



Paris, le 17 juillet 2006.

- GLOSSO-MEMO -

L'Automédication : treize à la douzaine !

Le Ministre de la Santé et des Solidarités organise des consultations en prévision de l'autorisation de la délivrance des médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI) « devant le comptoir ».

Voici le glosso-mémo (commenté bien sûr) du CISS :

1. Automédication.

Hier le terme « automédication » était utilisé pour critiquer la propension des français à user par eux-mêmes de médicaments disponibles dans la pharmacie familiale. Aujourd'hui, l'automédication c'est moderne : c'est un outil de la responsabilisation du patient ! Il se les procurera au milieu des savons et des pastilles pour la toux.

2. Automédication et déremboursement.

Dans la note soumise à la négociation aucune des parties consultées ne propose de définir le périmètre des médicaments relevant de ce champ. Aujourd'hui, l'automédication ce sont les médicaments non remboursés. Ce qui n'est déjà pas mal. Mais demain, avec la multiplication des déremboursements, de plus en plus de médicaments resteront à la charge du patient.

C'est une question de solidarité. A quoi sert-il de payer des cotisations d'assurance maladie si le périmètre du panier de soins se restreint ? C'est une question de mutualité. A quoi sert-il de payer des mutuelles si elles ne prennent plus en charge la dépense médicale ?

Sous prétexte de plus grande responsabilité des usagers on leur propose de payer plus !

3. Automédication et banalisation du médicament.

Alors que les récentes campagnes de l'Assurance maladie avaient réussi à créer un contexte d'exceptionnalité autour du médicament (« Les antibiotiques, c'est pas automatique »), la proposition du Gouvernement amorce un contre-pied : « Le médicament, c'est banal ».

Ah, bon ? Nous avons compris que l'heure était à la lutte contre les effets iatrogènes. Plus de trois médicaments c'est trop, mais cinq (dont deux « par dessus le comptoir ») c'est mieux. C'est ce que l'on appelle sans doute la lutte contre la iatrogénie (plus de 10 000 cas par an, tout de même !).

AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Alliance Maladies Rares - APF - AVIAM - CSF - FFAAIR - Familles Rurales - FNAMEC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - Le Lien - ORGECO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose

4. Automédication et déficit de l'assurance maladie.

Dans sa note « bilatérale mais pas totale ¹ », datée du 5 juillet 2006, le Gouvernement se propose de changer l'image de l'automédication. Le slogan est d'ailleurs déjà trouvé. Il figure en toute lettre dans la note : « L'automédication, c'est une solution ».

Oui, mais à quoi ? Au déficit de l'Assurance maladie. Pourquoi le cacher ?

5. Automédication et publicité.

Regardez-voir : le projet de loi prévoyant la transcription par ordonnance de la directive européenne sur le médicament prévoit que le marché du médicament va être ouvert à la « publicité de rappel ». De quoi s'agit-il ? De prévoir des spots de publicité rappelant en une seconde la marque d'un médicament...

Regardez de plus près : dans la note du 5 juillet 2006, non contents de proposer un slogan, les rédacteurs prévoient même une « campagne grand public institutionnelle ».

Véritablement quel bonheur pour les agences de communication ... et pour les comptes publics.

6. Automédication et responsabilité.

Côté usagers, on innove. Hier, ils creusaient le déficit par leurs excès, demain ils seront responsables par leur automédication. A titre « onéreux » bien sûr. Car, pendant ce temps, un euro par ci, dix-huit euros par là, une augmentation des consultations par ailleurs... La responsabilité est soluble dans l'augmentation du reste à charge !

Côté professionnel de santé, on dégrade. Quelle différence y aura-t-il entre l'hypermarché et la pharmacie ? Pas grand chose. Comme cela on pourra supprimer les pharmaciens. Comme si nous manquions d'acteurs de santé publique !

7. Automédication et pharmacovigilance.

Il existe, dans le système français, des faiblesses en terme de vigilance sur les effets secondaires et indésirables des traitements. Ce que l'on appelle la phase IV. Autorisés à la vente directe au public, « devant ou derrière le comptoir », ces médicaments vont générer un plus grand volume d'effets indésirables. Comment seront-ils retracés dans la pharmacovigilance ? Aujourd'hui, cela se passe chez le médecin qui est informé de l'inconfort ou de l'échec d'un traitement. Mais demain, après la dispensation chez le pharmacien, à qui et comment signalera-t-on ces effets en sachant que peu d'officines disposent des aménagements nécessaires pour permettre le respect de la confidentialité dans l'échange avec le pharmacien ?

8. Automédication et conditionnement.

Au moment où l'on évoque les grands conditionnements de façon à générer des économies pour l'assurance maladie, les pharmaciens seront-ils autorisés à déconditionner dans le cadre de la délivrance des médicaments en automédication et, si oui, a-t-on réellement pensé aux conditions dans lesquelles une telle décision pourrait être prise ? De nombreux médicaments à SMRI n'en comportent pas moins des principes actifs dont le dosage en grand conditionnement peut s'avérer dangereux.

9. Automédication et exercice de la pharmacie d'officine.

Demain va se mettre en place le dossier électronique pharmaceutique. Initié par le conseil national de l'ordre des pharmaciens, il va permettre à tout pharmacien de connaître la consommation médicale de son client. C'est loin d'être inutile pour les médicaments soumis au remboursement. Cela peut l'être aussi pour les médicaments de l'automédication.

¹ Ainsi dénommée en raison du fait qu'elle est la somme de consultations bilatérales, dont les usagers ont manifestement été exclus.

Dans ce cas, le rôle du pharmacien change. Il ne s'agit plus de simple dispensation de médicaments, mais aussi d'un appui-conseil à un traitement. Une nouvelle profession médicale, si ce n'est un nouveau rôle pour les pharmaciens, est en train d'émerger. Il s'agit d'une évolution vers la consultation de première ligne... sans rémunération... et sans que les conditions physiques pour le faire ne soient parallèlement améliorées notamment en matière de confidentialité.

10. Automédication et démographie médicale.

L'automédication est la solution toute trouvée au problème de démographie médicale que nous connaissons : raréfaction des médecins en milieu rural, indisponibilité en ville. Avec l'automédication, il suffira de se rendre à la pharmacie puisque, c'est bien connu, il y en a toujours une d'ouverte (à la différence des médecins ou des urgences).

Certes mais dans quelle condition va se passer la consultation pharmaceutique (puisque'il faut bien l'appeler ainsi). Même la médecine foraine disposait d'un cabinet pour consulter. Ici on consultera devant tout le monde, sur le « pavé » de la pharmacie.

11. Automédication et concurrence.

Pour obtenir le prix du médicament le moins cher, l'utilisateur devra mettre en concurrence les pharmacies entre elles. A tel endroit, l'aspirine sera commercialisée à tel prix, et à tel endroit à un autre prix, selon que le pharmacien aura été plus ou moins adroit dans sa négociation avec le répartiteur ou le fournisseur.

Dans ce cas-là, ne faut-il pas aller jusqu'au bout et supprimer l'autorisation d'installation des pharmaciens de façon à avoir la plus grande concurrence et donc la plus grande baisse des prix ? Et à quand, dans cette logique de libéralisation de l'accès aux médicaments, la vente de ceux-ci sur internet avec en outre les risques que cela peut comporter vis-à-vis de leur qualité (développement des contrefaçons, difficultés dans l'identification des responsabilités en cas de problème...)?

12. Automédication et santé publique.

On voit bien les risques de l'automédication en santé publique. On voit bien aussi les possibilités qu'elle peut receler pour résoudre certaines difficultés de notre système de santé. Encore faut-il qu'une telle évolution soit partagée par les acteurs et soit éclairée par des avis. C'est la raison pour laquelle le CISS saisit le Haut conseil de santé publique.

13. Automédication et observance.

Terminons par un sujet central, non dénué de tout lien avec l'automédication : l'observance.

Comme chacun le sait, l'observance EST l'enjeu des traitements au long cours. Elle peut être soutenue par l'éducation thérapeutique.

Au CISS, nous avons pris l'habitude de ne jamais regarder une question par son petit bout. Et il est curieux qu'au moment où on s'apprête à lâcher sur l'automédication, on s'apprête à « coacher » les malades. Non seulement il y a une médecine à deux vitesses, mais il y aura aussi des malades à double contrainte : l'automédication va coûter plus cher au consommateur, et l'observance va transformer le malade en objet de soin. Nous qui rêvions d'une médecine moderne basée sur l'équilibre de la relation médecin-malade. Voici que le projet de loi d'adaptation du droit communautaire au médicament veut, par voie d'ordonnance, autoriser le gouvernement à créer des programmes d'accompagnement des patients conduits par l'industrie pharmaceutique : numéro vert, relance téléphonique, éducation personnalisée du patient, envoi d'infirmiers à domicile... C'est tout l'édifice de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui est remis en cause. Même la rapporteure du projet de loi à l'Assemblée nationale ne cache pas son scepticisme (pages 133 et suivantes du rapport n° 3238 de Madame Cécile Gallez).

Pendant qu'on parle d'automédication, on s'occupe des vrais malades, méchamment !

AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Alliance Maladies Rares - APF - AVIAM - CSF - FFAAIR - Familles Rurales - FNAMEC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - Le Lien - ORGECO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose