicaments.



4. Voies et moyens d'action en vue d'un meilleur usage des médicaments

La tâche qui nous a été proposée par les organisateurs de ces Journées est de discuter dans les grandes lignes ce qu'on peut attendre, dans la lutte contre l'abus des médicaments, de l'information, de l'éducation et de la réglementation (nous ne toucherons ce dernier aspect que brièvement). Que faut-il entendre sous ces termes: a) *L'information* concerne (selon le dictionnaire Robert) les «renseignements ou événements qu'on porte à la connaissance d'une personne, d'un public». Elle a donc pour but de *transmettre* certains messages dont on souhaite qu'un individu, un groupe, une nation, aient connaissance. Ce but ne comprend en conséquence pas comme élément attendu une modifi-

cation d'attitudes ou de comportements parmi les «receveurs». Il est clair cependant que la possibilité n'est pas exclue que l'information favorise, provoque un tel changement¹. Mais cela n'est pas le but premier (à propos d'information dans le monde actuel, voir [21]).

Dans le même ordre d'idées, dans un processus d'information «strict», l'informateur (l'émetteur), même s'il imagine que son message peut entraîner une modification pratique, *ne préjuge pas du sens* (de l'orientation) qu'elle prendrait. A l'opposé, on rappellera ci-dessous que l'objet de l'éducation est d'amener un changement, et cela dans un sens déterminé à l'avance.

b) L'éducation (toujours selon Robert) est la «mise en œuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain». Et le but de l'éducation sanitaire, qui nous concerne ici, est la mise en œuvre des moyens propres à promouvoir des attitudes et des comportements favorables à la santé. Cela en rapport, entre autres, avec la consommation de diverses substances (dont les médicaments), la façon de se nourrir, le fait de se maintenir en bonne forme physique, les relations que l'on a avec son entourage personnel et professionnel, la façon dont on se comporte au volant d'un véhicule, etc.

c) La réglementation est une modalité bien différente des deux précédentes, puisqu'elle implique l'établissement de règles, d'obligations qui déterminent de quelle façon peuvent être produits, commercialisés, accomplis, utilisés, des biens ou des services. Dans le domaine des médicaments, il s'agit en particulier de prescriptions concernant:

- l'appareil et, dans une certaine mesure, les méthodes de production,
- les exigences auxquelles des substances nouvelles doivent satisfaire pour être mises sur le marché (preuves de leur efficacité et de leur innocuité – relative, cf. *supra*),
- la vente de ces médicaments (notamment chez nous la question des listes A, B, C, D et E),
- la publicité admissible.

5. L'information

Même si elle n'en est bien souvent pas dénuée, on peut dire que l'information est, parmi les trois domaines envisagés, celui qui est le moins chargé de jugements de valeur, celui qui oriente ou qui censure le moins. C'est de là en fait que découlent certaines de ses limites:

– un problème sérieux est celui de la trop grande quantité d'information disponible et, par suite, celui de la sélection des données transmises. De plus en plus, en effet, nous sommes soumis à un flux ininterrompu d'informations de natures et de provenances diverses (un véritable bombardement), qui dépasse nos capacités

d'absorption («information overload»). Souvent donc, il y a trop de messages à disposition pour que le destinataire puisse en faire un usage utile. Dans le domaine du médicament, c'est vrai déjà pour les prescripteurs (médecins) et cela l'est à fortiori pour les consommateurs/patients [9, 12, 17]. A tel point qu'on ne peut placer que des espoirs limités dans l'information vis-à-vis du public, à cause de la somme des connaissances préalables nécessaires pour comprendre suffisamment les données fournies;

– dans ces conditions de surcharge de données, l'individu auquel on voudrait (néanmoins) transmettre une information relativement complète sur des médicaments ferait forcément une sélection, dont on ne pourrait contrôler qu'elle est judicieuse. Le risque est (cela se passe aussi en éducation, d'ailleurs) que soient choisis plus ou moins exclusivement les messages qui plaisent, qui arrangent, à l'exclusion des autres. En pratique, cela n'est pas forcément le choix approprié;

– typiquement, la simple information n'inclut pas de possibilité de *feedback* (information en retour, à l'intention de l'émetteur) et c'est une lacune grave quant à l'impact potentiel que l'on peut espérer (voir ci-dessous et [21]). Le receveur de l'information reste donc généralement passif;

– on n'a habituellement pas de contrôle des effets de ce qui est transmis (évaluation); il faut relever cependant qu'il y a souvent aussi absence d'évaluation dans des programmes d'éducation;

– pas rarement enfin, l'information cède à la tentation du «sensationnel», de parler de ce qui frappe plutôt que de ce qui est utile.

Ce qui précède ne signifie pas que l'information ne peut jouer un rôle valable, en particulier par l'intermédiaire de professionnels de la santé (qui peuvent l'inclure dans un processus éducatif). Mais, en elle-même, elle est certainement insuffisante: on ne sait pas, parmi les messages dont ils sont «arrosés», ce que les gens retiennent et comment ils utilisent ce qu'ils retiennent.

6. L'éducation (pour la santé)

Ses caractéristiques majeures incluent les éléments suivants (voir [10]):

– elle est un ensemble de mesures visant à l'adoption par l'individu ou le groupe d'attitudes et de comportements favorables à une santé optimale;

– elle est par conséquent orientée, elle a des objectifs déterminés (qui peuvent être plus ou moins précis); elle implique un choix délibéré des messages qui doivent amener le comportement souhaité. Ainsi, l'important rapport d'une Commission officielle canadienne dit: «l'éducation sur les drogues (dans un sens large, à savoir y compris les médicaments) englobe plus qu'une simple transmission d'information: elle comprend la sélection des données, le système, le but et la perspective des programmes d'éducation» [18];

– elle comporte une possibilité de *feedback* (rétroinformation ou rétroaction), de réagir à l'information reçue, de la discuter, le cas échéant de manifester son désaccord et de recevoir des réponses. La recherche en

¹ Pensons par exemple aux informations que nous recevons sur des situations d'urgence, dans notre pays ou ailleurs, telles une catastrophe naturelle, les conditions que connaissent des milliers de réfugiés, et qui, heureusement, déclenchent des actes de soutien.

sciences de la communication a montré que, quand cette condition est remplie, l'adoption de nouvelles attitudes (ou comportements) sera plus aisée, mieux acceptée, et se maintiendra mieux. Le receveur de l'information doit donc jouer un rôle actif;

– découlant notamment des éléments ci-dessus, l'éducation pour la santé nécessite un *contact interpersonnel* (un à un ou en petit groupe), spécialement pour rendre possible les échanges impliqués par le feedback.

Quant aux limites de l'éducation, elles sont en rapport avec:

– le besoin d'investissement en ressources humaines et matérielles (choix des informations à transmettre, élaboration approfondie des messages, besoin d'éducateurs en nombre suffisant pour permettre le contact personnel, etc.),

– la formation des éducateurs, qui doivent posséder les compétences pédagogiques voulues et la capacité de réagir adéquatement aux circonstances (questions, critiques, etc.),

– l'éducation devrait être un effort de longue haleine, elle ne peut guère réussir sous forme d'actions ponctuelles isolées.

7. Les «agents» de l'éducation pour la santé

Dans les pays anglo-saxons spécialement, ainsi que dans les régions qu'ils ont influencées, ce domaine a vu l'apparition de professionnels spécialisés, habituellement de niveau universitaire, les éducateurs sanitaires (health educators). Bien qu'il existe certains souhaits dans ce sens, tel n'est généralement pas le cas pour l'instant en Europe continentale. Dans plusieurs pays, on tend plutôt à y renoncer et à insister pour que l'éducation à la santé soit mieux enseignée et pratiquée parmi les tâches des professions médico-sanitaires traditionnelles [14]; cela n'exclut pas d'ailleurs la désirabilité au niveau d'un pays de disposer des services de quelques éducateurs sanitaires professionnels, pour des tâches d'enseignement, de programmation et d'évaluation. Dans tous les cas, il faudrait que s'engagent plus régulièrement et plus dynamiquement dans cette éducation, *après y avoir été formés*:

– les médecins (de cabinet et hospitaliers) et leurs collaborateurs/trices (y compris les infirmières de santé publique tout spécialement),

– les pharmaciens (et leurs collaborateurs, ainsi que les droguistes) qui ont sûrement un rôle d'importance à jouer, s'ils veulent bien s'y attacher [8, 22, 24],

– les autres travailleurs du domaine médico-social,

– les enseignants (voir ci-dessous),

– les parents et l'entourage (compte tenu de limites évoquées plus haut en parlant d'information).

8. A propos de la réglementation

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, dont les caractéristiques sont assez claires, mais voulons relever qu'il s'agit d'un moyen à double tranchant. En effet, on pourrait penser que, afin de diminuer les problèmes associés au mauvais usage de médicaments, il suffit

de promulguer des directives suffisamment restrictives et rigides (cela est relativement souvent dit et écrit). Mais cela irait à l'encontre de ce que nous voyons comme un objectif majeur dans le contexte sanitaire actuel, dans une perspective de médecine sociale et préventive: la *responsabilisation du patient et du public en général vis-à-vis de la santé*, y compris une certaine autonomisation par rapport au système sanitaire [13, 15, 23]. Cela doit aussi valoir, sans doute, en ce qui concerne le médicament. Compte tenu de la situation que nous connaissons (problèmes économiques, «médicalisation» jugée excessive de divers aspects de notre vie), il n'est pas souhaitable que l'individu ne puisse plus (avec l'avis, le cas échéant, du pharmacien et d'autres) décider de son propre chef d'une certaine automédication, pour un rhume, une toux de quelques jours, un état fébrile bénin, un épisode de constipation, etc. On irait à fin contraire en rendant indispensables dans tous ces cas une consultation et une ordonnance médicales.

La question de la mise en liste B (prescription nécessaire) de certains médicaments d'usage courant a été soulevée à nouveau chez nous lors de la vague d'abus de médicaments décrite plus bas. Pour notre part, et tout en étant certainement favorable à un contrôle suffisant de la dispensation des médicaments, nous avons le sentiment que les vrais problèmes et les solutions éventuelles sont dans une notable mesure ailleurs.

9. Une situation récente dans le canton de Vaud – Vague d'abus d'un médicament spécifique parmi les jeunes

Vers mai 1979, diverses informations parvenaient, de la part d'enseignants et de personnes s'occupant de toxicomanes, au Service de la santé publique du canton de Vaud et au Groupe de travail interdépartemental «Drogue dans les écoles». Elles indiquaient l'apparition récente et, semble-t-il, rapide d'une vague d'abus d'un médicament particulier, antalgique connu à base de propyphénazone, d'un barbiturique et de caféine (produit de liste C). Cette mode préoccupante semblait toucher surtout la région lausannoise, quoique quelques rapports dans le même sens nous soient parvenues d'autres régions du canton (sur la situation dans d'autres pays voisins, voir [5, 7]).

Cette consommation abusive était parfois impressionnante (ingestion de 10 à 20 comprimés avant de partir à l'école) et prenait même la forme d'une «activité de classe» (chaque élève ou presque avalant son tube à la récréation... – il est arrivé qu'on doive renvoyer une classe à la maison, la majorité de ses membres n'étant plus en mesure de suivre utilement la leçon). Il y avait manifestement un côté «mode» (anglais *fad*) au phénomène, dont on pouvait se demander combien de temps il durerait.

Cette situation posait la question des moyens à disposition et de l'opportunité de leur mise en œuvre. On pouvait envisager:

– communiqué à la presse (d'information et d'avertissement, mais qui évite d'être alarmiste): l'idée fut

discutée à plusieurs reprises. Elle fut finalement laissée de côté, en particulier parce qu'on arrivait à la porte des vacances (aussi à cause des limites de la simple information à grande échelle – voir ci-dessus – problème du choix des indications à diffuser, risque d'être mal compris, interprétation sensationnaliste possible);

- organisation de réunions avec les classes touchées et/ou les parents des élèves (là aussi, la proximité des vacances ne permettait guère de le faire de façon satisfaisante);
- action auprès des pharmaciens: après une rencontre avec des responsables de l'association professionnelle, le Service de la santé publique adressait une circulaire à tous les pharmaciens du canton, leur demandant d'être particulièrement attentifs à la vente du médicament en question et d'autres similaires et de garder à l'esprit leur responsabilité pédagogique et sociale à cet égard;
- action auprès d'autres groupes directement concernés: il fut décidé d'organiser à la rentrée scolaire une réunion où furent convoqués des responsables scolaires, les médiateurs-drogue [3, 11] et les médecins scolaires. Cette rencontre (30 août 1979), à laquelle participèrent les deux conseillers d'Etat responsables de l'instruction publique et de la santé publique (ce qui souligna de façon utile l'importance accordée au problème), vit plusieurs exposés sur la situation et permit une large discussion.

Dans le courant de l'automne, l'impression a été que la «vague» s'est quelque peu calmée, sans qu'on puisse prédire l'évolution ultérieure. Sur le plan pratique, les mesures prévues à court et moyen terme sont:

- «monitorage» continu de la situation (notamment par les médiateurs-drogue),
- poursuite de l'action auprès des pharmaciens (en particulier, dénonciation de ceux qui se montrent «permissifs» dans leurs ventes – cela ne s'applique en fait guère actuellement au produit principalement incriminé puisqu'il est en liste C),
- étude de la possibilité, dans des cas comme celui-ci, de mettre certains médicaments sous ordonnance
 - a) à titre temporaire
 - b) pour la vente aux mineurs
- information des enseignants par le canal du *Bulletin du Département de l'instruction publique*, que tous reçoivent (divers articles),
- inclusion de la question abus de médicaments/drogue au programme des prochaines rencontres des enseignants avec les parents d'élèves (avec accent spécial sur les classes à haut risque),
- élaboration de fiches techniques «Réunion de parents – information drogue» dans ce but,
- coordination et collaboration permanentes avec les instances de prise en charge de la toxicomanie (Centre du Levant surtout) et les médecins et infirmières scolaires.

Nous sommes conscients que ce programme n'a rien de bien extraordinaire et accueillerions volontiers toutes critiques et suggestions complémentaires à son égard.

Par ailleurs, l'expérience dira quels résultats peuvent être obtenus de cette façon et nous orientera peut-être vers d'autres actions. Nous chercherons aussi à tirer parti des travaux faits à l'étranger [4, 6, 16, 25].

Enfin, il convient de signaler que le Conseil d'Etat vaudois a été saisi au début de 1979 d'une motion demandant l'introduction de l'éducation pour la santé à l'école, à laquelle une réponse (tout à fait constructive, selon les informations dont nous disposons) sera donnée prochainement. Les mesures qu'elle proposera pourraient être un utile adjuvant en ce qui concerne le problème des abus de médicaments [2].

10. En guise de conclusion

Dans leur rapport au Ministre français de la Santé sur le gaspillage des médicaments, les trois experts mandatés mettent «en cause clairement le comportement des cinq partenaires directement concernés par le médicament: l'industrie pharmaceutique, les pouvoirs publics, les médecins, les pharmaciens et, au bout de la chaîne, les malades. Les responsabilités du gaspillage sont incontestablement partagées par ces cinq groupes... Les reproches qui sont adressés à l'industrie pharmaceutique concernent particulièrement le nombre des médicaments et la publicité qui exerce une pression excessive sur les prescripteurs» (citation de *Médecine et Hygiène* [19]).

Ce qui est dit ci-dessus du gaspillage des médicaments s'applique aussi bien à leur abus. Comme toujours en santé publique, il faut penser multidisciplinaire et multisectoriel, et il faut agir multidisciplinaire et multisectoriel (*fig. 1 et 2*). Au vu des rôles respectifs des différents groupes dans la genèse du problème et de leurs moyens d'action (action qui peut être une certaine retenue, s'agissant de publicité par exemple), chacun doit apporter sa contribution.

En ce qui concerne les possibilités que nous avons évoquées, il y a sans doute une place pour la réglementation (comme cela est déjà le cas), mais nous n'en attendons pas beaucoup de bénéfices supplémentaires dans la mesure où elle va à l'encontre de la responsabilisation individuelle.

Il y a une place pour l'information, qui nous paraît plus grande vis-à-vis des professionnels de santé que des «laïcs». Les premiers en effet ont en principe été préparés à parcourir rapidement une certaine masse d'informations et à sélectionner ce dont ils peuvent faire leur profit, ce qui n'est guère le cas du grand public (du moins dans le domaine médico-pharmaceutique). Si elle est cependant envisagée, une information à large échelle devrait vouer beaucoup d'attention à la sélection des messages les plus importants et à leurs implications pratiques (directement utilisables). La forme des messages doit pouvoir être saisie aisément.

C'est dans l'éducation ainsi que nous l'avons caractérisée (avec des objectifs définis, une orientation vers l'adoption de *comportements* plus favorables à la santé, un contact personnel, une possibilité de feedback) que nous voyons le champ d'action où devraient surtout se porter nos efforts. Cette éducation doit d'abord être le

Fig. 2

Une situation pathologique, qu'elle concerne une personne ou un groupe, est habituellement le résultat de l'action d'une constellation de facteurs.

Etiologie multifactorielle de la maladie

Pour résoudre un problème de santé ou, plus généralement, pour amener un changement souhaitable dans le mode de vie d'une personne ou d'un groupe, il y a lieu le plus souvent par conséquent d'agir sur différents éléments, à plusieurs niveaux:

«Etiologie» multifactorielle du changement (de la guérison)

fait de multiples professions du domaine médical et médico-social: médecins, infirmières, pharmaciens, etc. Les *enseignants* aux différents niveaux, primaire, secondaire, professionnel, ont aussi un rôle à jouer à condition qu'ils soient formés à le faire (et disposent du matériel pédagogique voulu). Les parents et l'entourage enfin sont des agents importants d'éducation pour la santé mais il est vraisemblable que, s'agissant des médicaments, leur contribution ne peut que rester assez générale (règles, et exemple surtout, d'une saine hygiène de vie).

Au terme de cette discussion, il y a lieu de reconnaître que les abus de médicaments et autres substances relèvent (en partie tout au moins) de ce qu'il faut bien appeler un problème de société. A ce titre, ils posent toute la question des comportements marginaux par rapport aux modèles de conduite socialement approuvés/admis (ces derniers ne constituant pas forcément, il s'en faut parfois de beaucoup, ce qu'on appellerait un style de vie sain...). Mais, même si ce constat peut être fait et qu'il faille en tenir compte, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse travailler valablement à la solution des problèmes existants dans un secteur donné – celui de la santé en ce qui nous concerne. Les moyens à disposition ont chacun leur potentiel et leurs limites. A nous d'utiliser au mieux les potentiels en tenant compte des limites!

Ce faisant, souvenons-nous que la santé publique (la santé du public) est un *état d'esprit* plus que des techniques, une *attitude* plutôt que des recettes. Pour qu'un progrès réel intervienne, il faut que les personnes concernées par la consommation abusive de médicaments, notamment ceux qui les «fournissent» à divers titres, soient suffisamment sensibilisés aux dangers qu'elle représente et s'engagent, sur le plan éthique comme sur le plan pratique, à mettre en œuvre les moyens susceptibles d'apporter les changements nécessaires.

Résumé

De la même façon que les médicaments ont sur une personne donnée des effets souhaités (thérapeutiques) et d'autres qui ne le sont pas (effets secondaires), il y a des *usages* désirés et non désirés

des médicaments par les individus et la société. Des exemples sont donnés et leurs causes évoquées.

Parmi les moyens d'action à disposition, il y a l'information, l'éducation et la réglementation. Pour l'auteur, les difficultés de l'information sont l'absence d'objectifs en termes d'attitudes ou de comportements, l'absence de feedback, la question du choix des informations, la tentation du sensationnel. L'éducation pour la santé répond à ces critiques (elle doit avoir des objectifs clairs, permettre le feedback par le contact interpersonnel, etc.) mais elle exige plus de moyens, spécialement pour la formation adéquate des personnes (nombreuses) qui en sont chargées. La réglementation est certainement utile, encore qu'elle aille dans une certaine mesure à l'encontre de la responsabilisation souhaitable du consommateur.

Les divers groupes concernés doivent s'engager, éthiquement et pratiquement, à utiliser ces possibilités dans toute la mesure de leurs moyens. L'article décrit encore une vague récente d'abus d'un médicament analgésique parmi la jeunesse dans le canton de Vaud.

Zusammenfassung

Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten: Möglichkeiten und Grenzen der Erziehung, der Information und der Reglementierung

So wie Medikamente auf eine bestimmte Person erwünschte (therapeutische) und unerwünschte Wirkungen haben können, gibt es einen erwünschten und unerwünschten *Gebrauch* von Medikamenten durch Individuen und die Gesellschaft. Die Frage wird anhand von Beispielen näher erläutert.

Unter den Massnahmen zur Bekämpfung von Missbrauch und Förderung eines angemessenen Verhaltens stehen Information, Erziehung und Reglementierung im Vordergrund. Für den Autor bringt die Information Probleme mit sich, wie ein Fehlen von Zielsetzungen im Sinne von Einstellungen oder Verhaltensweisen, das Fehlen einer Kontrolle, die Frage der Auswahl der Informationen und die Versuchung, das Sensationelle in den Vordergrund zu stellen. Die Gesundheitserziehung geht auf diese Kritiken ein (indem sie klare Zielsetzungen verfolgen muss, ein Feedback durch persönlichen Kontakt erlaubt . . .). Sie erfordert jedoch mehr Mittel, besonders für eine angemessene Ausbildung der (zahlreichen) Personen, die daran mitarbeiten müssen. Reglementierung kann sicher von Nutzen sein, doch widerspricht sie in gewissem Masse der erwünschten Übertragung der Verantwortung an den Konsumenten.

Die verschiedenen betroffenen Gruppen müssen sich ethisch und praktisch darauf festlegen, diese Mittel im Rahmen der Möglichkeiten voll auszuschöpfen. Der Artikel beschreibt schliesslich eine neue Welle von Schmerzmittelmissbrauch unter Jugendlichen im Kanton Waadt.

Summary

Use and Misuse of Therapeutic Drugs: Possibilities and Limits of Education, Information and Regulation

Medicines have on a given person desired (therapeutic) effects and undesired (secondary) effects. Similarly, there are desired use and undesired use (abuse) of pharmaceutical drugs by individuals and society. Examples are given and their causes evoked.

The means available to fight abuse and promote adequate behavior are particularly information, education, and regulation. For the author, the problems with information are the absence of objectives in terms of attitudes and behaviors, the absence of feedback, the difficulty in selecting information and the temptation of giving preference to the "thrilling". Health education answers these criticisms (it should have clear objectives, allows for feedback through interpersonal contact . . .), but requires more resources, especially for the adequate training of the (numerous) persons who have to provide it. Regulation is certainly useful, although it goes to an extent counter to the desirable responsabilization of the consumer.

The various sectors concerned must commit themselves, ethically and practically, to use these means to the full extent of their possibilities. The article also describes a recent wavelike fad with the abusive consumption of a popular analgesic drug among youth in the part of Switzerland where the author works.

Références

- [1] Calanca A., Communications personnelles, 1979.
- [2] Canton de Vaud, Réponse du Conseil d'Etat à la motion J.-J. Helfer sur l'éducation pour la santé dans les écoles. Lausanne, en préparation.

- [3] *Cevey M. et Martin J.*, Education pour la santé – Rôle potentiel de l'école et des ressources à sa disposition. *Journal suisse de pharmacie* 116, 597–602 (1978).
- [4] *Cornacchia H. J., Bentel D. J. et Smith D. E.*, Drugs in the Classroom: A Conceptual Model for School Programs (2nd Ed.), St. Louis (C. V. Mosby Co., 1978).
- [5] *Davidson F.*, Usage des drogues en milieu scolaire. La santé de l'homme, Paris, 27–31, mars-avril 1978. Voir aussi *Médecine et Hygiène*, Genève, 37, 2445 (1979).
- [6] *Davidson F. et Choquet M.*, Bases scientifiques de la prévention de l'usage abusif des produits psychotropes en milieu scolaire, *Revue internationale d'éducation pour la santé* 19, 29–44 (1976).
- [7] Ein Drittel der Schüler nimmt regelmässig Beruhigungsmittel (Österreich), *Bulletin des médecins suisses* 60, 1221 (1979).
- [8] *Hebrant J.*, Le rôle du pharmacien dans le bon usage du médicament, *Revue internationale d'éducation pour la santé* 17, 24–31 (1974).
- [9] *Herxheimer A.*, Sharing the responsibility for treatment. How can the doctor help the patient? *Lancet* 2, 1294 (1976).
- [10] *Jeanneret O.* (réd.), Education pour la santé/Gesundheitserziehung, *Médecine sociale et préventive/Sozial- und Präventivmedizin* 22, Nos 5 et 6, 207–354 (1977).
- [11] *Kilcher L.-R.*, L'école et la drogue. Perspectives (Bulletin du Département de l'instruction publique et des cultes, Lausanne), No 2, p. 7–9, mars 1978.
- [12] *Lancet*, Minimum information for sensible use of self-prescribed medicines, 1017–1019, 12 November 1977.
- [13] *Levin L. S., Katz A. H. et Holst E.*, Self-Care – Lay Initiatives in Health, New York, Prodist (Neale Watson Academic Publications, 1976).
- [14] *Martin J.*, Défis lancés à l'éducation pour la santé – Quatrième séminaire international d'éducation pour la santé (Heidelberg, novembre 1977). *Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique*, Berne, No 5, 74–80, 11 février 1978.
- [15] *Martin J. F.*, Le patient actif – Une évolution nécessaire, *Chronique OMS* 32, 55–61 (1978).
- [16] *Morgenstern G. et Rähme G.*, Drogen-Curriculum für Sekundarschüler in der BRD – Konzept, Zielsetzung und Methoden, *Revue internationale d'éducation pour la santé* 17, No 1, p. 43–52, et No 2, 114–122 (1974).
- [17] *Peters G.*, Information and education about drugs. In: *Blum R. H., Herxheimer A. et Woodcock J.* (eds.), *Provision and Use of Medicines, to be published* (London, 1980).
- [18] Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales. Ottawa: Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1970.
- [19] Rapport au Ministre de la santé sur l'importance effective du gaspillage des médicaments, ses causes et les moyens d'y porter remède (par *J. Arbon, J. Semler-Collery et P. Simon*). Paris, mai 1979. Voir *Le Monde*, Paris, 19 mai 1979, et *Médecine et Hygiène*, Genève, 37, 2145 (1979).
- [20] *Rey P.*, *Communications personnelles*, 1979.
- [21] *de Rosnay J.*, Le macroscopie – Vers une vision globale (spécialement le chapitre 4: L'information et la société interactive). Paris (Editions du Seuil, Collection «Points», 1975).
- [22] *Schmitz R.*, Die Rollenverteilung in der Heilkunde: Zum Verhältnis von Pharmazie und Medizin. *Schweizerische Ärztezeitung* 60, 2147–2152 (1979).
- [23] *Sehnert K. W.*, with *Eisenberg H.*, How to Be Your Own Doctor (Sometimes). New York (Grosset and Dunlap, 1975).
- [24] *Tobler B.*, Die Beratung der Bevölkerung durch den Apotheker bei Medikamentenabgabe und Selbstmedikation, *Sozial- und Präventivmedizin* 22, 187–188 (1977).
- [25] *Vuylsteek K.*, Education pour la santé – Tabagisme, alcoolisme et drogues, *Rapports et Etudes EURO*, No 10. Copenhague: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 1979.
- Journal suisse de pharmacie* 117, 318–334 (1979).
- Bridel F.*, Arzneimittelmissbrauch, und was die Pharmaindustrie dagegen unternimmt, *Medita*, No 6/7, 23–25 (1979).
- Bridel F.*, Informer, c'est s'engager, *Swiss Pharma* 1, No 7/8, 4–5 (1979).
- Burack R.*, *The New Handbook of Prescription Drugs*. New York (Ballantine Books, 1975).
- Campagne A 69, Pour la santé de notre peuple. Alcool, tabac, médicaments, drogue – Suggestions de leçons. Institut suisse pour la prophylaxie de l'alcoolisme, case postale 1063, 1001 Lausanne.
- Christie D.*, «The Analgesic Abuse Syndrome»: An Epidemiological Perspective. *International Journal of Epidemiology* 7, No 2 (1978).
- Conseil de l'Europe, Comité européen de santé publique. L'abus des médicaments. Rapport d'un Groupe de travail (1972–1973). Strasbourg, 1975.
- Dupuy J.-P. et Karsenty S.*, *L'invasion pharmaceutique*, Paris (Editions du Seuil, Collection «Points», 1974).
- Hulka B. S., Cassel J. C., Kupper L. L. et Burdette J. A.*, Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications, *American Journal of Public Health* 66, 847–853 (1976).
- Journal suisse de pharmacie*. Prévention et santé publique (plusieurs articles sur l'éducation pour la santé et le rôle du pharmacien), 113, p. 51 ss. (1975).
- Ladewig D.*, Enquête sur l'abus des médicaments et des drogues, *Journal suisse de pharmacie* 111, 548–551 (1973).
- Lambert R. S., Wertheimer A. I., Dobbert D. J. et Church T. R.*, The pharmacist's clinical role as seen by other health workers, *American Journal of Public Health* 67, 252–253 (1977).
- Linn L. S.*, Indicated versus actual behavior: the pharmacist as health advisor, *Social Science and Medicine* 7, 191–197 (1973).
- Linn L. S. et Lawrence G. D.*, Requests made in community pharmacies, *American Journal of Public Health* 68, 492–493 (1978).
- Louria D. B.*, A critique of some current approaches to the problem of drug abuse, *American Journal of Public Health* 65, 581–583 (1975).
- McLuhan M.*, *Understanding Media: The Extensions of Man*. New York (Signet Books, 1964). Traduit en français sous le titre: *Pour comprendre les media*. Paris (Editions du Seuil, Collection «Points»).
- Morris L. A. et Halperin J. A.*, Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: A literature review, *American Journal of Public Health* 69, 47–52 (1979).
- Newsweek*, The prisoners of pills, p. 52, April 24, 1978.
- Nouvel Observateur (Le)*, Drogue: les «dealers» en blouse blanche, p. 70–71, 9 octobre 1978.
- OMS, La jeunesse et la drogue, Série de rapports techniques, No 516 (1973).
- OMS, Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance (21e rapport), Série de rapports techniques, No 618 (1978).
- OMS, Sécurité d'emploi des substances psychotropes et narcotiques, *Chronique OMS* 33, 14–18 (1979).
- OMS, La méthaqualone et les barbituriques: usage et abus, *Chronique OMS* 33, 115–116 (1979).
- ONU, Division des stupéfiants, Les enfants et l'abus des drogues (dossier pour l'Année internationale de l'enfant), New York/Genève (Nations Unies, 1979).
- Optima, mensuel distribué par les pharmaciens. Articles occasionnels (notamment ceux de F. Bertrand, Centre d'information des pharmaciens suisses), case postale 80, 1820 Montreux.
- Pradal H.*, *Guide des médicaments les plus courants* (3e éd.). Paris (Editions du Seuil, 1974).
- Rigoni R.*, Le développement de l'industrie pharmaceutique et ses implications sociales. Bâle, Pharma Information, 1972.
- Shain M., Riddell W. et Kilty H. L.*, Influence, Choice and Drugs: Towards a Systematic Approach to the Prevention of Substance Abuse. Lexington, MA (D. C. Heath and Company, 1977).
- Silverman M.*, *The Drugging of the Americas*. Berkeley (University of California, 1976).
- Société suisse de pharmacie, Der Schweizer Apotheker heute / Le pharmacien suisse aujourd'hui, *Journal suisse de pharmacie* 115, 51–60 (1977).

Bibliographie complémentaire

- Bertrand F.*, Les pharmaciens suisses et l'automédication, *Journal suisse de pharmacie* 115, 159–160 (1977).
- Bertrand F.*, «La tête dans le sac» ou le dilemme de l'information,