

**Faculté de Pharmacie**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 mars 2019

Par

**Arthur RUBINSTEIN**

Né(e) le 10 juillet 1992 à Le Mans

**L'automédication et le rôle du pharmacien  
dans les pathologies bénignes**

Thèse dirigée par Francis COMBY

Examineurs :

M. Nicolas PICARD, Professeur des Universités  
M. Francis COMBY, Maître de conférences des Universités  
Mme Maryse LEMERCIER, Pharmacien d'Officine

Président  
Directeur  
Juge





**Thèse d'exercice**



**Université  
de Limoges**

**Faculté de Pharmacie**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 mars 2019

Par

**Arthur RUBINSTEIN**

Né(e) le 10 juillet 1992 à Le Mans

# **L'automédication et le rôle du pharmacien dans les pathologies bénignes**

Thèse dirigée par Francis COMBY

Examineurs :

M. Nicolas PICARD, Professeur des Universités  
M. Francis COMBY, Maître de conférences des Universités  
Mme Maryse LEMERCIER, Pharmacien d'Officine

Président  
Directeur  
Juge



## Liste des enseignants

---

### **PROFESSEURS :**

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DESMOULIERE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>FAGNERE</b> Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
<b>SAINT-MARCOUX</b> Franck	TOXICOLOGIE

### **ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>JOST</b> Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE (1 <sup>er</sup> novembre 2016 pour 2 ans)
--------------------	--

## **MAITRES DE CONFERENCES :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACOTECHNIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>CHEMIN</b> Guillaume	BIOCHIMIE FONDAMENTALE
<b>CLEDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
<b>DELEBASSEE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
<b>GRIMAUD</b> Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
<b>LEGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARION-THORE</b> Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>MARRE-FOURNIER</b> Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MERCIER</b> Aurélien	PARASITOLOGIE
<b>MILLOT</b> Marion	PHARMACOGNOSIE
<b>MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>MUSUAMBA TSHINANU</b> Flora	PHARMACOLOGIE
<b>PASCAUD</b> Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
<b>POUGET</b> Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE

**VIGNOLES** Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET  
INFORMATIQUE

**PROFESSEURS EMERITES :**

**BUXERAUD** Jacques

(jusqu'au 30/09/2019)

**DREYFUSS** Gilles

(jusqu'au 30/09/2019)

## Remerciements

---

### **A mon jury de thèse,**

A Monsieur Nicolas PICARD, Président des Universités,

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ma thèse et d'avoir consacré de votre temps pour la relecture de ce travail.

A Monsieur Francis COMBY, Maître de conférences des Universités,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce long et discuté sujet qu'est le mien. Merci pour votre gentillesse, votre patience et les conseils avisés que vous avez su me divulguer tout au long de cette réflexion.

A Madame Maryse LEMERCIER, Pharmacien d'Officine,

Merci d'avoir accepté de faire partie intégrante de mon jury et aussi pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes au sein de votre officine et pour toutes celles à venir.

### **A ma famille,**

A mes parents,

Papa et Maman, je ne peux que vous remercier de m'avoir mené là où je suis aujourd'hui, de m'avoir inculqué les valeurs qui sont les vôtres et qui m'ont donné l'envie de réussir et d'aller toujours plus loin. Dans les bons, comme dans les mauvais moments, nous resterons soudés. Ceci n'est qu'une première étape, les suivantes seront bien plus grandes encore. Ma réussite est la vôtre, je sais malgré votre pudeur que vous êtes fiers de moi.

A ma petite sœur,

Trouille, merci d'avoir été là dans les moments les plus difficiles, sans toi, je ne serais sûrement pas là, aujourd'hui, pour soutenir cette thèse. De nombreuses étapes sont à accomplir, autant de voyages, de moments et de rire nous attendent !

## **A ma seconde famille,**

Je souhaite remercier mes beaux parents Catherine et Frédéric, d'avoir pris le temps de relire ce travail. Merci de me faire penser autrement et de continuer à me stimuler autant.

## **A mes ami(e)s,**

Merci à mes ami(e)s d'enfance, le grand groupe des voileux et particulièrement (Flavien, Thomas, Marc, Jennifer, Erwan, Lise, Victoire, Romain...) pour avoir toujours été là depuis tant d'années. La distance n'a fait que renforcer notre amitié. Tellement de souvenirs en tête qu'une thèse entière ne suffirait à dénombrer tous nos souvenirs ensemble. Il nous reste tant de choses à vivre et à découvrir !

Merci à Antoine, Simon, Paul, Thomas, de longues amitiés importantes à mes yeux et qui influencent la personne que je suis.

A mes compagnons de promo, même si les relations liées durant toutes ces années études sont peu nombreuses, de très bons souvenirs ont accompagné mon parcours et ces années m'ont permis de nouer de véritables amitiés.

## **A mes collègues,**

Je souhaite remercier toute l'équipe de la pharmacie Lemerrier pour leur bonne humeur au quotidien.

Merci à Béatrice pour tous les conseils que tu as pu me donner. Merci à Nadine pour sa bonne humeur et son humour (parfois douteux) mais toujours percutant ! Merci à Claire pour son sourire et sa bonne humeur naturelle ! Merci à Quentin pour sa gentillesse et bonne chance pour la suite de tes projets, tu es à présent un préparateur aguerri. Merci à Inès pour sa joie de vivre, j'espère que ton stage t'aura permis de progresser comme tu le souhaitais.

Merci à toutes les personnes avec qui j'ai eu la chance de travailler lors de mes remplacements, vous avez su me dispenser les bons conseils me permettant de toujours continuer à évoluer et à apprendre.

Merci à tous ceux qui m'ont fait aimer ce formidable métier !



Une attention particulière pour Maryse et Christophe Lemerrier qui m'ont permis de bâtir mon expérience pendant mes études et de continuer à le faire aujourd'hui en me faisant connaître tous les aspects du métier de pharmacien. Merci pour toutes les opportunités d'évolution que vous m'offrez et pour toutes celles à venir !

Merci à toutes les personnes dont je n'ai pas cité les prénoms mais qui ont croisé ma route, chacun(e) d'entre vous m'a permis d'évoluer, de me remettre en question pour forger ce que je suis aujourd'hui. Débordant de projets, de curiosité et d'envies, ceci n'est que la première étape d'un grand ensemble à construire.

Et je ne peux terminer cet hommage aux personnes importantes dans ma vie actuelle sans parler de celle qui partage ma vie depuis bientôt trois ans : Marine.

Marine, tu représentes tout pour moi, tu es mon soutien au quotidien, mon coup de cœur raisonné.

Ton sourire, ton rire, tes expressions, ta folie, ton humour et ta joie de vivre font de toi ma partenaire de vie idéale ! Merci pour tout ce que tu fais pour moi, j'ai hâte que l'on écrive la suite de nos vies à deux, sur un bateau, à la mer, dans la jungle Cubaine ou n'importe où dans le monde... Nos projets se réaliseront, nous sommes déjà en train de les construire, pas à pas mais tous les deux, toujours.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :  
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »  
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Table des tableaux .....	15
Liste des abréviations .....	16
Introduction .....	19
I. Les facteurs influençant l'automédication .....	22
I.1. Les facteurs inhérents à notre société et à l'individu .....	22
I.2. Les facteurs inhérents à l'individu .....	22
I.2.1. Le profil du patient influence son recours à l'automédication .....	22
I.2.1.1. La catégorie socioprofessionnelle .....	22
I.2.1.2. L'âge .....	22
I.2.1.3. Le sexe .....	23
I.2.1.4. Les habitudes du patient .....	23
I.2.2. L'image de l'automédication influence son recours .....	23
I.2.2.1. La vision de l'automédication .....	23
I.2.2.2. Les motifs de recours à l'automédication .....	23
I.2.3. La connaissance théorique et personnelle du patient influencent sa prise en charge .....	24
I.2.3.1. La connaissance du patient .....	24
I.2.3.2. L'expérience personnelle .....	24
I.2.4. La représentation de la maladie conditionne le recours à l'automédication .....	25
I.2.4.1. La représentation de la maladie .....	25
I.2.4.2. L'efficacité des traitements sans ordonnance .....	26
I.3. Les facteurs inhérents à notre société .....	26
I.3.1. La dualité entre les professionnels de santé et les autres voies d'informations .....	26
I.3.1.1. Le rôle des professionnels de santé .....	26
I.3.1.2. L'information des patients .....	29
I.3.2. La défiance envers les médecins et le retour au « tout naturel » .....	33
I.3.3. La prise en charge des soins impacte le développement de l'automédication .....	34
I.3.3.1. L'influence du mode de distribution .....	34
I.3.3.2. Le rôle de la publicité .....	34
I.3.3.3. L'impact des déremboursements .....	35
I.3.3.4. Le rôle des mutuelles .....	35
I.3.4. Le reste à charge après une consultation influence le report vers l'automédication .....	36
I.3.4.1. Le prix du médicament mais aussi de la consultation .....	36
I.3.4.2. Le prix des médicaments en libre accès .....	36

I.3.5. De nombreux autres facteurs influencent le recours à l'automédication ...	37
I.3.5.1. La marque.....	37
I.3.5.2. La galénique / la facilité d'utilisation.....	37
I.3.5.3. Le packaging .....	38
I.4. L'automédication, un phénomène social ? .....	38
I.5. Le délistage : un accès vers l'automédication ? .....	39
II. Les facteurs inhérents à notre système de santé .....	41
II.1. Le système Bismarckien .....	41
II.2. Le système Beveridgien .....	42
II.3. L'originalité du système de santé français.....	45
II.4. Le monopole du pharmacien : des disparités européennes .....	50
II.5. La répartition de la responsabilité financière dans le financement du médicament.....	55
II.6. Les différents types de prise en charge pour les médicaments à prescription médicale facultative .....	57
III. L'automédication et son développement au niveau européen.....	60
III.1. Le phénomène de l'automédication en Europe .....	60
III.2. Etat et évolution des prix de l'automédication en Europe .....	62
III.3. Etat et évolution de la consommation des médicaments d'automédication en Europe.....	68
IV. Les pathologies nécessitant des délistages .....	72
IV.1. Les pathologies ophtalmologiques.....	73
IV.1.1. Les conjonctivites .....	73
IV.1.1.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	73
IV.1.1.2. Les traitements .....	75
IV.1.2. L'orgelet.....	78
IV.1.2.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	78
IV.1.2.2. Les traitements .....	79
IV.1.3. Le chalazion.....	80
IV.1.3.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	80
IV.1.3.2. Les traitements .....	81
IV.2. Les pathologies gynécologiques .....	82
IV.2.1. Les différents types de contraceptions hormonales.....	85
IV.2.1.1. Les estroprogestatifs .....	85
IV.2.1.2. Les progestatifs .....	93
IV.2.2. Les infections urinaires : la cystite aigüe bactérienne.....	95
IV.2.2.1. La symptomatologie et les circonstances particulières d'apparition d'une cystite .....	97
IV.2.2.2. Les traitements .....	98
IV.2.2.3. Les conseils associés.....	99



IV.2.3. Dysménorrhées de l'adolescente et de la femme .....	102
IV.2.3.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	102
IV.2.3.2. Les traitements .....	103
IV.2.3.3. Les autres étiologies.....	106
IV.3. Les pathologies infectieuses .....	108
IV.3.1. Angines et pharyngites .....	108
IV.3.1.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	108
IV.3.1.2. Les traitements .....	113
IV.3.2. Borréliose de Lyme.....	115
IV.3.2.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	115
IV.3.2.2. Les traitements .....	123
IV.4. La migraine .....	125
IV.4.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition.....	125
IV.4.2. Les autres étiologies.....	130
IV.4.3. Les traitements .....	132
Conclusion.....	140
Références bibliographiques .....	142
Serment De Galien .....	146

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Les leviers et les freins de l'automédication .....	39
Figure 2 : Carte représentant les différents systèmes de santé en Europe .....	44
Figure 3 : Répartition des dépenses selon le système de santé.....	53
Figure 4 : Remboursement des spécialités d'automédication en Europe selon le système de santé .....	58
Figure 5 : Part de marché de l'automédication en 2013 et 2014 en volume constaté en Europe.....	60
Figure 6 : Prix européen moyen en euros des médicaments d'automédication en 2014.....	64
Figure 7 : Ecart relatif par rapport aux prix des spécialités d'automédication en France exprimé en pourcentages .....	65
Figure 8 : Comparaison des prix pour une même spécialité en unité de prise au niveau Européen .....	66
Figure 9 : Dispersion des prix des médicaments d'automédication au sein des officines françaises en 2014 .....	67
Figure 10 : Consommation médicamenteuse des spécialités d'automédication en volume durant l'année 2014 .....	68

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes caractéristiques en fonction des systèmes de santé.....	44
Tableau 2 : Caractéristiques pour l'installation et la dispensation des médicaments en Europe.....	50
Tableau 3 : Le monopole et les conditions de délivrance des médicaments en Europe.....	53
Tableau 4 : Responsabilité du patient dans le financement du médicament selon le système de santé.....	56
Tableau 5 : Fixation des prix des médicaments en Europe.....	63
Tableau 6 : Les méthodes contraceptives et leur efficacité.....	84
Tableau 7 : Avantages et inconvénients des méthodes contraceptives estroprogestatives.....	86
Tableau 8 : Seuil de significativité en fonction du type de bactérie et du sexe du patient.....	101
Tableau 9 : Arbre décisionnel de la prise en charge de la dysménorrhée primaire	105
Tableau 10 : Possibilités thérapeutiques lors du traitement d'une angine.....	114
Tableau 11 : Recommandations pour le diagnostic biologique en fonction des formes cliniques.....	122
Tableau 12 : Recommandations thérapeutiques pour la prise en charge de la phase primaire de la borréliose de Lyme : traitement par voie orale.....	124
Tableau 13 : Les options thérapeutiques de la forme tertiaire de la borréliose de Lyme.....	125
Tableau 14 : Les critères de la migraine selon l'IHS.....	129
Tableau 15 : Traitements de fond de la migraine.....	138

## Liste des abréviations

---

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOD : Anticoagulant Oraux Directs

ATEV : Accident Thrombo-Embolique Veineux

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BAV : Bloc Auriculo-Ventriculaire

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

BU : Bandelette Urinaire

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRP : C-reactive protein

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DOM : Département français d'Outre-Mer

DMP : Dossier Médical Partagé

EBV : Epstein-Barr Virus

ECBU : Examen Cyto-Biologique Urinaire

E.Coli : Escherichia Coli

EE : Ethinyl Estradiol

EEG : ElectroEncéphaloGramme

ELISA : Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay

EM : Erythème Migrant

EMA : European Medicines Agency



FCU : Frottis Cervico-Utérin  
FSH : Follicle Stimulating Hormone  
GEU : Grossesse Extra Utérine  
GMS : Grandes et Moyennes Surfaces  
hCG : Human Chorionic Gonadotropin  
HDL : High Density Lipoproteins  
HPV : Human PapillomaVirus  
HTA : HyperTension Artérielle  
IDM : Infarctus Du Myocarde  
IgG : Immunoglobine de type G  
IHS : International Headache Society  
IMAO : Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
IST : Infection Sexuellement Transmissible  
LDL : Low Density Lipoproteins  
LCR : Liquide Céphalo-Rachidien  
LH-RH : Luteinizing Hormone Releasing Hormone  
MEDEF : Mouvement Des Entreprises de France  
OTC : Over The Counter  
OP : Oestro-Progestatif  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie  
PCR : Polymerase Chain Reaction  
PMF : Prescription Médicale Facultative  
PMO : Prescription Médicale Obligatoire  
PMS : Petites et Moyennes Surfaces  
POP : Pilule Oestro-Progestative  
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
SBHA : Streptocoque Beta Hémolytique de type A  
SEP : Sclérose En Plaque  
SMR : Service Médical Rendu  
TDM : TomoDensitoMétrie

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

UC : Unité de Consommation

USA : United States of America

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPN : Valeur Prédictive Positive

VPP : Valeur Prédictive Positive

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

5-HT1 : Récepteur sérotoninergique : 5-HydroxyTryptamine N°1

## Introduction

---

Avant de parler d'automédication, il est avant tout primordial de rappeler ce qu'est la définition première du médicament (1) : le code de la Santé publique (article L.5111-1) définit ainsi le 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* ».

Les médicaments dits sans ordonnance, aussi appelés de « médication officinale », répondent à des critères, définis par décret, visant à garantir la sécurité sanitaire et la sécurité des patients (2).

Ainsi, les médicaments d'automédication doivent pouvoir être utilisés sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement, du fait de leurs indications thérapeutiques.

De plus, la posologie, la durée de traitement adaptée, la notice d'information et le contenu du conditionnement adéquat seront remis au patient lors de la délivrance effectuée par le pharmacien. On appelle cette pratique l'automédication : acte émanant du patient lui-même afin de prendre en charge les symptômes d'une pathologie qu'il perçoit selon ses propres connaissances sans l'intervention d'un professionnel de santé. L'automédication correspond à un changement de paradigme, la connaissance se transfère du professionnel vers le patient qui se prend en charge de façon autonome, tout en étant guidé dans son choix par le pharmacien.

Un médicament est inscrit sur la liste des médicaments de médication officinale par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché.

Une première liste est publiée au Journal Officiel de la République Française et accessible sur le site internet de l'ANSM. Cette dernière est amenée à évoluer régulièrement.

Un médicament ne peut être commercialisé que s'il a reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) des autorités sanitaires françaises (ANSM) ou européennes (European Medicines Agency (EMA)). Cette autorisation est délivrée à la suite d'un

processus strict d'études contrôlées destinées à démontrer la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament.

Les médicaments non remboursables sont directement commercialisables après l'AMM, à prix industriels et officinaux libres. Leur publicité auprès du grand public peut être autorisée par l'ANSM si leur prescription n'est pas obligatoire. Les délais de mise à la disposition des patients, après obtention de l'AMM, restent longs : environ 300 jours en France alors que le délai requis par la directive européenne est de 180 jours. L'amélioration de ces délais post-AMM est prioritaire pour rendre la France attractive concernant le marché de l'automédication en permettant une commercialisation plus rapide, et donc une solution apportée au patient pour des maux du quotidien.

Postérieurement à la délivrance de l'AMM, la pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments mis à la disposition des patients. Dans l'éventualité où un effet indésirable non observé en pré-AMM apparaît lors de l'administration aux patients, cela peut conduire à un retrait du marché du médicament concerné.

Cette mesure visant à faciliter l'accès des médicaments sans ordonnance permet au patient, encadré par l'équipe officinale, une automédication responsable, mais aussi un désencombrement du parcours de soins.

Les médicaments à prescription facultative permettent de traiter les « pathologies bénignes » sans recourir à une consultation médicale. Une pathologie est qualifiée de bénigne lorsqu'elle évolue de façon simple et sans conséquence grave vers la guérison. Il n'existe pas de définition médicale des pathologies bénignes puisque toute affection peut engendrer des complications. Toutefois, lorsque le patient identifie sa pathologie comme bénigne, il peut s'orienter vers l'automédication afin de soulager les symptômes perçus. Les spécialités disponibles en automédication, conseillées par le pharmacien, doivent soulager le patient en une durée courte : cinq jours au maximum, sans signe d'amélioration, le patient devra consulter son médecin généraliste afin de bénéficier d'un diagnostic approfondi.

Les médicaments disponibles en automédication permettent aux personnes actives ou ne pouvant pas consulter un médecin d'être soignées, dans un délai court, se plaçant ainsi comme un premier filtre ; le pharmacien pourra conseiller ces spécialités ou orienter vers un médecin, selon la situation du patient.

De par son accessibilité sans rendez-vous, le pharmacien doit devenir un interlocuteur privilégié pour les patients. En effet, le parcours de soins devrait inclure le pharmacien comme une première étape permettant d'orienter les cas nécessitant une consultation approfondie, ou devant être redirigés vers les urgences et ceux pouvant être pris en charge par le pharmacien.

L'aboutissement de ce projet est la réalisation de « consultation pharmaceutique » en officine, un véritable rendez-vous permettant la prise en charge de pathologies définies, continuant au delà des entretiens pharmaceutiques déjà mis en place par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) depuis 2009.

La « consultation pharmaceutique » ou « conseil pharmaceutique renforcé » permettrait la dispensation de médicaments, actuellement uniquement disponibles sur prescription médicale, pour des pathologies définies. Les pathologies étudiées requièrent un diagnostic uniquement clinique, sans examen complémentaire avant l'initiation d'un traitement. Un protocole médical de délivrance ainsi qu'un partage des données, facilité par le développement du dossier médical partagé (DMP), avec le médecin traitant permettrait de mettre en place un traitement de première intention sans consultation médicale.

Dans une première partie, nous étudierons les facteurs influençant l'automédication qu'ils soient individuels ou sociétaux ainsi que les disparités de son développement au niveau européen.

Puis, dans une seconde partie, nous développerons les différentes pathologies pouvant être prises en charge par le pharmacien suite à une « consultation pharmaceutique ».

# **I. Les facteurs influençant l'automédication**

---

## **I.1. Les facteurs inhérents à notre société et à l'individu**

De nombreuses études ont été réalisées concernant l'automédication. Reste à savoir à quel profil de patient correspond cette méthode de traitement et quels facteurs y contribuent ou, au contraire, la diminuent.

Il existe différents cas de figures :

- les patients contraints à l'automédication car certains médicaments prescrits sur l'ordonnance ne sont pas remboursés. Cette catégorie représente des personnes ayant généralement peu l'habitude de l'automédication,
- les patients habitués au recours à l'automédication qu'ils considèrent comme un choix positif, leur permettant de gagner du temps,
- la dernière catégorie représente les patients prenant connaissance de l'automédication par les conseils du pharmacien.

## **I.2. Les facteurs inhérents à l'individu**

### **I.2.1. Le profil du patient influence son recours à l'automédication**

#### **I.2.1.1. La catégorie socioprofessionnelle**

Celle-ci est un facteur de consommation notable. Le recours à l'automédication est coûteux pour les ménages, plus le niveau de revenus augmente, plus on assiste à un fort recours à l'automédication.

#### **I.2.1.2. L'âge**

L'automédication est le plus souvent utilisée aux âges actifs, avec un pic de consommation aux alentours de 40 à 50 ans. Pour les enfants, cette pratique atteint son plus haut niveau d'utilisation entre 0 et 2 ans.

L'automédication est aussi nouvellement plébiscitée par les personnes plus âgées afin de permettre de compléter la prescription établie par le médecin, néanmoins la connaissance des antécédents médicamenteux est nécessaire afin de limiter les interactions médicamenteuses pouvant favoriser l'apparition d'effets indésirables.

### **I.2.1.3. Le sexe**

Les femmes sont plus au fait de l'automédication que les hommes, de part leurs connaissances acquises, elles y ont recours notamment lorsqu'elles prennent en charge les différents maux de l'environnement familial.

### **I.2.1.4. Les habitudes du patient**

Selon l'âge, les pathologies et la présence d'enfants au sein du foyer, le nombre d'achats de produits de santé dans une officine sera différent. En effet, on observe une augmentation des besoins, surtout pour les enfants en bas âge et après 50 ans.

## **I.2.2. L'image de l'automédication influence son recours**

### **I.2.2.1. La vision de l'automédication**

Pour de nombreux jeunes actifs, l'automédication représente un gain de temps certain par rapport au parcours de soin habituel à savoir, prise de rendez-vous chez le médecin suivie d'une consultation et ensuite délivrance réalisée à la pharmacie.

### **I.2.2.2. Les motifs de recours à l'automédication**

La majorité des patients utilise l'automédication en premier recours avant une consultation médicale (3). Si la pathologie n'est pas soignée, les patients seront orientés ou bien décideront de recourir à une consultation avec un médecin généraliste.

Selon le type de pathologies, la part des médicaments en automédication à disposition des patients est différente. Les patients pratiquent l'automédication lorsqu'ils pensent pouvoir guérir d'une pathologie bénigne : toux, rhume, fatigue, sans consultation médicale uniquement avec le conseil du pharmacien.

Certains médicaments sont utilisés à titre préventifs, par exemple pour la prévention contre la grippe ou bien dans le but d'effectuer un voyage à l'étranger ou même en France. Cette consommation anticipative permet d'assurer leur santé et leur bien être dans leurs déplacements.

Le recours à l'automédication permet également dans certains cas de compléter une prescription médicale.

### **I.2.3. La connaissance théorique et personnelle du patient influencent sa prise en charge**

#### **I.2.3.1. La connaissance du patient**

La consommation de produits pharmaceutiques ainsi que la maîtrise du capital santé des patients dépend directement de l'état de ses connaissances (4).

Pour de nombreux patients, la recherche d'informations de santé se fait auprès des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers...). D'autre part, une grande partie des informations de santé provient de la famille et des proches.

En dernier lieu, les connaissances de santé proviennent des médias, d'ouvrages ou bien de connaissances issues d'internet ou d'applications mobiles.

Selon son rapport à la santé et à sa prise en charge, le recours à l'automédication sera diamétralement différent pour un patient donné.

#### **I.2.3.2. L'expérience personnelle**

Les traces mnésiques, cognitives ou sensibles laissées par le soulagement des symptômes après l'utilisation d'un médicament déterminé seront une base empirique cruciale dans le choix d'automédication du patient pour des symptômes similaires.

L'expérience d'autrui pourra aussi influencer selon l'empathie que l'on a à l'égard d'une personne et de sa pathologie. Une partie des patients utilise très souvent, pour la même pathologie (ou une pathologie qui lui semble similaire), le même médicament car une confiance envers le produit est désormais instaurée déclenchant un arc réflexe de consommation.

Seulement, certains patients, par manque d'information ou par déformation des informations, continuent d'utiliser des produits inadaptés à leur pathologie.



Ces patients seront réorientés vers le médicament adéquat en expliquant les indications du nouveau médicament, son mécanisme d'action...

Le plus souvent, ces explications ne sont pas données lors d'une consultation par manque de temps. Il revient donc au pharmacien d'engager ces changements bénéfiques pour le patient et pour son nouveau mode d'exercice.

#### **I.2.4. La représentation de la maladie conditionne le recours à l'automédication**

##### **I.2.4.1. La représentation de la maladie**

La maladie peut être perçue différemment selon de nombreux facteurs, économiques, culturels et personnels qui vont influencer le comportement du patient vis-à-vis de sa santé.

Lorsque l'on interroge les patients à propos de l'automédication, on distingue clairement une représentation différente de la maladie : Celle-ci peut être :

- considérée comme bénigne (5), les symptômes étant perçus comme éphémères ou déjà connus, ne justifiant pas une consultation médicale,
- considérée comme maligne, comme une « véritable maladie », donnant lieu à une consultation médicale.

Pour certains patients, le traitement de ces maux de la vie quotidienne n'est plus perçu comme une médication, mais plutôt comme une habitude permettant un confort de vie. L'automédication peut alors être représentée comme une médecine de confort. Lorsque les symptômes perdurent ou s'intensifient, le patient décidera ou sera orienté vers un médecin.

Il est clairement établi qu'aucune pathologie ne peut scientifiquement être considérée comme bénigne, car chaque affection peut entraîner des complications susceptibles d'être graves. Néanmoins, tout patient est capable de quantifier l'intensité des symptômes ressentis afin de tempérer son recours à une consultation médicale.

Le raisonnement inhérent au patient modifie l'intervalle écoulé entre l'apparition de ses symptômes et la consultation médicale lorsque le médicament d'automédication ne permet pas de soulager les symptômes. Les croyances, tant scientifiques que religieuses mais aussi le rapport au médecin et aux médicaments profilent, la propension à l'automédication.

### **I.2.4.2. L'efficacité des traitements sans ordonnance**

Lors du processus de choix du produit d'automédication, l'efficacité est un critère plébiscité par de nombreux patients.

Pour de nombreux patients, les médicaments disponibles en automédication peuvent être perçus comme des rebus de l'arsenal thérapeutique générant l'automatisme suivant : remboursement = efficacité.

L'efficacité peut être soutenue par le pharmacien ou le médecin durant la prescription ou la dispensation des médicaments en exposant l'indication et le mode d'action du médicament.

Cette efficacité a pu être constatée par le patient grâce à une précédente utilisation du même médicament pour une indication semblable. En effet, de nombreux patients restent « fidèles » à un médicament lorsque celui-ci les a soulagés.

Néanmoins, même si le patient semble convaincu dans son choix de traitement pour une pathologie qu'il connaît, le pharmacien devra veiller au bon usage du médicament dans son indication, et pourra apporter quelques conseils supplémentaires au patient, pouvant modifier le choix de celui-ci.

## **I.3. Les facteurs inhérents à notre société**

### **I.3.1. La dualité entre les professionnels de santé et les autres voies d'informations**

#### **I.3.1.1. Le rôle des professionnels de santé**

- Le médecin

Le médecin généraliste est le pilier du système de soins, selon le type de patients et de pathologies, les médicaments OTC sont plébiscités ou non. De nombreux patients ayant recours à une consultation médicale, souhaitent des médicaments remboursés. Ces patients voient la consultation comme un « pass » pour la prise en charge totale de leurs soins.

D'autre part, certains patients conseillés par leurs médecins préféreront débiter l'automédication après une première prescription de celui-ci.

Pour les pathologies considérées comme mineures, l'automédication peut apparaître comme une bonne alternative ; en revanche le nombre grandissant de médicaments à prescription facultative peut engendrer de nombreuses interactions, surdosages ou mésusages.

La pratique de l'automédication paraît donc ambiguë : celle-ci est bénéfique pour la sécurité sociale dans les pathologies bénignes en limitant le recours au médecin et donc le remboursement des frais de santé. En revanche, elle peut être très pernicieuse avec des interactions moins bien considérées et des hospitalisations graves, augmentant ainsi le coût du système de santé.

La vision de l'automédication peut être différente selon les praticiens puisqu'elle peut aussi être considérée comme une alternative au médecin, une partie des patients échappant à leur « contrôle » au profit de celui du pharmacien ou du médicament lui-même.

De plus, une partie des patients remet en cause le savoir du médecin et souhaite se diriger vers des méthodes naturelles comme l'homéopathie ou encore l'aromathérapie qui sont accessibles sans prescription médicale.

L'automédication traduit une ambivalence fondamentale entre une autonomie des patients par rapport à leur propre santé, le rôle valorisé du pharmacien dans le processus de santé ; opposé à une fuite des patients n'ayant recours à aucune consultation médicale pouvant provoquer de nombreux effets délétères à long terme.

- Le pharmacien

Le pharmacien possède un rôle de conseiller et d'éducateur de santé lorsqu'il est amené à dispenser des médicaments sans ordonnance. Il doit développer un conseil adapté à la pathologie du patient en connaissant ses antécédents et en promouvant le bon usage du médicament. Le suivi des patients par le pharmacien assure une meilleure qualité des soins et permet, en collaboration avec le médecin, un bon usage des médicaments, tout en diminuant les effets néfastes d'une automédication déraisonnée.

Un dialogue personnalisé, une écoute et une évaluation pharmaceutique des différents types de patients (enfants, adultes, personnes âgées), doivent renforcer et pérenniser le rôle du pharmacien en assurant le maintien de la santé des patients.

Cependant, l'augmentation de la part de l'automédication ne doit pas faire oublier les limites du conseil du pharmacien, qui devra, s'il le juge nécessaire, orienter le patient vers le médecin ou les urgences le cas échéant.

- Les laboratoires pharmaceutiques

Pour les laboratoires pharmaceutiques, l'automédication est un secteur en plein essor puisqu'elle laisse présager l'apparition de nouveaux marchés pour ces entreprises. De nombreux laboratoires possèdent plusieurs divisions au sein d'un même groupe. Par exemple, pour le laboratoire GSK, il existe deux subdivisions : filiale pharmaceutique (« médicaments remboursés ») et filiale grand public (médicaments « OTC »).

Pour les médicaments destinés au grand public, le recours à la publicité est autorisé, ce qui permet d'instaurer une véritable image de marque, élément décisif dans le choix du patient.

Cependant, la coexistence de produits d'automédication sous une même marque ombrelle est porteuse de confusions pour les patients. Pour un même laboratoire, un médicament peut être disponible sous forme PMO (prescription médicale obligatoire), c'est-à-dire uniquement disponible à la suite d'une prescription médicale et sous forme PMF (prescription médicale facultative).

Il est donc nécessaire, pour la sécurité des patients, de clarifier l'offre des laboratoires, en ajoutant une allégation adaptée pour les produits d'automédication afin de différencier les médicaments. L'allégation « tabs<sup>1</sup> » est ajoutée sur les boîtes de Doliprane® accessibles sans ordonnance, tandis que les anciennes présentations sont désormais réservées à la délivrance sous prescription.

Une marque ombrelle est une marque utilisée simultanément pour un ensemble de produits hétérogènes. La marque ombrelle peut être utilisée à l'échelle d'un groupe ou conglomérat ou au niveau d'une gamme.

L'utilisation d'une marque ombrelle permet de faire bénéficier l'ensemble des produits de la notoriété et de l'image de la marque ombrelle. Cette utilisation du capital de marque permet éventuellement de limiter les coûts de communication publicitaire.

Cette solution est utile à court terme pour clarifier l'offre accessible au patient en libre service, en attendant une politique de délistage cohérente et compréhensible par la population.

---

<sup>1</sup>Le suffixe tabs signifie tablets en anglais, qui correspond au mot comprimé. Il s'agit de la marque ombrelle du Doliprane®

### **I.3.1.2. L'information des patients**

Le phénomène de l'automédication repose notamment sur les croyances et l'expérience du patient. Des remèdes dits de « grand-mère » à ceux des professionnels de santé, les sources d'informations sont multiples et susceptibles d'être erronées. Certaines sources auront une force de conviction bien plus grande que d'autres pour le patient (6).

Voici, les principales sources d'informations sur lesquelles les patients peuvent s'appuyer lors du choix de produits de santé :

- les proches,
- internet,
- les livres,
- la presse,
- la télévision,
- les professionnels de santé.

#### **Les proches**

Les proches correspondent à une référence absolue en matière de « connaissances » dans le domaine de la santé. Les savoirs familiaux sont transmis de génération en génération, le plus souvent par la mère, et forment une base empirique de conseils « médicaux ».

Lorsque ces remèdes sont efficaces et qu'ils ne mettent pas en danger les patients, ils sont une alternative remarquable à l'allopathie.

Une jeune mère, par exemple, se réfèrera avant toute chose à sa famille pour les conseils de santé de son enfant, même si ceux-ci ne sont absolument pas vérifiés scientifiquement, la jeune femme les considèrera comme « reconnus et efficaces ».

Nombre de patients utilisent de vieux remèdes pour une pathologie mineure voire majeure, ils peuvent être parfois des plus douteux quant à leur efficacité : utilisation de l'éther pour les tiques, Synthol® en inhalations...

Au comptoir, lors de la dispensation de conseils, de nombreux médicaments sont mal utilisés ou déviés de leur usage premier au nom de « l'expérience familiale ».

#### **Internet**

Internet est un outil formidable permettant de répondre à toutes les questions que l'on se pose au quotidien. Il en est de même pour le domaine de la santé et donc des médicaments.

D'une manière active et non passive, le patient recherche des informations à propos d'un thème particulier. Cependant, le côté pernicieux de cet outil est la fiabilité des sources que l'on y trouve.

Il existe de nombreux sites proposant des diagnostics différentiels ou de forum de conseils.

Pour l'établissement d'un diagnostic, on vous propose de renseigner vos symptômes, et des diagnostics très précis sont établis à partir d'un seul symptôme...

De plus, pour le même symptôme et selon les sites consultés, le diagnostic peut être radicalement différent.

Récemment, de nombreuses chaînes Youtube se sont développées, prodiguant des conseils de santé, principalement en matière de nutrition. Nombre d'entre elles sont basées sur la propre expérience de son (sa) créateur(trice), sans apporter aucune information scientifiquement fiable.

De nombreux patients, nous confient, au comptoir, avoir cherché un diagnostic sur internet avant d'aller chez le médecin. Lorsque le patient se présente chez son médecin traitant, avec un diagnostic préconçu, il sera plus enclin à discuter le diagnostic du professionnel plutôt que celui du site internet, ce qui peut nuire à la relation de confiance médecin-patient.

La véracité des propos étant discutable sur chaque sujet, de nombreux sophismes se créent dans la pensée des patients, mettant en doute la compétence de l'ensemble des professionnels de santé.

Internet permet non seulement de trouver des informations mais aussi de se procurer des médicaments, contrefaits ou non, laissant place à un marché parallèle hors de contrôle. Sensibiliser les patients et vérifier les sources consultées, à vérifier la provenance des médicaments achetés permet une meilleure sécurité pour leur santé.

## **Les livres**

Les ouvrages de vulgarisation médicale sont nombreux et peuplent les étagères des grandes enseignes, se transformant pour certains en best seller.

Afin d'avoir un aperçu représentatif des ouvrages disponibles, il a été préférable de les classer en plusieurs catégories.

1<sup>ère</sup> catégorie : des conseils d'hygiène aux conseils en matière de médecine alternatives, pour des pathologies diagnostiquées par un professionnel de santé.

Cette catégorie ne semble pas nuire à la santé du patient, puisqu'elle se base sur les savoirs des professionnels de santé comme une référence absolue tout en donnant des conseils complémentaires pour mieux vivre sa pathologie. Il s'agit de conseils de prévention tant dans la nutrition que dans les comportements individuels.

2<sup>ème</sup> catégorie : on y trouve des listes de symptômes pouvant être associées à certaines pathologies identifiées tout en conseillant de consulter le professionnel de santé compétent si ces symptômes s'intensifient. Ces ouvrages sont prudents et n'établissent pas de diagnostics alambiqués.

3<sup>ème</sup> catégorie : certains ouvrages sont alarmistes, faisant passer le médicament ainsi que le système de santé actuel comme « corrompu ». Cherchant à pousser les patients à considérer les thérapeutiques alternatives comme seule solution à leurs maux, sans conseiller de se référer à un médecin.

4<sup>ème</sup> catégorie : loin, très loin de toute littérature recommandable, ces ouvrages rejettent la médecine conventionnelle sans proposer d'alternative acceptable. Grâce à certains « titres » de professionnels de santé, certains auteurs prônent la désinformation et les théories du complot.

## La presse

Il existe plusieurs types de presse traitant des médicaments ou encore de l'actualité pharmaceutique. Certains magazines peuvent être disponibles directement dans la pharmacie ou ailleurs, gratuitement, à la disposition des patients.

Dans ce type de brochures, la proportion de la publicité prévaut sur les articles. Le but de ces magazines est de faire connaître de nouveaux produits aux patients tout en les informant sur une pathologie mineure, puisque la publicité n'est autorisée que pour les médicaments OTC.

La presse spécialisée, rédigée par des professionnels de santé, est une source d'information fiable, accessible aux patients, qui ne seront désormais plus de simples consommateurs mais des acteurs de leur propre santé.

La presse écrite, est disponible dans les kiosques ou encore sur internet. Les articles publiés traitant des médicaments peuvent, selon les sources, être formulés de façon à avoir la plus grande exposition médiatique tout en ayant des raccourcis non vérifiés.

Par exemple pour les vaccins, certaines annonces faites dans la presse sont considérées comme validées et vérifiées par les patients qui font d'un article de presse une vérité générale alors que quelques années plus tard, ces informations seront infirmées ; mais la confiance envers les médicaments est déjà érodée.

Il y a plusieurs années, certains vaccins avaient été incriminés dans le déclenchement d'une SEP (sclérose en plaque) à la suite d'une vaccination. Une dizaine d'années plus tard, après une longue procédure judiciaire, le lien entre la vaccination et la SEP n'a pas été retenu. Cependant, pendant de nombreuses années, le préjudice moral et même social établi est indéniable.

Nombre de médecins ont pu douter de l'innocuité des vaccins, ne proposant que les vaccinations obligatoires à leurs patients. De nombreux patients n'ont pas voulu se faire vacciner ou encore faire vacciner leurs enfants suite à cette affaire. Les patients sont d'avantage sensibilisés aux risques « manufacturés », c'est-à-dire imputables aux médicaments ou aux vaccins, qu'aux risques naturels puisque par définition, la nature est intrinsèquement bonne. La société française est une des plus défiantes à l'égard des institutions et de ses élites. Les réseaux numériques ainsi que les médias sociaux peuvent se transformer en formidables incubateurs de controverses.

Que ce soit à propos des vaccins ou encore des médicaments OTC, la presse peut par le même biais informer, ce qui est nécessaire à tous, mais aussi désinformer, ce qui est délétère pour les patients, pour les professionnels de santé ainsi que pour le système de santé.

## **La télévision**

La télévision, particulièrement en France, est le média le plus utilisé devant Internet. En effet, de manière totalement passive, le téléspectateur ingurgite un flot d'informations perpétuel.

A travers la publicité, les émissions de santé ou encore les reportages, les patients sont sensibilisés aux nouveautés pharmaceutiques ou encore à des sujets d'actualités en matière de santé : génériques, vaccins, OTC...

La publicité permet une information du patient sur les nouveaux médicaments disponibles qui pourraient correspondre à leur pathologie, il s'adresse ensuite au pharmacien qui veillera à la bonne adéquation médicament-pathologie, tout en vérifiant s'il n'y a pas de contre-indications et en expliquant les modalités de prise et les limites du traitement.

Les émissions de santé spécialisées sont très suivies, elles proposent un contenu accessible à tous, en permettant de réagir en direct par sms ou bien par internet. Les téléspectateurs peuvent aussi proposer des sujets ou encore des thèmes à aborder. La plus connue est le « Magazine de la santé », diffusée sur la chaîne France 5. Les invités, et les présentateurs(trices) sont des professionnels de santé, proposant un contenu fiable et vérifié.

Les reportages proposés peuvent être informatifs, vérifiés et utiles pour la connaissance de chacun, mais dans une grande majorité, de nombreux raccourcis et de nombreuses inexactitudes faussent les informations délivrées, déstabilisant la confiance du patient envers le système de santé.



## Les professionnels de santé

Les professionnels de santé représentent une source sûre d'informations, cependant ils ne sont pas assez considérés à ce titre. Les informations divulguées par le médecin ou le pharmacien peuvent aller à l'encontre des idées préconçues que venait chercher le patient, sachant que son « autodiagnostic » a pu être influencé par Internet, ses connaissances et bien d'autres facteurs.

Les patients sont pour la plupart d'entre eux mal informés, ce manque d'information ne leur permet pas une utilisation sécurisée des médicaments. Certains patients arrivent à la pharmacie avec une idée de médicament qui ne correspond pas à leurs troubles. Nous devons les rediriger vers la bonne solution tout en donnant l'information nécessaire pour parfaire ce changement thérapeutique.

### I.3.2. La défiance envers les médecins et le retour au « tout naturel »

Le rapport avec le médecin s'est érodé (7), par rapport aux générations passées, il ne représente plus le savoir absolu. Supplanté par la consultation compulsive d'internet et l'accès à de nombreuses informations le plus souvent non-vérifiées, leurs compétences sont remises en cause.

Les médias et les reportages contenant de nombreuses approximations influencent le rapport aux soins et l'efficacité des traitements proposés.

A la fois déçus par l'efficacité des traitements et inquiets des inconvénients dont leurs effets sont parfois assortis les patients s'orientent vers des médecines non-conventionnelles comme l'homéopathie, la phytothérapie et la gemmothérapie qui sont en libres accès en pharmacie. Ces patients sont à la recherche de remèdes « moins chimiques » qui « ne font pas de mal » puisque, par définition, tout traitement dit « naturel » nous veut du bien. En effet, la nature est par essence la base de toute vie farouchement opposée aux médicaments dits « chimiques » responsables de tous nos maux quotidiens.

Cependant, ces nouvelles thérapeutiques ne sont pas dénuées de dangers, la dose létale pour les huiles essentielles est d'environ 50 gouttes.

La vision des patients est différente puisque ce sont des produits dits naturels, avec une galénique agréable.

De plus, l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les médecins est perçue comme une véritable « corruption » qui discrédite l'allopathie aux yeux des patients. Les nombreux scandales sanitaires déclarés ces dernières années ne font qu'augmenter la défiance des patients vis-à-vis des médicaments et de leurs prescripteurs.

La durée de consultation et d'écoute du professionnel se raccourcissant, à cause d'emplois du temps surchargés, le lien entre les patients et le médecin s'amenuise. Si l'on compare avec les autres générations de patients (nos parents ou nos grands-parents), le médecin était disponible et occupait une véritable place centrale dans le système de santé et un rôle social dans la vie d'une petite commune par exemple.

### **I.3.3. La prise en charge des soins impacte le développement de l'automédication**

#### **I.3.3.1. L'influence du mode de distribution**

En France, les pharmaciens détiennent le monopole de la dispensation des médicaments (8). Cependant dans d'autres pays européens ou encore outre-Atlantique, l'automédication est accessible dans les supermarchés, stations-services...

Le système de santé et les politiques mises en place dans chaque pays déterminent le recours à l'automédication.

#### **I.3.3.2. Le rôle de la publicité**

De nos jours, les patients sont confrontés à un flux d'informations incessant, par l'intermédiaire de la télévision, des médias ou des affiches présentes en vitrines dans les pharmacies. Ces trois principales sources d'informations et de visibilité sont les plus efficaces.

Lors de campagnes publicitaires, l'augmentation de la demande en pharmacie est perceptible alors même que le médicament n'est pas encore disponible chez les grossistes. La publicité permet de faire comprendre au patient qu'il existe des solutions à ses problèmes de santé. La publicité se limite, en France et dans d'autres pays Européens, aux médicaments disponibles sans prescription médicale, contrairement aux Etats-Unis qui autorisent la publicité pour les médicaments nécessitant une prescription.

Malgré l'interdiction de publicité pour les médicaments soumis à une prescription, certains laboratoires arrivent à contourner les obligations en ne mentionnant pas directement le médicament en question. Par exemple, une publicité du laboratoire Pfizer incitait les patients souffrant de dysfonctions érectiles à en parler à leur médecin, ce qui correspond à une allégation à peine voilée à leur médicament phare, le Viagra®.

### **I.3.3.3. L'impact des déremboursements**

L'augmentation régulière des dépenses en matière de santé ont poussé les pouvoirs publics à mettre en place des déremboursements, afin que les patients participent aux dépenses de santé.

Lors des déremboursements (9), l'effet immédiat est la baisse des prescriptions du médicament concerné : – 50 % en moyenne, ce qui diminue le nombre de boîtes vendues par le laboratoire. Afin de compenser cette perte de ventes, les laboratoires augmentent en moyenne de 43 % le prix du médicament afin de maintenir un chiffre d'affaires stable.

Néanmoins, l'effet pernicieux de ces déremboursements est le report des prescriptions sur d'autres classes thérapeutiques (10).

Prenons pour exemple les veinotoniques ; suite à leur déremboursement, les médecins se sont tournés vers les anti-inflammatoires, pouvant être néfaste en terme d'efficacité et d'économies de santé, pour le patient ou pour la société.

Afin de diminuer les risques, les déremboursements devraient être annoncés à l'avance aux médecins, leur permettant ainsi de se former, quant aux alternatives existantes pour le remplacement du médicament déremboursé.

Les déremboursements ne seraient donc pas compensés par l'automédication et ils ne stimuleraient que très partiellement cette dernière. Cependant, ce changement de paradigme peut faire prendre conscience au patient qu'il sera à l'avenir de plus en plus sollicité pour la participation aux frais de santé, tout en supprimant l'arc réflexe : consultation médicale = prise en charge totale des soins.

Ces changements placent le pharmacien au cœur du système de santé.

En première intention, les patients pour des pathologies mineures (insuffisance veineuse, supplémentation dans le cadre de l'arthrose), s'adressent désormais aux pharmaciens en première intention depuis que ces médicaments sont déremboursés.

### **I.3.3.4. Le rôle des mutuelles**

Depuis quelques années, de nombreux organismes proposent des forfaits de prise en charge (11) pour l'automédication (30 à 150 euros par an et par patient). De nombreux médicaments peuvent être concernés, de la contraception orale non remboursée jusqu'aux médicaments de sevrage tabagique en passant par les médicaments antalgiques ou l'homéopathie.

Ces contrats permettent aux patients une économie notable chaque année, tout en stimulant le recours à l'automédication. En effet, la prise en charge des spécialités disponibles en automédication est désormais un critère décisif dans le choix des contrats de mutuelle.

De plus, la mise en place, par l'assurance maladie d'une franchise médicale de 50 centimes d'euros s'appliquant sur les boîtes de médicaments remboursées, plafonnée à 50 euros par an pourrait inciter d'avantage les patients vers l'automédication.

En effet, cette mesure réduit mécaniquement le taux de remboursement des médicaments à PMF remboursable, en diminuant par la même occasion la proportion des patients ayant recours à une consultation dans le seul but d'obtenir une prise en charge totale des produits de santé.

### **I.3.4. Le reste à charge après une consultation influence le report vers l'automédication**

#### **I.3.4.1. Le prix du médicament mais aussi de la consultation**

La diffusion de l'automédication, particulièrement chez les jeunes actifs résulte, aussi du reste à charge important après une consultation médicale (12). Notamment dans les grandes villes, comme Paris, beaucoup de médecins généralistes pratiquent des dépassements d'honoraires, parfois conséquents.

Outre le prix de la consultation, il arrive parfois que les restes à charge des médicaments prescrits sur l'ordonnance soient importants suite à de nombreuses campagnes de déremboursement.

Il apparaît donc pour certains patients que l'automédication soit plus efficiente pour certaines pathologies bénignes.

#### **I.3.4.2. Le prix des médicaments en libre accès**

Dans un contexte de crise économique et de gratuité des soins, le prix des médicaments d'automédication est un point névralgique pour la poursuite du développement du selfcare.

Le pharmacien reçoit et conseille une patientèle, c'est-à-dire un patient qui se présente à l'officine pour une pathologie donnée, avec un profil physiopathologique, cherchant un conseil adapté tout en souhaitant un médicament au meilleur prix possible.

De nombreux patients révèlent ne pas comparer les prix entre les pharmacies. Cependant, cette pratique se répand de plus en plus, faisant jouer la concurrence entre les officines.

Les patients comparant les prix, n'hésitent pas à vérifier les écarts de prix dans diverses officines mais aussi au sein même d'une même officine en recherchant pour une indication précise, le médicament le plus efficace et le moins cher.

Cette pratique n'étant pas nouvelle, les pharmaciens, afin de contrer la concurrence des pharmacies mais aussi des GMS s'organisent en groupements ou encore en centrales d'achats afin de faire baisser les prix.

De nombreuses opérations promotionnelles sont régulièrement mises en place afin de promouvoir les médicaments d'automédication.

Récemment, des applications mobiles ou encore des sites internet ont été développés, recensant les meilleurs prix de parapharmacie pour une région ou un département donné.

A titre de comparaison au niveau Européen, la France est le 2<sup>ème</sup> pays le mieux placé en terme de prix moyen des spécialités d'automédication (4,58 euros en France contre 9,40 euros en Allemagne en moyenne. Paradoxalement, la France est le pays avec le pourcentage le plus faible de médicaments disponibles en automédication (15,4 % en volume) comparé à la Grande-Bretagne (57,8 % en volume).

### **I.3.5. De nombreux autres facteurs influencent le recours à l'automédication**

#### **I.3.5.1. La marque**

La notion de marque (13), même si elle est reléguée au second plan dans le processus de choix de l'automédication, est un point essentiel de décision. Les notions de valeurs expérientielles et symboliques ou encore la confiance envers telle ou telle marque tend à humaniser la relation produit – consommateur (14).

#### **I.3.5.2. La galénique / la facilité d'utilisation**

Pour chaque médicament, de nombreuses formes d'utilisation sont disponibles, permettant de fournir à chaque patient une forme adéquate.

La galénique est très importante dans l'observance d'un traitement, d'autant plus quand il est chronique. Un patient est plus adhérent au traitement si la forme qu'il utilise l'encourage à prendre le médicament.

Depuis plusieurs années, de nombreux conditionnements ont été créés notamment pour les enfants afin de faciliter l'observance : Liquiz®<sup>2</sup>, granulés...

Cependant, cette formulation pourrait avoir tendance à « bonbonifier » les traitements, les enfants pouvant les assimiler à des sucreries et non à des thérapeutiques. Ces formes agréables cultivent une ambivalence : favoriser l'adhérence du traitement chez les enfants tout en « dé-médicamentisant » les traitements.

Les parents comme les professionnels doivent sensibiliser les enfants aux médicaments en leur rappelant que toute utilisation abusive ou non peut avoir une incidence sur eux.

### **I.3.5.3. Le packaging**

Dans les publicités, sur les comptoirs, ou encore lors de promotions, le packaging permet de rendre reconnaissable une marque. Le packaging est souvent modifié afin d'être facilement repérable au sein d'un « rayon ». Il est souvent agrandi et élargi afin d'occuper un espace toujours plus grand. De plus, de nombreux laboratoires envoient directement des prestataires pour réaliser le facing (mise en place de plusieurs produits identiques faisant directement face au patient) d'un rayon afin de capter l'attention des patients de la meilleure façon qu'il soit.

## **I.4. L'automédication, un phénomène social ?**

Dans une société où le contrôle de la performance, tant au travail que dans la vie privée, est devenu incontournable, l'automédication permet un gain de temps précieux pour une efficacité recherchée par le patient. Le besoin d'autonomie solutionné par l'automédication permet de soulager les douleurs, le stress, la fatigue ou encore l'excès de poids.

Le besoin de contrôle immédiat de la santé comme de l'ensemble des maux actuels est un phénomène sociétal, le « tout, tout de suite » touche de plus en plus le monde de la santé. Finalement, le patient est devenu impatient.

Ces pratiques peuvent déclencher une consommation compulsive de médicaments qui peut être à l'origine d'addictions ou d'interactions avec d'autres thérapeutiques.

Il revient au pharmacien ainsi qu'au médecin d'interroger les patients sur la pratique de l'automédication tout en veillant à ce qu'aucune consommation ne soit délétère pour son état de santé.

---

<sup>2</sup> La forme liquiz® correspond à du sirop conditionné sous forme de sachet dose unitaire.

## I.5. Le délistage : un accès vers l'automédication ?

De nombreux facteurs influencent l'automédication, qu'ils soient culturels, sociétaux ou encore économiques. Ces changements ouvrent la voie à la prise en charge du patient par le pharmacien pour des pathologies bénignes ou chroniques (rhinite, arthrose...) (15).

La nécessité du délistage de certaines molécules est un besoin formulé tant par les médecins que par les pharmaciens mais aussi par le patient pour permettre d'avoir à sa disposition un éventail plus large de solutions adaptées à son quotidien (16).

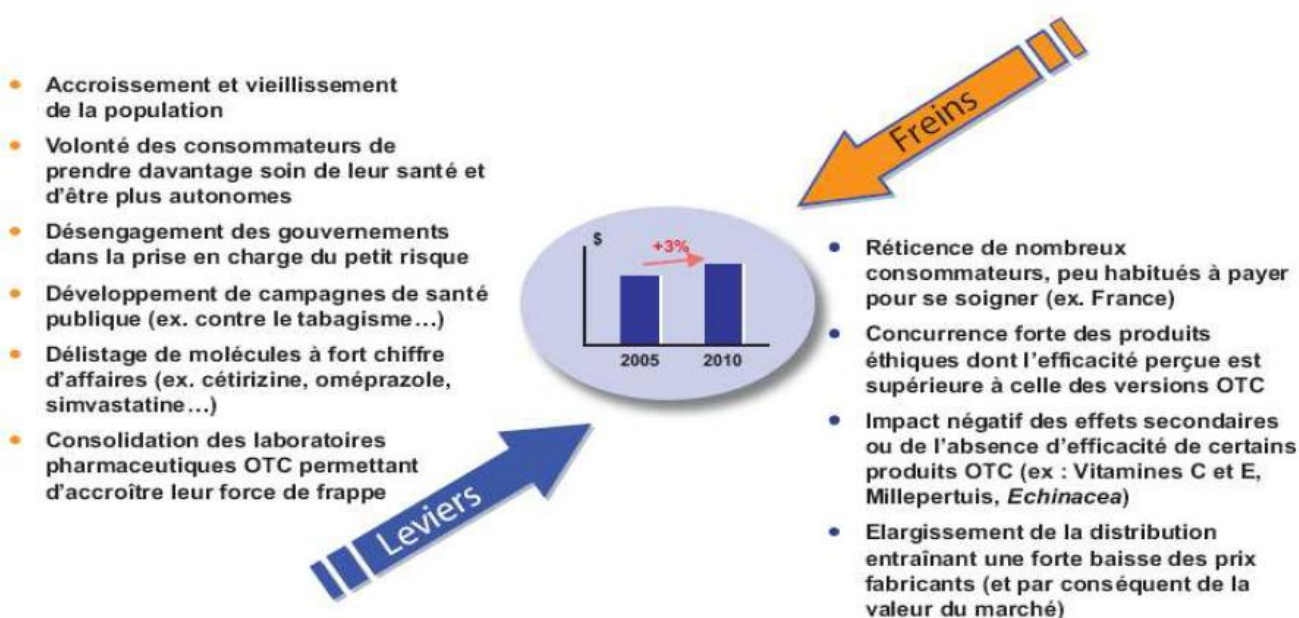


Figure 1 : Les leviers et les freins de l'automédication (17)

De nombreuses molécules ont déjà pu être mises sur le marché de l'OTC en bénéficiant fortement de l'image positive du laboratoire qui les commercialise, comme par exemple : la cétirizine avec Zyrtec®, toute la gamme Doliprane avec Dolirhume®, Doliallergie®...

L'un des principaux freins au développement de l'automédication est la concurrence du médicament remboursé qui est perçu comme plus efficace par rapport à son équivalent en vente libre. La notion de « service médical rendu (SMR) insuffisant »

véhicule une connotation négative, en termes d'efficacité que ce soit pour les patients ou pour les professionnels de santé.

Le délistage est inégal en Europe, certains triptans (traitements de fond pour les migraines) sont accessibles en OTC en Angleterre et la Simvastatine® est disponible en tant que traitement préventif hypocholestérolémiant en Allemagne.

L'évolution de l'automédication ne doit pas se diriger vers un délistage déraisonné, notamment en France, mais devrait répondre à des besoins de santé précis pour répondre à des pathologies bénignes (5). Un manque de communication effarant met les patients à distance de l'automédication, les considérant comme des rebuts de l'arsenal thérapeutique lors des déremboursements et non comme des remèdes fiables.



## II. Les facteurs inhérents à notre système de santé

---

Il existe deux principaux types de systèmes de santé, le système Bismarckien et le système Beveridgien.

En fonction de leur histoire, de leur politique et de leur situation géographique, les pays ont traditionnellement un système de santé différent de leurs voisins. Il reste quelques représentations prégnantes dans chaque système, mais la tendance est à l'utilisation de modèles dits mixtes (18). Chaque mode de fonctionnement emprunte des éléments à d'autres modèles afin de corriger ses propres défauts.

Deux grandes logiques s'opposent dans ces différents modèles :

- la logique assurantielle : dans le système Bismarckien, les prestations sont versées à un individu afin de le prémunir contre un certain risque. Les cotisations assurantielles sont obligatoires.
- la logique assistancielle : dans le système Beveridgien, les prestations sont versées aux individus qui en ont le besoin.

### II.1. Le système Bismarckien

Le système Bismarckien fut mis en place par le chancelier allemand Otto von Bismarck en Allemagne à la fin du XIXème siècle (19). Il avait pour objectif, à l'origine de protéger le prolétariat ouvrier en instaurant une protection sociale d'état.

L'état garantit désormais, par le biais de la protection sociale, un minimum de bien être pour tous.

Progressivement, ce système mettra en place une protection sociale contre les risques de maladie, d'invalidité et d'accidents du travail ainsi qu'une protection vieillesse.

Dans un premier temps, les travailleurs s'ouvrent des droits grâce à leur activité professionnelle. Les membres de leur famille (femmes et enfants) bénéficieront également de ces droits.

Puis, la protection a un caractère obligatoire. Les citoyens sont obligés d'y adhérer dès lors qu'ils travaillent.

Il s'agit d'un système contributif où les cotisations sociales proviennent d'un prélèvement effectué sur les salariés ainsi que sur les employeurs. La protection sociale est donc gérée par les employeurs et par les employés.

Cette protection sociale fût créée afin de parer à la réalisation d'un risque spécifique ; la perte d'un emploi, la maladie ou encore la vieillesse ; permettant de bénéficier d'un revenu de remplacement le plus proche de celui correspondant au niveau d'activité antérieur à l'« évènement ».

Les cotisations, permettant de bénéficier du revenu de remplacement, ne sont pas proportionnelles aux risques encourus mais aux revenus de l'assuré. C'est ce que l'on définit comme la « socialisation du risque ».

A l'origine destinées aux ouvriers, ces assurances sociales furent étendues aux autres classes socioprofessionnelles, mais toujours attribuées sous conditions de ressources.

## II.2. Le système Beveridgien

Il fut instauré en 1942, à la demande du gouvernement britannique qui exigea à l'économiste William Beveridge un rapport sur le système d'assurance maladie.

Ce rapport intitulé « *Social Insurance and Allied Service* » avait pour but de mettre de l'ordre dans les prestations sociales versées par l'Etat sans réelle cohérence. Une refonte globale est ainsi enclenchée et certaines mesures seront appliquées pendant la guerre.

Les pays Européens voisins seront fortement influencés par ces idées nouvelles, notamment lors de la restructuration des systèmes de santé de l'après-guerre. On parlera alors de « Welfare State » ou Etat-providence.

Les premiers principes fondateurs du modèle Beveridgien peuvent être résumés par l'appellation des « trois U » :

- Universalité de la protection sociale qui couvre toute la population (ouverture de droits individuels) pour tous les risques. C'est un principe basé sur le lieu de résidence et non sur le contrat de travail,
- Uniformité des prestations fondée sur le besoin et non sur la perte des revenus suite à la survenue d'un risque : chômage, vieillesse, maladie,
- Unité de gestion étatique qui intègre tous les risques au sein d'un même régime.

Le système Beveridgien s'oppose à une assistance limitée aux plus démunis et assure à tous les citoyens une protection sociale minimum, financée par l'impôt.

Les prestations sociales perçues sont les mêmes pour tous, elles résultent de la solidarité nationale, permettant à chaque individu d'être à l'abri du besoin. Néanmoins, ce revenu forfaitaire national est soumis à des conditions de ressources et de besoins pour que chaque citoyen puisse en bénéficier.

Ces prestations sont une « juste » compensation obligatoire versée par l'Etat aux personnes ne pouvant pas subvenir à leurs besoins. Les collectivités publiques reversent directement aux citoyens les prestations, sans nécessité de cotisation préalable.

	<b>Système Bismarckien</b>	<b>Système Beveridgien</b>
<b>Origine</b>	Allemagne, fin du XIXème siècle	Royaume-Uni, 1942
<b>Pays concernés</b>	Allemagne, France, Belgique, Pays-Bas	Royaume-Uni, Suède, Finlande
<b>Principe</b>	Assurances sociales garantissant le niveau de vie des travailleurs	Protection permettant de réduire les inégalités
<b>Fondement</b>	Basé sur l'emploi	Basé sur la citoyenneté
<b>Prestations</b>	Contributives, dépendant des revenus	Universelles, gratuites pour tous, sans cotisation préalable

<b>Conditions d'accès aux prestations</b>	Contrat de travail	Besoins / Ressources
<b>Bénéficiaires</b>	Salariés et leurs ayants droits (femmes et enfants)	Tous les citoyens (condition de résidence)
<b>Financement des prestations</b>	Cotisations salariales (salariés et employeurs)	Impôts
<b>Gestion</b>	Décentralisée (caisses)	Centralisée par l'Etat

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes caractéristiques en fonction des systèmes de santé

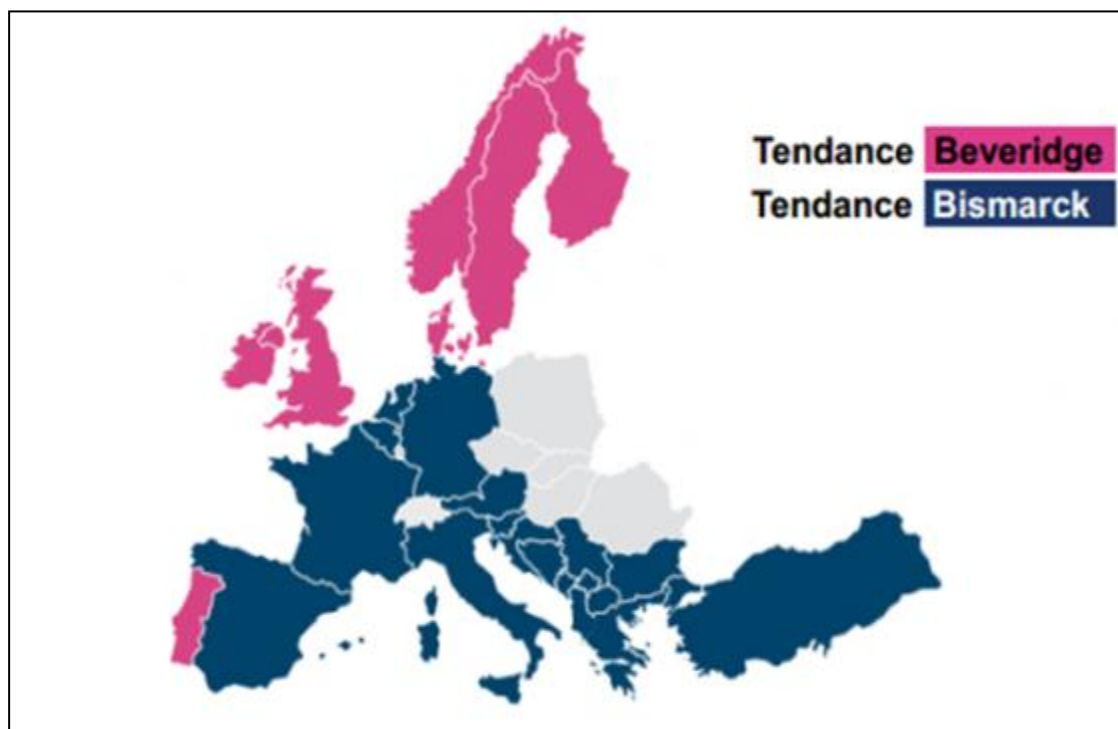


Figure 2 : Carte représentant les différents systèmes de santé en Europe

### II.3. L'originalité du système de santé français

Le système de Sécurité Sociale français est un système composite (20), empruntant des éléments aux deux modèles majoritaires : Bismarckien et Beveridgien. A l'origine opposées, ces différentes visions du système idéal sont devenues complémentaires dans notre système de santé. On retrouve une prédominance Bismarckienne tout en constatant des différences importantes avec le système Beveridgien.

#### Les emprunts au modèle Beveridgien

Lorsque l'on compare le système français avec les caractéristiques fondatrices du système Beveridgien (la règle des « trois U »), on constate que la France s'en écarte pour des raisons à la fois politiques mais aussi organisationnelles préexistantes, puisque le système de santé fut introduit dès 1945 en France.

- Concernant l'unité : dans le système Beveridgien, la gestion est étatique avec une caisse unique et donc un seul système.

En France, dès 1945, les caisses d'allocations familiales gardent leur autonomie au sein de la sécurité sociale. La pluralité des organismes sera actée le 2 août 1967 avec l'ordonnance de Jeanneney qui prévoit la création de différentes branches au sein de la sécurité sociale.

Les régimes spéciaux, déjà présents avant la guerre, sont conservés : régime de la SNCF, des fonctionnaires, des mines... Et de nouveaux sont créés notamment pour le domaine agricole mais aussi pour les professions libérales ou encore les commerçants et les artisans.

En France, plusieurs caisses et plusieurs régimes sont constitués, permettant de prémunir chaque catégorie professionnelle des risques encourus par leur métier.

- Concernant l'universalité : couverture de toute la population pour tous les risques.

Si la volonté du système français est de couvrir tous les citoyens, les modalités permettant d'atteindre cet objectif diffèrent par rapport aux bases du système Beveridgien.

L'universalisme du système de santé français repose sur l'obligation d'adhésion, sur le statut du salarié et sur les prestations sociales. Les prestations permettent la création d'un statut d'ayant-droit pour le ou la conjoint(e) du salarié et leurs enfants.

On opte pour la logique professionnelle et non pour la logique citoyenne prônée par le système Beveridgien, plaçant peu à peu l'activité professionnelle comme la norme au fur et à mesure du développement économique de la société. Le travail est donc perçu comme un biais permettant de parer aux risques encourus pour le travailleur et sa famille.

Cette logique de généralisation du travail sera quand même limitée

- Les travailleurs n'appartiennent pas au même régime de sécurité sociale et ne percevront pas les mêmes prestations sociales, notamment au niveau des retraites.
- Pour les personnes hors emploi, la logique assistancielle, financée par l'impôt s'applique. Cette assistance prendra une place de plus en plus importante lors du développement de la crise économique, alors que ces mesures, à l'origine devaient être transitoires. Ces mesures sont représentées aujourd'hui par le RSA (Revenu de Solidarité Active) instauré en 2009 et par le CMU (Couverture Maladie Universelle) mise en place dès le début des années 2000.
- A l'origine, tous les risques n'étaient pas pris en charge. L'assurance chômage, développée vers 1958 sous l'impulsion du Général De Gaulle, n'existait pas pendant la période de l'après guerre : époque où la main d'œuvre venait à manquer. L'assurance chômage est indépendante de la sécurité sociale, elle est gérée par les partenaires sociaux : MEDEF, CFDT et pôle emploi.

Tous les risques sont désormais couverts par le système français, mais cela n'était pas une volonté affirmée à l'origine, cela résulte de différentes strates décisionnelles superposées, issues de logiques différentes et non d'un universalisme inné.

- Concernant l'uniformité : le versement des mêmes prestations pour tous.

Elle n'est pas impliquée dans notre système de sécurité sociale. Au contraire les prestations sont individualisées, elles ont pour but d'assurer au travailleur son statut social antérieur à la survenue d'un risque.

Les prestations versées ainsi que les cotisations sont en rapport avec le salaire antérieur du salarié. Grâce aux nombreux régimes existants, l'assuré percevra un « revenu de remplacement » permettant de maintenir un niveau de vie suffisant pour lui ainsi que sa famille en facilitant la recherche d'un nouvel emploi.

Cependant, le revenu de remplacement est plafonné, ce qui permet une certaine égalité entre les salariés. Pour les salaires les plus faibles, les prestations sont maximales alors que pour les salariés les plus aisés, les prestations sont limitées dès lors que le salaire antérieur dépasse le plafond fixé.

La limitation des prestations a permis le développement de prévoyances privées, notamment pour les salariés les plus aisés. En effet dès 1947, l'AGIRC (Association Générale des Institutions de la Retraite des Cadres) est créée. Le souhait de Beveridge était de laisser du pouvoir aux mutuelles et aux syndicats tout en permettant le développement d'assurances privées, qui stimuleront les investissements privés.

### Les similitudes avec le système Bismarckien

- Le point de départ du système Bismarckien correspond aux prestations sociales, qui seront versées à la fois par le salarié mais aussi par l'employeur.

Les impôts sont utilisés pour le financement des prestations de solidarité telles que le RSA ou encore la CMU. La part des cotisations sociales représente encore aujourd'hui environ 60 % des recettes, cependant la tendance est à l'augmentation de la part des impôts pour pouvoir financer le système de sécurité sociale.

La logique utilisée de façon prédominante dans notre système est une logique assurantielle préférée à la logique assistancielle.

- Les différents régimes de la sécurité sociale ne sont pas gérés par l'état

Leur gouvernance est laissée à différents partenaires sociaux, tout comme l'assurance chômage, renforçant un peu plus l'indépendance des différents régimes ainsi que leur statut.

- La logique redistributive assurée par les différents régimes et l'assurance chômage privilégient les revenus de remplacement.

Cependant la création des minima sociaux laisse apparaître les revenus de solidarité. Le système français demeure axé sur une logique horizontale : des biens portants vers les malades, des jeunes vers les plus âgés, des couples sans enfant vers les couples avec enfants.

La logique statutaire assurée par l'affiliation à un régime particulier pour une profession donnée pousse à maintenir la hiérarchie sociale établie plutôt qu'à la compenser.

Notre régime est profondément basé sur une égalité et non une équité face aux nombreux risques entraînés par la vie.

Au total, le système de sécurité sociale français emprunte bien plus d'éléments au système Bismarckien plutôt qu'au système Bénévidigien, même si les principes de ce dernier ne sont pas niés, mais plutôt exploités différemment.

Ainsi, l'Universalisme est recherché à travers la généralisation de la sécurité sociale en considérant le salariat comme la norme. Le salariat permet grâce à ses cotisations ou à ses ayants droits l'accès à la sécurité sociale pour tous.

La logique assurantielle a, quant à elle, été nuancée

En étendant et en permettant l'accès à la couverture sociale pour des populations non cotisantes comme par exemple les étudiants (classés comme des pré-actifs), les retraités, les salariés en situation de chômage, les concubins (considérés comme des ayants droits alors qu'ils ne sont pas considérés comme faisant partie du cercle familial traditionnel).

En maintenant le principe de l'aide sociale pour les personnes aux ressources insuffisantes, c'est-à-dire ne pouvant justifier d'un statut de salarié, sans être non plus un ayant droit.

Cette particularité permet à tous les Français de maintenir des moyens convenables pour leur existence propre.

En assurant aux personnes ne pouvant souscrire une assurance personnelle de bénéficier grâce à celle-ci des principes de la Sécurité Sociale.

La possibilité de souscription à des prévoyances privées pour les salariés les plus aisés, permet de renforcer l'investissement dans des biens privés.

En généralisant, à partir des années 1975, les bénéfices de la Sécurité Sociale sur des critères qui ne reposent plus sur l'activité salariale mais sur le principe de résidence.

Tous les résidents Français peuvent disposer des bénéfices de la Sécurité Sociale, selon leurs revenus, leur situation mais les prestations versées seront différentes.

Cette volonté d'extension des critères permettant de bénéficier de la Sécurité Sociale sera parfaite par la mise en place de la CMU (Couverture Maladie Universelle). Instaurée par la loi du 27 Juillet 1999 et toujours valable actuellement ; elle est octroyée sous conditions de ressources, basée sur des critères de résidence et non sur la base d'une activité salariée ou de cotisations.



Pour être éligible à cette couverture il faut : être résident Français, en situation régulière depuis plus de trois mois et percevoir des ressources inférieures à un plafond déterminé en rapport avec la composition du ménage.

Cette mesure peut même être applicable pour les personnes sans domicile fixe, qui doivent au préalable élire domicile dans un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).

Le système de santé français s'efforce d'atteindre les principes Beveridgien d'universalisme tout en empruntant les moyens largement Bismarckiens. La complexité du modèle social français ne correspondant pas à un seul et même modèle, cela révèle cependant sa capacité d'adaptations aux exigences sociales en perpétuelles mutations.

## II.4. Le monopole du pharmacien : des disparités européennes

Nous pouvons constater de nombreuses disparités en fonction des pays, expliquant une volonté ou non d'étendre les services assurés par les pharmaciens (21).

Pays	Existence de critères démographiques pour l'ouverture d'une pharmacie	Nombre d'officines pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par officine	Un non pharmacien peut-il être propriétaire d'une pharmacie ?	Lieux de distribution des médicaments autre qu'en pharmacie ?
France	OUI	33,6 (DOM compris)	2977	NON	NON
Allemagne	NON	25	4000	NON	OUI
Suède	NON	12	8333	OUI	OUI
Espagne	OUI	48	2883	NON	NON

Tableau 2 : Caractéristiques pour l'installation et la dispensation des médicaments en Europe

On peut donc aisément remarquer que l'Espagne est le pays d'Europe le plus proche des réglementations françaises, avec des réglementations pour l'ouverture et la dispensation des médicaments. Il existe aussi une réglementation concernant les investisseurs qui souhaitent faire partie intégrante du capital d'une pharmacie.

En effet le nombre d'officines par habitant est sensiblement le même (33,6 en France pour 100 000 habitants contre 48 pour l'Espagne). Un pharmacien diplômé est le seul à pouvoir être titulaire et ouvrir une pharmacie dans ces deux pays, limitant ainsi les investisseurs externes à notre métier.

Cependant, la notion d'investisseurs extérieurs à la profession, qui est interdite en France ainsi que dans d'autres pays voisins, tend à être contournée puisque certains pharmaciens obtiennent actuellement leur capital grâce à des contributeurs extérieurs à la pharmacie.

Au contraire, l'Allemagne semble adopter une politique libérale puisque aucune loi ne semble régir les installations. Depuis 1958, les pharmaciens peuvent s'installer sans restriction à partir du moment où ils obtiennent une autorisation émanant de l'Etat. Au vu des chiffres, les installations sont faibles (25 pour 100 000 habitants contre 33,6 en France).

Le nombre de pharmacies installées en Allemagne restant tout de même supérieur au nombre de pharmacies françaises, il semblerait que les objectifs économiques et la concurrence régulent les installations au détriment d'une véritable politique de santé publique et de besoins de santé.

Prenons l'exemple de la Suède, qui est le seul pays comparé où il est autorisé à des non-pharmaciens de posséder une officine. Depuis le décret de privatisation des officines paru en 2009, tout le monde peut être propriétaire d'une pharmacie, mis à part les prescripteurs (médecins, vétérinaires) et les personnes travaillant dans les laboratoires fabriquant des médicaments.

Aujourd'hui, de très nombreuses officines appartiennent à l'Etat, mais très peu sont détenues par des pharmaciens.

La privatisation des officines apparaît comme un besoin pour la population Suédoise, il n'existait que très peu d'officine pour 100 000 habitants (actuellement 12).

Partant de ce constat alarmant, de nombreux lieux de dispensations en dehors des pharmacies apparaissaient comme la solution permettant de pallier le manque d'officine de proximité. Il est aujourd'hui possible de se procurer des médicaments sans prescription dans les supermarchés, les épiceries ou encore les stations d'essence.

Après plusieurs années d'expérimentations, de nombreux ajustements furent nécessaires, le paracétamol fut retiré des supermarchés après de nombreux cas d'intoxications répertoriés (augmentation de 40 % des cas d'intoxications).

De plus, l'augmentation de la concurrence devant amener à une baisse des prix n'est toujours pas constatée, laissant perplexes les nombreux défenseurs de la santé publique. Un exemple européen à ne pas suivre à tout prix.

Comme la Suède, mais pour des motifs différents, l'Allemagne a décidé de permettre à certains médicaments (molécules à base de plantes ou pour des pathologies dites bénignes), d'être accessibles en dehors des officines. Cependant l'augmentation de l'offre aux patients a fait considérablement augmenter les dépenses de santé pour ces produits disponibles partout.

L'impact sur les prix reste limité et difficile à établir, notamment pour l'Allemagne, puisque les mesures gouvernementales s'étalèrent durant de nombreuses années.

Pour autant, les quatre pays cités précédemment permettent une bonne vision de l'exercice officinal en Europe. Chaque pays essaye par des mesures administratives de réguler ou non le maillage officinal ou la détention du capital. On peut même classer ces différents pays selon leur modèle de régulation : dérégulé pour la Suède, strictement régulé pour l'Espagne ainsi que la France et mixte pour l'Allemagne.

Le modèle dérégulé se caractérise par l'ouverture du capital aux non-pharmaciens, par l'absence de critère d'installation démographique ainsi que par la délivrance dans d'autres structures que les officines sans la nécessaire présence d'un pharmacien.

Le modèle strictement régulé impose des critères démographiques lors de l'installation d'une officine et il exclut la détention du capital par des personnes non diplômées d'un titre de pharmacien. Les médicaments faisant partie du monopole du pharmacien sont dispensés uniquement dans les officines promouvant la sécurité de la santé publique.

Le modèle mixte garantit la propriété aux pharmaciens mais ne permet pas l'existence d'un monopole strict de vente.

Le pharmacien est un professionnel de santé indépendant, mais selon les objectifs inhérents à chaque pays et à chaque besoin de santé, les réglementations diffèrent, sans oublier que le médicament est un produit très particulier pouvant nuire à la santé. Ceci explique les nombreux retours en arrière de nombreuses instances face aux intoxications, notamment au paracétamol.

	Modèle de dispensation réglementé		Modèle mixte	Modèle libéralisé
Monopole de vente	France : large	Espagne : large	Allemagne : restreint	Suède
Conditions de délivrance	Délivrance de médicaments en automédication et sur prescription uniquement en pharmacie. La parapharmacie peut être vendue dans les PMS et les GMS	Délivrance de l'automédication et des médicaments sur prescription uniquement en pharmacie	Certains médicaments non réservés aux pharmaciens sont vendus en drogueries et supermarchés	Pas de monopole : supprimé en 1913. Depuis 2009 : vente hors pharmacies : supermarchés, drogueries, stations-services...

Tableau 3 : Le monopole et les conditions de délivrance des médicaments en Europe

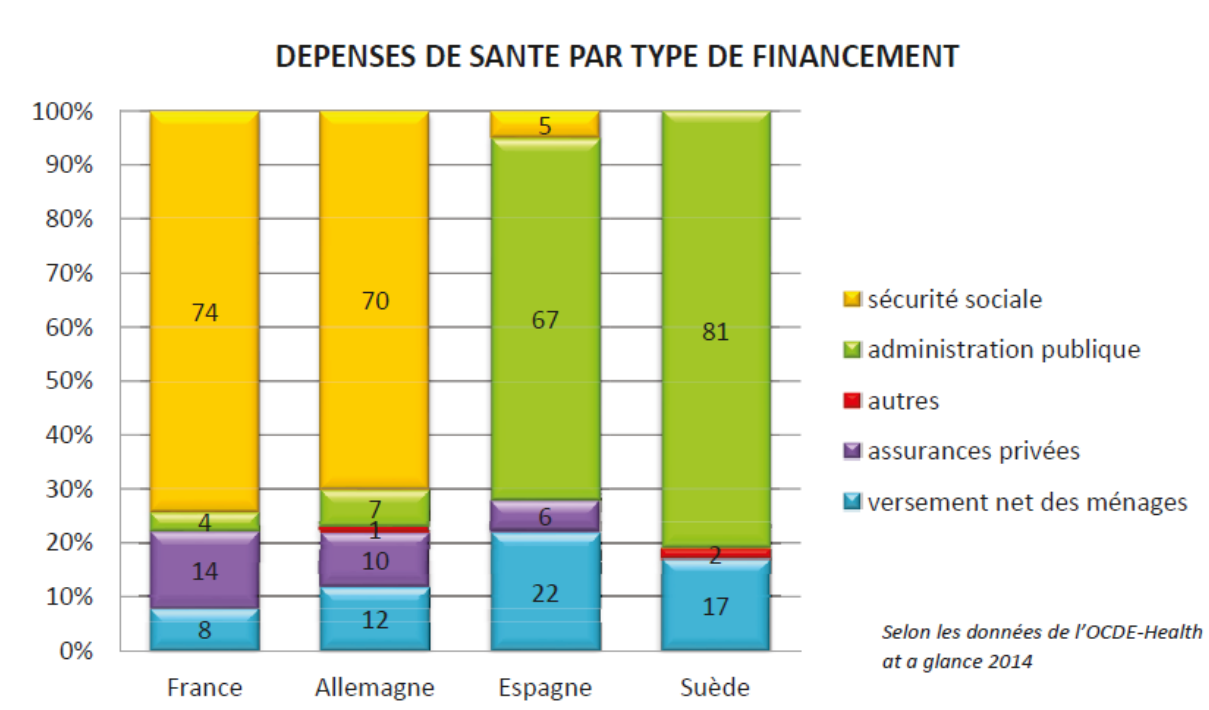


Figure 3 : Répartition des dépenses selon le système de santé

Les « assurances privées » sus mentionnées correspondent aux mutuelles et autres couvertures complémentaires permettant de prendre en charge les soins non couverts par les fonds publics.

Le « versement net des ménages » correspond au reste à charge du patient lorsque les médicaments prescrits par un praticien ne sont pas pris en charge ou lors d'un co-paiement. Le co-paiement définit la part prise en charge par la sécurité sociale et ce qui restera à la charge du patient malgré l'intervention des assurances privées : dépassement d'honoraires, TFR...

La part des dépenses publiques est représentée par les dépenses de la sécurité sociale additionnées aux dépenses de l'administration publique.

L'analyse des dépenses de santé selon les types de systèmes permet de distinguer deux systèmes avec le système Bismarckien où la sécurité sociale assure la plus grande proportion des dépenses de santé ; contrairement au système Beveridgien où la sécurité sociale est remplacée par l'administration publique. La gestion des dépenses de santé est alors centralisée, il n'existe plus qu'un unique régime.

Globalement, la part supportée par les ménages est légèrement inférieure dans le système Bismarckien comparativement au système Beveridgien.

La majeure partie des dépenses de santé est assurée en France par la sécurité sociale, complétée ensuite par les assurances privées : obligatoires pour les entreprises ou prises par le patient afin d'améliorer sa couverture de soins.

La part des dépenses de la sécurité sociale en France ainsi qu'en Allemagne est très similaire (74 % en France contre 70 % en Allemagne).

Le reste à charge net est lui aussi très proche pour les patients (8 % en France, 12 % en Allemagne).

Notons qu'il existe en Allemagne des caisses d'assurances privées mais aussi des caisses d'assurances publiques qui assurent de façons diverses les membres de la famille.

En France, la part des assurances privées prend en charge l'équivalent de deux parts de versement net des ménages (figure 3). Ce qui rappelle la nécessité de souscription ou d'adhésion à une assurance privée, obligatoire ou non.

En Suède, il n'existe pas de sécurité sociale, c'est l'administration publique qui prend en charge la majeure partie des dépenses de santé. La gestion des dépenses est donc centralisée par un seul et même régime.

Contrairement aux autres pays comparés, il n'existe pratiquement pas d'assurances privées en Suède, ce qui explique la participation plus forte des assurés.

Pour le dernier pays comparé, l'Espagne (22), la situation est mixte. L'administration publique supporte l'ensemble des dépenses tout en laissant une faible partie de celles-ci à la sécurité sociale. En opposition au système Béveridgien et à ses principes fondateurs, la possibilité de souscrire une assurance privée est néanmoins possible même si elle représente une faible proportion des dépenses de santé.

Malgré les solutions de soutiens aux dépenses de santé, l'Espagne demeure le pays où la participation de l'assuré aux frais de santé est la plus forte : 22 %.

La responsabilisation des patients concernant les frais de leur santé permet une maîtrise des dépenses et laisse aussi une place plus grande à l'automédication puisqu'une consultation médicale aboutira tout de même à une participation notable des patients aux dépenses. Le choix de l'automédication peut donc être encouragé et même judicieux pour le patient, l'Etat et l'ensemble de la communauté. Cette situation s'oppose à la situation française et au « pass santé tout compris » de certains patients qui n'hésitent pas à consulter un médecin dans le but d'obtenir un remboursement presque total de leurs frais.

## II.5. La répartition de la responsabilité financière dans le financement du médicament

Pays	Influence du système de santé	Franchise	Co-paiement (frais par boîte ou par prescription)	Ticket modérateur	Responsabilité du patient
France	Bismarckien	-	0,50 €/ boîte	35,70 ou 85 %	+
Allemagne	Bismarckien	-	10 % du prix de vente 10 € maximum par médicament	-	+++

Espagne	Béveridigien	-	10, 40, 50 ou 60 % du prix de vente en fonction des revenus Frais de prescription dans certaines régions	10 ou 40 %	+++
Suède	Béveridigien	250 €	-	10, 25, 50 ou 100 %	++++

Tableau 4 : Responsabilité du patient dans le financement du médicament selon le système de santé

Le ticket modérateur correspond à un montant versé par le patient pour permettre la prise en charge du coût, le reste du montant est assuré par l'assurance maladie ou par des complémentaires privées. Par exemple en Espagne (23), la participation aux frais de santé sur les médicaments est établie selon les revenus. Pour des revenus inférieurs à 18 000 euros pour un foyer, la participation s'élève à 40 %.

Pour les foyers plus aisés dépassant les 100 000 euros annuels, la participation peut s'élever jusqu'à 60 %.

On remarque que la France, qui tout comme l'Allemagne (24), appartient à la logique Bismarckienne, répercute très peu les frais de santé sur les assurés. Notamment grâce aux assurances privées qui permettent de limiter les coûts sans pour autant responsabiliser les patients face aux dépenses générées par chacun.

La Suède est le seul pays à proposer aux patients le paiement d'une franchise ; au-delà d'un certain seuil défini par le pays, 250 euros, la prise en charge publique intervient. Les assurances privées sont quasiment inexistantes, imposant une prise de conscience nécessaire sur le secteur de la santé.

L'Allemagne, ainsi que la France pratiquent le co-paiement en faisant régler un pourcentage du prix de la boîte ou un forfait à chaque boîte délivrée.



Cette lente prise de conscience, particulièrement en France, doit tendre vers le mode de fonctionnement de nombreux pays européens. Pour beaucoup de Français, la santé devrait être « gratuite », mais aujourd'hui ce système semble s'essouffler.

Afin de faire comprendre aux patients ce que coûtent les frais de santé de chacun, la France décida depuis quelques années, de chiffrer, pour chaque patient, les dépenses réelles, par exemple après une hospitalisation. En effet, après chaque séjour hospitalier, chaque patient se voit remettre une « facture » permettant d'estimer le prix d'une hospitalisation en fonction des actes réalisés.

Il est aussi possible pour le patient de consulter son décompte émanant de la sécurité sociale afin de se rendre compte des dépenses de santé effectuées sur une année.

La France apparaît donc comme l'un des pays européens responsabilisant le moins les patients face à leurs dépenses. En revanche, la Suède ainsi que l'Espagne, mais aussi l'Allemagne, responsabilisent particulièrement grâce à leurs politiques de financement du coût de la santé par chaque assuré.

## **II.6. Les différents types de prise en charge pour les médicaments à prescription médicale facultative**

### **Etat des lieux en Allemagne, Suède, Espagne et en France**

D'après la carte ci-dessous, nous pouvons dresser un état des lieux de la prise en charge des médicaments disponibles en automédication. Les politiques de santé étant différentes, elles influent sur le développement du potentiel d'automédication mais aussi sur les prix pratiqués par ces pays, stimulant ou non la démarche d'auto-soin.

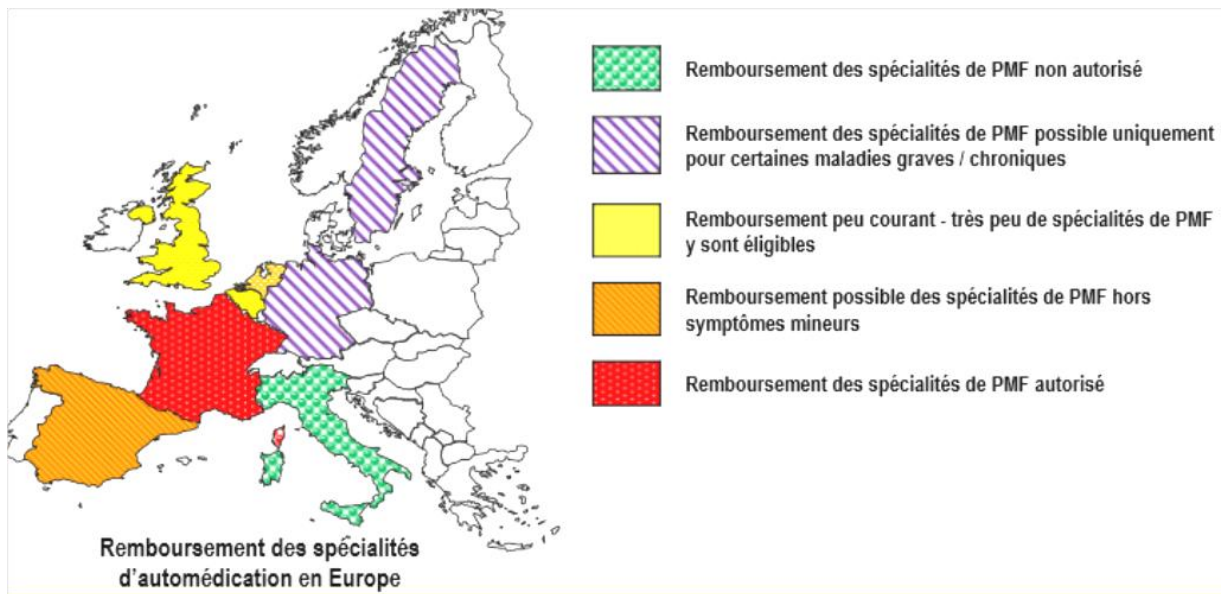


Figure 4 : Remboursement des spécialités d'automédication en Europe selon le système de santé

La France est un cas particulier quant aux conditions de prise en charge des spécialités disponibles en automédication mais aussi concernant leur forme soumise à prescription médicale :

- la France est le seul pays où les médicaments à prescription médicale facultative sont remboursés sans aucune restriction. Que ce soit pour des pathologies lourdes ou bénignes, le remboursement n'est pas impacté. Il arrive souvent que des spécialités remboursées sous prescription puissent exister sous une marque ombrelle en OTC,
- en Espagne, le remboursement est possible mais à condition que les pathologies soient lourdes. Le fait que la prise en charge soit indexée sur la complexité des pathologies, permet d'inciter les patients à consulter leurs pharmaciens pour des pathologies bénignes et donc à ne réserver la consultation d'un médecin que lorsque leurs symptômes sont sévères.

Cette distinction faite entre les symptômes sévères et les symptômes mineurs peut aussi pousser les patients à ne pas s'alerter lors de la survenue de symptômes mineurs. Ceci peut s'avérer délétère pour la prise en charge potentielle du patient qui peut nécessiter plus de soins, suite à l'évolution de la maladie non traitée à l'origine.

- En Allemagne, mais aussi en Suède, la prise en charge des PMF est aussi conditionnée en fonction du stade de la maladie : grave ou chronique,
- En Belgique ou encore en Angleterre, très peu de PMF sont éligibles pour le remboursement.

En constatant ces disparités européennes, il apparaît alors nécessaire pour chaque pays de définir précisément les limites de la prise en charge des soins. La frontière entre les symptômes graves et les symptômes sévères est donc difficile à préciser, que ce soit pour les médecins ou pour l'assurance maladie qui devra ensuite vérifier/contrôler l'exactitude de ces données afin de réguler les nombreux abus présents dans chaque pays européen.

Le système de santé mais aussi les modalités de prise en charge modifient la représentation que se fait le malade de sa propre pathologie et baissent drastiquement les dépenses inhérentes à chacun, en encourageant à consulter son pharmacien pour les pathologies bénignes. La définition de pathologie bénigne reste difficile à établir, elle qualifie une maladie qui évolue de façon simple et sans conséquence grave vers la guérison.

La notion de pathologie bénigne signifie tout, et son contraire puisqu'il n'existe, au sens médical du terme, aucune pathologie qui puisse être considérée comme bénigne. La définition d'une pathologie bénigne est influencée par la représentation de la maladie de chaque patient, de ses croyances, de son expérience mais aussi de ses connaissances.

### III. L'automédication et son développement au niveau européen

#### III.1. Le phénomène de l'automédication en Europe

La figure 5 permet de situer la France en comparaison de ses voisins européens sur le marché de l'automédication. Cette étude relate l'évolution du marché entre 2013 et 2014. Pour cet exemple, nous aurons recours à l'utilisation d'unités de consommation. En effet, il s'agit d'un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre d'un ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage,
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus,
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

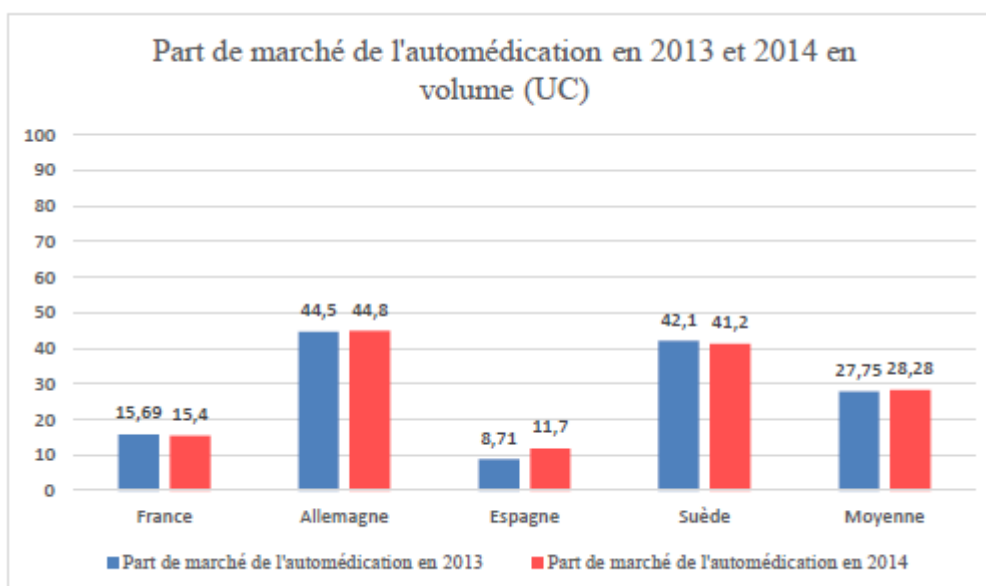


Figure 5 : Part de marché de l'automédication en 2013 et 2014 en volume constaté en Europe

Nous pouvons constater que la France se situe au-dessous de la moyenne (17), que cela soit sur la part de marché occupée par l'automédication en pourcentage ou encore en volume (25). La moyenne européenne s'établit aux alentours de 23,5 % de part de marché concernant l'automédication, contrairement à une moyenne de 12,9 % en France pour l'année 2018. En effet, la dernière parution des études européennes menées par l'AFIPA concernant le développement de l'automédication démontre un net recul de la consommation selon les dernières statistiques établies.

Contrairement à la majorité des pays étudiés, le marché de l'automédication progresse en volume d'une année sur l'autre, sauf en France (15,69 UC en 2013 contre 15,4 UC en 2014) et en Suède (42,1 UC en 2013 contre 41,2 UC en 2014).

On peut aussi mettre en évidence la corrélation entre le système de santé présent dans certains pays et la propension ou non du développement de l'auto-soin. Cependant, l'Espagne apparaît comme une exception puisqu'elle se rapproche de la France quant au système de santé tout en s'opposant au niveau des volontés politiques qui stimulent fortement le marché du selfcare.

Le marché de l'automédication suédois, tend à diminuer tout en restant le deuxième pays après l'Allemagne où l'automédication est la plus développée.

L'Espagne figure comme l'un des pays ayant la politique de santé la plus à même de favoriser l'automédication.

Cette volonté explique l'augmentation forte de la part de marché représentée par l'automédication. En effet, depuis quelques années, malgré un contexte économique difficile, de nombreuses mesures ont été instaurées pour responsabiliser le patient :

- Elargissement de l'offre des médicaments disponibles sans ordonnance, notamment par une forte politique de délistage,
- Volonté politique et administrative : remboursement des médicaments à PMF uniquement pour des symptômes majeurs,
- Renforcement de l'information des patients en matière de santé,
- Augmentation du reste à charge pour le patient, notamment pour les consultations médicales.

La France reste le seul pays européen à pérenniser le remboursement des PMO mais aussi des PMF sans condition restrictive (26). Selon un récent rapport de l'AFIPA, des centaines de millions d'euros d'économies seraient potentiellement réalisées si certaines molécules, déjà délistées dans d'autres pays européens, étaient disponibles en OTC, sous le joug du conseil pharmaceutique.

La légère baisse de la part en volume du marché de l'automédication en France, entre 2013 et 2014 traduit l'absence de volonté politique et administrative envers le développement de l'auto-soin. De plus, pour ces deux années, il n'y eu aucun pic notable de gastro-entérite, ou encore de grippe ce qui n'a pu augmenter les demandes d'automédication.

Pourtant, toutes les conditions nécessaires au développement de la responsabilisation du patient sont présentes : un maillage pharmaceutique suffisant, permettant une accessibilité aux soins, mais aussi un prix ; le prix moyen de l'automédication étant un des plus bas d'Europe.

Alors que les médicaments d'automédication sont accessibles à tous, la politique de santé française pousse la prise en charge du « petit risque » par la collectivité en opposition avec les économies voulues par la sécurité sociale ou encore par la volonté des patients d'être acteurs de leur propre santé.

Un nouveau parcours de soin est nécessaire et l'automédication est un de ses piliers, conseillé par le pharmacien d'officine qui est et qui pourrait, de façon plus systématique, être au centre du parcours de soins.

Cette évolution est d'autant plus nécessaire puisque le nombre de médecins généralistes tend à diminuer (10 % de moins depuis 2007) ; les hôpitaux sont de plus en plus saturés avec la diminution de personnels qualifiés. Les importantes économies souhaitées par le gouvernement sont en adéquation avec le développement du selfcare et la demande forte des patients, surtout les actifs, de devenir acteurs de leur propre santé.

### **III.2. Etat et évolution des prix de l'automédication en Europe**

Les prix des médicaments d'une façon générale, mais particulièrement les produits d'automédication, sont très souvent critiqués (27). En effet, selon les lois inhérentes au pays d'exercice, les produits en libre accès ne sont soumis à aucune contrainte de prix fixé par le gouvernement, seule la concurrence permet la détermination d'un prix.

En France, lorsque l'on compare d'une pharmacie à l'autre, les écarts sont impressionnants : du simple au quadruple en moyenne, tout dépend du type de pharmacie dans laquelle vous vous trouvez. Les pharmacies faisant partie d'un groupement ou d'une chaîne de pharmacies ont le plus souvent les prix les plus attractifs, suivies par les pharmacies qui achètent en commun et enfin les pharmacies rurales qui affichent parfois des tarifs prohibitifs.

L'AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour l'Automédication responsable) dresse chaque année un bilan européen afin de mesurer les différences entre les pays. Pour les pays étudiés, certains possèdent des règles en matière de fixation de prix des médicaments qui diffèrent, que ce soit pour le statut des médicaments remboursables ou encore l'automédication (tableau 5).

	Médicaments d'automédication non remboursables		Médicaments d'automédication remboursables	
	Prix régulés	Prix libres	Prix régulés	Prix libres
France		X	X	
Allemagne		X		X
Espagne		X	X	
Suède		X	X	

Tableau 5 : Détermination des prix des médicaments en Europe

Dans l'ensemble des quatre pays étudiés, les prix des médicaments d'automédication non remboursables sont libres, ils sont fixés par le pharmacien d'officine et le marché s'auto-régule grâce à la concurrence.

L'Allemagne fait figure d'exception puisque les médicaments d'automédication remboursables n'ont pas de prix fixés, contrairement aux autres pays étudiés. En Allemagne, la présence d'assurance et le grand nombre de médicaments non remboursés explique la liberté de prix des médicaments, puisque les dépassements seront soit couverts par les assurances, soit assumés par le patient.

En France, en Espagne et en Suède, les prix des médicaments remboursés sont fixés par le gouvernement. En France, il s'agit notamment du CEPS (Comité Economique des Produits de Santé) qui est chargé de fixer les tarifs des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Le prix est souvent fonction de l'efficacité du traitement proposé mais aussi des économies qu'il va pouvoir engendrer pour une pathologie par rapport à d'autres traitements disponibles pour la même indication.

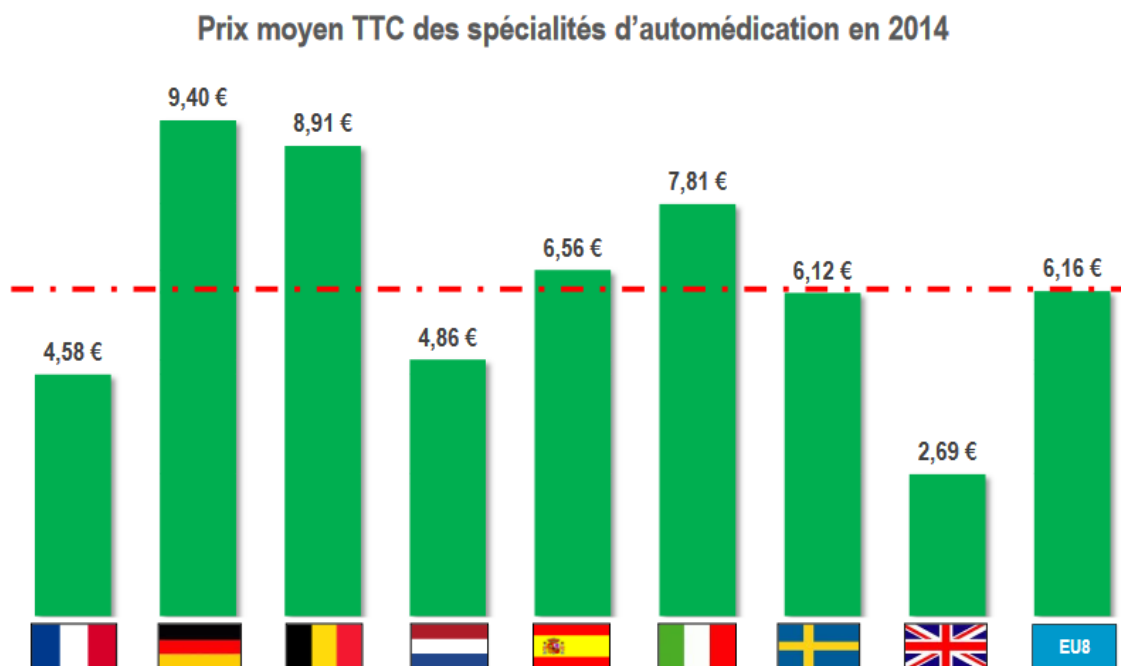


Figure 6 : Prix européen moyen en euros des médicaments d'automédication en 2014

Les prix indiqués sur la figure 6 relèvent d'une étude européenne réalisée par l'AFIPA, les prix obtenus en euros sont toutes taxes comprises (8).

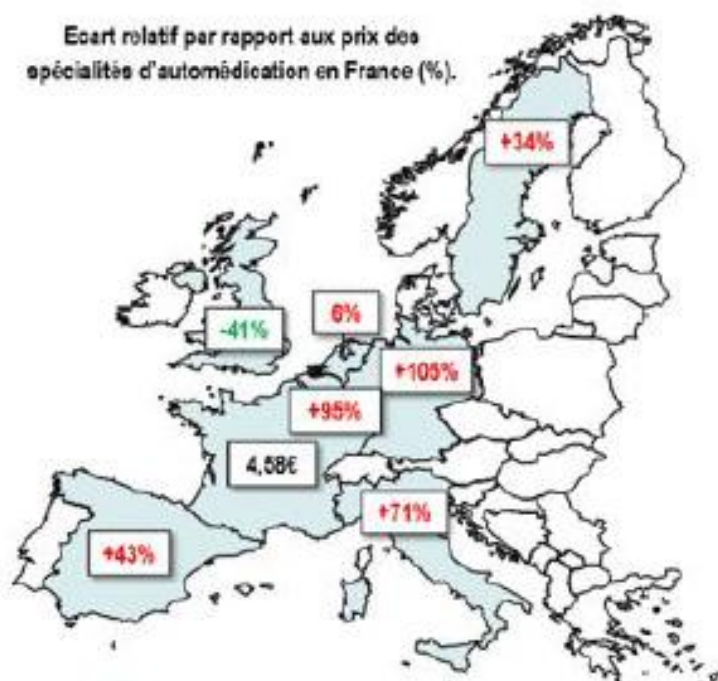
L'enquête révèle qu'en France, les médicaments d'automédication sont parmi les moins chers d'Europe, hormis au Royaume-Uni. Ce pays ne sera pas développé ici tant il n'est pas possible de faire une étude homogène quant aux caractéristiques des systèmes de santé des pays étudiés.

La Suède ainsi que l'Espagne bien qu'ayant des directives économiques diamétralement opposées, sont proches au niveau du prix moyen des médicaments d'automédication, respectivement 6,12 € et 6,56 €, soit la moyenne européenne à 6,16 €.



L'Allemagne possède les prix les plus élevés en Europe pour les médicaments à prescription médicale facultative : 9,40 € en moyenne contre 6,16 € au niveau européen. La politique de fixation des prix des médicaments en Allemagne était libre tant pour les médicaments à PMF mais aussi pour les traitements à PMF, ce qui peut expliquer ces prix disparates par rapport au niveau européen. Depuis 2010 pourtant, les laboratoires doivent indexer les prix en fonction de l'efficacité de leurs traitements, permettant ou non des négociations avec l'Association Fédérale des Caisses d'Assurances Maladie. De nombreux gels de prix mais aussi de nombreux rabais ont été imposés aux génériqueurs afin de contenir la hausse des prix des médicaments pris en charge par la société allemande.

Afin d'illustrer la politique de prix unique pratiquée en France, voici ci-contre la carte européenne des écarts de prix relatifs aux spécialités d'automédication en 2014.



En Allemagne, les produits d'automédication sont plus chers de 105 %.

En Espagne, Suède ou encore Italie, les prix sont affichés entre 34 % et 71 % plus chers qu'en France.

Figure 7 : Ecart relatif par rapport aux prix des spécialités d'automédication en France exprimé en pourcentages

La France est donc au cœur d'un complexe typiquement français, puisqu'elle possède un niveau de prix d'automédication très faible comparé à ses voisins européens, tout en ayant une consommation de médicaments OTC atone. Tous les facteurs pouvant développer l'automédication sont présents mais insuffisants pour insuffler une dynamique nouvelle dans le secteur de l'auto-soin.

Etant donné le faible niveau de prix des médicaments à prescription facultative, la situation économique actuelle témoigne d'une forte (mais nécessaire) concurrence entre les différents acteurs de l'automédication.

Afin de mettre en exergue la politique de prix française, il est nécessaire de comparer les prix d'une spécialité distribuée en Europe pour une indication et une présentation identique.

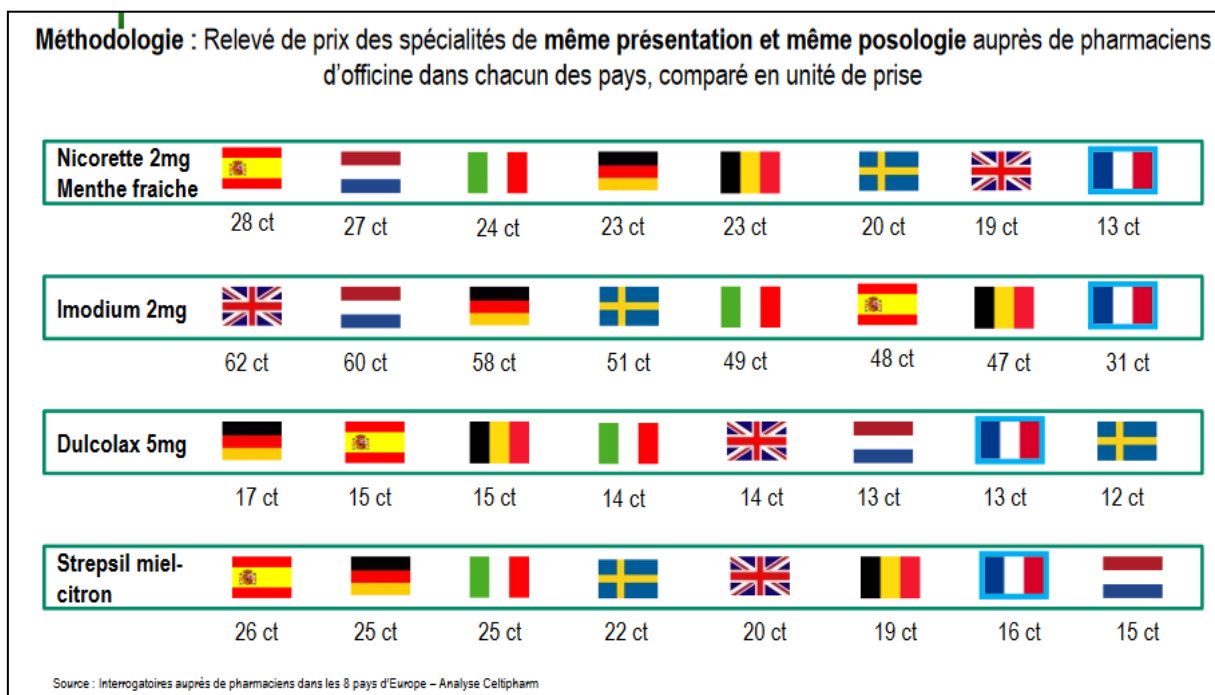


Figure 8 : Comparaison des prix pour une même spécialité en unité de prise au niveau Européen

La figure 8 compare le prix d'une même spécialité distribuée à travers l'Europe. Les prix correspondent au prix unitaire en centimes pour une spécialité donnée.

La France apparaît comme le seul pays où, pour les quatre spécialités étudiées, le prix obtenu est à chaque fois le plus faible.

La Suède est le seul pays, comportant une forte proportion de produits disponibles sans prescription, à avoir des tarifs encourageant l'auto-soin. Les niveaux de prix sont très équivalents à ceux pratiqués en France.

L'Allemagne et l'Espagne sont les pays où le prix de l'automédication est le plus fort. Malgré un vaste marché de produits accessibles en automédication, les prix pratiqués restent très élevés.

Pourtant, les habitants ne semblent pas impactés par les prix élevés, au contraire l'automédication est très prisée. Le prix n'est pas le seul facteur de consommation des produits d'automédication, la responsabilisation du patient, les décisions politiques ou encore l'éducation du patient sont de nombreux critères rendant possible une utilisation responsable du système de santé.

L'AFIPA réalise des études européennes chaque année afin de dresser un bilan de la consommation de l'automédication et des prix pratiqués dans chaque pays, mais les chiffres obtenus annuellement ne symbolisent rien s'ils ne sont pas étudiés et interprétés de façon globale.

Certes, la France est le pays où les politiques de prix sont les plus efficaces, rendant accessibles les médicaments d'automédication et pouvant permettre de traiter des pathologies bénignes de façon efficace et sans avoir à surcharger le système de santé avec des consultations médicales évitables. Ce qu'il est avant tout primordial de retenir, c'est la tendance d'évolution des prix pratiqués par les officines françaises ces dernières années (figure 9).

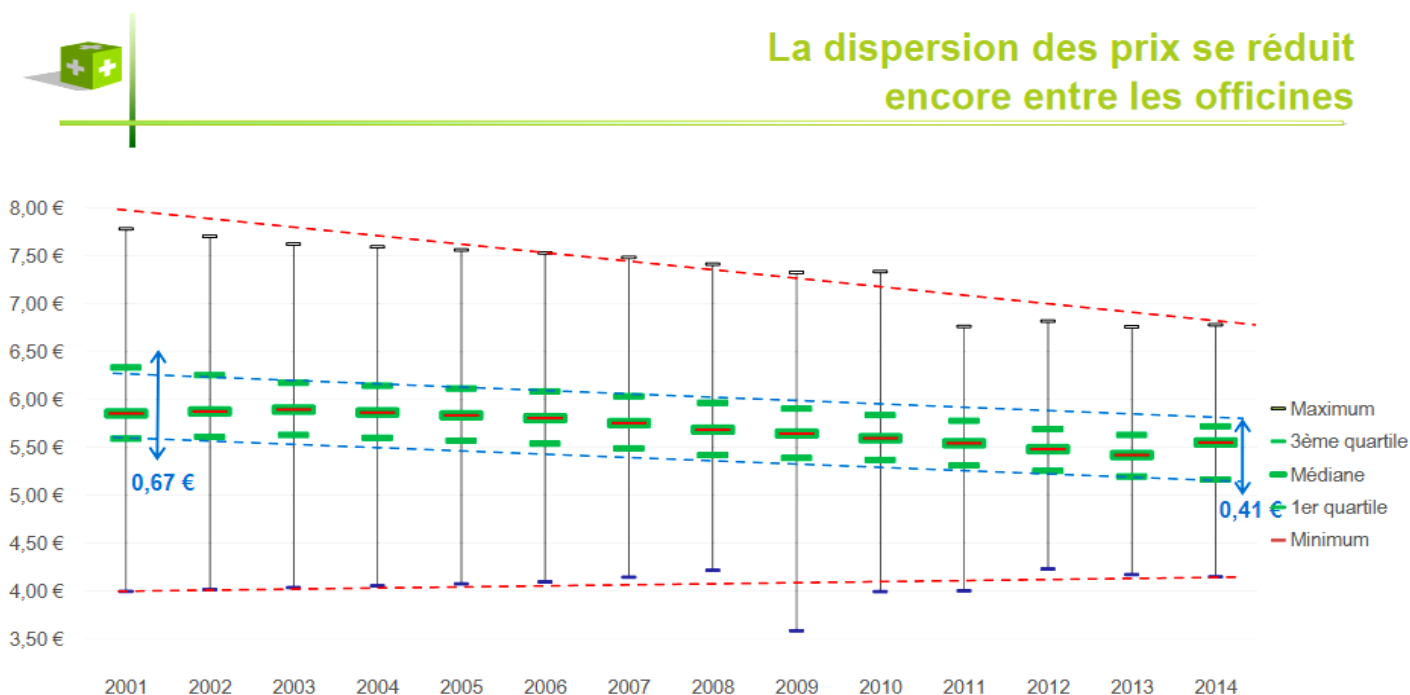


Figure 9 : Dispersion des prix des médicaments d'automédication au sein des officines françaises en 2014

Depuis le début des années 2000, les prix des spécialités à prescription facultative ont eu tendance à diminuer. Au-delà de cette tendance, il est important de noter la diminution de la dispersion des prix entre les différentes officines. Pour une même spécialité délivrée en France, l'écart de prix moyen constaté était de 0,67 € en 2001 contre 0,41 € en 2014.

Le quasi monopole des pharmaciens pour la délivrance des médicaments d'automédication démontre l'âpre concurrence établie entre les différents acteurs du marché du selfcare. L'absence des supermarchés dans la délivrance des médicaments d'automédication n'empêche pas la libre concurrence entre les acteurs du même secteur, permettant l'auto-régulation des prix du marché de l'automédication.

Contrairement à d'autres pays européens où la dispensation de médicaments fût libéralisée, l'effet sur les prix ne s'en fit pas ressentir puisque le pays le plus libéral en terme de dispensation, à savoir l'Allemagne, pratique les prix les plus prohibitifs au développement de la mesure d'auto-soin.

Les prix pratiqués dans les pays ayant libéralisé l'automédication ne sont en aucun cas responsables du développement intensif de ce nouveau modèle de soin, corroborant les nombreuses possibilités d'élargissement de la consommation de médicaments d'automédication sur le territoire français.

### III.3. Etat et évolution de la consommation des médicaments d'automédication en Europe

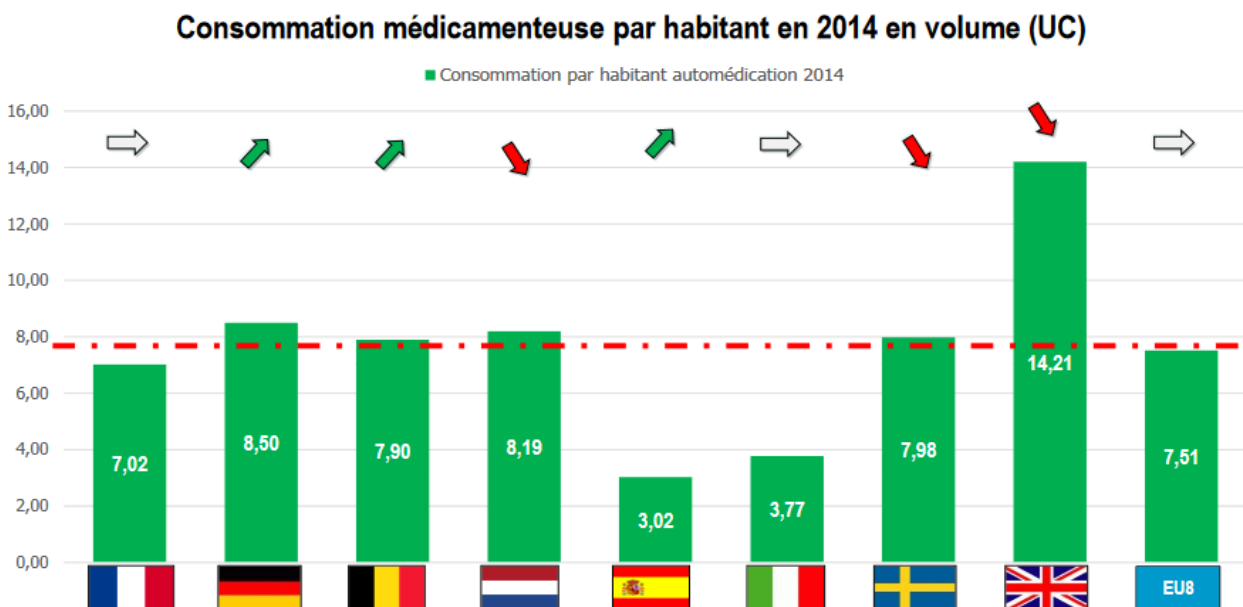


Figure 10 : Consommation médicamenteuse des spécialités d'automédication en volume durant l'année 2014

La figure 10 illustre la faible tendance des français à utiliser les médicaments d'automédication. Avec une des plus faibles parts de marché de l'automédication disponible par rapport à ses voisins européens, la France possède l'une des plus faibles consommations en matière d'automédication (28).

L'Allemagne et la Suède affichent les plus fortes consommations par habitant en matière d'auto-soin, dépassées et de loin par le Royaume-Uni. Ces chiffres sont explicables par les nombreuses vagues de remboursements, notamment en Allemagne, qui tournent les Allemands vers une responsabilisation totale. En Suède, les mesures politiques étant déjà très fortes, le marché aurait tendance à se stabiliser voire à se réduire légèrement.

L'Espagne, qui possède une faible consommation de médicaments d'automédication sur ce graphique, est l'un des pays à avoir la plus forte progression en matière d'auto-soin. L'augmentation considérable de la part des médicaments disponibles sans ordonnance est plébiscitée par la majeure partie de ses habitants qui décuplent leur consommation, principalement depuis les directives prises dès 2012.

Le Royaume-Uni fait figure d'exception en ce qui concerne les médicaments d'automédication puisque c'est l'un des pays européens qui possède la plus grande part de médicaments accessibles sans ordonnance. En effet, de nombreux médicaments ont été délistés ces dernières années, notamment certains triptans, des anti-inflammatoires (Piroxicam) et bien d'autres... Rendant ainsi la comparaison impossible avec ses voisins européens en termes d'automédication, tout en positionnant le Royaume-Uni comme le modèle libéral en Europe.

D'après les études menées par l'AFIPA et d'autres associations, mais aussi au travers des nombreux constats établis précédemment, la France possède un retard certain dans le domaine de l'automédication. Notre pays met à la disposition de ses patients l'une des plus faibles proportions de médicaments disponibles sans ordonnance, semblant expliquer le faible engouement des français pour cette mesure (29).

Pourtant, la demande des patients, surtout les actifs, est grandissante. La volonté de prise en charge de sa santé couplée avec une perspective d'évolution défavorable du nombre de médecins généralistes dans les années à venir vont faire de l'automédication une piste prometteuse à explorer à la fois pour les pathologies bénignes, mais aussi en tant qu'adjuvant dans les pathologies chroniques.

Dans un contexte où notre Sécurité Sociale dont le système est à bout de souffle, ne pourra pas perdurer dans le temps en garantissant un remboursement intégral des soins, de nombreuses sources d'économies sont à étudier tout en continuant à sécuriser la dispensation des médicaments grâce à la vigilance du pharmacien.

Paradoxalement, les prix des spécialités sans ordonnance sont à un niveau moindre comparés à d'autres pays européens, laissant présager, avec la nécessaire évolution des mesures politiques de notre pays, les beaux jours de l'automédication en France.

Tout en sécurisant et en contrôlant la dispensation des traitements, il est vital de recentrer le pharmacien dans un système de soin simplifié, notamment pour les pathologies bénignes, en faisant évoluer les mentalités afin de progressivement faire glisser la prise en charge du petit risque, par la société vers le patient, responsable et éclairé (30).

Les pistes pour l'avenir sont nombreuses et l'automédication apparaît comme l'un des piliers fondateurs d'un nouveau parcours de soins, recentrant le médecin sur les pathologies plus lourdes, chroniques et partageant avec le pharmacien la prise en charge des pathologies bénignes. L'évolution passe aussi par la nécessaire formation des pharmaciens dans ce nouvel ordre établi, en assurant la sécurité des patients par une information nouvelle mais aussi grâce à la mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP).

L'évolution du rôle du pharmacien au travers des différentes mutations de son métier (entretiens pharmaceutiques, dépistages, délistages, vaccinations) couplée au développement considérable de l'automédication, à ce praticien d'avoir une réelle place dans le parcours de soins en tant que professionnel de santé.

Comme nous le développons dans une première partie, de nombreux délistages sont effectués au niveau européen et la part de médicaments sans ordonnance reste très faible en France comparée à nos plus proches voisins. Malgré des prix attractifs, l'automédication stagne et peine à se généraliser.

Dans cette seconde partie, seront étudiées des pathologies fréquemment rencontrées par le pharmacien à l'officine où nos solutions sans ordonnance sont limitées. Les pathologies développées nécessiteront un diagnostic uniquement clinique et pourraient être confiées, sous réserve de formations et d'une analyse globale du patient, aux pharmaciens, permettant ainsi de « filtrer » les patients avant de les orienter, si cela s'avère nécessaire vers leur médecin généraliste.

Notre expertise mise en avant permettrait à terme de désengorger les urgences déjà saturées et de recentrer nos confrères médecins sur des pathologies plus lourdes nécessitant un diagnostic approfondi.

Au-delà d'une simple réflexion, il s'agit d'un véritable guide pour le pharmacien d'officine puisque le but de cette seconde partie est d'aborder les recommandations de prise en charge de chaque pathologie, en évoquant les symptômes, les signes d'alerte, les contre-indications et les traitements.

A terme, l'intérêt du patient nécessiterait un délistage de chaque traitement de première intention développé ci-après afin de pouvoir pallier la baisse du nombre de médecins, l'allongement du délai avant la prise en charge par un médecin, et la saturation des services d'urgences. Toutes ces nouvelles données appellent à une refonte du système de santé et à l'aboutissement d'un nouveau parcours patient.

Après une formation adaptée, incluse dans sa formation initiale, le pharmacien pourrait prendre en charge globalement le patient, pour les pathologies développées dans ce travail. Il est, depuis quelques temps, question de rallonger la durée de nos études, après une refonte globale, différents modules thérapeutiques plus développés pourraient s'inclure dans notre formation initiale.

Le pharmacien devra garder à l'esprit, comme lorsqu'il conseille des médicaments en automédication, les signes d'alerte nécessitant la ré-orientation du patient vers son médecin généraliste ou le cas échéant vers les urgences.

## IV. Les pathologies nécessitant des délistages

---

Les pathologies développées dans ce travail ont été choisies pour leur caractère uniquement clinique ; en effet, ces pathologies ne nécessitent pas d'examen complémentaire lorsque leur sémiologie est classique. Elles peuvent donc être entièrement prises en charge après étude des symptômes, des circonstances d'apparition et des contre-indications de chaque patient.

Au total, neuf pathologies seront développées afin de fournir au pharmacien une base théorique solide dans sa pratique officinale. Pour chaque pathologie, les symptômes évocateurs, les circonstances d'apparition, le diagnostic clinique et différentiel, les traitements et les conseils associés seront détaillés. Pour certaines pathologies, les examens complémentaires à réaliser seront également abordés.

Le plaidoyer de cette initiative est de donner la possibilité au pharmacien de prendre en charge le patient pour certaines pathologies définies, en permettant la « prescription pharmaceutique » des traitements de première intention pour les pathologies suivantes ; sans oublier le rôle d'orientation du pharmacien lorsque les signes d'alerte sont décrits. La dispensation des traitements de première pourra s'effectuer grâce à des protocoles de dispensation définis pour chaque pathologie. Le partage des données de la « consultation pharmaceutique », facilitée par le DMP, assurera la transmission de l'historique médicamenteux et du bilan rédigé par le pharmacien aux médecins si une nouvelle consultation médicale devait être nécessaire.

Les pathologies abordées seront divisées en quatre types de pathologies :

Les pathologies ophtalmologiques : les conjonctivites, l'orgelet et le chalazion.

Les pathologies gynécologiques : la contraception, les infections urinaires et les dysménorrhées.

Les pathologies infectieuses : les angines et la borréliose de Lyme.

La pathologie neurologique : la migraine.



## IV.1. Les pathologies ophtalmologiques

### IV.1.1. Les conjonctivites

Il existe différents types de conjonctivites comprenant les conjonctivites virales qui sont les plus fréquentes. Les conjonctivites allergiques survenant de façon saisonnière et sur un terrain atopique. Les conjonctivites bactériennes, les conjonctivites à Chlamydia sont très fréquentes notamment dans les pays du tiers-monde.

#### IV.1.1.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

##### La conjonctivite virale

Les conjonctivites (31) virales sont très fréquentes et très contagieuses. Elles sont le plus souvent de localisation bilatérale et surviennent par épidémies. Il existe, le plus souvent, un contexte épidémique viral familial ou professionnel.

La symptomatologie est le plus souvent bilatérale mais l'évolution s'effectue en deux temps. La bilatéralisation de l'atteinte est due à une auto-contamination du patient.

La symptomatologie la plus souvent rencontrée est la suivante :

- sécrétions claires,
- adénopathie prétragienne douloureuse à la palpation,
- examen de la conjonctive, présence de follicules (petites hyperplasies lymphoïdes avasculaires au centre),
- apparition d'un chémosis (œdème conjonctival),
- adénovirus sont le plus souvent responsables des infections.

Les conjonctivites virales sont parfois difficiles à différencier des conjonctivites bactériennes.

## La conjonctivite allergique

Le diagnostic est évoqué devant un terrain atopique ou allergique connu, ou bien lors d'une rhinite dans les jours précédant la conjonctivite. Elle se manifeste de façon saisonnière et bilatérale. Elle peut nécessiter un bilan allergique lorsque la manifestation est récidivante.

La symptomatologie la plus fréquemment rencontrée est la suivante :

- prurit persistant,
- gêne oculaire,
- rougeur variable,
- œdème palpébral,
- apparition d'un chémosis,
- larmoiement clair.

Existence de papilles sur la conjonctive tarsale supérieure (petite élévation de la conjonctive, centrée par un vaisseau donnant un aspect grenu et bourgeonnant).

## La conjonctivite bactérienne

Les germes causant le plus souvent cette manifestation sont les streptocoques, les staphylocoques ou encore les haemophilus. Ces bactéries appartiennent à la classe des Gram positifs.

Le tableau clinique précédemment décrit pour la conjonctivite allergique est accompagné des sécrétions muco-purulentes collant les paupières ainsi que les cils au réveil du patient. En cas de port de lentilles de contact, il faut éliminer la possibilité d'une infection aux amibes et mettre la lentille en culture pour s'en assurer.

Pour les patients portant des lentilles de contact, il est préférable de ne pas porter les lentilles durant la durée du traitement et de changer de lentilles afin de limiter les contaminations.

Les signes de gravité nécessitant une prise en charge plus approfondie sont les sécrétions purulentes importantes, l'apparition d'un chémosis ou d'un œdème palpébral, la persistance d'un larmoiement important, la baisse de l'acuité visuelle, même si celle-ci est modérée et l'apparition d'une photophobie.

## La conjonctivite à Chlamydia

La conjonctivite à Chlamydia est une infection sexuellement transmissible qui peut être associée à une urétrite ou à une vaginite.

La symptomatologie la plus fréquemment rencontrée est la suivante :

- conjonctivite purulente chronique,
- apparition d'un trachome puis néovascularisation entraînant des fibroses cornéennes,
- complications cornéennes sévères,
- possible évolution vers un entropion<sup>3</sup>.

### **IV.1.1.2. Les traitements**

Les traitements et les méthodes de prévention afin d'éviter les récurrences sont semblables pour traiter une conjonctivite, un orgelet ou un chalazion :

- lavage des mains,
- nettoyage avec du sérum physiologique ou du Dacryoserum®, tout en gardant un intervalle suffisant de 10 à 15 minutes entre les différentes instillations de collyres,
- possibilité d'appliquer une compresse d'eau tiède sur le chalazion afin de favoriser la vasodilatation et ainsi le drainage des glandes,
- changer régulièrement les lentilles ou éviter leur port pendant la période de contamination et préférer le port de lunettes.

En cas de survenue d'une baisse soudaine de la vue ou d'une douleur forte, il est recommandé de consulter rapidement un service d'urgences.

---

<sup>3</sup> Renversement du bord des paupières vers l'intérieur de l'œil contrairement à l'ectropion.

## La conjonctivite virale

L'évolution est en général favorable en 10 à 15 jours.

Le traitement préventif et curatif repose sur une hygiène des mains pour le patient ainsi que pour son entourage (lavage pluriquotidien, éviter de toucher les poignées de porte, serviettes personnelles, lavage du linge de toilette). Les mesures préventives et curatives se feront dans les deux yeux afin de prévenir une bilatéralisation par auto-contamination.

Utilisation de collyres antiseptiques (Vitabact®).

Possibilité de conseiller des larmes artificielles.

Lavages oculaires avec du sérum physiologique ou du Dacryoserum®.

Eviction scolaire afin de prévenir la contamination de l'entourage.

## La conjonctivite allergique

Un bilan allergique sera pratiqué en cas de récurrences de l'atteinte. Il permettra de mettre en évidence l'allergène et le type d'hypersensibilité mise en jeu.

Eviction de l'allergène causal.

Désensibilisation.

Larmes artificielles.

Antiallergiques : collyre antihistaminique surtout en phase aiguë et/ou antidégranulants mastocytaires en traitement de fond (2 fois par jour pendant 2 mois, renouvelables si réapparition des symptômes à l'arrêt du traitement)

Exemples : Cromadoses® ou Naabak®

## La conjonctivite bactérienne

Les conjonctivites bactériennes guérissent sans aucune séquelle. Le traitement est probabiliste et ne nécessite pas de prélèvement bactériologique de première intention.

Le traitement repose sur plusieurs recommandations en fonction de la gravité de l'affection, pour les conjonctivites bactériennes non graves et en l'absence de facteurs de risques :

- lavages oculaires avec du sérum physiologique,
- hygiène des mains (prévention de l'entourage),
- arrêt du port des lentilles,
- collyres antiseptiques (Biocidan®).

Les antibiotiques ont la même efficacité mais ils risquent de provoquer l'apparition de souches résistantes.

Pour les conjonctivites bactériennes graves, antibiothérapie locale (Azyter®, 1 goutte 2 fois par jour durant 3 jours) ou Rifamycine®, Tobrex®, Ciloxan® (1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours).

Lavages oculaires avec du sérum physiologique.

Pour les conjonctivites bactériennes sévères ou en deuxième intention : fluoroquinolones (Chibroxine®), association d'antibiotiques (Cebemyxine®).

## La conjonctivite à Chlamydia

La conjonctivite à Chlamydia est traitée par une antibiothérapie par voie orale, principalement par macrolides : azithromycine. Le traitement est le plus souvent réalisé avec une monodose d'azithromycine.

## IV.1.2. L'orgelet

### IV.1.2.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

L'orgelet (32) correspond à un furoncle du bord libre de la paupière au niveau du follicule pilo-sébacé. Il est centré sur un cil. Cette infection localisée évolue rapidement en quelques jours.

Elle peut survenir à tout âge, sans aucune période de prédominance au cours de la vie.

Le germe responsable de l'orgelet est généralement le staphylocoque doré. Il s'agit d'une infection bactérienne touchant principalement les glandes de Zeiss ou de Moll qui sont situées sur la paupière au niveau des cils. Ces glandes assurent une protection supplémentaire à l'œil (33).

Les facteurs favorisant le développement sont le diabète, l'acné, la présence d'une blépharite (inflammation du revêtement cutané des paupières) ou la meibomite.

#### Les circonstances de découverte

La douleur peut être vive. C'est le principal motif de consultation. Elle est palpébrale, localisée et unilatérale. La gêne esthétique est forte.

Présence d'un œdème palpébral et écoulement de pus par l'œil ou par les paupières par perforation spontanée ou iatrogène de l'orgelet. L'écoulement de pus n'est pas systématique, en particulier lors de l'apparition de la tuméfaction.

#### Le diagnostic est clinique :

- présence d'une rougeur localisée du bord libre de la paupière surélevée d'un point blanc,
- tuméfaction centrée sur un cil,
- nodule essentiellement inflammatoire, chaud et rouge.

Avec une lampe à fente, on examine le bord libre des paupières pour confirmer le diagnostic et rechercher une blépharite. L'ablation du cil peut accélérer la guérison.

L'évolution ainsi que les complications peuvent être nombreuses :

- fistulisation avec écoulement purulent,
- abcédation et présence de cellulite préseptale (rare), qui correspond à l'infection de la paupière et de la peau avoisinante en avant du septum orbitaire,
- récurrence fréquente, le patient doit être averti,
- penser à rechercher un diabète en cas d'orgelets récidivants ou multiples.

#### **IV.1.2.2. Les traitements**

Le traitement est avant tout médical en première intention :

- pommade antibiotique anti-staphylococcique (Acide fusidique®, tétracyclines : Auréomycine®, Maxidrol®),
- et/ou collyres antibiotiques en complément,
- soins d'antisepsie locale en cas de fistulisation spontanée,
- durée de traitement allant de 8 à 10 jours avec 3 applications par jour,
- traitement antibiotique par voie générale possible si abcédation ou cellulite.

L'administration d'un antibio-corticoïde (Sterdex®) peut être discutée dans des formes très inflammatoires, mais elle n'apporte pas d'avantage dans les autres cas.

Le traitement de deuxième intention est essentiellement chirurgical, au stade enkysté il faut effectuer une incision de la tuméfaction sous anesthésie locale en consultation externe. L'incision chirurgicale est rarement indiquée et elle est réservée aux orgelets résistants au traitement médical.

### **IV.1.3. Le chalazion**

#### **IV.1.3.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition**

Le chalazion (34) correspond à une lésion granulomateuse, se développant aux dépens des glandes de Meibomius. L'occlusion de l'orifice de la glande ne présente pas d'infection, il s'agit essentiellement de sécrétions sébacées.

Les glandes de Meibomius sont enchassées au sein du cartilage tarse des paupières supérieures et inférieures. Une trentaine de ces glandes sont présentes dans chacune des paupières.

Cette inflammation localisée évolue en plusieurs jours et peut survenir à tout âge. Elle évolue sur une durée plus longue que l'orgelet, parfois durant plusieurs semaines.

Le diagnostic repose sur un examen clinique :

- tuméfaction rouge douloureuse de la paupière supérieure ou inférieure, non centrée par un cil, sans communication avec le bord libre de la paupière,
- baisse d'acuité visuelle par astigmatisme induit par le chalazion,
- gêne esthétique importante (visible sur le versant cutané (externe) et/ou conjonctival (interne) de la paupière),
- taille variable pouvant entraîner un œdème de la paupière, saillant sous la peau.

Il existe deux formes cliniques possibles selon l'évolution :

- au stade inflammatoire, présence de nodule du tarse chaud, rouge et douloureux à la palpation,
- au stade enkysté, présence de nodule ferme et indolore.

En cas de récurrence, il convient de rechercher et d'éliminer les facteurs favorisant comme les troubles de la réfraction, le diabète ou encore les blépharites.

L'évolution est le plus souvent favorable avec disparition du nodule sous traitement médical.

Une fistulisation et un drainage spontané peuvent apparaître lors de l'évolution du chalazion.



Les complications sont nombreuses et le patient doit être attentif à l'évolution de sa pathologie : enkystement (chronicisation sous la forme d'un granulome enkysté, la tuméfaction devient indurée, les signes de l'inflammation aiguë disparaissent). Une infection, une abcédation avec apparition de cellulite préseptale sont aussi possibles. Les récurrences sont fréquentes et doivent être systématiquement approfondies par des examens complémentaires.

Diagnostic différentiel : éliminer un carcinome spino et basocellulaire. En cas de récurrences se produisant au même endroit, un examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse devra être réalisé.

#### **IV.1.3.2. Les traitements**

En phase aiguë, le traitement est uniquement médical (35).

Application locale d'une pommade antibio-corticoïde (Sterdex®).

3 applications par jour pendant 2 à 3 semaines après avoir éliminé des antécédents d'herpès oculaire et/ou une ulcération cornéenne dendritique prenant la fluorescéine (permettant d'éliminer une kératite).

Ce traitement peut faire totalement régresser le chalazion, dans le cas d'un échec thérapeutique, une incision chirurgicale sera programmée.

Au stade enkysté, un traitement chirurgical est proposé au patient après vérification de son temps de saignement et de son bilan d'hémostase.

L'incision est réalisée par voie interne, au niveau de la conjonctive tarsale sous anesthésie locale. On exprime ensuite le sébum et la glande sera laissée sans suture. Un collyre antiseptique ou une antibio-corticothérapie locale seront prescrites en post-opératoire pendant une durée de huit jours.

Il faudra systématiquement apprendre au patient des règles d'hygiène palpébrales, durant la phase inflammatoire afin d'accélérer la prise en charge mais aussi afin d'éviter un enkystement du chalazion.

Il faut appliquer sur les paupières des compresses imbibées d'eau tiède pendant cinq minutes, matin et soir.

Il est nécessaire d'exercer une pression bidigitale du bord libre des paupières afin de faciliter mécaniquement le drainage meibomien et de limiter l'obstruction des glandes afin de prévenir le risque de récurrences.

Le contenu pourra être ôté grâce à des compresses imbibées de Blephaclean®. Le rinçage au sérum physiologique des culs de sacs palpébraux est aussi important.

## **IV.2. Les pathologies gynécologiques**

### **Pilules contraceptives sans ordonnance : une nouvelle arme dans l'éventail de la prévention**

Ce chapitre n'évoquera que les pilules contraceptives par voie orale (estroprogestatives (OP), progestatives). Nous n'aborderons pas les autres méthodes contraceptives disponibles chez la femme telles que : le DIU, l'implant, le patch, l'anneau vaginal.

Le but de ce chapitre n'est pas de dispenser la femme en âge de procréer de consulter son gynécologue ou encore son médecin généraliste, mais de proposer une nouvelle voie d'accès à la contraception. Ce chapitre permet de dessiner les contours de la prescription de la pilule par le pharmacien en cernant les indications et les contre-indications de chaque type de pilule. En l'absence de facteurs de risques identifiés chez la patiente, aucune analyse biologique préalable n'est nécessaire avant l'instauration du traitement. Un bilan biologique et médical sera effectué 3 à 6 mois après l'instauration de la contraception.

A terme, le pharmacien pourrait organiser des entretiens sur le thème de la contraception, au moyen d'un questionnaire approfondi permettant de déterminer la meilleure solution contraceptive pour la patiente, tout en maintenant une véritable sécurité de délivrance et un accès rapide à la contraception (36).

### **Pour comprendre**

Le contrôle des naissances, leur espacement puis la concrétisation du désir d'enfanter ont été rendus possibles grâce à la connaissance progressive de la physiologie de la reproduction.

Le XXIème siècle nous permet de bénéficier d'un arsenal contraceptif varié, adapté aux différentes périodes de la vie de la femme et qui doit permettre aux professionnels de santé et aux couples de choisir la contraception adéquate.

Le but de la contraception est de prévenir la survenue d'une grossesse non désirée, en permettant d'éviter les interruptions volontaires de grossesses, traumatisantes au niveau psychologique et social.

Pourtant, sur un million de grossesses survenant en France, environ 330 000 d'entre elles ne sont pas prévues. 2/3 des grossesses non désirées surviendraient malgré la prise d'une contraception. Une partie des grossesses est due à l'absence ou à la mauvaise observance des méthodes contraceptives : 1 femme sur 5 oublierait un comprimé de pilule au moins une fois par mois.

La contraception fut légalisée en France par la loi Neuwirth en 1967. La loi relative à la contraception d'urgence a été promulguée en 2000. Depuis 2001, la législation prévoit la possibilité d'un accès anonyme et gratuit des mineurs à la contraception, sans autorisation parentale.

Dès 2002, les pharmaciens ont été autorisés à délivrer une contraception d'urgence, Norlevo®, à prendre en une dose unique dans les 3 jours suivant un rapport sexuel à risque de grossesse.

Depuis 2015, Ellaone® est disponible sans ordonnance, à prendre en une dose unique jusqu'à 5 jours suivant le rapport à risque de grossesse.

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret, ainsi qu'aux patients ne disposant pas de prestation maladie. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examen de laboratoires ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les sages-femmes sont habilitées à réaliser des consultations de contraception avec prescription de pilules, pose de DIU ou d'implant sous-cutané et à réaliser le suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

La première consultation en vue de la prescription d'une contraception doit constituer une consultation spécifique entièrement consacrée au thème de la contraception, aux possibilités de « rattrapages » (contraception d'urgence), et à la prévention des IST.

S'il s'agit d'une adolescente, il faut la recevoir en consultation sans la présence de ses parents.

La prescription devra être adaptée à chaque patiente, en tenant compte des recommandations lors de la prescription, des facteurs de risque thrombo-emboliques, mais aussi de sa capacité d'observance, de ses facteurs économiques (choix d'une contraception remboursée ou non) et sociaux (adolescente souhaitant cacher sa contraception à sa famille).

Cette consultation est l'occasion de vérifier le statut vaccinal contre l'HPV (papillomavirus humain) de la patiente, en proposant une vaccination anti-HPV de rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans si nécessaire.

Lors de la prescription d'une contraception, il faut conseiller aux patientes n'ayant pas de partenaire stable de continuer à se protéger des IST par le port d'un préservatif. Il est important d'insister sur l'observance de la prise des contraceptifs afin d'éviter la survenue de grossesses non désirées.

### Les différentes méthodes contraceptives et leur efficacité

L'efficacité de la contraception est évaluée par l'indice de Pearl exprimé par le nombre de grossesses survenues chez 100 femmes exposées pendant un an. Plus l'indice est faible, plus la méthode contraceptive est efficace. On constate une augmentation du nombre de grossesses en pratique, par rapport à l'efficacité théorique. Particulièrement pour la contraception orale où l'observance influe sur l'efficacité de la méthode, mais aussi avec les méthodes barrières du fait des mésusages ou encore avec les méthodes naturelles, très contraignantes.

Classification	Méthode contraceptive	Indice de Pearl
Contraception hormonale par estroprogestatifs	Pilules OP, patch et anneau vaginal	0,3
Contraception hormonale par progestatifs seuls	Micro-progestatifs	0,5 à 3
	Implant sous-cutané	0,05
	Macro-progestatif	0,3
Contraception par dispositifs intra-utérins (DIU)	DIU au cuivre	0,6
	DIU au lévonorgestrel	0,1
Contraception locale	Préservatif masculin	2
	Diaphragme	6
	Spermicide	18
Contraception d'urgence	Progestatif (Norlevo®) Ulipristal (Ellaone®) Dispositif intra-utérin	

Tableau 6 : Les méthodes contraceptives et leur efficacité

## IV.2.1. Les différents types de contraceptions hormonales

### IV.2.1.1. Les estroprogestatifs

Classiquement, la contraception estroprogestative est la contraception de première intention chez la jeune femme nullipare du fait de son efficacité et de sa tolérance, notamment grâce à ses nombreux autres effets non contraceptifs (régularisation des cycles menstruels, diminution du flux menstruel en cas de ménorragie, traitement des dysménorrhées, diminution de l'acné). Chez les patientes n'ayant pas de relation stable, il faudra préconiser une méthode double associant la contraception estroprogestative et le préservatif afin de prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST).

Pour la majorité des pilules, il s'agit de pilules associant :

- L'éthinylestradiol (EE) est le seul estrogène de synthèse utilisé en France, dérivé du 17  $\beta$ -estradiol. Il existe minidosées (< 50, 35, 30, 20) et microdosées (15  $\mu$ g). Les doses ont été progressivement réduites afin d'améliorer la tolérance des pilules. Il n'existe aucune différence d'efficacité entre les différentes pilules minidosées. En fonction de la dose de délivrance des deux hormones au cours de la plaquette sont définies les pilules monophasiques (tous les comprimés ont la même composition), bi-phasiques (les comprimés de la deuxième partie de la plaquette sont plus dosés) et tri-phasiques (3 doses successivement différentes en estroprogestatifs).
- Un progestatif de synthèse à visée antigonadotrope : les premiers progestatifs dits de première génération étaient mal tolérés en raison d'effets androgéniques importants (acné, hirsutisme). Il a été développé ensuite des progestatifs de deuxième génération (le lévonorgestrel) puis, au fur et à mesure de leur mise sur le marché, des progestatifs de troisième génération (désogestrel, gestodène, norgestimate) et enfin de quatrième génération (drospirénone, dienogest) destinés à avoir un effet androgénique et lipidique moindre.

Contraception estroprogestative	Avantages	Inconvénients	Exemples
Pilule estroprogestative	<p>Coût : les pilules de deuxième génération sont remboursées (prescription en 1<sup>ère</sup> intention)</p> <p>Possibilité d'adapter la dose d'estradiol et le type de progestatif (en deuxième intention) pour une meilleure tolérance</p>	<p>Risque thrombo-embolique veineux (x 3) par rapport à la population générale, ce risque est plus important pour certaines pilules contenant un progestatif de 3<sup>ème</sup> ou de 4<sup>ème</sup> génération</p> <p>Problème lié à l'observance : 1 femme sur 5 oublierait une prise au moins une fois par mois</p> <p>Risque d'inefficacité en cas de nausées, vomissements, diarrhées</p>	<p>Leeloo®, Lovavulo®, Minidril® (Monophasique de 2<sup>ème</sup> génération)</p> <p>Adépal®, Pacilia® (Biphasique de 2<sup>ème</sup> génération)</p> <p>Trinordiol®, Daily-Gé® (Triphasique de 2<sup>ème</sup> génération)</p> <p>Mélodia® (Monophasique de troisième génération)</p> <p>Triafémi® (Triphasique de 3<sup>ème</sup> génération)</p> <p>Jasmine®, Yaz® (Monophasique de 4<sup>ème</sup> génération)</p>

Tableau 7 : Avantages et inconvénients des méthodes contraceptives estroprogestatives

Les résultats d'études épidémiologiques de cohorte ont montré une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) chez les utilisatrices de ce type de pilules. Ce risque :

- est maximal la première année d'utilisation et diminue avec la durée d'utilisation,
- diminue avec la réduction de la dose d'éthinylestradiol à 20 µg,

- est moins important si l'éthinylestradiol est associé à un progestatif (le lévonorgestrel) qui est un progestatif de deuxième génération (Minidril®, Leeloo®).

C'est pourquoi il est actuellement recommandé de :

- prescrire en 1<sup>ère</sup> intention une pilule estroprogestative contenant un progestatif ayant le risque thrombo-embolique le plus faible (Leeloo®, Lovavulo®, Triafemi®),
- fournir aux patientes une information orale et écrite sur les risques de thrombose, sur les signes cliniques (phlébite, embolie pulmonaire, accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus du myocarde (IDM)), devant les amener à consulter en urgence.

### Mécanisme d'action

- Action principale : inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires FSH et LH et blocage de l'ovulation :
  - l'éthinylestradiol inhibe la sécrétion de FSH et l'activité folliculaire,
  - le progestatif bloque l'ovulation en inhibant le pic de LH et a une action antigonadotrope en inhibant la pulsabilité de LH-RH hypothalamique.
- Le progestatif possède aussi des actions périphériques :
  - atrophie endométriale impropre à la nidation,
  - modification de la glaire cervicale gênant le passage des spermatozoïdes.

### Contre-indications absolues à l'initiation des pilules estroprogestatives

Les contre-indications absolues permettent de déterminer les facteurs et/ou les situations de sur-risque de thrombose :

- antécédents personnels ou familiaux (au 1<sup>er</sup> degré) avant 60 ans de thrombose veineuse (phlébite profonde, embolie pulmonaire),
- antécédents personnels ou familiaux (au 1<sup>er</sup> degré) avant 60 ans de thrombose artérielle (par exemple : infarctus du myocarde) ou signes précurseurs (par exemple : angine de poitrine, accident ischémique transitoire),
- antécédents personnels ou familiaux de troubles vasculaires cérébraux,

- présence d'un facteur de risque sérieux ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose artérielle, notamment :
  1. Diabète avec symptômes vasculaires,
  2. Hypertension sévère,
  3. Dyslipoprotéinémie sévère (LDL-cholestérol > 2,20 g/L ; triglycéridémie > 2,00 g/L),
    - prédisposition génétique ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles : résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, hyperhomocystéinémie et syndrome des antiphospholipides (anticorps anticardiolipine, lupus anticoagulant),
    - présence ou antécédents de pancréatite, si associé à une hypertriglycéridémie sévère,
    - migraines avec antécédents de symptômes neurologiques focaux (aura).

On ne prescrit pas non plus de contraception estroprogestative dans les cas suivants :

- tabagisme après 35 ans,
- obésité (IMC > 30) associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire,
- antécédent de cancer du sein et de l'endomètre,
- affections hépatiques : insuffisance hépatique, cirrhose biliaire primitive.

**Contre-indications relatives (rapport bénéfice/risque à discuter) :**

- âge > 40 ans,
- tabagisme,
- diabète,
- obésité sans autre facteur cardiovasculaire,
- dyslipidémie modérée,
- facteurs de risque d'accident thrombo-embolique : varices importantes des membres inférieurs, intervention chirurgicale, alitement prolongé,
- association à des inducteurs enzymatiques : millepertuis, phénobarbital, carbamazépine, phénytoïne, rifampicine, griséofulvine.

L'existence de plusieurs contre-indications relatives équivaut à une contre-indication absolue.



Il existe d'autres contextes où la pilule estroprogestative est contre-indiquée ou interrompue :

- en cas d'intervention chirurgicale programmée : arrêt 4 semaines avant l'intervention et reprise 2 semaines après la fin de l'immobilisation. Si la pilule est maintenue, il faut prévoir un traitement préventif antithrombotique,
- pendant le post-partum pour des patientes ayant présenté un diabète gestationnel, une prééclampsie ou un ictère cholestatique.

### Effets secondaires

- modifications minimales du métabolisme glucidique. Dans certaines études, de nombreuses modifications sont recensées, diminution de la tolérance au glucose, élévation de l'insulinémie par diminution de la glycolyse et insulino-résistance périphérique. Cependant, la contraception n'augmente pas l'incidence du diabète dans une population de femmes non diabétiques et elle ne modifie pas l'équilibre glycémique des femmes diabétiques,
- métabolisme lipidique : l'éthinylestradiol modifie les paramètres lipidiques : augmentation des triglycérides, du HDL-cholestérol, baisse du LDL-cholestérol,
- hémostasie : l'éthinylestradiol provoque une hypercoagulabilité.

L'hypercoagulabilité peut se manifester par une :

- hyperagrégabilité plaquettaire,
- augmentation de certains facteurs de la coagulation,
- diminution des inhibiteurs de la coagulation (protéines C et S, antithrombine),
- anomalie de la cellule endothéliale.

La contraception orale par pilule estroprogestative expose la patiente aux accidents thrombo-emboliques veineux et artériels :

- le risque thrombo-embolique veineux est maximal la 1<sup>ère</sup> année de prise d'une contraception. Son risque est augmenté avec les pilules de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> génération, en cas d'obésité, de chirurgie avec allongement prolongé et dans le post-partum,
- le risque thrombo-embolique artériel est dépendant de l'âge et du terrain. Ses principaux facteurs de risques sont l'âge > 35 ans, le tabagisme et l'HTA.

5 à 7 % de la population caucasienne est porteuse d'une mutation du facteur V de Leiden, nécessitant une recherche d'antécédents familiaux :

- hypertension artérielle par le biais d'une activation du système rénine-angiotensine-aldostérone. Une HTA peut survenir chez 0,6 à 2,8 % des patientes sous pilule,
- saignements inter-menstruels (spottings) assez fréquents, diminution de la libido, sécheresse vaginale, troubles digestifs, mastodynies, céphalées, prise de poids, dépression...

### **Modalités de prescription**

La patiente doit être accompagnée par le praticien afin de déterminer les contre-indications à une ou plusieurs méthodes contraceptives.

Interrogatoire : il recherche des antécédents personnels contre-indiquant une pilule estroprogestative : antécédents thrombo-emboliques, migraines avec aura, tabac, diabète, HTA, dyslipidémie, affection hépatique...

Rechercher des antécédents familiaux d'accidents thrombo-emboliques et de cancer hormono-dépendants (sein, endomètre). Les antécédents gynéco-obstétricaux (gestité, parité, antécédent d'IVG, régularité des cycles, abondance des règles, dysménorrhée) permettront d'adapter la prescription à la patiente en terme d'observance et d'éventuels bénéfices non contraceptifs (effet sur la régularisation des cycles).

Vérification du statut vaccinal HPV de la patiente.

Examen clinique complet avec :

- poids, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle, peau (acné), état veineux,
- examen des seins,
- examen du col, frottis cervico-utérin (FCU) réalisé en fonction de l'âge (pas avant 25 ans) et du précédent frottis (tous les 3 ans).

Au cours de la première consultation pour prescription d'une contraception, la patiente est en général trop jeune pour bénéficier d'un frottis. Cependant, cette consultation sera l'occasion de l'informer sur les modalités de prévention de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Un bilan sanguin n'est pas nécessaire avant d'instaurer une contraception par estroprogestatifs si la femme n'a pas d'antécédent particulier, mais il sera prescrit dans les 3 à 6 mois suivant le début de la prise afin de contrôler :

- cholestérol, HDL-cholestérol, triglycérides sanguins,
- glycémie à jeun.

Le frottis de dépistage sera réalisé à partir de 25 ans chez les patientes ayant déjà eu des rapports sexuels.

Examens biologiques : on ne demandera un bilan de thrombophilie préalablement à une prescription de contraceptifs que s'il existe des antécédents personnels ou familiaux au premier degré avant 50 ans d'accidents thrombo-emboliques : protéine S, protéine C, résistance à la protéine C activée, mutation du facteur V Leiden, antithrombine, mutation du facteur II.

Les modalités à rappeler par écrit ou à l'oral lors de la prescription d'une pilule estroprogestative classique à 21 comprimés (exemple pour une pilule à 20 µg + progestatif de 2<sup>ème</sup> génération : Leeloo®, lovavulo®) sont :

- début du traitement : prendre le 1<sup>er</sup> comprimé le 1<sup>er</sup> jour des règles,
- un comprimé par jour à heure fixe pendant 21 jours,
- arrêt de 7 jours,
- certaines pilules sont présentées sous forme de plaquette de 28 comprimés (exemple : Optilova®) comprenant une prise de 7 jours de comprimés « inactifs » afin de faire prendre en continu la pilule et favoriser une meilleure observance au traitement.

Ce schéma de prescription a pour but de réaliser des cycles artificiels de 28 jours avec une hémorragie de privation pendant l'arrêt des 7 jours correspondant à de « fausses règles » dues à la chute des taux sanguins hormonaux à l'origine d'une desquamation hémorragique de l'endomètre. L'intérêt de mimer un cycle naturel est purement psychologique. Actuellement, des pilules à prise continue sans règles sont en cours d'évaluation.

Le « Quick Start »

Une patiente peut démarrer une contraception estroprogestative en prenant le premier comprimé dans les 5 premiers jours de son cycle. En l'absence de grossesse, la contraception peut être démarrée après le 5<sup>ème</sup> jour de cycle, mais dans ce cas, la patiente devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir une contraception complémentaire durant les 7 jours suivants.

Que faire en cas d'oubli ?

- oubli de moins de 12 heures : prendre le comprimé dès le constat de l'oubli et continuer la plaquette,
- oubli de plus de 12 heures : prendre le comprimé dès que possible et continuer la plaquette en associant une contraception d'urgence (Norlevo® ou Ellaone® selon la date du rapport non protégé), puis une contraception locale jusqu'à la fin de la plaquette.

## Surveillance régulière

1<sup>ère</sup> visite de contrôle 3 à 6 mois après la 1<sup>ère</sup> consultation avec bilan sanguin (glycémie à jeun, cholestérolémie, triglycéridémie).

Visite annuelle : tolérance et observance de la pilule, quantification d'un éventuel tabagisme et information avec aide au sevrage tabagique, poids, tension artérielle, palpation du foie, examen gynécologique complet, examen des seins.

Réévaluation de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription.

En dehors de signe d'appel, le bilan sanguin ne sera fait que tous les 5 ans.

## Bilan de dépistage des IST

La prescription d'une contraception chez la femme jeune est l'occasion de proposer un bilan de dépistage des IST chez la patiente et son partenaire. Il associe :

- une sérologie VIH,
- le dépistage par PCR d'une infection à *Chlamydia trachomatis* sur 1<sup>er</sup> jet d'urines, sur auto prélèvement vulvo-vaginal ou sur prélèvement cervico-vaginal réalisé après l'utilisation d'un spéculum,
- une sérologie hépatite B,
- une sérologie syphilitique.

## Contraception estroprogestative et cancer

L'OMS a signalé une augmentation du risque de cancer du sein chez les patientes ayant une contraception estroprogestative. Cependant ce sur-risque est faible (1,07) comparé au risque normal de 1. Ces cancers du sein seraient découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité. Ce risque disparaît 10 ans après la fin de l'utilisation.

De la même façon que le risque thrombo-embolique, ce risque cancérigène, réel mais extrêmement faible, doit être mis en balance avec les effets bénéfiques non-contraceptifs des estroprogestatifs :

- diminution de moitié du risque de cancer de l'endomètre (persistant 10 à 15 ans après l'arrêt de la contraception)
- diminution de moitié du risque de cancer de l'ovaire après 5 ans d'utilisation (persistant 15 à 20 ans après l'arrêt de la contraception),
- diminution du risque de cancer colorectal,
- diminution des grossesses extra-utérines, des fausses couches, des IVG et de leurs complications,
- diminution des interventions pour kystes fonctionnels de l'ovaire et des pathologies bénignes du sein,

- autres : diminution des dysménorrhées, réduction des ménorragies, effet bénéfique sur l'acné,
- diminution des pathologies génitales sévères du fait du suivi médical régulier de ces patientes, des examens systématiques.

L'abandon de la contraception estroprogestative par peur du cancer ne protégerait pas contre le cancer du sein, en augmentation dans nos pays du fait de l'allongement de la durée de vie, du recul de l'âge de la première naissance et de nos habitudes alimentaires.

#### **IV.2.1.2. Les progestatifs**

##### Les micro-progestatifs

L'effet contraceptif est obtenu par l'utilisation de faibles doses en continu de progestatif seul.

Les progestatifs sont une méthode contraceptive de 2<sup>ème</sup> intention en cas de contre-indication cardiovasculaire ou métabolique à la contraception estroprogestative. En effet, les contre-indications des micro-progestatifs sont rares puisqu'ils sont dénués d'effets métaboliques.

Actuellement, l'avènement de progestatifs antigonadotropes dans de nouvelles formes de mise à disposition (implant, DIU) tend à modifier les prescriptions et une contraception par progestatif peut parfois être prescrite en 1<sup>ère</sup> intention (exemple : désir d'aménorrhée par la patiente).

Leurs principaux inconvénients sont la nécessité d'une bonne observance et un mauvais contrôle du cycle menstruel.

Les deux types de micropilules progestatives actuellement prescrites sont :

- microval® : 30 µg de lévonorgestrel, la plus ancienne, mauvais indice de Pearl (1 %), contraignante (faible tolérance à l'oubli = 3 heures maximum),
- cérazette® : 75 µg de désogestrel. Plus récente, elle obtient un meilleur indice de Pearl (0,5 %) car elle inhibe l'ovulation avec une plus grande tolérance d'oubli (12 heures comme les pilules estroprogestatives).

#### **Mécanisme d'action**

Action contraceptive principale périphérique :

- modifications de la glaire cervicale,
- modifications endométriales (nidation impropre),
- modifications de la mobilité tubaire.

Action antigonadotrope inconstante pour Microval® (50 %) et pratiquement constante pour les micro-progestatifs au désogestrel en inhibant le pic pré-ovulatoire de LH. Avec ce type de pilule, il persiste une sécrétion basale de gonadotrophines hypophysaires à l'origine d'une maturation folliculaire partielle (cela pouvant expliquer les effets secondaires à type de kystes fonctionnels, de mastodynie par un climat d'hyperoestrogénie relative).

La contraception orale par micro-progestatif au lévonorgestrel (Microval®) est un facteur de risque de grossesse extra-utérine (GEU) car elle ralentit le transit tubaire sans bloquer de façon systématique l'ovulation.

### **Contre-indications :**

- tumeur sensible aux progestatifs : cancer du sein et de l'endomètre,
- pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés,
- accident thrombo-embolique en cours (par principe de précautions),
- ne pas prescrire une contraception par micro-progestatif en cas de traitement associé par inducteur enzymatique.

### **Effets indésirables :**

- troubles du cycle parfois mal tolérés, métrorragies, spottings, aménorrhées (très fréquentes et parfois recherchées avec la pilule Cérazette®),
- kystes fonctionnels.

### **Modalités de prescription**

La prise doit être quotidienne, à heure fixe, même pendant les règles. Au début, pour Microval®, adjonction d'une contraception locale pendant les deux premières semaines, car l'efficacité contraceptive n'est obtenue qu'après la prise des 14 premiers comprimés.

Pour Cérazette®, l'efficacité contraceptive est immédiate.

En cas d'oubli (3 heures pour Microval®), il est recommandé de continuer la prise en ajoutant une contraception locale pendant les 14 premiers jours. On peut conseiller la prise immédiate d'une contraception d'urgence en plus des mesures précédemment citées.

Pour les micro-progestatifs au désogestrel, les mesures sont les mêmes, même s'il existe une tolérance à l'oubli de 12 heures et qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter une contraception locale pendant 14 jours, mais seulement pendant 7 jours.

## Les macro-progestatifs

Il s'agit de progestatifs de synthèse (par exemple : Lutényl®, Lutéran®, Surgestone®), classiquement indiqués dans le traitement des troubles de la péri-ménopause liés à l'hyperestrogénie relative et dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause :

- prescrits du 5<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle, ils ont une action antigonadotrope assurant un vrai blocage de l'ovulation,
- ils sont contre-indiqués en cas d'antécédent d'accident thrombo-embolique et d'altération grave de la fonction hépatique,
- même s'ils sont largement employés, les macro-progestatifs n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché comme contraceptifs.

Cet outil thérapeutique est principalement utilisé pour les patientes en péri-ménopause, puisqu'elle permet en plus de l'action contraceptive, de pallier l'hyperestrogénie relative liée à l'insuffisance lutéale.

### La contraception progestative trimestrielle injectable (Dépo-Provera®)

Ce moyen contraceptif (acétate de médroxyprogestérone) injecté tous les 3 mois par voie intramusculaire est très peu utilisé, notamment en raison du risque d'ostéopénie en cas d'utilisation prolongée et de sa mauvaise tolérance (prise de poids, troubles du cycle...).

## IV.2.2. Les infections urinaires : la cystite aigüe bactérienne

Nous ne traiterons ici que la cystite aigüe bactérienne chez la femme non enceinte, sans facteur de risque. L'infection urinaire de l'enfant et de l'homme ne seront pas abordées puisqu'elles demandent une prise en charge globale complexe nécessitant une consultation approfondie.

L'infection urinaire est une pathologie très fréquente (37). On estime que 20 % des femmes adultes ont une cystite au moins une fois dans leur vie. Elle est affirmée par l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU), l'interrogatoire et l'examen clinique. Il s'agit d'une infection bactérienne du bas appareil urinaire survenant le plus souvent chez la femme. Les cas déclarés chez les hommes sont plus rares mais néanmoins plus complexes à prendre en charge.

On distingue deux grandes entités qui permettront de définir le cadre des patientes pouvant être traitées en pharmacie ou devant être redirigées vers un médecin généraliste.

#### **Les infections urinaires non compliquées :**

- cystite aigüe simple de la femme entre 15 et 65 ans,
- simple car survenant sur un bas appareil sain,
- n'évoluant pas depuis plus de 72 heures,
- ni sonde vésicale, ni obstacle à la vidange vésicale,
- ni dysfonctionnement vésico-sphinctérien neurologique,
- sans antécédent urologique (lithiase, tumeur),
- sans diabète,
- sans immunosuppression,
- pas de grossesse.

#### **Les infections urinaires compliquées ou à risques, devant un de ces facteurs :**

- chez l'homme,
- en post-opératoire,
- chez la femme de plus de 65 ans,
- chez l'immunodéprimé,
- diabète,
- corticothérapie ou traitement immunosuppresseur,
- chez la femme enceinte.

Les entérobactéries (E. Coli et autres) représentent 90 % des germes responsables d'une infection ; *Escherichia Coli* est présent dans 80 % des cas.

Les autres germes les plus fréquemment retrouvés sont les Entérocoques, les Staphylocoques et les Pseudomonas.

Les résistances à L'ampicilline et au cotrimoxazole augmentent régulièrement. L'utilisation croissante de fluoroquinolones provoque une augmentation des cas de résistances à cette classe d'antibiotiques.



## **Les mécanismes de contaminations reposent sur deux modèles**

Infection par voie ascendante : les plus fréquentes, migration des germes digestifs du périnée vers la vessie à travers le méat et l'urètre, entraînant une colonisation de la vessie, voire du haut appareil,

Infection par voie hématogène : rares, presque exclusivement à staphylocoques.

## **Certains facteurs sont à rechercher en cas d'infections à répétitions**

Les facteurs urologiques : lithiase, résidu post-mictionnel (hypertrophie bénigne de la prostate, sténose de l'urètre, vessie neurologique), sténose urétérale, reflux vésico-urétéral. Les pathologies de l'urothélium sont aussi responsables d'infections à répétitions : bilharziose, tumeur de la vessie, corps étranger intravésical.

D'autres facteurs de risques sont à prendre en compte : rapports sexuels, infections génitales, grossesse, ménopause, constipation, diabète, insuffisance hépatique, immunodépression, diurèse insuffisante.

### **IV.2.2.1. La symptomatologie et les circonstances particulières d'apparition d'une cystite**

La cystite aiguë bactérienne correspond à une infection des urines contenues dans la vessie avec inflammation de la muqueuse vésicale sans atteinte parenchymateuse (38).

La contamination s'effectue par voie rétrograde et elle ne concerne que les femmes pour des raisons anatomiques (brièveté de l'urètre féminin). En revanche, chez l'homme, la prostate joue un rôle protecteur grâce à la sécrétion de zinc). D'un point de vue anatomique, la longueur urétrale masculine joue également un rôle protecteur vis-à-vis des infections.

### **L'examen est avant tout clinique en s'assurant de l'absence de facteurs de risques de complications :**

- signes locaux, pas de signes généraux,
- pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleurs hypogastriques, urines troubles et malodorantes, +/- hématurie,
- hématurie macroscopique (les saignements dans les urines sont visibles à l'œil nu : rechercher une tumeur de la vessie),

- signes négatifs : pas de fièvre ou de douleur lombaire,
- parfois asymptomatique,
- bandelettes urinaires (BU) : leucocytes et nitrites positifs.

## Complications

Pyélonéphrite aiguë par contamination rétrograde avec altération du système anti-reflux au niveau des méats urétéraux par l'inflammation de la muqueuse au cours de la cystite entraînant un reflux d'urines infectées vers le haut de l'appareil.

## Formes cliniques

Cystite simple : absence de facteurs de risque de complications,

cystite compliquée ou à risques de complications : présence de complications ou de facteurs de risque de complications,

cystite récidivante : > 3 épisodes/an ou 2 épisodes dans les 6 derniers mois ou un dernier épisode < 3 mois.

## Les examens paracliniques

Pas d'indications en cas de cystite typique non compliquée et en l'absence de facteur de risque de complication.

Indiqués en cas de doute diagnostique, en présence de complications ou de facteurs de risque de complications, en cas de cystite récidivante ou d'échec thérapeutique.

### IV.2.2.2. Les traitements

Intérêts du traitement : prévenir les complications ainsi que les récurrences.

Le traitement sera effectué en ambulatoire par antibiothérapie par voie orale, probabiliste, à élimination urinaire courte ou prolongée.

Privilégier un traitement court : dose unique ou trois jours de traitement pour assurer une meilleure efficacité ainsi qu'une meilleure observance. La durée brève de traitement permet d'avoir moins d'effets indésirables tout en réalisant des économies de santé.

Traitements en dose unique :

- Fosfomycine-trométamol (Monuril®) : 1 sachet 3 g,
- fluoroquinolone : ciprofloxacine (Uniflox®) 500 mg ; ofloxacine (Monoflocet®) 400 mg,
- cotrimoxazole (Bactrim Forte®) 3 comprimés.

Traitements durant 3 jours :

- cotrimoxazole (Bactrim Forte®) 800 mg / j,
- fluoroquinolone : loméfloxacine (Logiflox®) 400 mg / j ; norfloxacine (Noroxine®) 400 mg / j.

Alternative : traitement prolongé de 5 à 7 jours en cas d'échec du traitement court :

- nitrofurantoïne (Furadantine®) 150 mg / j,
- amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) 1 g x 3 / j.

#### **IV.2.2.3. Les conseils associés**

L'infection urinaire est une pathologie fréquemment rencontrée dans le quotidien du pharmacien, que cela soit un premier épisode ou des épisodes répétés ; la délivrance s'accompagne nécessairement de conseils afin de prévenir ou diminuer la fréquence des épisodes.

La délivrance la plus fréquente est celle du Monuril® (Fosfomycine-trométamol) :

- a distance des repas (deux heures avant ou après),
- diluer un sachet dans 200 ml d'eau,
- miction avant la prise,
- attendre une heure avant de boire après la prise afin de concentrer le médicament dans la vessie.

Dans tous les cas, des conseils généraux s'appliquent :

- cure de diurèse,
- arrêt des spermicides,

- exploration en cas de ménopause,
- miction post-coïtale,
- lutte contre la constipation,
- suppression des mictions retenues,
- essuyage d'avant en arrière,
- traitement d'une mycose associée,
- auto-surveillance : fièvre, douleurs lombaires.

Automédication après éducation de la patiente

La canneberge peut être proposée en prévention des cystites récidivantes à E. Coli à la dose de 36 mg / j de proanthocyanidine de type A.

La bandelette urinaire fait partie de l'auto-surveillance nécessaire chez une patiente éduquée, en permettant de diminuer le recours à l'antibiothérapie.

### **La bandelette urinaire**

Elle possède une valeur d'orientation par la détection de leucocytes et de nitrites, elle nécessite de respecter une méthodologie rigoureuse : bandelettes non périmées, urines fraîches, temps de lecture avant interprétation,

Chez la femme symptomatique, l'absence simultanée de leucocytes et de nitrites présente une très bonne valeur prédictive négative (VPN > 95 %) en l'absence d'immunosuppression grave. Une BU négative doit faire rechercher un autre diagnostic.

Chez l'homme, une BU positive pour les leucocytes et/ou les nitrites a une bonne valeur prédictive positive (VPP > 90 %).

En revanche, une BU négative ne permet pas d'éliminer une infection urinaire.

Attention, certains germes sont dépourvus de nitrate réductase : cocci Gram+ (staphylocoque, streptocoque, entérocoque), bactéries gram négatif aérobie (pseudomonas, acitenobacter). Certains régimes pauvres en légumes ou riches en vitamines C perturbent le résultat des bandelettes.

L'examen cyto bactériologique des urines doit être réalisé dans des conditions parfaites de recueil : urines de milieu de jet, avant antibiothérapie et après toilette péri-méatique par un antiseptique (type Dakin® ou chlorexidine) chez un patient non

sondé. L'analyse au laboratoire doit être idéalement immédiatement réalisée ou sinon elle doit être conservée pendant une durée maximale de 12 heures à 4°C.

L'ECBU comprend un examen direct, une mise en culture et un antibiogramme le cas échéant.

En cas de leucocyturie sans germe, il faut évoquer :

- une infection urinaire décapitée par une antibiothérapie préalable,
- une urétrite,
- une vaginite,
- un syndrome de la vessie douloureuse (cystite interstitielle),
- une tuberculose urogénitale,
- une période péri-menstruelle (hématurie associée).

Les hémocultures sont recommandées en cas de pyélonéphrite aiguë grave ou d'infection urinaire masculine avec fièvre mais pas en dehors de ces cas définis.

Le seuil de bactériurie significatif dépend de l'espèce bactérienne en cause et du sexe du patient.

Espèces bactériennes	Seuil de significativité	Sexe
E.coli, S.saprophyticus	10 <sup>3</sup> UFC / ml	Homme ou femme
Entérobactéries autres qu'E. coli, entérocoque, Corynebacterium urelyticum, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus	10 <sup>3</sup> UFC / ml	Homme
	10 <sup>4</sup> UFC / ml	Femme

Tableau 8 : Seuil de significativité en fonction du type de bactérie et du sexe du patient

### IV.2.3. Dysménorrhées de l'adolescente et de la femme

Le but de la prise en charge est d'argumenter les principales hypothèses diagnostiques et de justifier les examens complémentaires à réaliser (39).

Lors de l'interrogatoire, il est important de définir le type de douleur. Cette dernière peut être aiguë, cyclique, chronique. Il est primordial de rechercher les signes associés.

Il est important de connaître les différentes étiologies associées à des douleurs. Nous limiterons l'objet de cette thèse aux douleurs cycliques associées aux règles ainsi qu'aux traitements à mettre en œuvre.

#### IV.2.3.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

Il existe différentes étiologies associées aux algies pelviennes cycliques : les dysménorrhées, le syndrome pré-menstruel et le syndrome intermenstruel.

Les dysménorrhées sont fréquentes chez les femmes. L'ensemble des symptômes est très invalidant, à l'origine d'un absentéisme scolaire ou professionnel particulièrement chez les jeunes filles (jusqu'à 15 %).

Il existe deux types de dysménorrhées :

- **dysménorrhée primaire de l'adolescente** : les douleurs apparaissent en général dès les premières règles. Les douleurs sont le plus souvent fonctionnelles, mais elles peuvent apparaître dans le cadre de malformations utérines,
- **dysménorrhée secondaire de la jeune femme** : les douleurs apparaissent à un moment quelconque de la vie génitale.

Il faut rechercher une pathologie gynécologique organique :

- endométriose,
- polype accouché par le col (coliques expulsives),
- déplacement d'un dispositif intra-utérin,
- adénomyose,
- dysménorrhée fonctionnelle,
- dysménorrhée psychogène (diagnostic difficile),

La dysménorrhée peut être précoce (survenant dès le premier jour des règles) ou tardive (dans la deuxième partie des règles).

### **Le syndrome intermenstruel**

Ce syndrome est parfois très douloureux, le plus souvent lié à l'ovulation par rupture du follicule mûr. La douleur est le plus souvent fonctionnelle, parfois exacerbée par une pathologie organique sous-jacente.

### **Le syndrome pré-mentruel :**

Ce syndrome mal expliqué est fréquent (35 à 40 % des femmes) en souffre. Il regroupe l'ensemble des manifestations apparaissant dans les jours précédant les règles, pouvant disparaître au début de celles-ci.

Il est associé de façon variable à des tensions abdomino-pelviennes (ballonnements, tension mammaire, mastodynie, troubles de l'humeur, migraines...).

### **IV.2.3.2. Les traitements**

Pendant un à deux cycles, il est recommandé de mettre en place un traitement symptomatique comprenant des anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) pour leur action sur les prostaglandines (Antadys®, Ponstyl®).

Antadys 100 mg : 1 à 3 comprimés à prendre au cours des repas au début ou pendant la période douloureuse chez la femme et jusqu'à disparition des symptômes.

Ponstyl 250 mg : 2 gélules trois fois par jour, à prendre au cours du repas au début ou pendant la période douloureuse chez la femme et jusqu'à disparition des symptômes.

Afin de minimiser les effets indésirables, le traitement doit être pris de la manière la plus ponctuelle possible et sur une durée courte.

Il est possible de conseiller aux patientes du paracétamol seul ou en association avec les AINS.

Les antispasmodiques tels que le phloroglucinol (Spasfon®) sont fréquemment utilisés pour leur action sur le système génito-urinaire.

Si la dysménorrhée est soulagée par le traitement pendant un ou deux cycles, le traitement sera poursuivi pendant une durée de 6 mois.

Dans le cas où la dysménorrhée n'est pas soulagée par les traitements symptomatiques, il est nécessaire de réaliser un bilan étiologique complet :

- examen clinique afin d'éliminer la possibilité d'une malformation provoquant les douleurs lors des premiers cycles : imperforation de l'hymen, diaphragme vaginal,
- échographie pelvienne, en cas de kyste de l'ovaire, l'échographie est normale,
- diagnostic d'insuffisance lutéale, il ne nécessite pas de bilan, mais il sera conforté en cas de réponse à un traitement progestatif,
- éliminer la possibilité d'endométriose, celle-ci est rarement révélée par une dysménorrhée primaire.

### **Mise en place d'un traitement par progestatif**

L'objectif est d'améliorer l'équilibre estroprogestatif en deuxième partie de cycle sans bloquer l'ovulation. Le progestatif sera administré du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle.

Traitement de première intention comprenant de la progestérone micronisée (Progestérone®) ou du dydrogestérone (Duphaston®).

Ces traitements s'adressent le plus souvent aux dysménorrhées de l'adolescente associées à des irrégularités menstruelles.

Traitement de deuxième intention, en cas de douleurs résistantes aux AINS, des molécules de type norpregnane seront préconisées :

- nomégestrol : Lutenyl®,
- chlormadinone : Luteran®,
- médrogestone : Colprone®,
- promégestone : Surgestone®.

Le choix de la molécule et la durée de traitement varient de dix à vingt jours et ils dépendront des contre-indications de la patiente et de la volonté de bloquer ou non l'ovulation. Les molécules de type norpregnane sont utilisées dans les dysménorrhées sévères et lorsqu'un blocage de l'ovulation est souhaité.



## Traitement par contraceptif oral estroprogestatif

Le traitement par contraceptif doit lui aussi être modifié, un contraceptif minidosé monophasique de deuxième génération est recommandé.

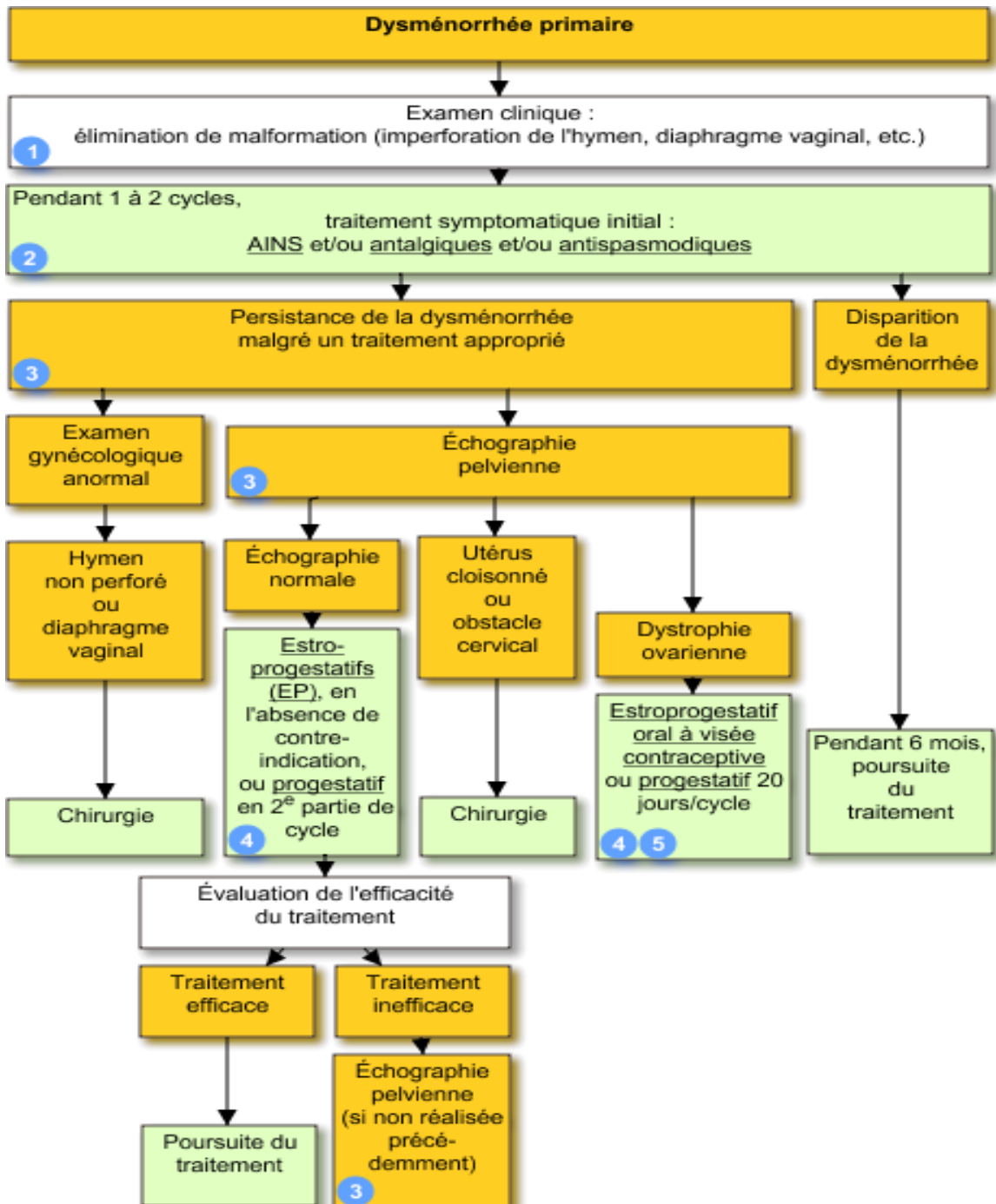


Tableau 9 : Arbre décisionnel de la prise en charge de la dysménorrhée primaire (40)

### **IV.2.3.3. Les autres étiologies**

Il existe de nombreuses situations pouvant conduire à des douleurs chez la femme, qu'elles soient aiguës, cycliques ou chroniques. Il est important que le pharmacien connaisse les principales étiologies pouvant se confondre avec les dysménorrhées cycliques. Cette meilleure connaissance clinique permettra au pharmacien d'orienter les patientes nécessitant une prise en charge approfondie.

#### **L'hémorragie intra-kystique :**

- manifestation par une douleur pelvienne intense, latéralisée d'installation brutale. L'examen clinique retrouve une douleur provoquée latéro-utérine. Le toucher vaginal peut palper une masse latéro-utérine douloureuse,
- le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne et endo-vaginale qui montre une image de kyste ovarien de contenu hétérogène typique (sang),
- comme pour la rupture hémorragique d'un kyste de l'ovaire, l'hémorragie intrakystique complique le plus souvent un kyste fonctionnel du corps jaune et survient typiquement en seconde partie de cycle,
- la prise en charge est symptomatique : antalgiques + repos.

**Toute douleur pelvienne aiguë chez une femme en âge de procréer est une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire.**

#### **La grossesse extra-utérine :**

- apparitions de métrorragies, douleur pelvienne localisée,
- diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire,
- augmentation du taux de hCG,
- nécessité d'une échographie : utérus vide, masse latéro-utérine, épanchement pelvien, parfois sac et embryon ectopique.

#### **L'endométriose**

L'endométriose correspond à l'existence de cellules endométriales ectopiques, c'est-à-dire ailleurs qu'au niveau de l'endomètre. Ces cellules endométriales ectopiques sont sensibles aux variations hormonales du cycle menstruel, ce qui explique la symptomatologie de ces patientes :

- le plus souvent des femmes jeunes, les cellules endométriales sont sensibles aux variations hormonales, en particulier pendant les règles,

- la symptomatologie sera différente en fonction des femmes et en fonction des localisations : endométriose péritonéale, endométriome (kyste ovarien d'endométriose), endométriose pelvienne profonde pouvant infiltrer les ligaments utéro-sacrés, la cloison recto-vaginale, le tube digestif, la vessie,
- les douleurs sont très variables d'une femme à l'autre et ne sont pas proportionnelles à la sévérité des lésions anatomiques constatées. L'endométriose peut être une pathologie très invalidante avec des répercussions sur la vie professionnelle (absentéisme) et personnelle (gestion difficile des douleurs au quotidien),
- les symptômes sont le plus souvent des douleurs abdominales, lombaires, sacrées, continues ou intermittentes ; avec ou sans rapport avec le cycle menstruel,
- l'endométriose peut se manifester sous la forme de dysménorrhée secondaire, le plus souvent tardive (vers le 3<sup>ème</sup> jour des règles) évoluant en intensité tout au long du cycle. L'apparition se fait en deuxième partie de vie génitale (25-30 ans) à l'arrêt de la pilule oestro-progestative,
- dyspareunie profonde en cas d'endométriose pelvienne profonde,
- infertilité d'origine multifactorielle, mais le plus souvent due aux adhérences pelviennes et aux lésions tubaires induites par l'endométriose,
- les examens recherchent un utérus rétroversé (dû à la rétraction postérieure de l'utérus par des adhérences et/ou infiltration des ligaments utéro-sacrés), des nodules violacés cervico-vaginaux, un nodule de la cloison recto-vaginale, la présence d'une masse annexielle (endométriome),
- les examens à réaliser sont la coelioscopie et/ou une IRM pelvienne.

## L'adénomyose

L'adénomyose correspond à la présence de glandes endométriales à l'intérieur du myomètre.

- Associée à l'endométriose pelvienne chez la femme jeune.
- Le plus souvent chez la femme multipare et/ou avec des antécédents de gestes chirurgicaux endo-utérins (aspirations endo-utérines) qui auront favorisé une invagination de tissu endométrial dans le myomètre.
- Le tableau clinique correspond à :
  - douleurs, souvent de type dysménorrhée,
  - troubles hémorragiques fréquents : ménorragies et souvent métrorragies,

- examen clinique : utérus dur, augmenté de volume, souvent douloureux en période prémenstruelle.
- Intérêt diagnostic de l'échographie, de l'hystérocopie diagnostique et d'une IRM pelvienne.
- Découverte fortuite le plus souvent lors d'un bilan d'infertilité lors d'une hystérogographie.

Ces différentes étiologies sus développées doivent alerter le pharmacien qui ne pourra pas prendre en charge ces pathologies et orienter les patientes vers leur médecin généraliste.

### IV.3. Les pathologies infectieuses

#### IV.3.1. Angines et pharyngites

Nous ne traiterons dans ce chapitre que les pharyngites, les angines érythémateuses et érythématopultacées qui représentent la majorité des angines diagnostiquées chaque année.

Une pharyngite correspond à une inflammation de l'oropharynx (des piliers antérieurs jusqu'à la paroi postérieure comprise) ; les atteintes situées en avant des piliers antérieurs sont appelées stomatites. Le terme « angine » s'applique aux inflammations ou infections de l'oropharynx touchant les amygdales (amygdalite). Dans la mesure où elles partagent des causes mais aussi une démarche diagnostique et thérapeutique identique, angines et pharyngites seront donc développées ensemble (41).

##### IV.3.1.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

#### Agents responsables des pharyngites, des angines érythémateuses et érythématopultacées

Elles sont d'origine virale dans 60 à 80 % des cas selon l'âge. Les virus responsables sont des rhinovirus, des coronavirus, le virus respiratoire syncytial (VRS), *Myxovirus influenzae* et *M. parainfluenzae*, des adénovirus, le virus d'Epstein-Barr (EBV) et plus rarement le VIH (primo-infection).

Les angines bactériennes sont principalement dues au streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (SBHA). Responsable de 10 à 40 % de l'ensemble des angines, il reste constamment sensible à la pénicilline et la résistance aux macrolides est en diminution en France au cours des 10 dernières années, actuellement < 10 % des cas.

De façon plus rare, l'association fusospirillaire (*Fusobacterium nucleatum* + *Borrelia vincentii*, responsable de l'angine de Vincent) ou le gonocoque peuvent être impliqués. *Fusobacterium necrophorum* est classiquement impliqué dans le syndrome angine-infarctus pulmonaire de Lemierre et dans les phlegmons amygdaliens mais peut être impliquée dans les angines non compliquées.

Ce pathogène est probablement sous-diagnostiqué car non recherché sur les cultures bactériologiques standards de prélèvement de gorge.

### **Angines pseudo-membraneuses**

L'EBV est responsable de la plupart des cas.

*Corynebacterium diphtheriae* doit être évoqué chez les sujets non vaccinés contre la diphtérie. Une primo-infection par le VIH doit également être évoquée.

### **Angines vésiculeuses**

Elles sont toujours virales, dues soit aux entérovirus, particulièrement les Echovirus et les virus Coxsackie, soit à l'*Herpes simplex virus*.

### **Angines ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques**

Lorsqu'elles sont bactériennes, elles sont le plus souvent dues aux fusospirillaire, rarement à *Treponema pallidum*.

Elles peuvent révéler une hémopathie maligne ou une agranulocytose. Un carcinome épidermoïde devra également être recherché devant une lésion ulcérée, chronique notamment sur un terrain alcool-tabagique.

### **Fréquence**

Chaque année, 8 à 9 millions d'angines sont diagnostiquées en France, dont 80 à 90% sont érythémateuses et érythématopultacées. Le SBHA est responsable de 10 à 25 % des cas survenant chez les adultes et 25 à 40 % chez les enfants.

### **Facteurs de risque**

Le risque d'angine à SBHA est maximal chez l'enfant entre 5 et 15 ans. Il est très faible avant l'âge de 3 ans et exceptionnel après 45 ans.

Le risque de diphtérie existe chez les personnes non ou mal vaccinées et venant d'un pays d'endémie (Europe de l'Est, Afrique du Nord, pays en développement). Le principal facteur de risque d'angine ulcéro-nécrotique liée à l'association fusospirillaire est une mauvaise hygiène buccodentaire.

La survenue d'un chancre syphilitique ou d'une angine à gonocoque résulte de rapports sexuels orogénitaux.

## **Physiopathologie**

Les infections virales sont généralement responsables d'une atteinte de l'ensemble de la sphère ORL et respiratoire.

L'angine à SBHA résulte de la colonisation de l'oropharynx, acquise principalement par voie aérienne au contact d'un porteur sain ou malade.

Les infections bactériennes peuvent entraîner des complications loco-régionales suppuratives (phlegmon amygdalien, adénite suppurée).

Des complications toxiques ou immunologiques peuvent survenir suite à une infection ORL.

## **Formes cliniques**

Pharyngites, angines érythémateuses et érythématopultacées

### **Forme commune**

Dans les pharyngites, l'oropharynx est inflammatoire.

Dans l'angine érythémateuse, ce sont les amygdales qui sont le plus précisément augmentées de volume et érythémateuses.

Dans l'angine érythématopultacée, la muqueuse reste inflammatoire mais les amygdales sont recouvertes d'un enduit blanchâtre punctiforme, facile à décoller.

La palpation cervicale peut trouver une ou plusieurs adénopathies douloureuses. Il est difficile devant ces signes cliniques de distinguer une angine d'origine virale ou bactérienne.

### **Forme récidivante**

On évoque une quiescence intracellulaire de certains streptocoques et de *F. necrophorum* pour expliquer les formes récidivantes.

## **Complications**

Les complications des angines érythémateuses et érythématopultacées sont essentiellement dues au SBHA. Elles sont rares mais peuvent être graves.

Les complications toxiques sont représentées par la scarlatine et le choc toxique streptococcique.

Les complications suppurées locales ou loco-régionales sont représentées par :

### Phlegmon périamygdalien

Il associe une fièvre élevée, une douleur à la déglutition (odynophagie) importante, une otalgie, un trismus et, à l'examen, une tuméfaction du voile du palais avec œdème et refoulement de la luette.

### Abcès rétropharyngé

Il associe une fièvre, une dysphagie douloureuse et une dyspnée.

### Adénophlegmon

Des douleurs cervicales lancinantes sont rapidement suivies d'un torticolis avec une altération de l'état général. Chez les enfants, l'apparition d'un torticolis, dans les suites d'une angine, doit faire rechercher une subluxation altoïdo-axoïdienne mécanique (syndrome de Grisel).

### Cellulites cervicales et médiastinites

Rares, elles sont liées à une extension de l'infection aux parties molles du cou voire au médiastin. Le traitement de ce type de complications associe une antibiothérapie et un drainage cervical.

Le syndrome angine-infarctus pulmonaire ou syndrome de Lemierre associe des signes généraux souvent marqués, une douleur latéro-cervicale, une douleur thoracique, une dyspnée, une toux due aux embols pulmonaires. Il justifie une tomodensitométrie (TDM) cervico-thoracique injectée et un echo/doppler de la veine jugulaire.

### Les syndromes post-streptococciques

Ils correspondent à des atteintes articulaires et cardiaques, notamment dans les rhumatismes articulaires aigus, rénales (glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique), cutanées (érythème noueux) et neurologiques (chorée de Sydenham).

### **Arguments du diagnostic**

Il est difficile, voire impossible, de déterminer l'origine virale ou bactérienne de ce type d'angine ou de pharyngite sur les seuls éléments cliniques.

En pratique, seule l'apparition d'une éruption scarlatiniforme typique signe l'étiologie streptococcique. Les complications liées au SBHA imposent de ne pas le méconnaître afin de prescrire une antibiothérapie adaptée.

L'utilisation de score clinique (score de Mac Isaac avec 1 point pour chacun des critères suivants : fièvre > 38°C, absence de toux, adénopathies cervicales sensibles, atteinte amygdalienne avec augmentation de volume et/ou exsudat ; enlever un point si le sujet est âgé de plus de 45 ans), permet d'écartier à priori une origine streptococcique si le score < 2.

Dans ce cas, il est recommandé de ne pas faire de test diagnostique rapide ni de traitement antibiotique.

La difficulté de discriminer les infections bactériennes des infections virales justifie l'utilisation de tests diagnostics rapides (TDR) du SBHA pour toute angine (ou pharyngite) érythémateuse et/ou érythématopultacée chez l'enfant de plus de 3 ans et chez l'adulte avec un score de Mac Isaac  $\geq 2$ .

Ces tests (42), réalisables en quelques minutes au cabinet médical ou en officine, permettent de mettre en évidence la présence d'un antigène de paroi spécifique du SBHA. Leur sensibilité est d'environ 90 % et leur spécificité de 95 %. Ils demeurent des outils fiables en pratique courante. Ces tests sont fournis gratuitement par l'Assurance Maladie afin de diminuer les prescriptions d'antibiotiques.

Les tests diagnostiques rapides de l'angine reposent sur la réaction anticorps-antigènes spécifique de l'infection au *Streptococcus pyogenes*. Pour recueillir l'échantillon, il faut utiliser un abaisse-langue afin que l'écouvillon ne rentre pas en contact avec la langue, les dents, les lèvres ou la salive. Il convient de frotter les amygdales et de déposer l'écouvillon dans un tube à essai contenant les réactifs. Les réactifs sont du nitrate de sodium et de l'acide acétique. Il faudra ensuite ajouter la bandelette réactive recouverte d'anticorps anti-streptococciques et attendre durant cinq minutes que le trait rouge apparaisse (43).

Le test est positif quand le trait devient bleu, négatif lorsque la bande rouge reste seule et invalide si aucune bande n'apparaît.

Un cas particulier peu fréquent concerne les angines bactériennes non à SBHA, et donc non détectées par le TDR. La persistance de la fièvre, l'intensité des signes cliniques ou un syndrome inflammatoire marqué (CRP élevée) doivent alors conduire à un prélèvement de gorge pour mise en culture malgré un TDR négatif. Un streptocoque non A (groupe C, G...), un gonocoque ou *F. necrophorum* peuvent être impliqués et justifier une antibiothérapie.



Il faut cependant noter que les milieux standards de culture ne permettent pas la détection de *F. necrophorum* qui est, de ce fait, nettement sous-diagnostiqué dans les angines.

A l'examen direct, *F. necrophorum* n'a généralement pas l'aspect fusiforme de *F. nucleatum* et se présente sous forme de cocobacilles à Gram négatif, parfois intracellulaires. Une culture sur un milieu spécifique pour la détection des germes anaérobies peut être réalisée. En cas de syndrome de Lemierre, *F. necrophorum* est facilement isolé dans les hémocultures.

#### IV.3.1.2. Les traitements

Les recommandations actuelles sont de ne traiter par antibiotique que les angines prouvées à SBHA.

Le traitement permet :

- une diminution de la durée moyenne des symptômes,
- d'éradiquer le SBHA et de diminuer sa dissémination à l'entourage,
- de diminuer le risque de complications et notamment de rhumatisme articulaire aigu (RAA).

Le traitement recommandé en première intention est l'amoxicilline pendant 6 jours. Les céphalosporines de 2<sup>ème</sup> (Céfuroxime®) et 3<sup>ème</sup> générations (Cefotiam®, cefpodoxime®) par voie orale peuvent être utilisées, notamment en cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines.

En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines de type hypersensibilité immédiate, les macrolides ou apparentés sont prescrits.

Le taux actuel de résistance du SBHA aux macrolides et apparentés est < 10 %. Si ce taux venait à dépasser 10 %, il faudrait alors réaliser un prélèvement bactériologique pour culture et antibiogramme (pour vérifier la sensibilité) avant l'utilisation de l'antibiothérapie.

Dans tous les cas, afin de limiter l'émergence de résistances, il faut restreindre l'utilisation des macrolides aux patients ayant une contre-indication formelle aux  $\beta$ -lactamines.

Traitements courts des angines à SBHA en 1 <sup>ère</sup> intention				
	Posologie adulte	Posologie enfant	Nombre de prises	Durée en jours
Amoxicilline	2 g / j	50 mg / kg / j	2	6
<b>Alternative en cas d'allergie à l'amoxicilline sans allergie aux céphalosporines</b>				
Céfuroxime-axétil	500 mg / j	30 mg / kg / j	2	4
Cefpodoxime proxétil	200 mg / j	8 mg / kg / j	2	5
Cefotiam hexétil	400 mg / j	-	2	5
<b>Alternative en cas de contre-indication aux <math>\beta</math>-lactamines (céphalosporines et pénicillines)</b>				
Azithromycine	500 mg / j	20 mg / kg / j	1	3
Clarithromycine (LP)	500 mg / j	-	1	5
Clarithromycine	500 mg / j	15 mg / j	2	5
Josamycine	2 g / j	50 mg / j	2	5

Tableau 10 : Possibilités thérapeutiques lors du traitement d'une angine

### Traitement symptomatique

Il repose sur l'utilisation d'antalgiques ou d'antipyrétiques afin d'améliorer le confort du patient.

Les AINS et les corticoïdes ne sont pas recommandés et ils peuvent même être délétères en majorant le risque de complications locorégionales suppurées (phlegmon amygdalien, voire cellulite cervicale et médiastinite...).

Il existe deux exceptions à cette règle :

- corticothérapie parfois utile dans les mononucléoses infectées sévères,
- corticothérapie nécessaire dans la diphtérie si laryngite ou autres complications toxiques (myocardites).

## IV.3.2. Borréliose de Lyme

La borréliose de Lyme est une maladie de plus en plus diagnostiquée, mais elle reste difficile à établir et les tests en laboratoire doivent être ciblés et réalisés à la bonne période afin de dépister la maladie (44).

### IV.3.2.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

Les piqûres de tiques sont très fréquentes, notamment en Limousin. La sensibilisation des patients est importante et elle permet de prévenir les contaminations lorsque les premiers gestes à réaliser après une piqûre sont connus :

- retirer la tique avec une pince à tique,
- désinfection avec de la Bisepetine®, pas d'alcool ou d'éther directement sur la tique sinon elle peut régurgiter son contenu contaminant.

Afin de prévenir les contaminations, il est recommandé de porter des vêtements longs et couvrants, notamment lors de balades en forêt.

Malgré toutes ces recommandations, si un patient est piqué et qu'un érythème migrant se développe de façon concentrique autour de la piqûre, il est nécessaire de consulter un médecin afin de démarrer une antibiothérapie le plus précocement possible.

Au Canada (45), dans certaines régions considérées (46) à risque pour la maladie de Lyme, les pharmaciens sont autorisés à délivrer à titre préventif de la doxycycline lorsque certaines conditions sont remplies (47) :

- le délai entre le retrait de la tique et la mise en place de la prophylaxie post-exposition ne dépasse pas 72 heures,
- la tique est restée accrochée à la peau 24 heures ou plus,
- il n'y a pas de contre-indications à la doxycycline,
- le patient a été piqué dans les zones géographiques identifiées.

Pour les zones géographiques identifiées, les soins délivrés par le pharmacien sont intégralement remboursés par une « ordonnance locale » afin de diminuer l'impact des contaminations.

La recrudescence de cette maladie doit nous faire changer de paradigme et placer le pharmacien comme un acteur majeur de la prévention lorsque les symptômes sont typiques afin de réduire le temps d'évolution de la maladie sans traitement.

## Agent causal

La maladie de Lyme ou borréliose de Lyme est une maladie bactérienne due à un spirochète du genre *Borrelia*.

Différentes espèces de *Borrelia* ont été reconnues responsables de borréliose de Lyme : *B. burgdorferi* (la première identifiée), *B. garinii*, *B. afzelii*.

*B. burgdorferi* est la seule espèce présente en Amérique, et elle provoque plutôt des manifestations secondaires de types articulaires. Elle est aussi présente en Europe, mais moins fréquemment isolée que *B. garinii* et *B. afzelii* qui sont plutôt associées aux manifestations secondaires neurologiques expliquant ainsi la variabilité des manifestations entre les borrélioses d'Amérique et celles d'Europe. Plus récemment, *B. valaisiana*, *B. spielmanii* et *B. lusitaniae* ont été également reconnues responsables de borréliose de Lyme.

## Epidémiologie

### Fréquence et groupes à risques

La borréliose de Lyme existe sur tous les continents mais elle prédomine dans l'hémisphère nord. Son incidence en France est évaluée à 49 cas pour 100 000 habitants mais avec de grandes disparités entre les régions, jusqu'à 100 cas pour 100 000 habitants dans l'est de la France. Elle peut être contractée dans la plupart des régions de France mais elle reste exceptionnelle dans les régions du pourtour méditerranéen.

Cependant, l'incidence est en constante augmentation ces dernières années notamment grâce aux nombreuses activités exposant à des contacts avec les tiques : promenades en forêt, camping ainsi que les travaux agricoles et forestiers, situations où la maladie de Lyme est reconnue comme une maladie professionnelle.

### Réservoir et transmission

Le réservoir de bactéries est principalement représenté par les petits rongeurs, mais aussi par de nombreuses espèces d'autres mammifères (cervidés, bétails, rongeurs, chiens...), les oiseaux et les tiques.

Il semble que les animaux puissent rester porteurs de *Borrelia* pendant de longues périodes de leur vie sans manifestation. La transmission à l'homme se fait très généralement par piqûre d'un acarien, ou d'une tique du genre *Ixodes* (*I. ricinus* en Europe, *I. scapularis*, *I. damini* ou *I. pacificus* aux USA).

Les tiques peuvent transmettre la maladie à tous les stades de leur développement (larve, nymphe et adulte) au cours de leur repas sanguin. La transmission transplacentaire est possible mais elle reste rare.

La contamination humaine se superpose à la période d'activité maximale des tiques en fonction des conditions climatiques. En France, elle se fait surtout entre le début du printemps et la fin de l'automne.

## Pathogénie

L'inoculation de *Borrelia* est transcutanée, par piqûre de tique. Le risque d'inoculation augmente au fur et à mesure du repas sanguin et devient significatif à partir de la 24<sup>ème</sup> heure. La borréliose de Lyme évolue schématiquement en trois phases.

La phase primaire s'exprime essentiellement par une lésion cutanée s'étendant à partir du point d'inoculation : l'érythème migrant (EM).

A partir du point d'inoculation, *Borrelia* peut aussi se disséminer par voie hématogène à d'autres organes comme le cerveau, le cœur, les articulations qui peuvent être le siège de manifestations cliniques secondaires observées quelques semaines après la contamination. Ces manifestations vont régresser progressivement, même en l'absence de traitement. Ultérieurement, en l'absence de traitement adapté aux phases précédentes, des manifestations tardives constitueront la phase tertiaire de la maladie qui apparaît après plusieurs années d'évolution.

Les tableaux cliniques retrouvés correspondent à l'action directe de la bactérie, notamment lors des phases primaires et secondaires. La responsabilité d'un processus immunitaire associé est probable, en particulier lors des phases secondaires tardives et de la phase tertiaire.

Cette distinction en trois phases fut remise en question pour ne retenir qu'une phase précoce et une phase tardive. La totalité du processus de dissémination de la bactérie n'est pas encore entièrement élucidée, rendant le diagnostic, mais aussi le traitement des patients, particulièrement difficile à mettre en œuvre.

## Clinique

### Phase primaire

L'érythème migrant (48) est pathognomonique et constitue la manifestation clinique essentielle de cette phase. Il débute habituellement 3 à 30 jours après l'inoculation et siège préférentiellement au niveau des membres inférieurs (50 % des cas), en particulier au creux poplité ou à la partie haute de la cuisse. Il peut également siéger au niveau du tronc, du visage, du cuir chevelu ou des membres supérieurs.

Il s'agit initialement d'une petite macule ou papule rouge modérément inflammatoire, centrée par le point de piqûre.

On considère qu'une taille minimale de 5 cm est requise pour évoquer le diagnostic d'EM. La lésion va évoluer de façon centrifuge pour atteindre un diamètre variable, jusqu'à 30 cm voire plus.

La lésion est ronde ou ovale, et elle présente une bordure périphérique active, plus érythémateuse que le centre, qui, peu à peu, retrouve une teinte sensiblement normale.

L'EM n'est pas prurigineux et il peut être associé à une adénopathie satellite et/ou des manifestations générales (fébricules, céphalées, arthralgies).

En l'absence de traitement, l'EM persiste 3 à 4 semaines avant de pâlir et de disparaître sans séquelle.

Cependant, l'érythème migrant peut ne pas être typique et prendre l'apparence d'une ecchymose aux contours nets ou encore la forme de plusieurs tâches rondes disséminées. Certains patients ne présenteront aucun érythème migrant.

L'existence de différentes formes symptomatiques de l'EM (inflammatoires, prurigineuse) rend le diagnostic difficile à établir.

### Phase secondaire

Elle révèle parfois la maladie, l'EM pouvant passer inaperçu (30 à 50 % des cas). Elle peut coexister avec l'EM lorsque celui-ci est d'évolution prolongée. Elle survient le plus souvent quelques semaines à quelques mois après la phase primaire, en l'absence de traitement antibiotique.

### Manifestations cutanées

Elles sont rares en France, mais plus fréquentes aux Etats-Unis. Il s'agit de lésions multiples disséminées d'EM, identiques à la lésion primaire, à l'exception du point de piqûre central qui est absent. Chacune de ces lésions évolue de façon centrifuge, le plus souvent associée à des manifestations générales.

Le lymphocytome cutané bénin se traduit par des nodules de 1 à 2 cm de diamètre, de couleur rouge ou violette. Il n'est pas spécifique de la maladie de la borréliose de Lyme mais, dans ce cas, il se localise au niveau du lobule de l'oreille, dans les régions périaréolaires ou sur le scrotum.

### Manifestations articulaires

Les arthrites de survenue plus tardive réalisent une mono ou une oligoarthritis touchant surtout les grosses articulations, en particulier le genou. Le tableau clinique correspond à celui d'une arthrite subaigüe typique, évoluant par poussées brèves séparées par des périodes de rémission plus ou moins complètes.

Ces poussées répétées d'arthrite peuvent évoluer vers le tableau d'arthrite chronique de la phase tertiaire. La radiographie est normale à ce stade.

### Manifestations cardiaques

L'atteinte cardiaque est soit une myocardite, soit une péricardite, les deux pouvant être associées. Il n'a pas été décrit d'atteinte de l'endocarde.

La myocardite s'exprime le plus souvent par des troubles de la conduction, en particulier auriculo-ventriculaire, responsables d'un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) pouvant être complet.

Dans d'autres cas, la myocardite se traduit par des signes d'insuffisance cardiaque. Ces atteintes cardiaques sont caractérisées par leur variabilité dans le temps et par leur évolution habituelle vers la guérison sans séquelle. La péricardite, quant à elle, diagnostiquée à l'échographie, peut être d'évolution prolongée.

### Manifestations neuroméningées

Plus fréquentes en France, elles peuvent être révélatrices de la maladie et peuvent survenir de façon précoce par rapport à l'EM.

La méningoradiculite sensitive débute en général dans le territoire de la piqûre de la tique. Elle peut rester localisée à ce niveau ou s'étendre aux métamères adjacents. Elle est responsable de douleurs très importantes, notamment nocturnes, résistantes aux antalgiques et aux anti-inflammatoires. L'examen clinique paraît normal ou objective une hypoesthésie, une diminution de la force musculaire ou une abolition des réflexes dans le territoire touché.

Les atteintes motrices périphériques isolées sont possibles, mais rares.

L'atteinte des nerfs crâniens est fréquente. Tous les nerfs peuvent être touchés mais c'est l'atteinte du nerf facial, uni ou bilatérale, qui est de loin la plus fréquente.

Les atteintes centrales, encéphalitiques, cérébelleuses ou médullaires sont plus rares et de diagnostic plus difficile lorsqu'elles sont isolées.

L'atteinte méningée : le plus souvent muette cliniquement, elle se traduit par une méningite lymphocytaire avec normoglycorachie. Il existe habituellement une augmentation des immunoglobulines spécifiques intrathécales. Cette atteinte méningée peut être isolée.

### Autres manifestations

Plus rares, il peut s'agir d'hépatites granulomateuses avec des atteintes oculaires ou musculaires.

### Manifestations générales

A l'exception d'une asthénie souvent marquée et inexplicée, elles sont rares. Il n'y a, en général, pas de fièvre lors d'une borréliose de Lyme. Les manifestations décrites précédemment peuvent être isolées ou coexister chez un même patient.

## Phase tertiaire

Des mois, voire des années après l'infection, peuvent apparaître des manifestations tertiaires, parfois en apparence primitives.

### Manifestations cutanées

L'acrodermatite chronique atrophiante ou maladie de Pick-Herxheimer est une atteinte touchant le plus souvent les membres inférieurs. Elle réalise au début une infiltration inflammatoire peu spécifique de la peau, plus ou moins étendue, qui évolue en plusieurs mois ou années vers une atrophie cutanée laissant un épiderme fin recouvrant un réseau veineux superficiel très apparent.

### Manifestations articulaires

Elles se manifestent sous la forme d'une mono ou d'une oligoarthritis intéressant essentiellement les grosses articulations et en particulier le genou. Le respect habituel des poignets et des articulations des mains et le caractère peu inflammatoire la distinguent d'une arthrite rhumatoïde. La radiographie peut révéler des anomalies du cartilage articulaire.

### Manifestations neurologiques

Les manifestations sont très variées et traduisent des atteintes médullaires et/ou cérébrales responsables de tableaux neurologiques divers (pseudosclérose en plaques, troubles cognitifs...) ou une atteinte méningée (méningite chronique).

### Autres articulations

D'autres manifestations tardives sont évoquées (cardiaques, musculaires) mais mal connues car difficile à rattacher de façon formelle à l'infection par *Borrelia*.

## Diagnostic

Il est avant tout clinique :

- les données biologiques usuelles sont le plus souvent normales (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation (VS) inférieure à 30 minutes la première heure). La présence d'un syndrome inflammatoire important doit faire évoquer un autre diagnostic,
- les examens sérologiques utilisent deux méthodes (enzyme linked immunosorbent assay (ELISA), Western-blot appelé aussi immuno empreinte) dont la sensibilité et la spécificité sont variables.



- Le test ELISA doit être réalisé en première intention avec confirmation par Western-Blot en cas de test ELISA positif ou douteux. En cas de test ELISA négatif, il n'y a pas lieu de faire un test de confirmation.

Il existe des faux positifs lorsque le patient est immunisé contre des bactéries proches de *Borrelia* (tréponèmes, leptospires) ainsi que des faux négatifs, notamment au stade primaire de la maladie (50 % des cas). Certains sujets, après contact avec les *Borrelia*, sont porteurs d'anticorps sans développer de signes cliniques. La détection d'anticorps spécifiques dans le LCR permet d'affirmer l'atteinte du système nerveux central,

- la détection du génome par PCR dans le LCR au cours des formes neurologiques, ou dans le liquide synovial dans les formes articulaires, et la recherche de la bactérie par culture peuvent être réalisées en deuxième intention.

Formes cliniques	Indications et résultats des examens essentiels au diagnostic	Examens optionnels
Erythème migrant	Aucun examen	Aucun
Neuroborréliose précoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaction cellulaire lymphocytaire dans le LCR et/ou hyperprotéinorachie</li> <li>- Sérologie positive dans le LCR, parfois retardée dans le sang</li> <li>- Synthèse intrathécale IgG spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culture et PCR du LCR</li> <li>- Séroconversion ou ascension du titre sérique des IgG</li> </ul>

Lymphocytome borrélien	- Aspect histologique du Lymphocytome - Sérologie positive (sang)	Culture et PCR du prélèvement cutané
Atteinte cardiaque	- Sérologie positive (sang)	Sur avis spécialisé
Neuroborréliose chronique	- Synthèse intrathécale IgG spécifique	Culture et PCR du LCR
Acrodermite chronique atrophiante	- Aspect histologique évocateur - Sérologie positive à titre élevé	Culture et PCR du prélèvement cutané
Formes oculaires	- Sérologie positive - Confirmation par avis spécialisé	Sur avis spécialisé

Tableau 11 : Recommandations pour le diagnostic biologique en fonction des formes cliniques

**La sérologie est nécessaire afin de confirmer le diagnostic, cependant dans certaines situations, la sérologie n'a pas d'indication :**

- les sujets asymptomatiques ou présentant des signes mineurs,
- le dépistage systématique des sujets exposés,
- une piqûre de tique sans manifestation clinique,
- l'érythème migrant typique,
- le contrôle sérologie systématique des patients traités.

### **Diagnostic différentiel**

Les particularités sémiologiques de l'EM typique, lorsqu'il dépasse 4 à 5 centimètres de diamètre permettent de le distinguer des réactions cutanées secondaires aux piqûres d'autres acariens ou insectes.

En pratique, il convient surtout d'envisager le diagnostic de borréliose de Lyme devant des manifestations neurologiques, articulaires ou cardiaques mal expliquées, en particulier dans les zones d'endémie.

Une sérologie positive ne permet pas, à elle seule, de retenir le diagnostic de borréliose de Lyme.

## Evolution, pronostic

L'évolution vers une phase secondaire ou tertiaire après une contamination initiale, en l'absence de traitement antibiotique, n'est pas constante mais ce risque reste mal évalué.

Le pronostic de la maladie traitée correctement est très généralement bon mais le risque de manifestations cliniques prolongées, notamment dans les formes diagnostiquées tardivement, est possible.

### IV.3.2.2. Les traitements

Son but est de guérir les manifestations cliniques et d'éviter l'évolution vers des phases secondaires ou encore tertiaires en diminuant la propagation vers les organes cibles. De nombreux antibiotiques sont actifs sur la bactérie. En pratique, on utilise une  $\beta$ -lactamine ou une cycline.

Les posologies des  $\beta$ -lactamines doivent être adaptées au poids chez l'enfant. Les cyclines ne sont pas autorisées chez la femme enceinte, ni avant l'âge de 8 ans

	Antibiotique	Posologie	Durée
<b>Adulte</b>			
1 <sup>ère</sup> ligne	Amoxicilline ou doxycycline	1 g x 3 / j 100 mg 2x / j	14-21 jours 14-21 jours
2 <sup>ème</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2 / j	14-21 jours
3 <sup>ème</sup> ligne si CI à 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> ligne ou allergie	Azithromycine	500 mg x 1 / j	10 jours
<b>Enfants</b>			
1 <sup>ère</sup> ligne < 8 ans > 8 ans	Amoxicilline  Amoxicilline  Ou Doxycycline	50 mg / kg / j en trois prises 4 mg / kg / j en deux prises maximum 100 mg / prise	14-21 jours
2 <sup>ème</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	30 mg / kg / j en deux prises maximum 500 mg / prise	14-21 jours

3 <sup>ème</sup> ligne si CI à 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> ligne ou allergie	Azithromycine	20 mg / kg / j en une prise maximum 500 mg / prise	10 jours
<b>Femme enceinte ou allaitante</b>			
1 <sup>ère</sup> ligne	Amoxicilline	1 g x 3 / j	14-21 jours
2 <sup>ème</sup> ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2 j	14-21 jours
3 <sup>ème</sup> ligne si CI à 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> ligne ou allergie A partir du 2 <sup>ème</sup> trimestre de grossesse	Azithromycine	500 mg x 1 / j	10 jours

Tableau 12 : Recommandations thérapeutiques pour la prise en charge de la phase primaire de la borréliose de Lyme : traitement par voie orale

Le traitement des formes secondaires et tertiaires relève des mêmes antibiotiques, mais la durée de traitement est prolongée dans la forme tertiaire.

Situations cliniques	Options thérapeutiques	
	1 <sup>ère</sup> ligne	2 <sup>ème</sup> ligne
Neuroborréliose	Ceftriaxone IV 2 g / j 21 à 28 jours	Pénicilline G IV 18 à 24 MUI / j 21 à 28 jours ou Doxycycline 200 mg / j 21 à 28 jours
Arthrite aiguë	Doxycycline 200 mg / j 21 à 28 jours	Amoxicilline 1 g x 3 / j 21 à 28 jours

Arthrite récidivante ou chronique	Doxycycline 200 mg / j 30 à 90 jours Ou Ceftriaxone IM/IV 2 / j 14 à 21 jours	
-----------------------------------	--	--

Tableau 13 : Les options thérapeutiques de la forme tertiaire de la borréliose de Lyme

## Prévention et surveillance

La prévention est difficile compte tenu de la diversité du réservoir animal. La résistance des tiques aux insecticides rend difficile leur destruction.

La meilleure prévention est individuelle et consiste à retirer les tiques le plus rapidement possible avec des tire-tiques. Une attention toute particulière est nécessaire à la suite d'une sortie en forêt ou d'autres activités pouvant mettre en contact avec des tiques.

Il n'est pas justifié de traiter systématiquement par antibiothérapie les sujets venant d'être piqués par une tique, mais la situation peut être parfois discutable si la durée d'attachement de la tique est supérieure à 24 heures ou si la patiente est enceinte ou dans des zones endémiques.

## IV.4. La migraine

### IV.4.1. La symptomatologie et les circonstances d'apparition

La migraine est la plus fréquente des céphalées primaires (prévalence : 10 à 15 % de la population générale).

Elle est deux à trois fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Les crises peuvent débuter à tout âge, mais dans 90 % des cas, elles surviennent avant 40 ans.

La maladie est caractérisée par la survenue de crises rapprochées parfois sévères (1 migraineux sur 10 présente plusieurs crises par semaine).

Le retentissement socio-professionnel peut être important.

Le traitement de la migraine a connu d'importantes avancées avec l'émergence des triptans, malgré cela, la migraine demeure une affection très fréquente, sous-diagnostiquée et souvent mal prise en charge.

La majorité des patients ayant présenté des crises de migraine ne consulte pas et a recours à l'automédication, favorisant parfois les abus médicamenteux ou les migraines induites.

Les céphalées primaires, c'est-à-dire sans lésion sous-jacente, regroupent principalement les migraines, les céphalées de tension, les algies vasculaires de la face et les névralgies essentielles de la face.

Il s'agit de céphalées chroniques, évoluant sur des mois ou des années, mais, pour la plupart, sous la forme de crises répétées entre lesquelles le patient est asymptomatique.

Le diagnostic des céphalées primaires repose uniquement sur des critères cliniques (données de l'interrogatoire et normalité de l'examen neurologique) établis par la Société Internationale des Céphalées (International Headache Society, IHS).

## **Le mécanisme d'action**

La migraine (49) est due à une à une hyperexcitabilité neuronale d'origine génétique et environnementale. Les formes habituelles de migraine ont une hérédité probablement polygénique et aucun gène n'a pu être identifié dans ces formes.

Cependant, il existe une forme très rare de migraine, dénommée migraine hémiplegique familiale, qui a une transmission autosomique dominante. Dans cette forme, les auras sont souvent motrices et les gènes mutés identifiés codent pour des transporteurs ioniques.

L'aura migraineuse commune est la traduction clinique d'un dysfonctionnement cortical transitoire possédant un point de départ occipital (trouble visuel) ou pariétal (trouble sensitif) et se propageant de proche en proche vers l'avant (dépression corticale envahissante)

La céphalée est liée à l'activation du système trigémino-vasculaire responsable d'une inflammation périvasculaire avec vasodilatation.

## **Le diagnostic clinique**

Le diagnostic de la migraine repose sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique. L'objectif est d'identifier les accès de céphalées caractéristiques, séparés par des intervalles libres. Aucune investigation complémentaire n'est nécessaire lorsque la sémiologie est typique.

Deux types de migraines sont possibles, la migraine sans aura et la migraine avec aura, trois fois moins fréquente dans la population.

Les deux types de crises peuvent coexister chez un même patient. La manifestation clinique est influencée par de très nombreux facteurs déclenchants.

### **Migraine sans aura**

La céphalée est souvent précédée de prodromes (troubles de l'humeur, sensation de faim, asthénie...). La céphalée se caractérise par :

- son siège : souvent temporal ou sus-orbitaire, unilatéral avec alternance du côté atteint selon les crises,
- son mode d'apparition : rapidement progressif (maximal en quelques heures), elle peut réveiller le patient, notamment en fin de nuit,
- son type : typiquement pulsatile, la céphalée tend à s'accroître en cas d'effort physique ou de concentration,
- ses signes d'accompagnement, nausées et vomissements fréquents, parfois accompagnés de signes vasomoteurs (modification de la couleur du visage) ; photophobie (intolérance à la lumière) et phonophobie (intolérance au bruit). Recherche d'isolement pendant la crise, dans un endroit calme et peu éclairé,
- sa durée fixée par l'IHS entre 4 et 72 heures, en moyenne 12 à 24 heures,
- son évolution, récupération complète à l'issue de la crise.

### **Migraine avec aura**

La migraine avec aura se caractérise par la présence de signes neurologiques focalisés (le plus souvent positifs) précédant ou accompagnant la céphalée et classiquement contralatérale à celle-ci.

Deux paramètres sont importants pour le diagnostic :

- le mode d'apparition, de manière progressive ( $\geq 5$  minutes), réalisant la classique « marche migraineuse », avec régression complète en moins d'une heure avant ou parallèlement à la céphalée,
- le type d'aura, l'aura visuelle et l'aura sensitive sont les plus fréquentes et peuvent coexister chez un même patient. Une aura entraînant des troubles du langage (manque du mot ou paraphasies) est plus rare.

Certaines auras sont exceptionnelles (ophtalmoplégie, hémiplégie) et elles doivent conduire à des examens complémentaires (IRM cérébrale).

Migraine sans aura	Au moins cinq crises migraineuses unilatérales, pulsatiles et d'intensité modérée à sévère
	Durée entre 4 et 72 heures (sans traitement)
	Céphalée ayant au moins deux caractéristiques suivantes : unilatérale, pulsatile, modérée ou sévère, aggravation par les efforts physiques de routine.
	Durant la crise, au moins un des caractères suivants sont présents : nausées et/ou vomissements, photophobie et ou phonophobie.
Migraine avec aura	Au moins deux crises migraineuses unilatérales, pulsatiles et d'intensité modérée à sévère.
	L'aura comprend un des symptômes suivants mais pas de déficit moteur :  symptômes visuels entièrement réversibles, incluant des phénomènes positifs (taches ou lumières scintillantes...) et/ou négatifs (perte de vision),  symptômes sensitifs entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et/ou négatifs, troubles du langage de nature dysphasiques entièrement réversibles.



Migraine avec aura	<p>Au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <p>symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux,</p> <p>au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement (<math>\geq 5</math> minutes) et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement entre 5 et 60 minutes.</p>
	<p>Crise migraineuse unilatérale, pulsatile, d'intensité modérée à sévère et débutant pendant l'aura ou dans les 60 minutes suivant l'aura</p>

Tableau 14 : Les critères de la migraine selon l'IHS

### Aura visuelle

C'est la plus fréquente des auras, elle caractérise la migraine ophtalmique.

Le scotome scintillant est le plus fréquent des symptômes visuels : point lumineux, dans une partie du champ visuel des deux yeux, persistant les yeux fermés, puis s'élargissant sous la forme d'une ligne brisée. Cette ligne cèdera sa place à un scotome central, lui-même de régression progressive.

L'hémianopsie latérale homonyme est également fréquente. Elle correspond à une perte ou à une diminution de la vue dans la moitié du champ visuel d'un œil ou des deux yeux. Elle apparaît en quelques minutes, parfois précédée de tâches colorées ou lumineuses dans le même hémichamp.

De nombreuses autres manifestations visuelles sont possibles, unilatérales : phosphènes, scotome sur un œil ou complexes : vision kaléidoscopique, troubles de la perception visuelle (notamment métamorphopsies (déformation de la forme des objets et des individus)), voire hallucinations visuelles élaborées.

## Autres auras

Les auras sensibles sont aussi fréquentes. Il s'agit de paresthésies non douloureuses touchant typiquement les premiers doigts de la main et le pourtour des lèvres du même côté (chéiro-orales).

Elles s'étendent progressivement au coude, puis à l'hémiface, plus rarement à l'ensemble de l'hémicorps selon une « marche » caractéristique.

Les troubles du langage sont plus rares : manque du mot, dysarthrie, parfois aphasie totale.

Les auras motrices sont très rares et surviennent dans le cadre de la migraine hémiplegique familiale ou sporadique. Ces auras associent des troubles moteurs de sévérité variable, uni ou bilatéraux, à des troubles sensitifs et/ou des troubles du langage. L'imagerie cérébrale est nécessaire pour ne pas méconnaître une lésion responsable du déficit.

Dans la migraine dite basilaire, l'aura évoque une atteinte du tronc cérébral et des régions postérieures du cerveau : troubles visuels, diplopie, ataxie, troubles de la vigilance, voire coma. Il s'agit d'une forme rare de migraine qui impose des explorations complémentaires en urgence pour éliminer d'autres étiologies.

### Autres arguments à apprécier :

- les antécédents : début avant 40 ans dans la plupart des cas, parfois durant l'enfance,
- les antécédents familiaux de migraine,
- les circonstances de déclenchement des crises,
- l'intrication d'une maladie migraineuse avec une autre cause de céphalées. La prévalence élevée de la migraine rend cette situation courante et elle doit conduire à d'autres explorations en cas de résistance aux traitements.

## IV.4.2. Les autres étiologies

### Association céphalées de tension et migraine

L'association de céphalées de tension (psychogènes) à la migraine est particulièrement fréquente. Elle doit être suspectée en cas de :

- persistance de céphalées de fond (à prédominance postérieure) entre des accès migraineux par ailleurs bien identifiés,

- personnalité anxieuse associée,
- tension musculaire douloureuse des muscles de la nuque.

## **Association migraine et prise abusive de médicaments**

Une autre association est l'ajout de céphalées induites par la prise abusive de médicaments. La surconsommation de médicaments (spécifiques ou non de la migraine) induit une accoutumance avec majoration des céphalées poussant à l'augmentation des doses. Cette escalade thérapeutique peut mener à des céphalées chroniques quotidiennes.

## **Facteurs favorisants et déclenchants d'une crise de migraine**

Certains sont identifiés par le patient avant qu'il ne consulte :

- contrariété, situation de stress ou, à l'inverse, situation de détente brutale (« migraine de weekend »), vacances,
- facteurs hormonaux : règles (migraine cataméniale), contraception orale,
- facteurs alimentaires : chocolat, alcool (vin blanc),
- facteurs sensoriels : lumière clignotante, décor rayé d'une pièce, bruits, odeurs.

D'autres facteurs sont moins connus du grand public : les conditions de vie (sommeil trop prolongé, hypoglycémie de la mi-journée (saut d'un repas)), les facteurs climatiques (chaleur ou froid, vent violent).

Il est nécessaire de sensibiliser les patients à la possibilité de tels facteurs, pour le rendre attentif lors des crises suivantes. La suppression de ces facteurs permet une diminution drastique voire une suppression des crises.

## **Le diagnostic différentiel**

### Migraine sans aura

Les autres types de céphalées primaires évoluant par crises (par exemple : les algies vasculaires de la face, les névralgies du trijumeau) ont des caractéristiques cliniques très différentes.

Une affection organique peut parfois provoquer des céphalées évoluant par crises, mais sans les autres critères de la migraine.

Exceptionnellement, une tumeur du 3<sup>ème</sup> ventricule peut provoquer des céphalées paroxystiques associées à des nausées, des vomissements et des troubles de la conscience.

### Migraine avec aura

La migraine avec aura pose un problème de diagnostic différentiel essentiellement lorsque la céphalée est absente.

Les deux principaux diagnostics différentiels sont l'accident ischémique transitoire caractérisé par une installation plus soudaine des symptômes. Le déficit est d'emblée maximal et les symptômes positifs sont absents. La crise d'épilepsie partielle quant à elle se distingue par une durée des symptômes plus courte qu'au cours de l'aura migraineuse.

Au moindre doute, il est indispensable de réaliser des examens complémentaires (IRM, EEG).

### **Les examens complémentaires**

Il est inutile de réaliser une imagerie cérébrale pour porter le diagnostic de migraine si la sémiologie est typique. L'imagerie cérébrale est normale chez un migraineux en dehors d'anomalies non spécifiques de la substance blanche (IRM), plus fréquemment observées que dans la population générale. La sclérose en plaque, le vieillissement et les maladies infectieuses peuvent conduire à des anomalies de la substance blanche

#### **IV.4.3. Les traitements**

Les traitements reposent sur trois grands principes généraux, la suppression des facteurs déclenchants les crises. L'instauration d'un traitement médicamenteux de la crise et/ou un traitement de fond à visée prophylactique adapté à chaque patient.

La mise en place d'un traitement de fond dépend de la fréquence des crises (rarement prescrit à moins de deux crises par mois) et de la demande du patient (retentissement social et professionnel d'une crise).

La différence entre le traitement de la crise et le traitement de fond doit être comprise par le patient, afin d'éviter le risque d'inefficacité en cas de prise à la demande du traitement de fond. Le risque de surdosage ou d'accoutumance en cas de prise en continu du traitement de crise ne doit pas non plus être sous-estimé.

Certains patients, une fois rassurés sur l'origine migraineuse de leurs céphalées, ne désirent pas prendre le risque d'effets indésirables dus aux traitements de fond.

Lors de la prise en charge des patients, il faut identifier les patients à risques :

- céphalée brutale inhabituelle,
- céphalée systématiquement du même côté, à chaque accès : suspicion d'une malformation artérioveineuse intracrânienne,
- trouble neurologique focal chez un patient migraineux sans antécédent de migraine avec aura : suspicion d'un accident ischémique transitoire ou de crise épileptique partielle,
- toute céphalée inhabituelle en intensité ou en qualité chez un migraineux connu : cette situation doit faire évoquer une autre cause de céphalée surajoutée.

Il est nécessaire que les professionnels de santé apportent les explications nécessaires aux patients :

- identifier les facteurs favorisants et déclenchants,
- rassurer (pas de nécessité d'examen inutiles),
- expliquer (affection bénigne ne signifie pas absence de gêne au quotidien),
- apprécier l'impact socio-professionnel de la maladie et l'état psychologique global,
- recommander l'arrêt du tabac et, chez la jeune femme, le recours à une pilule faiblement dosée en œstrogènes ou progestatif pur,
- proposer une stratégie thérapeutique,
- noter le plus précisément possible les tentatives thérapeutiques précédentes (durée des traitements, posologies, améliorations/effets indésirables),
- décider le traitement de crise approprié,
- évaluer la nécessité d'un traitement de fond,
- prendre à nouveau le temps de l'explication des traitements.

## Traitement médicamenteux de la crise

La prise ne doit se faire qu'au moment des crises, le plus précocement possible.

Le traitement est efficace sur la céphalée et ses signes d'accompagnement, pas sur l'aura migraineuse.

L'association à un antiémétique permet de diminuer les nausées.

En cas de nausées ou de vomissements précoces, une autre voie doit être proposée (nasale, rectale ou injectable).

Il faut veiller à ne pas dépasser les doses prescrites, sous peine de voir apparaître des signes de toxicité dus aux traitements ou à une accoutumance.

La prescription ne dispense pas le patient d'une mise au repos dans le calme, parfois dans l'obscurité.

Deux types de médicaments sont utilisés : les antalgiques non spécifiques de la crise migraineuse, c'est-à-dire les antalgiques de palier I (Paracétamol), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les antalgiques de palier II (les opioïdes en association).

Les médicaments spécifiques de la crise migraineuse correspondent à la classe thérapeutique des triptans.

## Antalgiques et anti-inflammatoires

L'aspirine, éventuellement associée à du métopropramide (Migpriv®), et les AINS (naproxène, ibuprofène) sont les traitements habituels en cas de crise modérée.

Le paracétamol est une alternative, mais elle est souvent moins efficace et peut favoriser les mésusages médicamenteux ou encore provoquer des migraines induites.

## Médicaments spécifiques de la crise migraineuse

Ce sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT<sub>1/1D</sub>

- Dérivés de l'ergot de seigle

Le risque d'ergotisme en cas de surdosage (vasoconstriction sévère entraînant une ischémie voire une nécrose) limite l'utilisation de ces traitements. Le seul représentant de cette classe encore commercialisé est le Diergospray®.

- Triptans

Ils exercent un effet agoniste spécifique et puissant sur les récepteurs sérotoninergiques 5-HT<sub>1</sub>, avec une action vasculaire (vasoconstriction) et probablement neurogène.

Le sumatriptan (Imigrane®) a été le premier commercialisé. Les triptans sont devenus le traitement de première intention pour la majorité des patients souffrant de crises sévères.

Plusieurs spécialités sont désormais disponibles (Naramig®, Zomig®, Relpax®, Almogran®, Tigreat®...). Ces triptans possèdent une meilleure biodisponibilité que le sumatriptan.

Comme pour les autres médicaments, la précocité de la prise est recommandée mais, il n'existe aucune efficacité durant l'aura migraineuse.

La reprise du médicament pour le même accès, en cas d'échec, est sans effet. En revanche, en cas de récurrences des symptômes après une rémission transitoire, la prise peut être renouvelée.

## Cas particuliers

### Migraine avec aura

AINS et antalgiques peuvent être pris dès le début de l'aura migraineuse. En revanche, le triptan ne doit être utilisé que lorsque la céphalée a débuté car il sera inefficace avant la survenue de la céphalée.

### Migraine cataméniale

Elle est caractérisée par la survenue de crises exclusivement lors des règles, chez des patientes ayant un cycle hormonal régulier. Le traitement repose sur l'application d'estradiol par voie cutanée (Estrodose®) pendant 8 jours, à débiter la veille des règles.

Il est recommandé de prescrire un AINS et un triptan sur la même ordonnance en indiquant au patient de commencer par l'AINS ou par l'antalgique et d'utiliser le triptan en secours s'il n'est pas soulagé au bout de 2 heures.

## Traitement médicamenteux de fond

Son but est de diminuer la fréquence et la durée des crises.

Il ne sera mis en place qu'en cas de crises fréquentes (> 2 à 3 par mois), sévères, longues et répondant mal au traitement de crise.

De très nombreux traitements de fond ont été proposés pour la migraine, avec une efficacité plus ou moins prouvée. Aucune molécule n'a montré de supériorité, d'efficacité par rapport à une autre. Il convient d'adapter les traitements en fonction de la réponse du patient et des contre-indications de chacun.

Afin d'instaurer de manière efficiente, un traitement de fond, il incombe aux prescripteurs de respecter certaines règles :

- débuter par les médicaments de fond majeurs,
- choisir d'abord les médicaments qui n'ont pas encore été essayés, en tenant compte des contre-indications ou des pathologies associées (par exemple, intérêt des bêtabloquants chez les sujets anxieux ou hypertendu),
- prescrire un traitement l'un après l'autre,
- augmenter progressivement les doses en fonction de la réponse du patient,
- s'accorder au moins deux mois de traitement à doses efficaces pour conclure sur le bénéfice ou l'échec de la thérapeutique,
- demander au patient de tenir un agenda précis des crises pour juger objectivement de la modification de fréquence ou de durée des crises.

Les médicaments majeurs sont ceux pour lesquels une efficacité a été démontrée (réduction de la fréquence des crises d'au moins 50 %) par au moins deux essais thérapeutiques méthodologiquement corrects. Certains traitements n'ont pas tous reçus l'AMM, en France, dans cette indication.

Il est actuellement recommandé d'utiliser, en première intention, l'une des quatre molécules suivantes : propranolol, métoprolol, oxétorone, amitriptyline.



	Posologie journalière	Contre-indications	Effets indésirables
<p>Bêtabloquants :</p> <p>Propranolol 40 mg (Avlocardyl®)</p> <p>Métoprolol 100 mg, LP 200 mg (Lopressor®, Seloken®)</p> <p>Timolol 10 mg (Timacor®)</p> <p>Aténolol 50 mg, 100 mg (Ténormine®)</p> <p>Nadolol 10 mg (Corgard®)</p>	10 à 240 mg	<p>BPCO</p> <p>Asthme</p> <p>BAV II - III</p> <p>Bradycardie sévère</p> <p>Syndrome de Raynaud</p> <p>Insuffisance cardiaque non contrôlée</p>	<p>Fréquents : Asthénie, mauvaise tolérance à l'effort</p> <p>Rares : insomnie, cauchemars, impuissance dépression</p>
<p>Pizotifène 0,50 mg Sanmigran®)</p>	1,5 mg en une prise le soir	<p>Glaucome</p> <p>Adénome prostatique</p>	<p>Somnolence,</p> <p>Prise de poids</p> <p>Nausées</p>
<p>Oxétorone 60 mg (Nocertone®)</p>	60 à 120 mg en une prise le soir		<p>Fréquents : sommolence, prise de poids</p> <p>Rares : diarrhées</p>
<p>Flunarizine 10 mg (Sibélium®)</p>	5 à 10 mg Une prise le soir Pas plus de 6 mois consécutifs	<p>Dépression</p> <p>Maladie de Parkinson</p>	<p>Fréquents : sommolence, prise de poids</p> <p>Rare : Dépression, syndrome extrapyramidal</p>

Amitriptyline 25, 50 mg (Laroxyl®, Elavil®)	25 à 50 mg le soir	Glaucome Adénome prostatique Infarctus du myocarde récent Association aux IMAO non sélectifs	Sécheresse de la bouche Somnolence Prise de poids Hypotension orthostatique
Topiramate 15, 25, 50, 100, 200 mg (Eptomax®)	100 mg en deux prises	Allergie aux sulfamides Femme enceinte	Fréquents : paresthésies, ataxie, troubles de l'élocution, irritabilité, agressivité, dépression, perte de poids  Rare : calculs rénaux, myopie aiguë, syndrome psychotique
Valproate de sodium 500 mg (Depakine chrono®)	500 à 1000 mg	Hépatopathies Femme enceinte	Nausées Prise de poids Tremblement Somnolence Hépatite aiguë
Gabapentine 100, 600 mg (Neurontin®)	1200 à 2400 mg		Infections, labilité émotionnelle, nausées, vomissements, somnolence, ataxie, vertiges

Tableau 15 : Traitements de fond de la migraine

## **L'état de mal migraineux**

Il est défini par une crise (ou plusieurs successives sans rémission) persistant au-delà de 72 heures et responsable d'un retentissement important sur l'état général.

L'état de mal migraineux est souvent favorisé par un abus médicamenteux et/ou un syndrome anxiodépressif sous-jacent.

## **Traitement**

En l'absence de contre-indication (pas de dérivés ergotés depuis 24 heures au moins), l'injection de sumatriptan en sous-cutané est possible.

En cas d'échec, il faut préconiser une hospitalisation pour réhydratation, la perfusion d'antidépresseurs tricycliques associés ou non à un antiémétique et un sevrage rapide en médicaments pris de manière abusive.

## Conclusion

---

En se voulant à la fois comme une étape nécessaire à l'obtention de mon diplôme, mais aussi comme un véritable plaidoyer pour la profession qu'est la mienne, ce travail représente beaucoup tant au niveau de mes convictions personnelles que professionnelles.

L'automédication étant à ses prémices, il me semble important de dessiner l'avenir de l'accessibilité aux soins pour l'ensemble des patients.

L'automédication est la première étape d'un nouvel ensemble à façonner, conférant de nouvelles missions au pharmacien en le plaçant au centre du parcours de soins. Récemment, un amendement daté du 9 novembre 2018 en faveur de la « prescription pharmaceutique », appelée aussi « consultation pharmaceutique » a été déposé dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale.

Cet amendement prévoit de permettre une délivrance, par le pharmacien, de traitements habituellement délivrés uniquement sur ordonnance pour des pathologies définies.

En effet, il est nécessaire d'augmenter la part de médicaments sans ordonnance afin de permettre une nouvelle prise en charge plus adaptée aux besoins de notre société : lutte contre les déserts médicaux, prise en charge rapide et efficace, économies du système de santé...

Tout en gardant à l'esprit la sécurité des patients, le rôle central du pharmacien en tant que professionnel de santé est la prise en charge des patients et la réorientation vers des services d'urgence ou vers le médecin généraliste en cas de symptômes évocateurs ou dépassant cinq jours malgré la prise d'un traitement adapté. En effet, la « consultation pharmaceutique » ne donnant pas lieu à un examen clinique, elle ne doit en aucun cas retarder la prise en charge de pathologies sous-jacentes dès lors que le pharmacien constate des symptômes évocateurs d'une affection nécessitant un examen approfondi.

L'automédication peut être une source importante d'économies (50) pour notre système de santé en permettant une prise en charge précoce des symptômes, permettant de désaturer les services d'urgence ainsi que les cabinets médicaux pour recentrer les médecins sur des pathologies plus complexes nécessitant une prise en charge globale.

Il est actuellement question de rallonger la durée des études de pharmacie. Cette réforme doit s'accompagner d'un élargissement des missions confiées au pharmacien : vaccination, entretien pharmaceutique (anticoagulants, asthme), bilan de médication...

De nombreuses autres missions sont à mettre en œuvre : dépistages notamment concernant le diabète ou les maladies cutanées ; dépistage du streptocoque en cas de suspicion d'une angine, initiation de contraception après un entretien pharmaceutique, suivi post-chimiothérapie, développement de la télémédecine...

Un grand nombre d'actions de prévention pourraient être menées par le pharmacien, avec une possibilité d'évolution vers des suivis du sevrage tabagique, alcoolique ainsi que le suivi et l'accompagnement en matière de diététique dans de nombreuses pathologies (diabète, oncologie).

Une généralisation de la vaccination réalisée dans les officines étendue aux vaccinations obligatoires en vigueur afin d'améliorer la couverture vaccinale française devrait aussi être menée afin d'élargir le panel des missions confiées aux pharmaciens.

Il est impératif que des protocoles de prise en charge de pathologies soient enseignés, tant en formation initiale, qu'en formation continue afin que le pharmacien d'officine agisse comme un premier filtre, en prenant en charge les pathologies bénignes, redirigeant les patients ayant des pathologies le nécessitant vers les médecins généralistes ou vers les services d'urgence dans les cas les plus graves.

Le pharmacien d'officine doit être la première étape de ce nouveau parcours de soins, afin de gagner en efficacité dans la prise en charge des patients. Facilitée par le développement du dossier médical partagé, la délivrance des traitements pourra être sécurisée grâce à la connaissance des pathologies, des contre-indications, des allergies et de l'historique médicamenteux.

La mutation de notre métier est en marche. A nous désormais de continuer les transformations instaurées par le changement de paradigme nécessaire de notre société.

## Références bibliographiques

---

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Qu'est-ce qu'un médicament ? [Internet]. social-sante.gouv.fr. 2016. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-bon-usage-des-medicaments/article/qu-est-ce-qu-un-medicament>
2. Agence Nationale de la Sécurité du Médicament. Médicaments en accès direct [Internet]. ANSM. 2016. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0)
3. SALVADOR, Michel et CHAMONTIN, Bernard. Automédication [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2010\\_2011/172/Automedication%20polycopie%20M%20Salvador%20B%20Chamontin.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2010_2011/172/Automedication%20polycopie%20M%20Salvador%20B%20Chamontin.pdf)
4. UPMC et AFIPA. Baromètre sur le libre accès. 2013.
5. AFIPA. 14 ème baromètre des produits du selfcare [Internet]. Memoire Online. 2015. Disponible sur: <http://www.memoireonline.com/06/09/2104/Lautomedication--Peut-on-parler-de-succes.html>
6. L'automédication T. Jeanne - 2008.
7. De Kervenoal M. - Les déterminants de l'automédication - Vendée 2012.
8. AFIPA. 3ème observatoire européen sur le libre accès 2014. Juin 2015.
9. Mazière Mélanie. France : l'automédication décolle enfin. [Internet]. Pharmaceutiques. 2007. Disponible sur: [http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art\\_1046.html](http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1046.html)
10. IRDES. Les déremboursements des médicaments de 2002 à 2012 : Eléments d'évaluation.
11. Vadjoux Thibaud. Santé : les mutuelles remboursent aussi sans ordonnance [Internet]. News Assurances. 2016. Disponible sur: <https://news-assurances.com/actualites/assurance-sante/mutuelle-se-faire-rembourser-medicaments-ordonnance/016783235>
12. L'assurance maladie. La franchise médicale [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthoptistes/vous-former-et-vous-informer/la-franchise-medicale.php>
13. UPMC - Les déterminants dans l'achat de médicaments d'automédication - 2012.

14. HAL - Les motivations cachées des consommations de marques d'enseigne : et si on parlait d'autres choses que du rapport qualité-prix ? [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00649521/document>
15. Afipa - Derre J-F. - L'automédication un rôle possible de régulation de l'offre de soins - Octobre 2012.
16. Gonzalez A-S. - Le délistage des médicaments : une voie d'accès à l'automédication - Nantes 2012.
17. AFIPA. 3ème observatoire sur l'automédication. 2015.
18. Pontin J, Robert J - Etat des lieux de l'automédication - Grenoble 2016.
19. Systèmes bismarckien et beveridgien : quelles caractéristiques ? [Internet]. vie-publique.fr. 2016. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-queelles-caracteristiques.html>
20. Nezosi Gilles. Comment la France se situe-t-elle entre le modèle bismarckien et le modèle beveridgien ? [Internet]. vie-publique.fr. 2016. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html>
21. Debarge O. La distribution au détail du médicament au sein de l'Union Européenne : un croisement entre santé et commerce. Rev Int Droit Économique. 2011;t.XXV(2):193-238.
22. Seguridad Social. Sécurité Sociale des travailleurs en Espagne [Internet]. Seguridad Social. Disponible sur: [http://www.seg-social.es/Internet\\_7/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/Contenido/30489\\_7#30489\\_7](http://www.seg-social.es/Internet_7/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/Contenido/30489_7#30489_7)
23. CLEISS. La sécurité sociale des salariés en Espagne [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_espagne\\_salaries.html#pf](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_espagne_salaries.html#pf)
24. Travailler en Allemagne. Assurance santé en Allemagne [Internet]. Travailler en Allemagne. 2011. Disponible sur: <http://www.travailler-en-allemande.com/assurances/assurance-sante-allemande.html>
25. AFIPA - 17ème baromètre 2018 des produits du selfcare.
26. AFIPA. 14ème baromètre du selfcare. Décembre 2015.
27. LEEM. Qui fixe les prix des médicaments en France ? [Internet]. LEEM - Les entreprises du médicament. 2011. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/ceps>



28. AFIPA. Automédication, la France toujours à contre courant de la politique Européenne. 2018 [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/afipa-documents/afipa/LmwHdSMXseaKdjfC.pdf>
29. Pharmaceutique. Automédication : lever les freins [Internet]. 2011. Disponible sur: [http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art\\_1412.html](http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1412.html)
30. Celtipharm - 13ème Baromètre AFIPA 2014 Selfcare [Internet]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.afipa.org/fichiers/20150218121520\\_200115\\_\\_DP\\_\\_Barometre\\_Afipa\\_marche\\_du\\_selfcare\\_2014.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/20150218121520_200115__DP__Barometre_Afipa_marche_du_selfcare_2014.pdf)
31. BENSOUSSAN L. KB Médecine - Ophtalmologie. KB-3ème édition.
32. BENAROUS A. KB Médecine - Ophtalmologie. 2014.
33. CORNUT P-L. L'ECN en FICHES - Ophtalmologie. Ellipses;
34. COUF. Collège des ophtalmologistes universitaires de France - Ophtalmologie. 2ème Edition.
35. PARC-CASSEGRAIN C. Ophtalmologie. Ellipses;
36. COURBIERE - CARCOPINO. KB - Gynécologie obstétrique. 2016.
37. Collège français des urologues. Urologie - Collège français des urologues. 3ème Edition.
38. ROUPRET M. KB - Urologie. 2017.
39. Collège National des gynécologues obstétriciens français. Gynécologie Obstétrique. (2016).
40. VIDAL - Dysménorrhées - Prise en charge [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/recommandations/1713/dysmenorrees/prise\\_en\\_charge/](https://www.vidal.fr/recommandations/1713/dysmenorrees/prise_en_charge/)
41. PowerPoint Presentation - tdrangine.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Stage%20D2/travexterernes/tdrangine.pdf>
42. Labtest - Test de diagnostic rapide des angines.
43. TDR Angine - Ameli [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5150/document/tdr-angine\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5150/document/tdr-angine_assurance-maladie.pdf)
44. CMIT. Maladies Infectieuses et Tropicales. E.Pilly. 2016.
45. ICI.Radio-Canada.ca ZS-. Montérégie : des pharmaciens traiteront des personnes à risque pour la maladie de Lyme [Internet]. Radio-Canada.ca. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1113438/pharmaciens-antibiotique-maladie-lyme-monteregie>



46. Assurance maladie du Québec. Echange de mails [Internet]. 2018 [cité 2 sept 2018]. Disponible sur:  
<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZiZmYAZC1kYTlyAC1iYjYxLTAwAi0wMAoARgAAA%2B6EHSnkJFtCnelJVcUU6K0HAMLASuZxQAdMrYJ3CMF0FZwAAAIBDAAAAMLASuZxQAdMrYJ3CMF0FZwAApGRADJrAAAA>
47. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Prophylaxie postexposition - Maladie de Lyme - Professionnels de la santé - MSSS [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/maladie-lyme/prophylaxie-postexposition>
48. Agence de la santé publique du Canada. Pour les professionnels de la santé : maladie de Lyme [Internet]. aem. 2015. Disponible sur:  
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-lyme/pour-professionnels-sante-maladie-lyme.html>
49. Collège des Enseignants de Neurologie. Neurologie. 3ème Edition.
50. Celtipharm. Mesure d'un possible développement de l'automédication en France et économies pour la collectivité. 2013 sept p. 43.

## Serment De Galien

---

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

## L'automédication et le rôle du pharmacien dans les pathologies bénignes

---

La France est en proie à de nombreux changements structuraux, notamment au niveau de sa politique de santé.

Le système de soin déficitaire, le déremboursement de nombreux médicaments, la désertification médicale, la saturation des services d'urgences ont restreint l'accessibilité aux soins pour de nombreux patients.

L'automédication apparaît comme une alternative prometteuse. L'automédication est un acte émanant du patient lui-même afin de prendre en charge les symptômes d'une pathologie qu'il perçoit selon ses propres connaissances sans l'intervention d'un professionnel de santé. La « consultation pharmaceutique » ou « conseil pharmaceutique renforcé » permettrait la dispensation de médicaments, actuellement uniquement disponibles sur prescription médicale, par le pharmacien pour des pathologies définies.

Les pathologies étudiées requièrent un diagnostic uniquement clinique, sans examen complémentaire avant l'initiation d'un traitement.

Un protocole médical de délivrance ainsi qu'un partage des données, facilité par le développement du dossier médical partagé (DMP), avec le médecin traitant permettrait de mettre en place un traitement de première intention sans consultation médicale. La « consultation pharmaceutique » ne donnant lieu à aucun examen clinique, la prise en charge par un médecin ne doit pas être retardée lorsque les symptômes ne sont pas soulagés après cinq jours de traitement adapté ou si les signes évocateurs d'une pathologie sous-jacente sont décelés par le pharmacien. Le pharmacien doit devenir la première étape de ce nouveau parcours de soins à construire, en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé.

---

Mots-clés : automédication, médicaments délivrés sans ordonnance, conseils pharmaceutiques, délistages,

### Auto-Medication : Pharmacist' role in benign diseases

---

In France many changes are coming especially in Public Health Policy.

With the health care system in deficit, many delisted drugs, the undergoing medical desertification, the overcrowding of the emergency services, access to medical care became limited for a growing part of the population.

Auto-medication seems to be a very interesting alternative solution. The patient makes his own diagnosis based on his symptoms and his « medical knowledge » without health staff intervention. The « pharmaceutical consultation » or the « pharmacist' reinforced advice » would allow the pharmacist to deliver some drugs, actually under prescription, for a limited list of pathologies.

The pathologies studied here need only a clinical diagnosis before treatment.

A medical procedure for drugs delivery join to a data sharing (electronic medical record or personal medical record) with the referring physician will allow to start a first line treatment without medical consultation. Anyway, if in the five days following the initiation of treatment no symptoms' improvements are found, a medical consultation will be necessary, also if an underlying pathology is detected by the pharmacist. In fact, the pharmacist must become the first step in this new care pathway in very close collaboration with healthcare professionals.

---

Keywords : auto-medication, drugs without prescription, delisted drugs, pharmacists' advices

