

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 080

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DES de Médecine Générale

Par

Tanguy BABEAU
Né le 23/07/1985 à Mayenne

Présentée et soutenue publiquement le
26 Juin 2014

**CONDUITES D'AUTOMEDICATION DES MEDICAMENTS
PSYCHOTROPES DANS LA POPULATION GENERALE
FRANCAISE : INTRODUCTION A PARTIR D'UNE REVUE
DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE FRANCAISE**

Président : Monsieur le Professeur POTEL

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur BRUTUS

Monsieur le Docteur CANEVET

Membres du jury : Monsieur le Professeur VENISSE

Monsieur le Professeur GORONFLOT

REMERCIEMENTS

Professeur Potel, Merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

Professeur Venisse, Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Professeur Goronflot, Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Docteur Brutus, Merci beaucoup de m'avoir accompagné tout au long de ce projet, merci pour votre disponibilité.

Docteur Canevet, Merci de m'avoir proposé ce sujet.

Merci à mes parents pour cette vie que vous m'avez offerte et d'avoir fait de moi ce que je suis.

Merci à mes frères et sœurs, mes beaux-frères et belles-sœurs et neveux et nièces, pour cette belle famille que nous formons.

Merci à ma belle-famille pour votre accueil.

Merci à tous mes amis, ceux qui m'ont vu grandir (Jean, Benoit et Sébastien), ceux qui m'ont accompagnés vers l'internat (Emilien, Laurent, Stan, François, et tous les autres) et ceux qui m'ont vu essayer de devenir médecin (Gauthier, Thibaut et les autres).

Et bien sûr **Merci Sophie** pour tout le bonheur que tu m'apportes, et l'Amour que tu m'offres.

Liste des sigles et abréviations employés

- AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
- CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
- EIM : Effet Indésirable Médicamenteux
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OTC : Over-The-Counter
- PMF : Prescription Médicale Facultative
- RSI : Régime Social des Indépendants
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SMR : Service Médical Rendu
- TDAH : Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	6
2. MATERIEL ET METHODE.....	20
2.1. Sources	
2.2. Méthodes	
2.2.1. Recherche sur Pubmed	
2.2.2. Recherche sur EBSCO	
2.2.3. Recherches dans les autres bases de données, sur le Sudoc et sur Google scholar	
2.3. Sélection des articles	
2.4. Supervision des recherches	
2.5. Quelques définitions	
3. RESULTATS.....	25
3.1. Analyse des études (24 articles)	
3.1.1. Population étudiée	
3.1.2. Localisation des études	
3.1.3. Recueil des données	
3.2. Analyse des articles	
3.2.1. Population générale	
3.2.1.1. Les chiffres de la consommation réelle	
3.2.1.2. Le monde du travail	
3.2.1.3. Le mésusage	
3.2.1.4. L'observance	
3.2.1.5. Les déterminants de l'automédication des médicaments psychotropes	
3.2.1.5.1. Les motivations	
3.2.1.5.2. Le médecin généraliste a-t-il une responsabilité ou un rôle dans l'automédication de ses patients ?	
3.2.1.5.3. L'approvisionnement	
3.2.1.6. Les risques de l'automédication	
3.2.2. Adolescents et étudiants	
3.2.2.1. Les chiffres de la consommation	
3.2.2.2. L'approvisionnement en médicaments psychotropes	
3.2.2.3. Les déterminants de la consommation de médicaments psychotropes	
4. DISCUSSION.....	46
4.1. La consommation réelle des médicaments psychotropes	
4.2. Le mésusage	
4.3. L'observance	
4.4. Les déterminants de l'automédication des médicaments psychotropes	
4.4.1. Les motivations	
4.4.2. L'approvisionnement	
4.4.3. Le médecin généraliste	
4.5. Les limites des études	

5. CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	65

1. INTRODUCTION

L'utilisation non médicale des médicaments constitue un phénomène social en évolution qui reste encore mal cerné et qui englobe une multitude de pratiques allant du détournement à l'automédication, en passant par l'abus et le dopage. Certains termes sont assez explicites :

- Le détournement : utilisation en dehors de sa norme d'usage (Methylphenidate plus connue sous le nom de Ritaline® chez des jeunes ne souffrant pas de troubles de l'attention avec hyperactivité (TDAH), dans un but d'améliorer leurs performances scolaires).
- L'abus : utilisation volontaire en quantités excessives avec des finalités multiples (évasion voire défonce, tentatives de suicide).
- Le dopage : utilisation à des fins de performances physiques ou intellectuelles (utilisations de psychotropes pour résister aux pressions générées par les circonstances sociales) (1).

L'automédication est une notion plus complexe à définir, de nombreuses définitions sont présentes dans la littérature. Certains définissent l'automédication comme une « prise de médicament sans prescription » (Molina 1998) (2), ou une « réponse d'un individu à un symptôme jugé banal et ne justifiant pas la consultation d'un médecin » (Dupuy et Karsenty 1974) (3). D'autres la décrivent comme « le comportement par lequel un individu recourt de sa propre initiative à un médicament » (Buclin 2001) (4). En 2008, D. Raynaud définit l'automédication comme le recours d'un patient à au moins un médicament de prescription médicale facultative, dispensé dans une pharmacie, et non effectivement prescrit par un médecin, et exclut donc le recours à des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, prescrits antérieurement par un médecin, et consommés de la propre initiative des patients (5). Les manuels français destinés aux médecins généralistes (Pouchain 1996) considèrent que l'automédication désigne des « situations dans lesquelles le médecin est absent d'au moins l'une des trois séquences : diagnostic, prescription ou surveillance du traitement » ce qui englobe la non-observance dans l'automédication (6). Cette dernière définition se place du point de vue du médecin, or l'automédication est avant tout une action d'autonomie de la part du patient. Nous préférons donc définir l'automédication

comme le fait S. Fainzang, c'est-à-dire « l'acte qui consiste à consommer, de sa propre initiative, un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession, ou qu'on se le procure à cet effet dans une officine ou auprès d'une autre personne". Elle ajoute que l'automédication est un acte social et culturellement conditionné et donc un choix influencé par ses origines et par son entourage (7) (8).

L'automédication semble assez peu développée en France par rapport aux autres pays européens (5). La France était au deuxième rang mondial et premier européen pour la consommation de médicaments en 2008 (500€/an/habitant)(9). Le rapport 2012 de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé rapporte qu'un français consomme en moyenne 48 boîtes de médicaments par an. Les médicaments à prescription obligatoire représentent 81% du chiffre d'affaires et 53% du volume, et les non remboursables 9% du chiffre d'affaires et 15% du volume. Le reste étant représenté par les médicaments à prescription médicale facultative (PMF), remboursés si prescrits (10). Mais en 2012, plus de cinq PMF (remboursable si prescrit) sur 6 étaient acquis sur prescription et donc remboursés (11). Ainsi malgré une consommation très importante de médicaments, les français semblent n'avoir que très peu recours à l'automédication.

Dans l'histoire, nous pouvons noter au travers des études de l'INSEE sur la santé des ménages réalisées en 1960, 70, 80 et 91 en collaboration avec le Credoc (Credes en 1991) une autoconsommation de médicaments en chute libre à partir des années 1960. En effet, alors qu'en 1960 la moitié des acquisitions de médicaments se faisait sans ordonnance, ce type de consommation est tombé à 10% en 1991. Le « consommateur malade » a adopté l'habitude d'avoir recours facilement au médecin et d'obtenir une ordonnance, condition nécessaire pour que le médicament remboursable soit remboursé. En effet au cours de cette période, le recours au médecin a été facilité par l'augmentation de la densité médicale et par la généralisation de l'assurance maladie à l'ensemble de la population. Le nombre de consultations de médecins par personne et par an est passé de 3,7 en 1970 à 6,5 en 1991 (12).

Ensuite, l'automédication s'est stabilisée au cours des années 2000. Selon une enquête de l'Insee en 2002-03 sur des ménages représentatifs, 53% des individus ont eu recours à un achat de médicament avec ordonnance contre seulement 20% sans ordonnance et seulement 57% d'entre eux l'ont fait sans avoir été conseillé par un professionnel de santé comme le médecin ou le pharmacien. En volume, cela correspond à 0.4 boîte en automédication contre 3 boîtes en pharmacie prescrite. Les personnes qui ont le plus recours à l'automédication sont des actifs, en bonne santé, diplômés du supérieur et sont aussi ceux qui le plus souvent ne bénéficient d'aucun conseil spécialisé. Inversement, les ménages aux revenus modestes et les patients bénéficiant de la CMU ont moins recours à l'automédication, et les achats d'automédication concernant les femmes, les personnes de moins de 5 ans ou de plus de 50 ans, ou ceux possédant une santé fragile, se font essentiellement sur les conseils d'un professionnel de santé(5). Cette enquête, comme toutes les enquêtes officielles basées sur les données de ventes et de production, sous-estime certainement la part de l'automédication puisqu'elle ne prend pas en compte la consommation de médicaments déjà prescrits et présents dans l'armoire à pharmacie familiale qui est généralement bien remplie chez les ménages français. Dans une étude de 2011 de H. Bordenave, la pharmacie familiale contenait, en moyenne, 12.1 noms de spécialités différents et 19.8 conditionnements dont 5.6 étaient périmés (9). Ainsi, une enquête Afipa-Sofres en 2001 rapportait que 80% des adultes déclaraient avoir pris des médicaments sans recours à une consultation médicale, et 70% déclaraient utiliser des médicaments antérieurement prescrits par le médecin et conservés dans la pharmacie familiale. Un autre sondage Opinion Way réalisé en 2000 rapportait que 79% des personnes interrogées se « soignaient par elles-mêmes » occasionnellement ou fréquemment. Ce même sondage réalisé 10 ans plus tard décrit un léger accroissement de la pratique de l'automédication avec 85% des personnes interrogées qui disent se soigner par elles-mêmes (13). Le constat est identique lorsqu'on s'intéresse aux données officielles de vente de médicaments. Ainsi, les résultats annuels de l'AFIPA montrent un taux d'automédication stable (médicaments acquis sans ordonnance par rapport aux médicaments acquis avec une ordonnance) entre 2002 et 2008 que ce soit en termes de chiffre d'affaires (aux alentours de 6%) ou en termes de volume de médicaments (environ 13%). A partir de 2008, nous observons une croissance continue du marché de l'automédication, initialement faible avec des taux qui passent entre 2007 et 2010 de 6% à 6.5% pour le chiffre d'affaires et de 13% à

14,2% pour le volume de médicaments vendus. Depuis 2011, cette croissance semble s'accélérer avec en 2012, la part de marché de l'automédication en chiffre d'affaires qui atteint 7.6% et 15.9% du volume. Cette constatation s'inscrit dans une tendance inverse pour les médicaments sur prescription et le chiffre d'affaires des officines qui subissent une baisse continue depuis 2009(14).

Cet accroissement de l'automédication depuis 2008 s'explique par plusieurs mesures :

- Les vagues de déremboursement ou diminution des remboursements de nombreux médicaments depuis 1999. En 2001, l'HAS produit une liste de 835 spécialités jugées à service médical rendu (SMR) insuffisant. Plusieurs vagues de déremboursements suivront (2003, 2006, 2010).
- Le décret du 30 juin 2008 autorise les pharmaciens à disposer devant leur comptoir certains médicaments accessibles sans ordonnance, qui sont alors en « libre-service ». C'est-à-dire que le client peut choisir un médicament présent dans les rayons de la pharmacie et se rendre directement à la caisse où il reçoit éventuellement les conseils du pharmacien qui pourra, si besoin, lui préconiser un traitement plus adapté. Le principal objectif affiché de cette mesure consiste à responsabiliser les patients dans leur prise en charge thérapeutique. Les prix des médicaments sont également visés puisque les médicaments concernés par ce texte sont vendus à des prix libres permettant ainsi de faire jouer la concurrence et donc d'obtenir des produits moins chers. Un autre objectif moins officiel peut être avancé. Les patients consultent peut être moins leur médecin pour des maux jugés bénins et connus ; ils passent donc directement par la case pharmacie où ils achètent un médicament en accès libre et donc non remboursé. L'AFIPA, dans son étude de 2013 sur les enjeux économiques de l'automédication, estime à 45 Millions, le nombre de consultations évitées chez le médecin généraliste grâce à l'automédication. De plus, moins de consultations chez le médecin généraliste, signifie moins de médicaments remboursés et donc des économies pour la sécurité sociale (15).

En Europe, sur 21 pays étudiés, la France est au 17^e rang en ce qui concerne les dépenses d'automédication. Les études annuelles de l'AFIPA comparent la France à 7 autres pays

européens (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède). Ainsi en 2012, avec seulement 15.9% du volume des médicaments vendus en automédication, la France reste en dessous de la moyenne de ces 8 pays (23.3%). C'est le même constat pour les dépenses d'automédication par personne (34.5€ pour la France contre une moyenne à 39€ pour les huit pays). Cette différence n'est pas liée aux prix des médicaments puisqu'ils sont plus faibles en France par rapport aux autres pays étudiés. Malgré tout, la croissance est un peu plus forte en France (3.2% en 2012 contre 2.1% en moyenne pour les huit pays européens). Pour Pascal Brossard, président de l'AFIPA, « avec le problème de la démographie médicale, les perspectives de l'automédication sont encourageantes et le marché français devrait s'aligner progressivement à la moyenne européenne ». Mais il rajoute que « Pour atteindre cet objectif, il faudra garantir une offre adaptée et suffisante de médicaments d'automédication, avec notamment une politique plus volontariste, une meilleure information des patients et un renforcement de la formation des professionnels de santé » (14).

Même si l'automédication tend à s'accroître dans notre société de plus en plus médicalisée, où le patient a de plus en plus accès à un savoir médical, il existe de nombreux freins à son développement :

- L'organisation du système de soins en France, avec le paiement à l'acte et le remboursement de certains médicaments à PMF s'ils sont prescrits. Deux dispositifs qui peuvent favoriser les contacts médecin-patients. On peut se demander par exemple si ces mesures encouragent le médecin à informer les patients sur les conduites à tenir en cas de nouvel épisode identique et ainsi éviter une consultation.
- Ensuite, C. Rambaud présidente du collectif interassociatif sur la santé nous dit lors du débat public organisé dans le cadre de la remise des prix prescrire 2013 et intitulé « automédication : quelle autonomie pour les patients ? », que nous sommes en France dans un processus de surmédicalisation acquis dès l'enfance puisque « Le moindre bobo est traité avec des médicaments ou des remèdes, alors que parfois une attitude de compréhension, un conseil ou un bonbon suffiraient ». Il faut donc « débanaliser le médicament pour être autonome et responsable, ce qui implique

une information sur les risques de façon éclairée et positive, sans faire peur ». De même la France est au deuxième rang européen en ce qui concerne le nombre de consultations se terminant par la rédaction d'une ordonnance avec 74% des consultations chez le médecin généraliste qui donnent lieu à une ordonnance (80% en Belgique) (16).

- Le conseil pharmaceutique n'est pas tout le temps possible. En effet, dans la majorité des pharmacies, il n'y a qu'un seul pharmacien diplômé d'état, et il est bien difficile pour lui de conseiller tous ses clients. De nombreuses ventes de médicaments en « libre-service » ne sont pas supervisées par un pharmacien. De plus, même si certaines pharmacies développent des espaces de confidentialité, le conseil pharmaceutique ne peut avoir lieu pour certains problèmes nécessitant l'intimité d'un cabinet médical.
- La situation économique difficile du pays qui a fait perdre du pouvoir d'achat aux ménages a un impact négatif sur les ventes de médicaments non remboursés. Nous comprenons d'autant plus ce mécanisme qu'il a été montré qu'un médicament subissant un déremboursement voit son prix augmenter.
- La confusion concernant l'efficacité d'un produit lorsqu'il est déremboursé. En effet, le déremboursement a lieu lorsque le service médical rendu est jugé insuffisant et cela nuit à l'image du médicament car il est perçu comme une remise en cause de son efficacité par les consommateurs.

L'automédication est un domaine complexe qui fait appel au principe d'autonomie. L'autonomie est définie étymologiquement par la capacité à se gouverner par ses propres lois (du grec autos : soi-même et nomos : loi). Dans le registre philosophique, l'autonomie est la capacité de penser, de décider et d'agir sur la base de cette pensée et de cette décision. Par extension dans le domaine de la santé, l'autonomie signifie la capacité d'un patient à gérer sa santé par ses propres moyens.

Les actes d'autonomie supposent l'existence d'une capacité à comprendre, à entreprendre et à refuser.

M. Jouan de Kervenael dans son travail de thèse de 2012 sur « les déterminants de l'automédication » s'interroge sur cette autonomie du patient dans l'automédication, et nous indique qu'un patient est autonome par connaissance de la maladie qu'il a acquis, soit par expérimentation, soit par observation ou encore par information (de la part des pharmaciens, des médecins, des médias, de la famille ou des amis) (17). Des résultats identiques sont cités dans la thèse de F-X. Clément, qui s'interroge sur la construction du savoir profane des jeunes parents citadins en matière d'automédication de leurs enfants (moins de 6 ans). Dans ce travail, les parents s'inspirent de sources d'informations diverses comme les médias (avec une information passive à la télévision, la radio, dans les journaux, ou active sur internet ou dans des ouvrages spécifiques), les professionnels de santé (surtout les médecins, puis les pharmaciens et dans une moindre mesure certains paramédicaux de la petite enfance), ou encore des tiers confrontés aux mêmes problèmes (soit des personnes connues, soit via des forums). Les parents sont également beaucoup influencés par leurs croyances, leurs conceptions de la maladie et du fonctionnement du corps et des médicaments, par leurs propres expériences d'adulte mais aussi d'enfant. Dans ce dernier cas de figure, la mère des parents est une référence importante et qui rassure (18).

L'information des patients est une donnée essentielle puisqu'avec son expérience, elle va lui permettre de réaliser une automédication choisie plus judicieuse. S. Fainzang nous dit que l'autonomie du patient s'obtient « en lui donnant les informations et les connaissances pertinentes et justes, de source fiable, en l'accompagnant par le conseil, le tout avec un discours cohérent d'évitement de risques et de surconsommation » (19).

De nos jours, une grande partie de l'information médicale passe par Internet. Mais les patients deviennent de plus en plus méfiants par rapport à cet outil, devant la masse beaucoup trop importante de données parmi laquelle il est difficile de trouver une information fiable. Ainsi dans les 2 sondages d'Opinion Way en 2000 et 2010, nous voyons apparaître un regard plus critique des patients envers internet, puisque la proportion des personnes qui considèrent internet comme un outil d'information complémentaire nécessaire sur la santé est en baisse (32% en 2000 était tout à fait d'accord, contre 16% en 2010) (13). Un autre média utilisé est la publicité qui est autorisée depuis peu pour les médicaments d'automédication. En revanche, elle reste interdite pour les médicaments à prescription obligatoire et ceux faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

C'est l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) qui délivre un visa, qui autorise la publicité auprès du grand public. La publicité présentée doit répondre à plusieurs critères (respecter les dispositions de l'autorisation de mise sur le marché et les stratégies thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de santé, présenter le médicament de façon objective, favoriser son bon usage, et ne pas être trompeuse, ni porter atteinte à la protection de la santé publique) (20). Mais cette publicité manque d'objectivité puisqu'elle est réalisée par les firmes pharmaceutiques. Ainsi, sur les 1164 demandes de visa adressées en 2008, seulement 20% furent autorisées en l'état (21).

M. Jouan de Kervenoael nous montre que les professionnels de santé restent la principale source d'information des patients, très loin devant les médias, les mères et les amis (17).

Les patients pourront également s'informer via la nouvelle base de données sur les médicaments accessibles au grand public qui vient de faire son apparition sur le site du ministère de la santé. C. Rambaud, présidente du collectif interassociatif sur la santé s'est exprimée contre cette initiative car « les informations fournies n'ont pas la même qualité que celles de la base Claude Bernard, et surtout parce que cette base donne trop d'accès au grand public sans accompagnement à des informations sur les médicaments ». Cela pourrait conduire à court-circuiter les médecins et à acheter certains médicaments sur des sites internet illicites.

Nous pouvons nous interroger sur l'autonomie réelle des patients dans ce processus d'automédication. En effet, l'OMS en 2000 nous dit que « L'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées » et l'AFIPA rajoute « avec le conseil du pharmacien ». Cette définition va dans le sens de tous les textes officiels et déconseille donc le recours à la pharmacie familiale et pousse à l'acquisition de nouveaux produits. Du côté des médecins, certains condamnent les conduites d'automédication mettant en avant l'incompétence des usagers, alors que d'autres au contraire, encouragent l'autonomie du patient pour qu'il soit acteur de sa santé. L'automédication est encadrée et promue par les pouvoirs publics pour des raisons économiques. Dans ce contexte, le patient reçoit-il une information adaptée qui le porte

dans son processus d'automédication ? Ou subit-il les conflits d'intérêts des différentes parties ? S. Fainzang dans son ouvrage « l'automédication ou les mirages de l'autonomie » nous explique que les limites à cette autonomie dans le champ de l'automédication sont instaurées à la fois par les opposants à l'automédication qui considèrent les patients comme incompétents, et à la fois par les défenseurs qui diabolisent l'armoire à pharmacie familiale et jugent alors les patients inaptes, inéducables et donc non autonomes et irresponsables. Pour l'auteure, les recommandations liées à l'automédication équivalent plutôt à des consignes d'observance, puisque les patients doivent suivre les conseils du médecin ou du pharmacien. La seule différence semble résider dans la prise en charge financière du médicament. Elle conclue en disant que « bien que les préconisations de l'automédication soient assorties d'un discours sur l'individu adulte et compétent, on a l'impression que le traitement social de l'autonomie vise à faire des individus des consommateurs assumant leurs dépenses de santé mais sans les reconnaître aptes à choisir. En dépit de toutes ces déclarations officielles sur l'automédication, le bon comportement de l'utilisateur ne serait-il pas de ne pas être trop autonome ? » (19) (8).

De même, dans certains cas, nous pouvons parler d'automédication par défaut lorsque l'individu n'a pas les ressources nécessaires pour consulter un médecin, ou bien lorsque les médecins ne sont pas à proximité ou non disponibles.

Le manque d'information peut être dangereux et conduire à des situations dramatiques lors de mécanismes d'automédication. Aux Etats-Unis, l'institut of medicine estimait que les EIM étaient la 4^e cause de mortalité dans le pays. En 1997 en France, Bernard Kouchner, alors ministre de la santé, estimait à 18 000 le nombre de décès annuels en France par EIM. La morbidité est également importante avec une estimation à 128 000 hospitalisations annuelles sur le territoire français motivées par un EIM (et 1 146 000 journées d'hospitalisation) (22). P. Queneau a étudié la iatrogénie médicamenteuse comme motif de recours aux urgences dans 7 services d'accueil des urgences (SAU) de centres hospitaliers français pendant 2 semaines en 2003. A la relecture des dossiers des 1 826 patients admis dans ces 7 SAU pendant ces deux semaines, 1 663 patients avaient pris au moins un médicament au cours de la semaine précédente, et parmi eux, 370 (22.2%) avaient consulté

en raison d'un effet indésirable médicamenteux (EIM) (107 possibles, et 263 probables, vraisemblables ou très vraisemblables). Dans 123 cas sur 263, l'EIM fut considérée comme évitable en raison d'un mauvais usage imputable au médecin (chez 58 patients) ou au patient (65 cas dont 32 mauvaises observances, 23 arrêts inappropriés des traitements et 10 cas d'automédication). Ainsi, les EIM en lien avec des cas d'automédication représentaient près de 4% des EIM probables, vraisemblables ou très vraisemblables, mais le taux grimpe à 25% lorsqu'on incluait les cas d'inobservance. Les EIM mettant en cause le patient ont pu être induits par une mauvaise compréhension par le malade des objectifs thérapeutiques du fait d'une éducation thérapeutique insuffisante (23).

Une étude de N. Asseray en 2013 vient nuancer ces conclusions. Il s'agit d'une étude conduite dans 11 départements d'urgences de Centres hospitaliers universitaires français et visant à déterminer la fréquence et la sévérité des EIM liés à des comportements d'automédication. Sur les 3 027 dossiers de patients étudiés, 84,4% décrivaient des comportements d'automédication. 296 (9.78%) patients se sont présentés aux urgences pour des EIM dont 52 (1.72%) en lien avec un comportement d'automédication concernant des médicaments prescrits (19 patients), non prescrits (17 patients), l'arrêt d'un traitement (14 patients) ou l'interaction entre des médicaments prescrits et non prescrits (2 patients). Sur l'ensemble des patients utilisant des médicaments non prescrits, seul 1% ont développé des EIM. Les auteurs rajoutent que les EIM étaient moins sévères lorsqu'elles étaient en lien avec une automédication (24).

Dans ces deux études, les médicaments les plus incriminés dans les EIM liés à l'automédication étaient les psychotropes (23)(18).

Haxiaire et Fainzang observent que l'automédication est plus souvent pratiquée pour les psychotropes que pour d'autres classes pharmaceutiques car n'étant pas des médicaments comme les autres, ils ne renvoient pas à un contexte médical mais à un quotidien qui pose problème (26)(7).

Les psychotropes sont définis dans le Garnier-Delamare comme des substances qui agissent sur l'activité cérébrale. Elles peuvent être classées en trois catégories :

- Les psycholeptiques, qui dépriment l'activité mentale, avec les hypnotiques qui provoquent le sommeil, les neuroleptiques qui calment l'agitation et l'hyperactivité neuromusculaire et les tranquillisants qui calment l'anxiété.
- Les psychoanaleptiques qui excitent l'activité mentale, et parmi lesquels nous retrouvons les noo-analeptiques qui stimulent la vigilance (amphétamines), et les thymoanaleptique qui stimulent l'humeur (antidépresseurs).
- Les psychodysleptiques qui provoquent des troubles mentaux soit hallucinogènes (hallucinations), soit psychédéliques (hallucinations et exacerbation des sensations), soit onirogènes (rêves) (27).

Nous étudierons dans ce travail simplement les médicaments psychotropes, ce qui exclut toutes les substances telles que la caféine, les vitamines, ...

L'utilisation des médicaments psychotropes en France est estimée comme étant l'une des plus élevée d'Europe. D'après le rapport 2012 de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Les psychotropes sont les médicaments les plus vendus après les analgésiques (165 Millions de boites contre 705 millions) et avant les antibiotiques (136 millions). Dans les 30 substances actives les plus vendues se trouvent 3 psychotropes (le zolpidem à la 13^e position, l'aprazolam 17^e et le zopiclone 20^e). Dans les médicaments à PMF, le Donormyl[®], antihistaminique indiqué dans les troubles mineurs du sommeil, est l'un des médicaments les plus vendus sur le marché de l'automédication, il se situe en 2012 à la 6^e place en terme de volume sur le marché de l'automédication et à la 3^e place pour les médicaments non remboursables (10). Sur les données de ventes, de remboursements, et de production, nous sommes en Europe à la 4^e place pour les benzodiazépines et les anxiolytiques, après la Belgique, le Portugal et l'Espagne avec 57 DDJ/1000habitants/jour (dose définie journalière pour mille habitants et par jour), à la 2^e place pour les hypnotiques derrière la Belgique avec 44 DDJ/1000hab/jour. En revanche la France est très en retrait pour les psychostimulant (taux d'utilisation du methylphenidate est 40 fois inférieur à celui de l'Islande) (28). Mais, encore une fois, ces chiffres ne permettent

pas d'apprécier le niveau réel de consommation, puisqu'ils ne prennent pas en compte l'automédication, ou dans une moindre mesure les médicaments obtenus sur internet, les marchés parallèles....

3 études (une américaine, une française et une scandinave) montrent que la consommation de psychotropes était plus importante chez les femmes, lors des âges plus avancés de la vie et en réponse à des évènements difficiles de la vie (29)(30)(31). L'étude française va plus loin en disant que la consommation est également plus importante chez les hommes et les femmes présentant un état de santé précaire ou des antécédents de dépression, chez les femmes divorcées et chez les hommes veufs (29).

Les psychotropes « agissent comme un véritable cosmétique de l'âme, ils mettent du baume là où est la douleur, replâtrant les failles et maquillent les manquements » (32). La tristesse et le deuil n'ont plus leur place dans notre société, ils accèdent au rang de maladie (32). Les psychotropes sont devenus une solution médicalisée à une demande de soutien du patient(33).

Une utilisation possible des psychotropes est le « neuroenhancement » (prise de psychostimulants par des sujets sains en dehors d'une quelconque indication médicale établie et en dehors d'un contexte festif, afin d'obtenir une augmentation et une amélioration de leur fonctionnement cognitif et cérébral) (34) qui est une pratique de plus en plus banalisée dans la population générale. Même si plusieurs traductions de « neuroenhancement » existent, le comité consultatif national d'éthique a choisi la « neuro-amélioration » (35). En France nous utilisons des psychostimulants, aux Etats-Unis, ils les appellent des smart drugs. Nous pouvons observer qu'entre 1980 et 2001, le chiffre d'affaires des antidépresseurs a été multiplié par 7 (alors que les ventes globales des médicaments étaient multipliées par 2.7), le Pr E. Zarifian apporte une explication en rappelant que les antidépresseurs ont une activité stimulante et une action psycho-comportementale vécue agréablement par les gens bien portants (36). De nombreux ouvrages sur les psychostimulants ont été édités pour guider chacun vers l'utilisation de substances adaptées pouvant les aider dans des situations délicates de la vie. Certains ouvrages donnent pour chaque nouvelle molécule abordée, des éléments de littérature

scientifique, avec également des chapitres de vulgarisation de la biochimie du cerveau, l'objectif étant offrir au patient des connaissances simplifiées du fonctionnement du cerveau et de tisser des liens entre ce fonctionnement et l'action de certaines substances. Les titres universitaires des intervenants (professeur) sont mis en avant pour témoigner du sérieux scientifique (37). Des pages de témoignages sont également insérées dans ces ouvrages, ainsi, nous découvrons ces mots dans « 300 médicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement » (38): « ...nous guérir si nous sommes malades, tel est le rôle des médecines prédictives et curatives. Mais un individu en bonne santé peut désirer ou avoir besoin parfois d'en faire plus, de se dépasser, d'aller plus loin dans ses possibilités physiques et intellectuelles. Il va devoir faire marcher la machine à plein régime, voire en surrégime pour une durée qu'il faut souhaiter la plus brève possible. Les conditions de la vie moderne, la concurrence et la compétition effrénée des candidats pour obtenir un diplôme, un poste, un succès, une reconnaissance professionnelle ou des gratifications affectives rendent souvent indispensable le recours à des produits tonifiants et stimulants » ou encore « Il ne s'agit pas d'un ouvrage de médecine s'adressant à des personnes malades, mais bien d'un outil d'information destiné à toutes celles et tous ceux qui ressentent légitimement le désir d'améliorer leurs performances physiques, intellectuelles, de combattre la fatigue et les stress inhérents à la vie moderne, prendre des médicaments pour résister, pour s'affirmer, pour vaincre dans la compétition vitale, est devenu un besoin ressenti par le plus grand nombre ».

On ne peut pas occulter le domaine de la psychostimulation, puisqu'il fait intervenir des substances psychotropes, mais dans notre travail, nous n'aborderons pas ce domaine en particulier puisqu'il fait intervenir d'innombrables substances mais très peu de réels médicaments accessibles sur prescription et donc le médecin généraliste n'intervient que très peu dans ce processus.

L'automédication se développe en France et les psychotropes n'échappent sans doute pas à la règle. Les médecins en sont conscients et tentent de prendre en compte ces données. Dans la Thèse de S. Thay, 68% des consultations réalisées pour une affection aiguë donnaient lieu à une discussion sur l'automédication, et dans les deux tiers des cas c'est le patient qui en parlait spontanément (39). Dans ce travail de thèse nous observons que l'automédication ne semble plus être un sujet tabou, en tout cas en ce qui concerne les pathologies aiguës touchant plutôt la sphère digestive, ORL et respiratoire et l'appareil locomoteur. Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit des médicaments psychotropes qui ne renvoient pas forcément à un problème médical? L'automédication est-elle toujours assumée, ou se pratique-t-elle à l'abri des regards? Les enjeux sont importants puisque ces substances ne sont pas dénuées d'effets indésirables.

L'objectif de notre travail de thèse a été de rechercher, dans la littérature médicale et celle des sciences humaines et sociales, les données permettant d'évaluer la pratique de l'automédication des médicaments psychotropes dans la population générale française et d'apporter des éléments de réponse à plusieurs questions :

-est-ce une pratique courante ?

-qui s'automédique ?

-quels sont les déterminants de ce type de consommation ?

2. MATERIEL ET METHODE

Ce travail de thèse est une revue systématique de la littérature sur le thème de la pratique de l'automédication des médicaments psychotropes dans la population générale française.

2.1. Sources

Les données incluses dans cette revue de la littérature sont issues de 3 types de sources :

- Des bases de données structurées de littératures médicales et des sciences humaines et sociales, huit au total, avec de nombreuses redondances dans les résultats. Nous avons recherché dans la base de données Medline, via Pubmed, mais aussi dans Francis, Pascal et Psycinfo via l'EBSCO, et également dans Persée, Cairn, Erudit, et Refdoc sur leur site internet.

- La base de données Sudoc a été interrogée à la recherche de thèses réalisées sur le sujet.

- Une recherche moins structurée de la littérature grise ou non indexée a également été effectuée, notamment avec Google scholar, mais aussi sur les sites internet des revues médicales (exercer, prescrire, la revue du praticien, médecine). Certains articles non retrouvés dans les bases de données mais présents dans les bibliographies des articles étudiés ont également été recherchés.

2.2. Méthodes

2.2.1. Recherche sur Pubmed

La Recherche sur Pubmed a été réalisée après détermination des mots clés indexés dans le MeSH.

((("Psychotropic Drugs"[Mesh]) OR "Benzodiazepines"[Mesh]) OR "Hypnotics and Sedatives"[Mesh]) OR "Performance Enhancing"[Mesh]) AND ("Self Administration"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh])

2.2.2. Recherche sur EBSCO

Sur EBSCO, nous avons interrogé 3 bases de données : Francis, Pascal et Psycinfo après détermination des mots clés et en utilisant les fonctions AND, OR et KW (Keyword) : ((Self medication (KW)) AND (psychotropic drug (KW) OR insomnia (KW) OR anxiety (KW) OR performance enhancing (KW))) OR ((automédication (KW)) AND (psychotrope (KW) OR insomnie (KW) OR anxiété (KW) OR performance (KW))).

2.2.3. Recherches dans les autres bases de données, sur le Sudoc et sur Google scholar

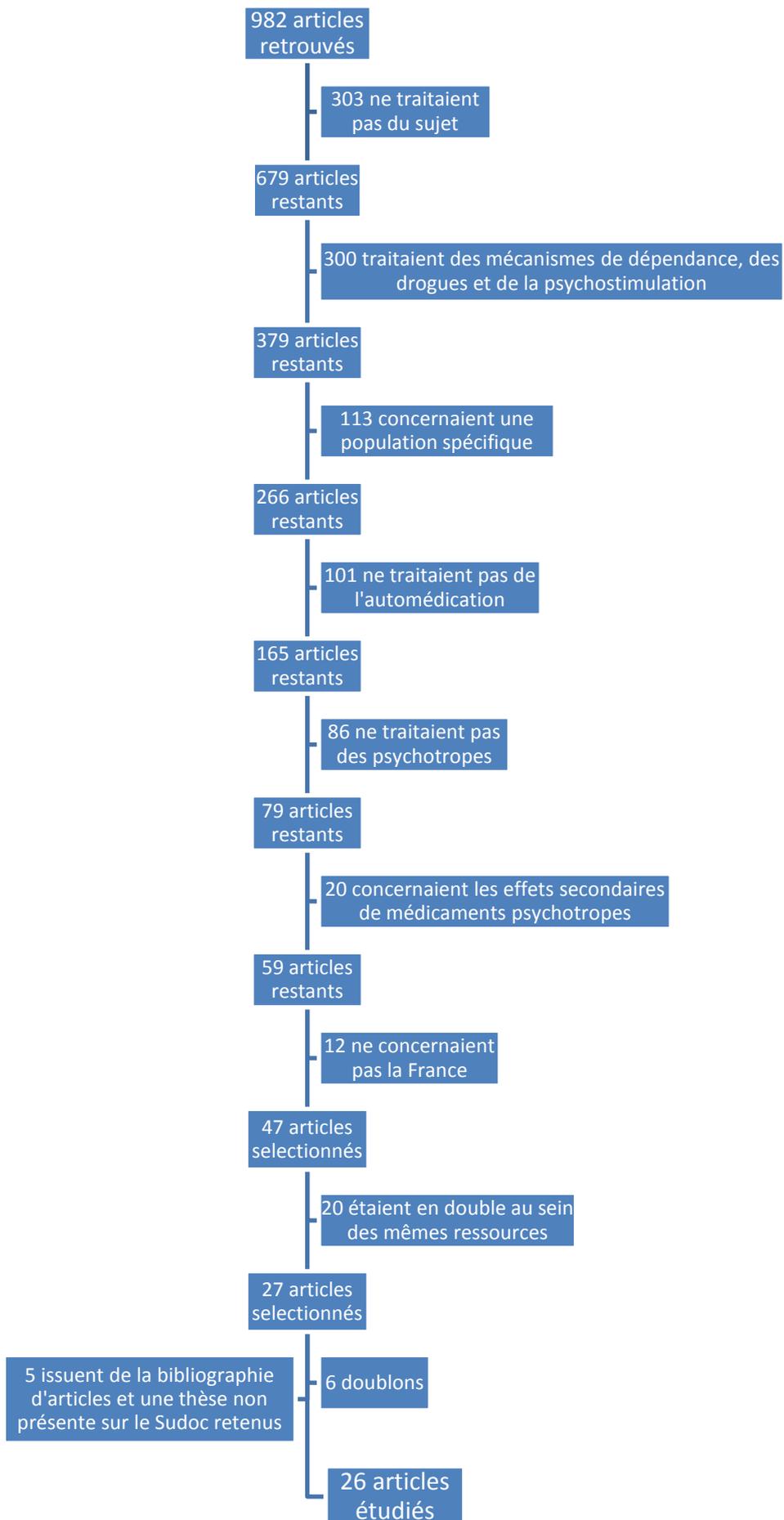
Dans les autres bases de données, moins performantes pour la recherche, nous avons combiné plusieurs mots clés (tels que psychotrope, médicament du système nerveux, somnifère, anxiété, stress, insomnie, hypnotique, benzodiazépine) avec le terme automédication. Cette technique a pour inconvénient de retrouver de nombreuses fois le même article.

2.3. Sélection des articles

En multipliant les mots clés et les recherches pour être le plus exhaustif possible, nous avons augmenté le « bruit » dans nos résultats, avec également de très nombreux articles en double (même au sein d'une même base de données).

Ainsi, sur près de 1 000 articles retrouvés, seulement 48 ont été sélectionnés. En effet, 303 articles ne traitaient pas du tout du sujet, 300 avaient pour thème la consommation de drogue et les mécanismes de dépendance et la psychostimulation, 113 concernaient des populations spécifiques non représentatives de la population générale (surtout des populations de schizophrènes), 101 ne traitaient pas de l'automédication et 86 ne traitaient pas des psychotropes et 20 concernaient les effets secondaires de certains médicaments. Nous pouvons également ajouter que la majorité des articles ne concernait pas la population française (en particulier sur Pubmed). 12 articles traitant du sujet n'ont pas été inclus puisqu'ils n'évaluaient pas la pratique de l'automédication des médicaments psychotropes en France.

Au final, seulement 47 articles ont été sélectionnés parmi lesquels il y avait 20 doublons au sein des mêmes ressources, puis parmi les 27 restants, 6 étaient en double. 5 articles issus des bibliographies des articles sélectionnés ont été ajoutés et une thèse indiquée par mon directeur de thèse et non présente sur le Sudoc. Nous avons donc analysé 27 articles pour ce travail de thèse (cf. graphique ci-dessous). 9 articles étudiés provenaient de Pubmed, 4 ont été retrouvés sur Google Scholar et les autres étaient à peu près également répartis entre les autres ressources.



2.4. Supervision des recherches

Pour les bases de données médicales, les recherches ont été supervisées par la responsable du service formation de la bibliothèque universitaire de Santé de Nantes. Pour les bases de données plus littéraires et touchant à la psychologie, nous nous sommes adressés à la Bibliothèque universitaire de lettres de Nantes.

2.5. Quelques définitions

Dans les différents articles étudiés, deux types de consommations des médicaments psychotropes sont rapportés. Il y a tout d'abord les expérimentations vie entière qui correspondent à au moins une prise de médicament psychotrope au cours de la vie de l'individu, puis les consommations occasionnelles au cours de l'année écoulée, avec au moins une prise au cours des 12 derniers mois.

3. RESULTATS

3.1. Analyse des études (27 articles)

3.1.1. Population étudiée

14 articles concernent la population adulte en général, 2 les adultes de plus de 50 ans, 5 les travailleurs (en particulier hospitaliers) et 6 les adolescents ou les étudiants.

On peut ainsi voir que l'ensemble de la population est étudiée.

3.1.2. Localisation des études

Toutes les études ou les avis d'experts sont français.

3.1.3. Recueil des données

Pour 11 articles, les données sont recueillies grâce à un questionnaire anonyme (dont un est combiné avec l'analyse de dossiers médicaux), 7 lors d'entretiens (dont 3 téléphoniques) et un en étudiant des listes de discussions sur internet. 1 des articles est réalisé à partir de l'étude de dossiers médicaux, 2 autres sont des rapports officiels de l'INSERM et de L'OFDT et un article étudie les données officielles de prescriptions à travers les données de la sécurité sociale et compare ces résultats aux données de la littérature. Pour les 4 autres articles, il s'agit soit de revues de la littérature, soit d'avis d'expert.

Le questionnaire est donc la méthode de recueil de données la plus fréquemment employée.

Titre	Auteur	Année	Localisation	Population traitée	Recueil données	de Sources
quelques réflexions sur les pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical	Thoër	2008	Québec/France	Population générale	Avis d'expert/Revue de la littérature	Erudit
Composition des armoires à pharmacie familiales	Bordenave	2012	France	Population générale	Questionnaire	Pubmed, Thérapie
Iatrogénie comme motif de recours aux urgences	Queneau	2005	France	Population générale	Questionnaire + étude de dossiers	Google scholar
« Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes	Haxiaire	2002	France	Adultes	Entretien	Persée, Pascal
Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendance	INSERM	2012	France	Population générale	Rapport Inserm	Google scholar
Le dopage des cadres ou le dopage au quotidien	Hautefeuille	2008	France	Monde du travail	Avis d'expert	Cairn
Consommateurs continus et occasionnels, à propos de leurs attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance	Baumann	2001	France	Population générale	Questionnaire	Cairn
Consommation de produits en vue de performances par les étudiants de Toulouse	Lapaix	2006	France	Etudiants	Questionnaire	Sudoc
Drogues, chiffres clés	Pousset	2013	France	Population générale	Rapport OFDT	Google scholar
Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA	Gasquet	2005	France	Adultes	Entretien	Bibliographie
Les usages de substances psychoactives en population adulte. Premiers résultats du baromètre santé 2010	Beck, INPES	2011	France	Adultes	Entretien téléphonique	Bibliographie
Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Enquete ESPAD	Nézet	2009	France	Adolescents	Questionnaire	Bibliographie
Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. Enquete ESCAPAD	Spilka	2011	France	Adolescents	Questionnaire	Bibliographie
Conduites dopantes en milieu professionnel: étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine	Lapeyre-Mestre	2004	France	Monde du travail	Questionnaire	Pubmed, Thérapie

Étude transversale de la consommation de psychotropes hors prescription au sein du personnel d'un centre hospitalier psychiatrique de la région toulousaine	Lherminier-Mihara	2012	France	Monde du travail	Questionnaire	Sudoc
Prescription et consommation des médicaments hypnotiques et anxiolytiques dans les services de médecines des hôpitaux sud du CHU de Marseille	Villani	2013	France	Monde du travail	Analyse dossiers	Refdoc
Consommation de produits "aux fins de performance" par les médecins généralistes	Laure	2003	France	Monde du travail	Entretien téléphonique	Pubmed, Thérapie
Evaluation of abuse and dependence on drugs used for self-medication	Orriols	2009	France	Population générale	Questionnaire	Pubmed
Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes	Baumann	2002	France	Plus de 50 ans	Entretien téléphonique	Pubmed
Clinique d'une consommation de médicaments psychotropes : la part de l'inconscient	Dacouso-Lacaze	2008	France	Adultes	Entretien d'expert	Avis Google scholar
Prendre ses médicaments, prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques	Akrich	2002	France	Population générale	Etude de discussion internet	de sur Persée
Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé	Legrain	2003	France	Plus de 50 ans	Avis d'expert/Revue de la littérature	Google scholar
Trouble du sommeil et automédication : rôle du pharmacien d'officine	Salgues	2010	France	Population générale	Revue de la littérature	Sudoc
Psychotropic medication in the French child and adolescent population : prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data	Acquaviva	2009	France	Adolescents	Analyse des données officielles/Revus de la littérature	Pubmed, Psycinfo
Self-reported use of drugs for sleep or distress among French adolescents	Ledoux	1994	France	Adolescents	Questionnaire	Pubmed
OFTD, Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquete ESCAPAD 2008	OFTD	2009	France	Adolescents	Questionnaire	Bibliographie
Les pratiques d'automédication (spécificité des psychotropes): Analyse qualitative à partir d'entretiens sur les pharmacies familiales en pays messin	Bergot Le Floch	2012	France	Population générale	Entretiens	Directeur de thèse

3.2. Analyse des articles

3.2.1. Population générale

3.2.1.1. Les chiffres de la consommation réelle

L'utilisation des médicaments psychotropes en France est estimée comme étant l'une des plus élevée d'Europe, et en France, les psychotropes sont les médicaments les plus vendus après les analgésiques (40). Chez les personnes âgées, les psychotropes sont en deuxième position après les médicaments à visée cardiovasculaire (28). Mais tous les chiffres officiels, basés sur les données de ventes, ne permettent pas d'apprécier le niveau réel de consommation, puisqu'ils ne prennent pas en compte l'automédication, les médicaments obtenus sur les marchés parallèles, internet...

Plusieurs études quantitatives tentent de nous fournir des résultats plus justes en se basant sur les consommations déclarées de médicaments psychotropes.

L'étude déclarative EseMed, de 20 000 personnes en 2001 et 2003, en population générale dans 6 pays européens (France, Allemagne, Belgique, Italie, Pays-Bas, Espagne), sur la consommation de 4 groupes de substance (hypnotiques, benzodiazépines, antidépresseurs et anxiolytiques) retrouve des prévalences plus élevées en France que dans les autres pays étudiés, avec une moyenne de consommation déclarée au cours des 12 derniers mois de 18% pour les anxiolytiques et les hypnotiques (10% dans les autres pays), 6% pour les antidépresseurs (3.5% dans les autres pays) (41).

L'édition 2010 du baromètre de la santé en France retrouve une consommation déclarée de psychotropes chez les 18-75 ans au cours de l'année écoulée de 18% et 36% au cours de la vie. Il s'agit majoritairement de femmes (23% vs 13%), la prévalence augmente avec l'âge, jusqu'à atteindre un plateau vers 45-54 ans chez les hommes (18%), et vers 55-64 ans chez les femmes (30%). Les chiffres sont en augmentation par rapport à l'édition de 2005. Il existe peu de variations selon les catégories socio professionnelles. Il existe, en revanche, une différence nette entre 60 et 75 ans selon le statut marital puisque les personnes vivant seules ont une prévalence bien supérieure à 30% (42).

L'étude Espad menée chez les adolescents de 16 ans dans plusieurs pays européens retrouve une expérimentation vie entière de psychotropes hors prescription à 15% pour la France (Italie, Lituanie, Pologne, Monaco sont également au-dessus de 10%) alors que la moyenne européenne est à 6%. Parallèlement, la prévalence moyenne de consommation avec prescription est à 13% en France contre 8% en moyenne en Europe (43).

L'étude ESCAPAD menée chez les adolescents français de 17 ans au cours de la journée nationale d'appel à la défense, montre que 15% des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté au cours de leur vie les tranquillisants, 11% les somnifères, 5.6% les antidépresseurs et 1% les psychostimulants (44).

Le rapport 2012 de l'INSERM sur les médicaments psychotropes a conclu que d'après l'ensemble de ces études, le nombre d'expérimentations vie entière de psychotropes (usage médical ou non) en France était estimé à 16 millions (30% de la population de 11 à 75 ans), plaçant les psychotropes en 3^e position des drogues après l'alcool et le tabac. Les consommateurs occasionnels (au moins une fois dans l'année) seraient 11 millions, soit 3 fois plus que pour le cannabis (28) (40). Un français sur 10 (10.5%) a pris des anxiolytiques au cours de l'année, 6.3 % des somnifères et 6.2 % des antidépresseurs. La proportion d'utilisateurs de médicaments psychotropes au cours de l'année, chez les 18-75 ans, a augmenté de 15.1 % à 18.3 % entre 2005 et 2010. Cette hausse s'explique principalement par l'évolution des usages chez les femmes de 55 à 75 ans (40) (28).

Grace à ces chiffres, nous nous rendons un peu plus compte de l'ampleur de la consommation de médicaments psychotropes en France, mais malheureusement nous n'avons pas retrouvé d'étude permettant d'évaluer la part de l'automédication au sein de cet usage.

3.2.1.2. Le monde du travail

Chez le travailleur la consommation de psychotropes est un facteur associé à la survenue d'accidents du travail. Une étude menée en mai 2000 dans la région toulousaine chez 2106 travailleurs a montré que 18% des travailleurs décrivaient une consommation de psychotropes au cours du dernier mois pour se détendre et dormir après une journée difficile (45).

Au sein du monde du travail, le secteur hospitalier et médical est intéressant à évaluer, puisqu'il est confronté à plusieurs facteurs pouvant probablement influencer sur la consommation de médicaments psychotropes :

- La pratique d'horaires décalés et du travail de nuit
- L'accès aux médicaments psychotropes sur le lieu de travail
- La possibilité pour les médecins de s'autoprescrire leur traitement

Un travail de thèse intitulé « Etude transversale de la consommation de psychotropes hors prescription au sein du personnel d'un centre hospitalier psychiatrique de la région toulousaine » réalisé en 2012, à partir de questionnaires anonymes sur la consommation de psychotropes distribués à l'ensemble du personnel d'un hôpital psychiatrique à Toulouse, a montré que 15% du personnel consommait des médicaments psychotropes dans le cadre d'une prescription et 12% hors prescription. Les médicaments psychotropes les plus consommés étaient les hypnotiques et les anxiolytiques. De plus, 64% des consommateurs hors prescription d'anxiolytiques et 74% pour les hypnotiques n'avaient jamais eu de prescription. La consommation hors prescription étaient plus importante chez les femmes, les travailleurs de nuit, ceux qui consommaient déjà des médicaments psychotropes dans le cadre d'une prescription médicale ou qui consommaient des substances illicites (46).

Par ailleurs, une enquête au CHU de Marseille sur 279 dossiers correspondant à l'ensemble des patients admis dans 3 services de médecine au cours du mois de février 2000, a retrouvé une consommation de médicaments psychotropes chez 114 patients (40%). Ces résultats ont été comparés à la quantité de médicaments délivrés par la pharmacie sur cette même période. Pour le bromazepam, 401 comprimés avaient été délivrés par la pharmacie, pour 92

prescrits, pour le lorazepam, 80 comprimés avaient été délivrés pour 10,5 prescrits(47). Où étaient passés ces médicaments ? S'agissait-il d'une consommation de produits par le personnel hospitalier ? Ou alors de distributions aux patients sans prescription ?

Chez les médecins généralistes, une enquête de 2003 rapporte que 19% des médecins interrogés décrivent une consommation de produits pour faire face au stress professionnel (pour 11% il s'agit d'une consommation de benzodiazépines) (48).

Ainsi, la consommation de médicaments psychotropes au sein du personnel hospitalier ou médical pourrait être plus importante que dans la population générale et se fait en grande partie hors prescription.

3.2.1.3. Le mésusage

Le mésusage a été étudié pour quatre substances ayant des effets psychoactifs et accessibles sans ordonnance (codéine, dextrométhorphan (antitussif), pseudo éphédrine (décongestionnant), antihistaminique), lors d'une étude menée en France en 2007, au sein de 74 pharmacies de la région Midi-Pyrénées, qui consistait à analyser les réponses aux questionnaires distribués, à l'intérieur de ces pharmacies, aux patients qui achetaient un médicament contenant une de ces quatre substances. Les patients qui achetaient des antiacides ont également reçu des questionnaires pour former le groupe contrôle.

Le mésusage était défini par une utilisation du médicament à des doses trop importantes, ou sur des durées trop longues, ou lorsqu'il s'agissait d'un usage régulier (+ de 10 jours pendant le mois dernier), et l'utilisation non médicale était décelée si la consommation se faisait à d'autres fins que l'indication première du médicament.

817 questionnaires furent distribués, et 491 analysés. Les résultats montraient que la moitié des médicaments avaient été utilisés en automédication, seulement la moitié des patients avait prévenu leur médecin de leur automédication, 38% avait débuté leur consommation sur un conseil médical, 27% sur un conseil pharmaceutique, 21% en suivant un conseil familial et 5% en regardant une publicité. Le mésusage concernait principalement la codéine

(8 mésusages ou usage non médical sur 53 patients) et la pseudo éphédrine (5 sur 32), et venait ensuite le dextrométhorphan (2 sur 17). Seulement 1 cas de mésusage des antihistaminique sur 60 patients a été mis en évidence par cette étude, ce qui est comparable au groupe contrôle (1 mésusage repéré sur 78 patients consommant des antiacides).

Dans cette étude il est montré un mésusage ou usage non médical plus important pour trois des quatre substances psychoactives étudiées par rapport au groupe contrôle (49).

3.2.1.4. L'observance

Les actes d'autonomie supposent l'existence d'une capacité à comprendre, à entreprendre et à refuser, et s'associent à des pratiques de non observance thérapeutique.

Diverses études ont mis en évidence les facteurs qui interviennent sur l'observance thérapeutique :

- facteurs liés aux caractéristiques sociodémographiques (jeune âge, personnes âgées, barrière ethno-linguistique, niveau socioéconomique bas, isolement psychosocial, niveau d'instruction et facultés de compréhension faibles, croyances, anxiété, entourage défaillant, difficultés organisationnelles)
- facteurs liés aux caractéristiques de la maladie (vécu de la maladie, gravité, pronostic, durée, nature et intensité des symptômes, caractère urgent)
- facteurs liés aux caractéristiques du traitement prescrit (efficacité, forme galénique, effets secondaires, durée, nombre de prescriptions associées, coût pour le patient)
- facteurs liés à la relation médecin malade et à l'entourage
- facteurs liés aux différentes sources d'informations (médias, forum, réseaux)

L'observance pour les médicaments psychotropes est décrite comme médiocre dans la littérature (50).

2 études réalisées par M. Baumann en 2001 et 2002 portaient sur l'observance des médicaments psychotropes. Elles ont toutes deux recrutées des patients consommateurs de psychotropes, qui étaient inclus dans l'étude française SU.VI.MAX (SUplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-oXydants, étude lancée en 1994 et qui a duré 8 ans, avec 13 017 hommes et femmes de 35 à 60 ans).

La première réalisée grâce à un questionnaire (286 réponses sur 372 patients inclus) sur les attitudes à l'égard des psychotropes et de la dépendance, et sur le type de consommation (continue si non interrompue de 1994 à 1998 ou occasionnelle), a permis de classer les consommateurs en deux catégories :

53% avaient une trajectoire continue (TC) et étaient plus nombreux à être d'accord avec : « quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments », on aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments », « on est obligé de prendre ces médicaments », « ces médicaments rendent dépendant », « j'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments ».

Les consommateurs continus croient en l'efficacité médicale des psychotropes, notamment en cas de problème. Ils reconnaissent les effets positifs que ces médicaments ont sur leur vie et leur santé, mais relativisent les effets négatifs car ils ne peuvent pas s'en passer. Ils ont conscience des effets de la dépendance, mais se sentent obligés de les prendre bien que cela ne veuille pas dire être malade. La dépendance est acceptée et participe au quotidien à leur équilibre. La force de l'habitude est présente.

47% avaient une trajectoire occasionnelle (TO) et étaient plus nombreux à être d'accord avec : « dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments », « quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces », « la prise de ces médicaments signifie être malade », « ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables ».

Les consommateurs occasionnels croient également en l'efficacité des psychotropes tout en restant partagés sur les effets de la dépendance. Ils préconisent une forme de non-observance sous contrôle médical en utilisant l'alternance prise/non-prise en fonction de l'état psychologique du moment. L'appropriation des traitements leur donne l'impression de

participer à la prise en charge de leur santé. Aussi ne peuvent-ils concevoir qu'il y ait dépendance (33).

La deuxième étude a consisté en 46 entretiens téléphoniques semi-directifs chez des consommateurs de psychotropes de plus de 50 ans. Les thèmes abordés étaient la perception des médicaments psychotropes, les effets attendus de la thérapeutique, la régulation de la prise, les influences sur cette régulation, la dépendance, l'habitude, le regard porté sur cette consommation, les effets secondaires ressentis, la recherche d'information (hors avis médical), les pratiques alternatives, la relation avec le médecin et avec les autres. Là aussi, 2 groupes ont été constitués :

Les observants pour qui le psychotrope est un soutien face à un mal vivre et qui s'inscrit dans une habitude cachée des autres (ils n'en parlent pas). Ils respectent les doses ordonnées et ne s'aventurent pas à les modifier, la prise du médicament est régulière et conforme à la prescription, il n'y a pas de tentative d'autorégulation, les modifications sont à l'initiative du médecin. Ils ont une confiance totale dans le corps médical. Le psychotrope est une aide « dont on aimerait se passer ». Ils évoquent la dépendance, l'automatisme de la prise et la continuité de la prise en lien avec un état pathologique permanent. Ils n'arrivent pas à faire face, ils font avec.

Les non-observants pour qui le psychotrope est une béquille dont ils se méfient, conscients des méfaits, ils affirment une intention, une volonté de réguler cette médication en planifiant une baisse, voire un arrêt. Ils légitiment la prise par une obligation, un besoin, par une amélioration de la symptomatologie en minimisant les effets de la prise, les effets secondaires ressentis font baisser la dose du médicament avant l'avis du médecin. Le psychotrope apporte du confort, la prescription est stable et tend vers une diminution des doses. Ils mettent très vite en avant la dépendance. L'arrêt de la consommation est envisagée ou impossible. Ils coopèrent avec le praticien et sont impliqués dans une relation proche avec lui. Ils montrent une certaine familiarité avec le médicament et parlent ouvertement de leur consommation. Les phrases sont introduites par le « je », renforcé par « moi-même ». Ils recherchent des informations complémentaires et ont essayé ou envisagé une pratique alternative (50).

De même, M. Hautefeuille décrit plusieurs modes d'utilisation des médicaments psychotropes. Certains ont une consommation régulière, constante, à heures fixes, preuve de la maîtrise. D'autres ont une consommation plus désordonnée, cédant aux besoins immédiats ou la panique. Dans les deux cas, il existe une sous-estimation de la consommation(32).

3.2.1.5. Les déterminants de l'automédication des médicaments psychotropes

Plusieurs études qualitatives ou des avis d'experts permettent d'étudier ce domaine.

3.2.1.5.1. Les motivations

Dans son travail de thèse présenté en 2012 et intitulé « Les pratiques d'automédication (spécificité des psychotropes): Analyse qualitative à partir d'entretiens sur les pharmacies familiales en pays messin », A-L. Bergot Le Floch analyse 126 entretiens sur les pharmacies familiales menés en 2004 dans le pays messin par des étudiants en psychosociologie au domicile des personnes interrogées (51). Haxiaire analyse en 2002 dans « calmer les nerfs », un corpus d'entretiens sur les pharmacies familiales mentionnant des psychotropes auprès d'une population de Basse-Normandie, homogène sur le plan culturel et âgée de 40 à 75 ans. Ces entretiens furent réalisés par des sociologues formés pour ce type de travail (26). Plusieurs données peuvent être extraites de ces travaux.

Tout d'abord, A-L. Bergot décrit plusieurs domaines de médication dans l'esprit des personnes interrogées, différemment touchés par l'automédication. Il existe le domaine des maladies chroniques ou « sérieuses » nécessitant des médicaments « dangereux ». Le médecin doit donc être le prescripteur des traitements, l'automédication est quasi inexistante. Ensuite, viennent les « petites maladies » avec des symptômes jugés bénins et des médicaments considérés comme peu dangereux, voire pas vraiment des médicaments. L'automédication est là très présente et fait appel aux PMF. Les psychotropes font partie du troisième domaine, celui des problèmes de la vie, de l'état de stress ou de fatigue de la personne. On traite alors des symptômes gênants et invalidants qui prennent leurs origines dans un contexte de vie difficile qui appartient au domaine personnel et non médical.

L'automédication est donc autorisée, pas vraiment à visée thérapeutique puisque le patient n'est pas réellement malade, mais plutôt pour se sentir mieux (51).

L'automédication peut être appréhendée comme un gain de temps et d'argent puisqu'elle peut faire intervenir des produits délivrés lors d'un épisode antérieur de maladie ou fournis par un tiers, pour traiter des problèmes de santé jugés bénins, pour lesquels les patients ne souhaitent pas déranger le médecin (ni se déranger pour aller le consulter) (1). Cette vérité lorsque l'on parle d'automédication en général, n'est pas retrouvée par A-L. Bergot dans le domaine des médicaments psychotropes. De même, à la différence de certains médicaments d'automédication, il n'existe pas de banalisation de la prise des médicaments psychotropes, les patients craignant une dépendance ou une accoutumance à ces substances. En revanche plusieurs autres raisons rapportées par les consommateurs de médicaments psychotropes en automédication sont communes aux différents types d'automédication. L'objectif premier est de soulager rapidement un symptôme gênant, l'automédication peut être réalisée en prévention (sans symptôme ressenti) lorsqu'une situation à risque (stressante) se présente, et peut être encouragée par une expérience personnelle positive de la prise d'un médicament ou lorsqu'il s'agit d'une situation familière. Le manque de confiance dans le médecin qui apporte une réponse différente de celle attendue par le patient qui est lui-même soutenu par son entourage et/ou par son expérience personnelle vis-à-vis d'un médicament peut aussi conduire à des pratiques d'automédication. Deux autres raisons retrouvées uniquement dans le domaine des psychotropes sont évoquées par les personnes interrogées, il s'agit de l'habitude de la prise et une réponse à un mal être ou à une souffrance psychique (51).

L'automédication des médicaments psychotropes est surtout réalisée pour gérer des symptômes tels que l'angoisse, l'anxiété, le stress, l'agitation et la nervosité, ou encore pour des troubles du sommeil. A-L. Bergot remarque que les descriptions de ces symptômes sont très riches en comparaison aux autres symptômes pris en charge par l'automédication comme par exemple les troubles digestifs ou respiratoires. Les médicaments psychotropes principalement utilisés en automédication sont les hypnotiques et les anxiolytiques, puisqu'ils agissent sur le symptôme de manière rapide et avec un effet visible, ce qui est très important dans les pratiques d'automédication. Les symptômes de fatigue ne font pas intervenir des médicaments psychotropes et l'automédication pour une baisse du moral ou

une tristesse n'est que très peu pratiquée. Les consommateurs d'antidépresseurs réalisent plutôt des actes de non observance par crainte d'une dépendance ou d'une accoutumance, par un arrêt prématuré du traitement lorsque les symptômes ayant conduit à la prescription ont disparu, ou encore à cause de la mauvaise connotation des traitement antidépresseurs qui peuvent aussi être perçus comme une intrusion dans l'intimité de la personne puisque le médicament agit sur sa propre humeur (51).

Haxiaire nous rappelle que les « maladies des nerfs » ont une connotation plutôt négative, comme par exemple la dépression, qui renvoie au domaine de la folie aux contours mal définis. L'automédication dans ce cas permet de ne pas parler de ses problèmes et de se traiter à l'abri des regards. Les interlocuteurs préfèrent mettre l'accent sur les symptômes physiques. Somatiser le mal-être permet d'en parler sans avoir à aborder le versant psychologique (26).

Le terme psychotrope n'apparaît pas dans le vocabulaire des interlocuteurs, tout comme antidépresseur et neuroleptique. Le terme anxiolytique ou anti-anxiolytique peut être donné. Les psychotropes sont englobés dans les « médicaments pour les nerfs » avec une sous-catégorie « pour l'angoisse » (26).

Les médicaments peuvent être administrés pour des troubles, qui, dans la pensée profane, relèvent d'une tout autre étiologie. Il existe une mauvaise connaissance du fonctionnement du corps permettant une interprétation erronée de la maladie, il en est de même pour le mode d'action des médicaments ; cela conduit à des mauvaises indications pour les médicaments dans les processus d'automédication. Ces erreurs sont renforcées par la dénomination de certains noms commerciaux de médicaments permettant de créer des raccourcis entre les symptômes et le traitement. Ainsi les manifestations de l'angoisse peuvent être décrites comme une impression « d'être serré, ou bloqué » il est donc logique que certaines personnes prennent comme remède le Décontractil® (décontractant musculaire) dont le nom évoque la relaxation. Les médicaments doivent agir sur les manifestations de tension du « très concret » réseau des nerfs. En effet, à force de « stress », ils « craquent » et c'est la « dépression nerveuse ». Les nerfs qui sont plus ou moins tendus (tension nerveuse) soutiennent le dynamisme des individus, « moi je suis pas gros mais je suis nerveux, c'est les nerfs qui marchent, y me donnent la force ». On

comprend que puisant dans leur réserves de force pour soutenir un rythme de travail trépidant, certains soient « sur les nerfs tout le temps, ça dure des mois, des années et puis cela fini par craquer, c'est les nerfs qui prennent le dessus ».

L'auteure émet l'hypothèse que les médicaments cités avec un article, les transformant alors en noms communs (« le Doliprane® », je prends « du Doliprane® ») pourraient être reliés à un haut degré de « réappropriation du savoir médical » (autorisant l'automédication), à l'inverse de ceux cités sans article (je suis « sous Tahor® », je prends « Tahor® ») et donc traités en noms propres (nécessitant donc un encadrement de la consommation par une prescription). Par exemple, lorsque l'on s'intéresse aux médicaments cardiovasculaires, aux analgésiques et aux psychotropes, les interlocuteurs nomment les premiers par leurs noms propres, interdisant l'automédication, alors que les deux autres classes sont souvent citées avec leurs noms communs, donc plus connus. Il existe cependant une différence entre les analgésiques et les psychotropes puisque dans le discours des interlocuteurs, on dit plutôt « le » médicament analgésique et « du » médicament psychotrope, ce qui fait des analgésiques un médicament bien connu et des psychotropes des médicaments un peu plus flous.

Haxiaire insiste enfin sur le fait que bien souvent l'automédication est réalisée dans un contexte de construction du savoir, permettant à un patient de prendre un traitement antérieurement prescrit, à un autre de conseiller sa famille ou ses proches dans une situation qu'il a déjà vécu : « au décès de son père ma fille m'a dit « prend ça (Temesta®) ça va te calmer ». Les doses peuvent également être modulées sans avis médical soit lorsque les conditions qui ont amené à la prescription ont disparues, soit par peur des effets indésirables : « (Stilnox®) oui mais j'en ai pris qu'un demi, j'ai été prudente ».

Les psychotropes se trouvent dans ce monde des « nerfs » et de ce qui les calme, où le vocabulaire médical est absent, et rend le consommateur plus autonome (26).

Dacouso-Lacaze explique qu'il arrive que la représentation de la consommation de médicaments psychotropes s'articule avec un fantasme de transmission, une consommation héritée, lorsque d'autres personnes de la famille en ont consommé. Apparaît alors une sorte de fatalisme. Et il rajoute ceci : « Le conflit entre désir de différenciation et désir d'indifférenciation, dans sa dimension intergénérationnelle, permet de comprendre la

signification de certaines conduites dites de non observance. Dans certains cas, pratiquer l'automédication, diminuer ou augmenter les doses, pourrait coïncider soit avec le désir de se différencier de son héritage familial, soit avec celui d'en être le sujet » (52).

Dans l'article de M. Akrich : « Prendre ses médicaments, prendre la parole », qui consistait à étudier les messages employant les termes médicaments et traitements au sein de 3 listes de discussion (une sur le cancer, une sur le parkinson et une sur la fibromyalgie), l'auteur nous explique qu'« il n'y a pas une forme de relation au médicament. Cette relation ne peut être saisie que dans le rapport construit à la maladie, de même que l'expérience de la maladie passe en grande partie par le rapport aux médicaments. » Dans la liste de discussion sur le cancer, tout se passe comme si dans la situation d'urgence vitale dans laquelle se trouve les patients diagnostiqués, il n'y avait pas d'autre solution que de s'en remettre aux médecins. Ces mêmes patients qui laissaient toute latitude à l'oncologue quant à la détermination des traitements adéquats se plongent dans l'analyse détaillée des argumentations médicales quand ils sortent de la cancérologie et offrent une résistance forte à d'autres médecins (53). Ce travail sur les médicaments « d'appoint », dont les psychotropes font partie, est le moyen de reprendre une sorte de contrôle sur eux-mêmes, leur corps, leur maladie. Cette idée est renforcée dans la discussion sur la fibromyalgie où le médicament est la seule prise que le patient a sur sa maladie, à la fois pour essayer de la guérir, et pour la connaître. Ainsi, le symptôme sert dans un premier temps à trouver le médicament, et celui-ci, par sa réaction sur le corps du malade, va valider ou invalider certaines théories possibles de la maladie (53). Nous pouvons donc facilement imaginer qu'un individu ressentant un bienfait lors de la prise d'un psychotrope, tisse des liens entre l'amélioration de ses symptômes et la prise du médicament, le rendant, au fil des prises, indispensable.

Bien souvent, un individu qui « goute » aux médicaments psychotropes reproduit cette consommation à d'autres moments de sa vie, c'est le cas lorsqu'on regarde les résultats de l'étude de P. Laure qui retrouve chez la majorité des médecins généralistes consommateurs de médicaments psychotropes, la poursuite des habitudes initiées pendant leurs études (48). Le travail de thèse du Dr Lapaix, sur la consommation de produits pendant les périodes d'examen par les étudiants, va dans le même sens puisqu'elle met en évidence le caractère

continu de la prise de substances avec la poursuite des habitudes débutées au collège ou au lycée (54).

Dans la conclusion de son article « Consommateurs continus et occasionnels », M. Baumann nous dit qu' « il existe pour ces médicaments (psychotropes) un consensus sur l'aide à mieux vivre, mais aussi sur le souhait de vivre sans cette aide. Les patients se sentent soumis à ces médicaments, les patients ressentent la prise de psychotropes comme la réponse à un besoin qu'ils n'associent pas toujours à une pathologie. Les psychotropes sont devenus une solution médicalisée à une demande de soutien du patient » (33).

3.2.1.5.2. Le médecin généraliste a-t-il une responsabilité ou un rôle dans l'automédication de ses patients ?

D'après le rapport de l'HAS de 2005 sur la consommation de médicaments chez les sujets âgés (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologiques), il apparaît que les médecins généralistes réalisent les $\frac{3}{4}$ des consultations des personnes âgées et que 9% des lignes d'ordonnances correspondent à un médicament psychotrope (2^{nde} place après les médicaments cardiovasculaires) (55). Le médecin généraliste est le principal prescripteur de médicaments psychotropes.

Dans son travail de thèse, K. Lherminier-Mihara montre également que le médecin généraliste est au cœur du problème de consommation de médicaments psychotropes, puisque même si 1/3 des personnes qui prenaient des anxiolytiques en automédication ne consultaient pas pour ce problème, le médecin généraliste était l'interlocuteur privilégié pour près de la moitié des consommateurs (46). Dans le travail de thèse d'A-L. Bergot, le médecin généraliste reste le recours privilégié en cas d'échec de l'automédication. L'auteure ne met pas en évidence de relation entre le type de rapport à son médecin et l'automédication des médicaments psychotropes, mais plusieurs patients disent que dans ce domaine des souffrances ou des symptômes liés aux événements de la vie, le médecin n'est pas le plus compétent. Il peut tout de même être consulté mais la demande de médicament vient alors du patient (51).

Haxiaire et Bergot nous disent que le processus d'automédication peut être facilité lorsque pris par le temps, à la fin de la consultation, le médecin ajoute à la fin de l'ordonnance le médicament pour les nerfs ou pour dormir, ce médicament est exclu du diagnostic et cela va de soi de la surveillance du traitement (26)(51).

P. Queneau établit le même constat en soulignant que beaucoup d'effets indésirables médicamenteux imputables aux patients peuvent être induits par une mauvaise compréhension des objectifs thérapeutiques par les malades du fait d'une éducation thérapeutique insuffisante (23).

3.2.1.5.3. L'approvisionnement

A-L. Bergot montre que bien souvent, il existe une première prescription médicale puis le médicament est partagé au sein du cercle familial et quelques fois en dehors de ce cercle dans l'entourage proche des patients. Il existe très peu d'achat directement en pharmacie (médicaments à prescription médicale obligatoire) ou à l'étranger, et à l'époque des entretiens (2004), aucun achat sur internet n'avait été relevé (51).

Une étude publiée en 2011 de H. Bordenave consistait, grâce à un questionnaire distribué à tous les patients se rendant dans une pharmacie des Pyrénées-Atlantiques, d'analyser la composition de leur armoire à pharmacie familiale. Sur les 207 questionnaires analysés, la pharmacie contenait en moyenne, 12.1 noms de spécialités différents, et 19.8 conditionnements dont 5.6 (soit 28.4%) étaient périmés. La classe N (système nerveux) était présente dans 43.5% des foyers, et au sein de cette classe, 15.6% des foyers possédaient au moins une boîte de benzodiazépine (9).

Le Donormyl® est un antihistaminique indiqué dans les troubles mineurs du sommeil qui est accessible sans ordonnance, et c'est l'un des médicaments de l'automédication le plus vendu. Il a subi une très forte croissance ces dernières années. En effet, ce médicament était au 16^e rang des médicaments de l'automédication en 2005, en 2012, il est à la 6^e place, et à la 3^e place des médicaments non remboursables (56).

3.2.1.6. Les risques de l'automédication

M. Hautefeuille, en 2008 donne son explication à l'entrée d'un patient, plutôt jeune, dans une médicalisation de ses humeurs, de ses évènements de vie. « Bien souvent, tout commence par un passage à vide sanctionné par une symptomatologie anxiodépressive, des troubles du sommeil... Le premier temps est celui de la médicalisation, le patient consulte son médecin qui lui prescrit un traitement adéquat, le patient est alors compliant, il suit parfaitement la prescription. Ensuite, certains vont déraiper, persuadés qu'en augmentant les doses ils iront encore mieux, ils adoptent alors une attitude d'automédication. L'inflation de la prise de médicaments répond toujours au même souhait : se stimuler, être plus performant, être plus imperméable au stress, être plus adapté.

Ensuite, certains vont essayer de se sortir de ce marasme par l'ajout d'autres produits généralement stimulants (caféines, éphédrine, amphétamines, cocaïne, bétabloquants, cocktails vitaminés). Il est évident qu'au soir d'une telle journée, il est difficile de trouver le sommeil, et conduit ainsi à une consommation d'hypnotiques toujours plus élevée. Ces situations vont se pérenniser jusqu'à la survenue d'un incident conduisant le patient à remettre en cause sa consommation et son rapport aux médicaments » (32).

P. Queneau met en garde contre la iatrogénie. Dans son étude de 2003 sur les EIM, les psychotropes étaient les médicaments les plus mis en cause dans ces EIM dont la moitié d'entre eux (123 cas) auraient pu être évités. La faute était imputable de façon prédominante soit au médecin en lien avec un suivi thérapeutique insuffisant (58 cas dont 20 concernant les psychotropes), soit au patient (65 cas dont 7 concernant les psychotropes) en lien avec une mauvaise observance (4 cas pour les psychotropes) ou une automédication inappropriée (3 cas pour les psychotropes) (23).

3.2.2. Adolescents et étudiants

3.2.2.1. Les chiffres de la consommation

Plusieurs études permettent d'analyser la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et les jeunes adultes. Même si le taux de prescription de psychotropes chez les enfants de 0 à 18 ans en France est similaire aux autres pays européens, il existe une disparité entre la consommation déclarée par les adolescents de 17 ans et le taux de prescription retrouvé, laissant supposer que la moitié de la consommation serait de l'automédication. Ce sont les conclusions d'une étude menée en 2005 par E. Acquaviva qui a consisté en l'analyse des prescriptions de stimulants, benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs enregistrées chez des patients de moins de 19 ans, au sein du RSI et de la CNAM dans la région Franche-Comté en 2005, puis de comparer ces résultats avec les consommations déclarées de médicaments psychotropes rapportées dans les études ESCAPAD 2003 et 2005 (questionnaire anonyme national, rempli par des adolescents de 17 ans en France lors de la journée défense et citoyenneté, sur leur état de santé et leur usage d'une dizaine de substances psychoactives. Il s'agit d'une étude réalisée régulièrement depuis le début des années 2000, permettant de suivre l'évolution des consommations de substances psychoactives chez les adolescents français).

Il est ainsi retrouvé que 2,2% des adolescents entre 0 et 18 ans (4,1% à 17 ans) ont eu une prescription de psychotropes durant l'année 2004, et la prévalence était plus importante chez les garçons jusqu'à 12 ans et s'inversait à 13 pour atteindre à 18 ans un ratio de 2 filles pour 1 garçon. L'étude ESCAPAD 2005 a montré que 14,9% des adolescents de 17 ans admettaient avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir durant l'année (22% pour les filles et 8% pour les garçons). Mais pour 5.6%, les substances utilisées se rapportaient à de l'homéopathie ou phytothérapie, soit une utilisation de médicaments psychotropes par 9% des adolescents de 17 ans. Parmi eux, seulement 49.7% prenaient leurs médicaments sur l'avis d'un médecin. Le taux de prescriptions devait donc être de 4.5%, proche des 4.1% retrouvé dans l'analyse des prescriptions (57).

L'étude ESCAPAD de 2011 a montré que 15% des jeunes de 17 ans avaient déjà expérimenté au cours de leur vie les tranquillisants, 11% les somnifères, 5.6% les antidépresseurs et 1%

les psychostimulants. On observe une diminution des pourcentages par rapport à 2008. La consommation est plus importante chez les filles (tranquillisants : 23% vs 14%, somnifères : 17% vs 15%, antidépresseurs : 10% vs 5%), sauf en ce qui concerne le methylphenidate qui est plus utilisé par les garçons. La consommation des antidépresseurs, des neuroleptiques et du methylphenidate se situe principalement (3/4) dans le cadre d'une prescription médicale, pour les tranquillisants c'est 2/3, et pour les somnifères seulement 1/3 (44).

L'étude ESPAD de 2007 menée chez les adolescents de 16 ans dans plusieurs pays européens retrouve une prévalence vie entière de consommation de psychotropes hors prescription à 15% (12% des garçons et 18% des filles) pour la France (Italie, Lituanie, Pologne, Monaco sont également au-dessus de 10%) alors que la moyenne européenne est à 6%. La consommation avec prescription concerne 13% des adolescents en France contre 8% en moyenne en Europe. La moitié de la consommation serait de l'automédication (43).

Une autre étude a été menée en Haute-Marne en 1988 par S. Ledoux sur un échantillon représentatif d'adolescents âgés de 12 à 20 ans grâce à des questionnaires anonymes sur leur consommation de psychotropes, distribués au sein de l'école. Une deuxième partie du questionnaire était à remplir par les parents. Parmi les élèves, 21% indiquaient avoir utilisé des psychotropes au cours de l'année, et la plupart étaient des médicaments à prescription obligatoire. L'utilisation était plus importante chez les filles (27,5%) que chez les garçons (13,8%), et augmentait avec l'âge (27,9% à 18 ans contre 12,7% à 13 ans) (58).

Dans son travail de thèse, E. Lapaix nous décrit une consommation de médicaments de la classe N (du système nerveux) par 6.1% des étudiants de Toulouse, et surtout pendant les périodes de révisions et d'examens. Parmi ces médicaments, plus de la moitié étaient des hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques ou antidépresseurs (hors phytothérapie). Cette classe de médicaments était plus utilisée chez les femmes, dans le 3^e cycle des études médicales et chez ceux qui consommaient de l'alcool ou des amphétamines. La majorité des consommateurs prenaient leurs produits de façon régulière durant le mois précédant les examens (65.6%). L'automédication représentait 77.1%, ces étudiants s'approvisionnaient à la pharmacie (45.4%) auprès des parents (28.9%), auprès des amis (2.3%) ou sur le marché clandestin (0.5%) (54). D'après une autre enquête auprès de 1 760 étudiants de second cycle en Ile de France, la consommation de médicaments psychotropes était pratiquée par 15%

des filles et 9% des garçons, et plus particulièrement en période d'examen (cité par E. Lapaix).

3.2.2.2. L'approvisionnement en médicaments psychotropes

L'étude ESCAPAD de 2008 décrit un approvisionnement en médicaments psychotropes grâce à une prescription médicale pour 55% des jeunes de 17 ans, pour 30% ce sont les parents qui sont à l'origine de cette prise médicamenteuse, 3% se sont fournis par l'intermédiaire d'amis, 8% les ont pris de leur propre chef et les 4% restant se sont procurés ces substances par un autre moyen. Les somnifères sont les médicaments les plus utilisés hors contrôle médical (seulement 37% sur prescription), les adolescents les obtiennent pour 37% auprès de leurs parents ou les ont pris de leur propre initiative dans 20% des cas. Les autres modes d'obtention ne sont pas détaillés dans l'article (59).

3.2.2.3. Les déterminants de la consommation de médicaments psychotropes

Dans l'étude ESCAPAD 2005, la plupart des médicaments étaient pris pour aider à dormir (surtout chez les garçons) ou pour l'anxiété (surtout chez les filles), mais 10% étaient pris pour s'amuser ou pour un effet stimulant chez les filles et 15% chez les garçons (57).

S. Ledoux retrouve 2 facteurs majoritairement associés avec la consommation de médicaments psychotropes par les adolescents : la dépression actuelle et la consommation de psychotropes entre 6 et 12 ans (58).

E. Lapaix retrouve une utilisation de psychotropes plus importante chez ceux rapportant des troubles de la concentration et du sommeil (attitude similaire aux travailleurs), et met en évidence le caractère continu de la prise avec la poursuite des habitudes débutées au collège ou lycée (comme chez les médecins généralistes qui poursuivaient leurs habitudes débutées pendant leurs études) (54).

4. DISCUSSION

4.1. La consommation réelle des médicaments psychotropes

Les psychotropes sont la deuxième classe de médicaments vendus en France après les analgésiques, avec une consommation élevée par rapport aux autres pays européens. L'INSERM estime à 30% de la population des 11-75 ans l'expérimentation vie entière de ces médicaments, ce qui place les psychotropes en troisième position de l'usage de drogues après l'alcool et le tabac et avant le cannabis. En ce qui concerne l'usage occasionnel au cours de l'année, il est estimé à 18.5% de la population des 18-75 ans, soit trois fois plus que le cannabis. Cette consommation augmente avec l'âge, est plus importante chez les femmes et chez les personnes vivant seules (surtout en prenant de l'âge) (28). Quelle est, dans la population générale, la part de l'automédication dans cette consommation ? La réponse est difficile à établir, aucun des articles retrouvés n'avance de chiffres pour répondre à cette question.

Les médicaments psychotropes sont une réponse facile aux problèmes d'anxiété et d'insomnie, surtout chez les personnes âgées, chez qui les psychotropes sont en deuxième position après les médicaments cardiovasculaires, et nous pouvons observer une nette augmentation des anxiolytiques et des hypnotiques avec l'âge et la solitude, et ce malgré la diminution du syndrome anxieux avec l'âge et l'incrimination de ces médicaments dans 20 à 30% des chutes de la personne âgée. Ainsi, chez les personnes vivant seules au-delà de 60 ans, plus de 30% consomment des psychotropes, et chez les femmes de plus de 80 ans, 35 % consomment des anxiolytiques et 22,6% des hypnotiques, et respectivement 20,3% et 15,6% chez les hommes de plus de 80 ans. En revanche, le syndrome dépressif reste sous-traité chez les personnes âgées (55).

Chez les travailleurs, des chiffres comparables à la population générale sont retrouvés avec environ 18% de consommateurs de médicaments psychotropes. Cette proportion est identique chez les médecins, avec un taux de 19% de consommateurs en France. En revanche, une étude norvégienne de 1993, qui confirme des résultats de deux autres travaux

(un suisse et un américain), retrouve une consommation de médicaments psychotropes chez les médecins supérieure à la population générale de même niveau d'éducation, mais cette différence a été mise en évidence uniquement chez les hommes. 12.2% des médecins (12.7% des hommes et 11% des femmes) avaient consommé des médicaments psychotropes au cours du mois, contre 7% (5.6% des hommes et 9.7% des femmes) dans la population générale. Là encore, la consommation augmentait avec l'âge. Les spécialités qui utilisaient le moins ces traitements étaient les chirurgiens et les médecins généralistes. Dans cette étude, il a été noté que 72% des consommateurs s'auto prescrivaient leur traitement (60). Une autre catégorie où la consommation de psychotropes est élevée regroupe les travailleurs hospitaliers chez qui il a été montré que le travail de nuit et l'accès aux médicaments augmentaient le risque de consommation (46). Nous retrouvons ainsi un taux de consommation à 15% avec prescription et 12% hors prescription, et dans la majorité des cas, les consommateurs hors prescription n'avaient jamais eu de prescription de psychotropes (46).

Lorsque nous nous intéressons aux étudiants, les taux de consommations varient d'une étude à l'autre, mais nous observons une consommation qui se majore pendant les périodes d'examens, qui est plus importante chez les femmes, qui augmente avec l'âge et qui se réalise principalement en automédication (77%) (54). Une étude menée dans une université de Lisbonne retrouve une consommation de médicaments psychotropes au cours des quinze derniers jours chez 7,9% (91) des étudiants, dont près de la moitié de façon continue. 12,8% des étudiants rapportaient des attitudes d'automédication avec des médicaments psychotropes. Là aussi, la consommation était plus importante chez les femmes, les plus de 25 ans, mais aussi chez les hommes mariés et chez ceux rapportant un état de santé fragile ou un stress important (61).

Les plus jeunes ne sont pas épargnés par ces substances, puisque les expérimentations (vie entière) de tranquillisants touchent 15% des adolescents, 11% pour les somnifères, 5,6% pour les antidépresseurs et 1% pour les psychostimulants (44). Ces consommations concernent plutôt les filles (sauf pour le méthylphénidate qui est consommé en majorité par les garçons) et augmente avec l'âge. Il existe une baisse des consommations depuis 2008 (44), et au travers des différents résultats d'études exposés dans la partie Résultats, nous estimons que 50% de ces médicaments sont utilisés en automédication.

Nous pouvons également citer que les benzodiazépines sont la première substance toxique incriminée dans les morts inattendues du nourrisson. Mais dans ce domaine, il est difficile de faire la part entre l'automédication et la maltraitance.

Ainsi, aucun article retrouvé ne mentionne clairement la part de l'automédication dans la consommation des médicaments psychotropes dans la population générale française. Cela semble surprenant qu'aucune étude n'ait simplement comparé les taux de consommation déclarés avec les remboursements de la sécurité sociale. Cependant, nous retrouvons à plusieurs reprises des taux d'automédication avoisinant les 50% lorsqu'il s'agit de populations spécifiques telles que les travailleurs ou les adolescents et les étudiants.

4.2. Le mésusage

L'étude de L. Orriols montre un mésusage auto déclaré plus important pour 3 des 4 substances étudiées possédant des propriétés psychoactives en comparaison au groupe contrôle (49). Les raisons évoquées sont multiples, allant du besoin ressenti par un patient de prendre de la codéine ou de la simple habitude de prendre tel ou tel médicament, à l'approvisionnement en drogue illicite (toujours pour la codéine), en passant par la recherche d'effet relaxant ou sédatif.

Dans une étude en Irlande du Nord, 85% des sondés connaissent les possibilités de mésusage de certains médicaments d'automédication, en particulier les antitussifs et les analgésiques (62). En Grande-Bretagne en 2000, les pharmaciens ont été interrogés dans deux études aux résultats similaires, sur leur ressenti à propos du mésusage des OTC. 67% estimaient que le mésusage était fréquemment réalisé avec la codéine et les antihistaminiques (63) (64).

De nombreux médicaments commercialisés, dont certains accessibles sans ordonnance, peuvent avoir des effets psychotropes et les patients peuvent ainsi les détourner de leur usage d'origine. Ce détournement se fait-il volontairement après avoir ressenti un effet secondaire lors d'une prise antérieure ? Ou bien est-ce plutôt dans un contexte d'addiction ?

4.3. L'observance

Nous distinguons deux types de consommateurs de médicaments psychotropes, les observants et les non observants. Pour les deux, il existe un consensus sur l'aide à mieux vivre grâce à ce médicament qui paraît donc efficace. Les observants ont besoin de ces médicaments, ils ne peuvent vivre sans et de ce fait minimisent leurs effets secondaires. La consommation s'inscrit dans une habitude cachée des autres. La dépendance est acceptée. Il existe une confiance totale dans le corps médical qui est à l'origine des modifications de traitement, le consommateur ne s'aventurant pas à réaliser des adaptations de traitement de sa propre initiative. Les non observants, eux, s'approprient le traitement et en parlent ouvertement, ils ont ainsi l'impression d'exercer un contrôle sur leur santé en modifiant les doses en fonction de leur humeur ou des effets secondaires. Ils ne peuvent donc concevoir qu'il y ait dépendance. L'objectif reste l'arrêt ou la diminution du médicament (33) (50).

Dans une revue de la littérature de 2002 sur l'utilisation des benzodiazépines « à la demande » dans le traitement des troubles anxieux, la canadienne H. Westra nous rappelle que l'utilisation par les patients des benzodiazépines en « si besoin » est courante car l'effet se fait ressentir rapidement, et permet ainsi au patient d'exercer un contrôle important sur l'administration de médicaments, et d'utiliser ces médicaments en réponse à la survenue de manifestations d'anxiété(65).

Cette revue de la littérature expose plusieurs études canadiennes, qui montrent un usage fréquent des benzodiazépines en « si besoin », par exemple, Romach retrouve une utilisation exclusivement à la demande chez 36% des patients, une utilisation régulière chez 28% des patients et pour les 36% restants, il s'agit d'une utilisation à la fois à la demande et régulière (Romach et al, 1991, cité par H. Westra, 2002). Une autre étude retrouve que seulement 5% des consommateurs chroniques (+ de 3 mois) de benzodiazépines, pour le traitement de troubles anxieux, en consomment de manière régulière exclusivement, et parmi les 95% réalisant de l'ingestion de benzodiazépines à la demande, 12.5% rapportent une utilisation exclusivement à la demande (Stewart and Westra, 2000, cité par H. Westra, 2002). Ainsi les

consommateurs de benzodiazépines semblent préférer l'utilisation à la demande de ces médicaments, avec de plus en plus de consommateurs qui, avec le temps, switchent d'un usage régulier, à une utilisation à la demande (65).

Les raisons évoquées pour l'utilisation en « si besoin » étaient de faciliter l'exposition à des situations à risques, d'atténuer une majoration de l'anxiété ou d'éviter le développement d'une attaque de panique (65).

Dans une autre revue de la littérature de 2006, A. Mitchell tente d'évaluer l'observance des patients traités pour une dépression, une bipolarité, et une schizophrénie. De nombreuses études sont analysées.

Pour la dépression, Olfson aux Etats-Unis retrouve que 42% des patients arrêtent leurs antidépresseurs au cours des 30 premiers jours et 72% au bout de 3 mois (Olfson et al, 2006, cité par A. Mitchell, 2006). Toujours aux Etats-Unis, Bambauer montre que 75% des patients ne sont pas complètement observant avec leurs antidépresseurs, avec une moyenne de 40% des jours où le patient ne prend pas son traitement (Bambauer et al, 2006, cité par A. Mitchell, 2006) et Bultman montre que 82% oublient leur traitement certains jours ou l'arrêtent prématurément (Bultman and Svarstad, 2000, cité par A. Mitchell, 2006). L'observance diminue avec le temps comme le montre une étude anglaise sur 200 patients, où l'on observe 16% d'inobservance au bout d'une semaine, 41% à 15 jours, 59% à 3 semaines et 68% au bout d'un mois (Jonhson, 1981, cité par A. Mitchell, 2006). Dans une grande étude américaine sur 240 604 patients bénéficiant d'une nouvelle prescription d'antidépresseurs, 70% avaient arrêté leur traitement au bout de 6 mois (Tierney et al, 2000, cité par A. Mitchell, 2006). Chez les patients qui arrêtent leur traitement, 60% n'avaient pas informé leur médecin au bout de 3 mois et 25% au bout de 6 mois. Un patient subissant un effet secondaire ennuyeux a 3 fois plus de chance d'arrêter son traitement prématurément. De plus, beaucoup de patients arrêtent leur traitement antidépresseur lorsqu'ils se sentent mieux (Maddox et al, Grande-Bretagne 1994, cité par A. Mitchell, 2006). Ainsi Col, aux Etats-Unis décrit que 50% des patients traités par antidépresseurs pensent ne plus avoir besoin de leur médicament lorsqu'ils vont mieux, et que le traitement peut être pris en « si besoin » (Col et al, 1990, cité par A. Mitchell, 2006).

Dans le cas de la bipolarité, Johnson a montré que la durée moyenne de traitement continu était de 76 jours (Johnson and McFarland, Etats-Unis, 1996, cité par A. Mitchell, 2006). Sajatovic, dans une étude sur 33 000 patients bipolaires américains, montre que l'observance complète des médicaments antipsychotiques était observée chez seulement 51.9% des patients. Les facteurs d'inobservance étaient le jeune âge, l'appartenance à une minorité ethnique, être sans domicile fixe et la consommation de substances illégales (Sajatovic et al, 2006, cité par A. Mitchell, 2006). Là aussi, plus d'1/3 des patients arrêtaient leur traitement sans avis médical (Jamison et al, Etats-Unis, 1979, cité par A. Mitchell, 2006). Dans une étude sur 171 bipolaires allemands recevant des stabilisateurs de l'humeur, la représentation de sa maladie par le patient avait un impact important sur l'observance à son traitement, de même que la confiance dans ses traitements, en son médecin et l'absence de survenue d'effets secondaires étaient des facteurs prédictifs de l'observance au traitement (Kleindienst and Greil, 2004, cité par A. Mitchell, 2006).

Pour les patients schizophrènes, en utilisant les données officielles des pharmacies sur les fréquences de renouvellement des traitements neuroleptiques atypiques par les patients dans les officines aux Pays-Bas, Rijcken a montré que 56% avaient une bonne fréquence de renouvellement, 33% utilisaient moins de 90% de leur renouvellement, et 11% allaient chercher leurs traitements plus souvent que ce qu'ils auraient dû (Rijcken et al, 2004, cité par A. Mitchell, 2006). Avec la même méthode, une étude sur 25 000 patients schizophrènes italiens retrouvait que seulement 44% étaient encore observants après 9 mois de traitement (Vanelli et al, 2001, cité par A. Mitchell, 2006). Là encore, 44% des patients rapportaient avoir arrêté leur traitement sans avis médical (Hogman et al, Grande-Bretagne, 2000, cité par A. Mitchell, 2006). Mc Combs, aux Etats-Unis, démontre que 92% de 2 010 patients schizophrènes avaient arrêté leur traitement antipsychotique au moins une fois au cours de l'année, et la durée moyenne de prise médicamenteuse était de 142 jours par an (McCombs et al, 1999, cité par A. Mitchell, 2006). L'étude américaine CATIE rapporte que 74% des patients arrêtaient leur traitement avant les 18 mois, principalement de leur propre chef, ou par manque d'effet ressenti, ou en cas d'intolérance (Lieberman et al, 2005, cité par A. Mitchell, 2006). Fakhouri a montré que l'effet secondaire le moins bien supporté par les patients traités par des antipsychotiques était la prise de poids. Les dysfonctions sexuelles étaient également citées (Fakhouri, Etats-Unis, 1999, cité par A. Mitchell, 2006). Il existe une

forte corrélation entre l'observance et les effets positifs des médicaments ressentis par les patients et aussi avec l'apparition d'effets secondaires (Adewuya et al, Nigeria, 2006, cité par A. Mitchell, 2006).

Ainsi, dans toutes ces études, nous observons une observance médiocre des médicaments psychotropes, marquée par des oublis, mais aussi par l'arrêt qui fait souvent suite soit à la survenue d'effets indésirables, soit à l'amélioration des symptômes qui étaient à l'origine de la mise en route du traitement, soit au contraire du fait de l'absence d'efficacité ressentie du médicament. La majorité de ces actes d'autonomie se déroulent sans l'avis du médecin (66).

4.4. Les déterminants de l'automédication des médicaments psychotropes

4.4.1. Les motivations

Les médicaments psychotropes sont largement utilisés en automédication puisque ce ne sont pas des médicaments vitaux. Ils apportent un bienfait rapide et perceptible, permettant aux patients d'exercer un contrôle important sur leur santé en consommant ces médicaments lors de la survenue de certains événements ou lorsque la personne se retrouve confrontée à certaines situations pour l'aider à les surmonter. Inversement, en cas de survenue d'effets secondaires, une baisse de la consommation voire un arrêt peuvent être décidés. Ces attitudes sont répandues car les médicaments psychotropes sont bien connus du grand public. Ils sont très représentés sur les ordonnances et ils interviennent dans un domaine de la médecine assez flou où le vocabulaire médical est absent. Il est ainsi très facile soit d'être conseillé par un pair qui a vécu la même situation, soit de reprendre un médicament qui traîne dans la pharmacie familiale. Cette consommation est réalisée dans un processus d'appropriation du savoir, et possède comme avantage de ne pas être obligé de parler de ses problèmes psychiques, qui ont souvent une mauvaise connotation, et permet ainsi à l'intéressé de rester dans une attitude cachée des autres. M. Akrich explique que, pour certains patients confrontés à de lourds problèmes de santé et qui se remettent donc complètement dans les mains du médecin pour leur traitement, les médicaments psychotropes, comme d'autres médicaments non vitaux, peuvent servir d'espace de

résistance vis-à-vis du médecin, permettant ainsi de reprendre un peu de contrôle sur sa santé (53).

S'inscrivant dans un contexte marqué par un plus grand accès aux produits pharmaceutiques et aux savoirs qui s'y rapportent, l'utilisation non médicale des médicaments pose la question de l'autonomie en santé et du rapport des individus à l'expertise médicale. Le développement de ces pratiques s'inscrit dans une tendance à la banalisation de l'assistance chimique de la vie quotidienne et traduit une certaine forme de mise à distance de l'institution médicale qui semble passer par une acquisition d'un savoir relatif aux médicaments, en particulier avec de nombreux ouvrages grand public. Ainsi, selon Vaillancourt, nombre d'individus en Amérique du nord estiment posséder les connaissances nécessaires pour traiter la majorité des problèmes de santé courants et expriment leur volonté d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur le choix du traitement (67). Ces attitudes sont alimentées par les nombreuses crises concernant les risques associés à certains médicaments vedettes, jetant un doute sur les compétences des experts et des médecins. La grande disponibilité des informations sur la santé et les médicaments dans les médias et en particulier sur internet et la multiplication de ces informations jouent un rôle important dans ces transformations. La diffusion de l'information relative à la santé permettrait ainsi une appropriation des connaissances et de l'expertise par les profanes. Les médecins sont perçus par les jeunes adultes comme une des sources d'information sur le médicament parmi d'autres, et plusieurs jeunes interrogés dans un article du New-York Times préféraient s'appuyer sur internet ou l'expérience de leurs pairs (68). Cependant, ces revendications s'inscrivent dans le cadre d'un accès au soin problématique et avec une couverture des soins et des médicaments moins avantageuse que dans notre pays (1). Mais même en France, l'automédication peut être perçue comme un gain de temps et d'argent.

Chez les étudiants lisboètes, l'anxiété, la dépression et l'insomnie étaient les principales raisons pour l'utilisation des médicaments psychotropes (61). Aux Etats-Unis dans une étude sur la consommation de médicaments « over-the-counter » (OTC), R. Bell décrit un usage d'OTC psychotropes par 10% de la population au cours de l'année écoulée (5.88% utilisaient des OTC sédatifs, 2.48% tranquillisants et 3.54% stimulants). L'usage de sédatifs et de tranquillisants était plus important chez les personnes rapportant des problèmes de sommeil ou qui disaient être tendues (69). Nous pouvons remarquer que certaines personnes qui

présentaient des troubles du sommeil consommaient aussi bien des sédatifs ou des tranquillisants que des stimulants. De la même façon, M. Hautefeuille en 2008 (cf. Résultats, Risques de l'automédication) explique l'escalade progressive de la consommation de médicaments psychotropes par l'introduction de certaines substances pour contrer les effets d'un médicament déjà en place (32).

Chez les enfants, les motivations retrouvées dans l'étude Escapad pour la consommation de médicaments psychotropes sont l'insomnie (plutôt chez le garçon) et l'anxiété (plutôt chez la fille) (44). S. Ledoux relève comme facteur de risque, outre la dépression, le fait d'avoir consommé des psychotropes entre 6 et 12 ans (58). En Suède, Pedersen retrouve une forte corrélation entre l'automédication des enfants et la consommation de benzodiazépines chez les parents (70).

A tous les âges, nous retrouvons une poursuite des habitudes de consommation de médicaments psychotropes commencées précédemment (58) (54) (48). C'est la même conclusion pour C. Thoër puisque dans son étude chez les étudiants et les jeunes travailleurs québécois sur la consommation de psychotropes pour améliorer leurs performances, les consommateurs étudiants affirment pour la plupart ne pas vouloir poursuivre leur consommation après leurs études, mais la plupart des travailleurs avaient transposé leurs habitudes de consommation lors de leurs études dans leur travail, et tous les consommateurs travailleurs, décrivent l'intention de poursuivre cette consommation pendant plusieurs années encore (71). Les consommations pouvant être initiées dès le plus jeune âge, il est important d'essayer de ne jamais rentrer dans ce processus de médicalisation du quotidien, en informant en particulier les parents et plus précisément les mamans qui sont les principaux fournisseurs de psychotropes chez les enfants (59) (70).

4.4.2. L'approvisionnement

La question de l'approvisionnement paraît assez simple à résoudre. En effet, les médicaments psychotropes ne sont disponibles que sur ordonnance, même si un certain nombre de molécules qui sont accessibles sans ordonnance bénéficient de propriétés

psychoactives. De plus, les ventes de médicaments sur internet ne semblent avoir que très peu de succès en France. Ainsi on peut penser que la majorité des médicaments psychotropes consommés en France sont achetés en pharmacie avec une ordonnance d'un médecin. C'est après l'acquisition du médicament que le processus d'automédication s'installe, avec une consommation de médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, ou donné par un pair. Cette question ne serait-elle pas en partie résolue si le conditionnement des médicaments était modifié et si les pharmacies pouvaient délivrer la quantité exacte de médicaments prescrits sur l'ordonnance ?

Pour les enfants, les mères semblent être les principaux fournisseurs de médicaments psychotropes (59). En suède, W. Pedersen a fait le même constat avec 45% garçons et 56% filles qui se fournissent auprès de leur mère, et 40% par leur médecin. Une minorité se fournissent sur le marché noir ou via des proches (70). Dans son travail de thèse F-X. Clément conforte ces données en indiquant que les mères sont plus impliquées que les pères dans l'automédication de leurs enfants, et en cas de désaccord entre les deux parents, c'est la maman qui a le plus souvent le dernier mot (18). Aux Etats-Unis, Sloand et Vessey indiquent que les produits utilisés par les adolescents hors cadre médical proviennent souvent de la pharmacie familiale ou sont fournis par des tiers (72).

4.4.3. Le médecin généraliste

Le premier prescripteur de médicaments psychotropes est le médecin généraliste, et le patient se tourne préférentiellement vers lui pour parler de ses différents petits maux comme l'anxiété, l'insomnie, la fatigue. Sa place est donc centrale dans les attitudes de consommation de ses patients. L'écoute est primordiale, puisqu'elle va permettre au médecin de répondre aux attentes de ses patients. La confiance qu'un patient a en son médecin est également très importante et sera une donnée majeure intervenant dans la réception par le patient des messages d'éducation thérapeutique émis par le médecin.

Dans son article de 2006, A. Mitchell nous rappelle que beaucoup d'attention a été portée sur les méthodes pour convaincre les patients d'être compliants aux recommandations des

professionnels de santé mais sans reconnaître l'importance de leur besoin d'autonomie. L'observance s'améliore avec la quantité d'informations délivrées au patient, et ceux à qui on propose un contrôle partiel de leur traitement en les impliquant dans les décisions ont moins de chance d'arrêter prématurément leur traitement (66). Flynn, aux Etats-Unis, montre que 57% des patients veulent exercer un contrôle sur les décisions médicales les concernant, et seulement 24% préfèrent que le médecin décide pour eux (Flynn et al, 2006, cité par A. Mitchell, 2006). Dans une étude australienne, 35% font confiance au médecin, 47% souhaitent prendre des décisions partagées avec leur médecin et 18% préfèrent décider seul (Ford et al, 2003, cité par A. Mitchell, 2006).

Pourquoi les décisions partagées ne marchent-elles pas ?

A. Mitchell explique que les croyances des patients ne sont pas prises au sérieux, et les patients n'ont pas assez de temps pour exprimer leurs points de vue. Certains médecins peu à l'aise ne laissent pas le choix aux patients. Les médecins passent la majorité du temps à parler et non à écouter, et initient la plupart des sujets de discussion. Le comportement du médecin est souvent un obstacle (66).

Le type de communication entrepris par le médecin, la satisfaction du patient et l'observance sont très liés. Sleath aux Etats-Unis grâce à des analyses de consultations comportant le renouvellement ou la prescription d'un antidépresseur, montre que le médecin demandait spontanément à seulement 1 patient sur 5 si son traitement antidépresseur était efficace, et à seulement 1 patient sur 10 si il présentait des effets secondaires. Mais ces chiffres ne signifient pas que la discussion est inexistante puisque dans cette même étude, 72% des patients parvenaient à parler de leur traitement avec leur médecin (73). En 1999, dans une autre étude de consultations, portant cette fois sur des patients atteints de maladies chroniques, l'auteur montre que la discussion sur les traitements occupait en moyenne 1/5^{ème} du temps de la consultation (74). Dans le domaine de l'automédication, en 2001, le même Sleath et toujours avec la même méthode d'analyse des consultations, montre que 57% des patients discutaient d'automédication avec leur médecin et que dans 37% des consultations, le médecin posait des questions sur l'automédication aux patients. Mais 36% des patients qui utilisaient des médicaments d'automédication n'en parlaient pas à leur médecin, et pour la plupart des patients, la raison

évoquée était l'absence de questionnement de la part de leur médecin (75). En France en 2012, S. Thay dans son enquête par observation directe auprès de 126 médecins de Loire-Atlantique et Vendée intitulée « Parle-t-on d'automédication lors des consultations de médecine générale ? », rapporte que 68% des consultations réalisées pour une pathologie aigüe faisaient l'objet d'une discussion sur l'automédication. 42% des patients en avaient parlé spontanément et les médecins ont posé des questions à leurs patients sur l'automédication dans 49.5% des cas (39). Malgré ces chiffres indiquant une discussion fréquente sur la médication des patients, Gray rapporte que la plupart des patients ne se sentent pas impliqués dans les décisions en rapport à leur traitement, et beaucoup de patients disent qu'ils prennent ce traitement car on leur a dit de le prendre (Gray et al, Grande-Bretagne, 2005, cité par A. Mitchell, 2006). Dans le domaine des psychotropes, il est essentiel que le professionnel de santé qui prescrit un médicament s'assure que le patient soit d'accord pour le prendre ; en effet, 10% des patients ne vont pas chercher leur médicament après une première prescription d'antidépresseurs (66). L'auteur rappelle aussi que chez 60% des patients traités pour dépression, 33% de ceux traités pour un trouble bipolaire et pour 44% des patients recevant un traitement pour leur schizophrénie, l'arrêt du traitement se fait sans avis médical. Dans l'article de A. Mitchell, 50% des patients traités par antidépresseurs pensent ne plus avoir besoin de leur médicament lorsqu'ils vont mieux, et que le traitement peut être pris en « si besoin » (66). L'information des patients de manière claire et compréhensible doit rester une priorité.

Les attitudes du praticien peuvent également influencer sur les comportements d'un patient. Par exemple, nous comprenons que le processus d'automédication puisse être facilité lorsque pris par le temps, à la fin de la consultation, le médecin ajoute à la fin de l'ordonnance le médicament pour les nerfs ou pour dormir, ce médicament est exclu du diagnostic et cela va de soi de la surveillance du traitement (26). C'est le même principe lorsque le médecin prescrit le médicament pour dormir à des doses plus importantes que celles que le patient prend en réalité, le but étant d'offrir au patient une quantité suffisante de médicaments pour tenir les trois mois de l'ordonnance avec seulement un mois de prescription. Ce type de prescription n'encourage ni la diminution, ni la démarche d'évaluation du bénéfice/risque du médicament.

Une consultation peut donc influencer le mode de consommation d'un patient.

Un médecin peut également mettre en garde son patient contre les effets indésirables éventuels du médicament. Mais le médecin a-t-il des connaissances toujours actualisées et surtout prend-il le temps nécessaire pour expliquer à un patient tous les risques auxquels il s'expose en prenant tel ou tel médicament, de telle ou telle façon ?

H. Westra, en 2002 au Canada, a montré grâce à un sondage réalisé auprès de médecins de famille et de psychiatres sur la manière de prescrire les benzodiazépines dans le traitement de l'anxiété, que 38.4% des praticiens les prescrivent pour un usage exclusivement régulier, 46.3% pour un usage exclusivement à la demande et 15.3% combinent l'usage régulier et à la demande. Les psychiatres ont plus tendance à prescrire les benzodiazépines pour un usage régulier (55.5% contre 21.5% pour une utilisation à la demande), alors que les médecins de famille prescrivent dans 54.6% des cas pour une utilisation à la demande (contre 32.6% en usage régulier). L'auteur émet l'hypothèse que les médecins de famille voient les patients au début de leurs troubles anxieux et utilisent d'avantage les prescriptions en « si besoin » pour des troubles qui peuvent être passagers, alors que les psychiatres voient les patients lorsque les troubles sont fixés (65). Les médecins qui prescrivent les benzodiazépines en « si besoin » le font pour augmenter le sentiment de contrôle du patient sur ses symptômes (70.8%), pour faciliter l'exposition à des situations difficiles (69.8%), pour diminuer l'utilisation des benzodiazépines (64.6%), pour faciliter l'arrêt définitif des benzodiazépines (45.8%) et pour réduire le potentiel addictif de ces médicaments (44.8%). De même, 39% des médecins recommandaient aux patients de toujours avoir avec eux des comprimés de benzodiazépines en cas de besoin (65). Mais il n'est pas retrouvé dans la littérature de données objectives qui comparent l'efficacité des deux types d'administration, même si Dammen, en Norvège a montré que l'utilisation à la demande des benzodiazépines était motivée par une perception d'un meilleur contrôle des symptômes par le patient et un sentiment de sécurité. Dans cette étude, lorsque le groupe d'usagers à la demande était exposé pendant une semaine à une utilisation exclusivement régulière, il était noté chez 57% des patients une exacerbation de l'anxiété et un moins bon contrôle des symptômes (Dammen et al, 1994, cité par H. Westra, 2002). Du point de vue de la quantité de médicament ingéré entre les deux modes d'administration, plusieurs études américaines, chez les patients sans antécédent d'abus de drogue, ont montré que l'utilisation régulière sur le long terme des benzodiazépines n'était pas associée à une

escalade des doses ou une perte de contrôle sur ces médicaments (Cole and Chiarello, 1990 ; Griffiths and Weerts, 1997 ; Woods et al, 1987, cité par H. Westra, 2002). Les usagers de benzodiazépines essayent même de maintenir leur dose originelle voire tentent de la diminuer (Burrows et al, 1990, Australie, cité par H. Westra, 2002). Par contre, aux Etats-Unis, Winstead montre que l'utilisation en « si besoin » des benzodiazépines est associée à un accroissement des doses chez les patients présentant une anxiété importante et une diminution des doses chez ceux avec une anxiété faible (Winstead et al, 1974, cité par H. Westra, 2002). Mais aucune étude n'a analysé le taux de consommation entre ces deux groupes. Il semble bien que, à la différence de l'usage régulier, la consommation à la demande présente un risque d'escalade des doses de benzodiazépines (65). De même, Kales indique que la consommation de benzodiazépines à la demande est nuisible à l'arrêt de ces médicaments avec des patients qui s'enfoncent dans un cercle de « renforcement négatif » dans lequel le patient perd petit à petit la confiance et la critique envers le médicament, le rendant ainsi indispensable dans certaines situations sources d'anxiété (Kales et al, Etats-Unis, 1991, cité par H. Westra, 2002). Cette revue de la littérature met donc en évidence plusieurs conséquences négatives d'une consommation de benzodiazépines à la demande, même si d'autres études sont nécessaires pour comparer directement ces deux modes d'administration (65).

Nous pouvons aussi nous demander si le médecin prend le temps nécessaire avec un patient qui consulte pour des troubles du sommeil afin de revoir avec lui l'hygiène du sommeil et de modifier certaines habitudes dans le but d'éviter ou de repousser la mise en place d'un traitement, ou si, pris par le temps, la solution médicamenteuse devient la plus simple. Sur ce sujet, un article de C. Rat, vient nous éclairer. Il s'agit d'une enquête réalisée en 2010 par des internes en stage chez le praticien en Loire-Atlantique et Vendée concernant le renouvellement des benzodiazépines par les médecins généralistes. Les internes devaient recueillir, lors de toutes les consultations comportant le renouvellement de benzodiazépines ou hypnotiques apparentés présents sur une liste préalablement établie, certaines informations (sur le diagnostic à l'origine de la prescription, la durée du traitement, la présence ou non d'indicateur de discussion de cette prescription, l'origine de cette discussion, s'il s'agissait d'une demande explicite du patient, ou si elle était proposée par le médecin, ...). L'hypothèse principale selon laquelle la demande des patients fait pression sur

la prescription et induit une certaine perte d'autonomie du professionnel, n'a pas été validée. En effet, une discussion préalable au renouvellement paraît même plus fréquente dans ces situations de demande du patient. De plus, les comorbidités ou les situations psychosociales difficiles, bien que fréquentes, ne font pas passer au second plan la réévaluation des traitements et ne conduisent pas à un renouvellement sans discernement. Au total, une discussion préalable au renouvellement de la prescription de benzodiazépines ou d'hypnotiques apparentés, à lieu 6 fois sur dix. Il semble cependant que la durée du traitement et l'âge plus élevé des patients soient des facteurs liés à une discussion de la prescription moins fréquente et moins riche. En ce qui concerne les demandes de fin de consultations, qui sont souvent évoquées dans la littérature, elles n'apparaissent, dans cette étude, que dans une consultation sur six, mais semblent effectivement être en lien avec une discussion moins fréquente de la prescription (76). Cette étude quantitative a été complétée par une enquête qualitative en 2012 auprès de quatorze médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée, répartis en deux groupes d'entretiens collectifs et interrogés sur les prescriptions de benzodiazépines au long cours. Il ressort de ces entretiens que les médecins étaient conscients de leurs prescriptions hors cadre réglementaire et d'une relative perte d'autonomie professionnelle en lien avec les pressions des patients qui demandent de l'aide. Les médecins, qui se sentaient impuissants pour aider les patients, développaient donc une sorte de compromis permettant à la fois d'éviter le conflit avec ces derniers et de les aider en répondant à leurs demandes en tenant une position médicale tolérante mais mesurée (77). Ces prescriptions compassionnelles sous pression des patients peuvent-elles être considérées comme une forme d'automédication ?

Lorsque l'on s'éloigne du domaine des médicaments psychotropes, le travail en cours de publication de C. Huchet confirme que dans la majorité des cas, le médecin accède à une demande de prescription de la part du patient. Cette étude concerne l'observation directe de 865 consultations de patients chroniques et de leur renouvellement de traitements en Loire-Atlantique et Vendée. Environ un tiers de ces consultations a fait l'objet d'une demande expresse du patient d'une prescription supplémentaire (il s'agit de médicaments pour 20% de l'ensemble des consultations et de "prescriptions non médicamenteuses" (kiné, imagerie...) dans un peu plus de 10% des consultations. L'observation semble montrer que les MG accèdent aux demandes médicamenteuses et non médicamenteuses dans près de 90% des cas. A noter que dans 55% des cas de demandes médicamenteuses, il s'agit de substances à prescription médicale

obligatoire et enfin que les médecins assortissent ces prescriptions "guidées" de conseils dans 65% des cas.

4.5. Les limites des études

Les différentes études sur l'automédication, et en particulier celle des psychotropes, se heurtent tout d'abord aux difficultés inhérentes à la mise en évidence d'une activité plus ou moins assumée ou avouée et pouvant être cachée des autres. De même, le terme d'automédication n'est pas forcément défini de la même manière dans toutes les études, elle peut concerner l'achat de médicaments à prescription médicale facultative, la prise de médicaments issus de la pharmacie familiale, la non observance d'un traitement prescrit. Le constat est identique lorsque l'on s'intéresse au terme de psychotrope qui peut concerner les médicaments de la classe des psychotropes dans leur ensemble, ou être restreint aux benzodiazépines et apparentées, ou au contraire, élargi aux substances ayant des propriétés psychotropes mais n'appartenant pas à cette classe de médicaments. Dans le contexte précis de l'automédication, certains auteurs prennent en compte toutes les substances, médicamenteuses ou non, ayant une action psychotrope ou non, prises par les individus avec comme objectif une modification de l'activité cérébrale (insomnie, anxiété, asthénie...). Il existe probablement une sous-estimation de l'ampleur du phénomène. De plus le choix des dénominations des produits dans les questionnaires ne correspond peut être pas aux façons de les nommer des utilisateurs.

5. CONCLUSION

La France est un des plus grands consommateurs de médicaments psychotropes dans le monde. L'automédication de ces substances semble être très répandue et toucher toutes les tranches d'âge avec des taux avoisinants les 50% de cette consommation lorsque l'on s'intéresse aux populations spécifiques telles que les travailleurs, les étudiants ou les adolescents. Mais nous n'avons trouvé aucun article concernant la population générale française, qui avançait des chiffres sur l'automédication des médicaments psychotropes. La consommation de ces médicaments est plus importante chez les femmes et ce dès 12 ans et se majore avec l'âge. Mais là encore, nous n'avons retrouvé aucune donnée permettant de cerner le profil type du consommateur de médicaments psychotropes en automédication.

L'approvisionnement en médicaments est un prérequis à l'automédication. En ce qui concerne les psychotropes, même si quelques médicaments accessibles sans ordonnance possèdent des propriétés psychoactives et peuvent être détournés de leur usage d'origine, la quasi-totalité des médicaments psychotropes nécessitent une prescription médicale. L'automédication se fera alors en consommant des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, ou en se les procurant auprès d'un tiers.

En ce qui concerne les motivations de cette consommation de médicaments psychotropes en automédication, nous retrouvons bien entendu les motivations propres à l'automédication (soulager rapidement un symptôme gênant voire même éviter sa survenue, construction du savoir permettant de se traiter soi-même ou de conseiller un tiers lors de la survenue d'une affection connue, reprise du contrôle sur sa santé), et celles retrouvées dans la consommation de médicaments psychotropes sur prescription (insomnie, anxiété, problème de concentration, stress au travail, solitude de la personne âgée, poursuite des habitudes). Mais le patient est peut-être d'avantage autonome dans ce domaine où le vocabulaire médical est absent et qui peut posséder une connotation négative puisque touchant à la psychiatrie, rendant ainsi certains patients moins enclin à se confier. Ceci peut favoriser les pratiques d'automédication à l'abri des regards. Là encore, très peu d'articles s'intéressent spécifiquement à l'automédication des médicaments psychotropes.

Le médecin généraliste demeure le principal prescripteur de médicaments psychotropes, et le patient se tourne assez facilement vers lui pour obtenir des conseils ou des produits pour l'aider à faire face à certains maux tels que la fatigue, l'angoisse, l'insomnie, ... Son rôle est très important puisqu'il écoute et informe ses patients et peut ainsi les influencer dans leurs attitudes de consommation. C'est aussi lui qui pourra dépister des pratiques d'automédication chez ses patients.

Nous pouvons constater que beaucoup de questions restent sans réponse.

Il paraît donc nécessaire de réaliser des études sur ce sujet afin de déterminer la part de l'automédication dans la consommation de médicaments psychotropes, mais aussi pour mieux cerner les pratiques des usagers, leurs motivations, leurs moyens d'approvisionnement, leurs connaissances sur les médicaments psychotropes, ... Pour que ces études soient comparables, il est important de bien préciser ce qui est entendu par psychotropes. La limitation aux médicaments semble indispensable pour ne pas se perdre dans de multiples substances telles que la caféine, les vitamines, ... En ce qui concerne l'automédication, une définition assez large devra être employée pour prendre en compte toutes les formes d'automédication. Celle de S. Fainzang semble adaptée : c'est « l'acte qui consiste à consommer, de sa propre initiative, un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession, ou qu'on se le procure à cet effet dans une officine ou auprès d'une autre personne ».

Le questionnaire semble adapté pour des études de grande ampleur, déclaratives, mais se confronte aux problèmes de dénominations des substances qui peuvent varier selon les usagers. Les questions devront donc être assez détaillées, et très précises, ne laissant pas de doute dans l'esprit du lecteur.

Les entretiens, bien que plus limitatifs en termes de nombre de participants, paraissent assez intéressants dans ce domaine puisque plus adaptés pour faire ressortir le ressenti des patients.

Ainsi, le questionnaire pourra être choisi pour des études quantitatives pour tenter de chiffrer cette activité d'automédication des médicaments psychotropes, et les entretiens plutôt pour des études qualitatives, pour faire ressortir les motivations des usagers ainsi que

leurs connaissances sur les médicaments, leurs modes d'action et leurs représentations de leurs « maladies ». Le recrutement des consommateurs de médicaments psychotropes pourra se faire en dehors des cabinets médicaux, pour tenter d'atteindre une population la plus représentative possible. Ce phénomène touchant l'ensemble de la pyramide des âges, le critère de l'âge ne doit pas rentrer en compte dans la sélection des participants, excepté si l'on s'intéresse à des populations spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thoër C, Pierret J, Lévy JJ. Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical. *Drogue Santé Société*. 2008;7(1):19.
2. Molina N. *L'automédication*. Paris: Presses Universitaires de France; 1988. 264 p.
3. Dupuy JP, Karsenty S. *L'invasion pharmaceutique*. Seuil. Paris; 1974.
4. Buclin T. *L'automédication: pratique banale, motifs complexes*. Médecine et hygiène. Genève;
5. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Rev Fr Aff Soc*. 1 mars 2008;n° 1(1):81-94.
6. Pouchain D. *Médecine générale: concepts et pratiques*. Masson. Paris; 1996.
7. Sylvie Fainzang. *Médicament et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001. 156 p.
8. Fainzang S. Automédication: Quelle autonomie pour les patients? Quels rôles pour les soignants. *Rev Prescrire*. janv 2014;34(363):76.
9. Bordenave H, Despas F, Sommet A, Montastruc J-L. Composition des armoires à pharmacie familiales : échantillon de 207 foyers de la région Aquitaine. *Thérapie*. 2 août 2012;67(2):137-143.
10. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2012 [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7b8a53c5219badcd6d0c100edc891a8c.pdf
11. Baromètre Afipa 2012 - Conférence de presse du 23/01/2013 - 20140203174847_Marche_francais_de_lautomedication_2012.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20140203174847_Marche_francais_de_lautomedication_2012.pdf
12. Lecomte T. Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger [Internet]. ADSP; 1999 [cité 8 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad273031.pdf>
13. L'automédication des Français en 2010 - etude_opinionway-doctissimo_sur_l'automedication-2010.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.opinionway.com/pdf/etude_opinionway-doctissimo_sur_l'automedication-2010.pdf
14. Les chiffres du marché de l'automédication [Internet]. [cité 8 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx>
15. L'automédication, un enjeu économique et industriel majeur à soutenir durablement Juillet 2013 -

- 20131108154129_Automedication_enjeu_economique_et_industriel__MAJ_novembre_2013.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20131108154129_Automedication_enjeu_economique_et_industriel__MAJ_novembre_2013.pdf
16. Réunion GLAXOSMITHKLINE du 18.10.11 - 20130625180138_Afipa__Observatoire_europeen_sur_lautomedication__Juin_2013.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20130625180138_Afipa__Observatoire_europeen_sur_lautomedication__Juin_2013.pdf
 17. Jouan de Kervenoaël M, Brutus L, Guienne V. Les déterminants de l'automédication: enquête par entretiens de patients en Loire Atlantique et en Vendée en 2012. France; 2013.
 18. Clément F-X. Comment et à partir de quelles sources se construit le savoir profane des jeunes parents citadins en matière d'automédication de leurs enfants? Etude qualitative sur des parents d'enfants de moins de 6 ans de l'agglomération nantaise. [France]: Université de Nantes; 2013.
 19. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Presses universitaires de France. 2012.
 20. Modalités de contrôle - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 févr 2014]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-contrôle/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-les-medicaments/Modalites-de-contrôle/(offset)/0)
 21. Contrôle de la publicité pharmaceutique en France: opaque et d'efficacité douteuse. Rev Prescrire. janv 2011;31(327):68.
 22. Ministère de la santé. La iatrogénie (iatrogénèse) médicamenteuse en France [Internet]. Paris; 1998. Disponible sur: http://ecoetsante2010.free.fr/article.php3?id_article=127
 23. Queneau P. Iatrogénie comme motif de recours aux urgences. Ann Pharm Fr. mars 2005;63(2):131-142.
 24. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, et al. Frequency and Severity of Adverse Drug Reactions Due to Self-Medication: A Cross-Sectional Multicentre Survey in Emergency Departments. Drug Saf. 26 oct 2013;36(12):1159-1168.
 25. Iatrogénie comme motif de recours aux urgences - 47_queneau.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2013]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/urgences2007/donnees/pdf/47_queneau.pdf
 26. Haxaire C. « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. Sci Soc Santé. 2002;20(1):63-88.
 27. Garnier, Delamare. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29^e édition.
 28. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2072>
 29. Empereur F [b1] (analytic), Baumann M [b1] (analytic), Alla F [b1] (analytic), Briancon S [b1] (analytic). Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. J Clin Pharm Ther Print. cover date 2003;28(1):61-68.

30. Swartz M, Landerman R, George LK, Melville ML, Blazer D, Smith K. Benzodiazepine anti-anxiety agents: prevalence and correlates of use in a southern community. *Am J Public Health*. 1991;81(5):592-6.
31. Blennow G, Romelsjö A, Leifman H, Leifman A, Karlsson G. Sedatives and hypnotics in Stockholm: social factors and kinds of use. *Am J Public Health*. févr 1994;84(2):242-246.
32. Hautefeuille M. Le dopage des cadres ou le dopage au quotidien. *Inf Psychiatr*. 1 nov 2008;Volume 84(9):827-834.
33. Baumann M, Alla F, Bonnetain F. Consommateurs continus et occasionnels. *Psychotropes*. 1 juin 2001;Vol. 7(2):33-47.
34. Micoulaud-Franchi J-A, Vion-Dury J, Lancon C. Peut-on prescrire des psychostimulants chez un étudiant sain ? Exemple d'un cas clinique. *Thérapie*. 9 août 2012;67(3):213-221.
35. ccne.avis_ndeg122.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne.avis_ndeg122.pdf
36. Zarifian E. *Le Prix du bien-être: psychotropes et société*. Paris: O. Jacob; 1996.
37. Goffette J. Psychostimulants : au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique. *Drogue Santé Société*. 2008;7(1):91.
38. *300 médicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement*. Paris: Balland; 1988.
39. Thay S. Parle-t-on d'automédication lors des consultations de médecine générale ? Enquête par observation directe auprès de 126 médecins de Loire-Atlantique et Vendée en 2012. [T]. [France]: Université de Nantes; 2013.
40. M Pousset. *drogues, chiffres clés. ofdt*. 5è édition. juin 2013;
41. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):195-206.
42. Les usages de substances psychoactives en population adulte - 1ers résultats du Baromètre santé 2010 - Baro 2010 conf presse addictions 2011 06 29 v1.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Baro%202010%20conf%20presse%20addictions%202011%2006%2029%20v1.pdf>
43. Nézet L. Alcool, Tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances* [Internet]. 2009 [cité 5 nov 2013];(64). Disponible sur: http://marilou.aderanet.com/20/doc/Cannabis/professionnels/OFDT_030209.pdf
44. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. *Enq Sur Santé Consomm Lors L'appel Préparation À Déf ESCAPAD* [Internet]. 2011 [cité 26 mars 2013]; Disponible sur: <http://www.entrepaticients.net/sites/default/files/dossiers/escapad-enquete-2011.pdf>

45. Lapeyre-Mestre M, Sulem P, Niezborala M, Ngoundo-Mbongue TB, Briand-Vincens D, Jansou P, et al. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Thérapie*. nov 2004;59(6):615-623.
46. Lherminier-Mihara K. Étude transversale de la consommation de psychotropes hors prescription au sein du personnel d'un centre hospitalier psychiatrique de la région toulousaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2012.
47. Villani P, Morciano C, Ambrosi P, Brondino-Riquier R, Bertault-Peres P, Penot-Ragon C, et al. Prescription et consommation des médicaments hypnotiques et anxiolytiques dans les services de médecine des hôpitaux sud du CHU de Marseille. *Thérapie*. 12 mai 2013;56(1):11-14.
48. Laure P, Binsinger C. Consommation de produits « aux fins de performance » par les médecins généralistes. *Thérapie*. sept 2003;58(5):445-450.
49. Orriols L, Gaillard J, Lapeyre-Mestre M, Roussin PA. Evaluation of Abuse and Dependence on Drugs Used for Self-Medication. *Drug Saf*. 1 oct 2009;32(10):859-873.
50. Baumann M. Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *L'Encephale*. 2002;28(5):389-396.
51. Bergot Le Floch A-L. Les pratiques d'automédication (spécificité des psychotropes): Analyse qualitative à partir d'entretiens sur les pharmacies familiales en pays messin. Brest; 2012.
52. Ducouso-Lacaze A, Keller P-H. Clinique d'une consommation de médicaments psychotropes : la part de l'inconscient. *Clin Méditerranéennes*. 18 mars 2008;n° 77(1):111-124.
53. Méadel C, Akrich M. Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques. *Sci Soc Santé*. 2002;20(1):89-116.
54. Lapaix E. Consommation de produits en vue de performance par les étudiants de Toulouse en période d'examen [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques; 2005.
55. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Paris GTNDO [Internet]. 2003 [cité 18 oct 2013]; Disponible sur: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
56. Salgues F. Troubles du sommeil et automédication: rôle du pharmacien d'officine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques; 2010.
57. Acquaviva E, Legleye S, Auleley GR, Deligne J, Carel D, Falissard B B. Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data. *BMC Psychiatry*. 17 nov 2009;9:72.
58. Ledoux S, Choquet M, Manfredi R. Self-reported use of drugs for sleep or distress among French adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. sept 1994;15(6):495-502.
59. OFDT. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*. juin 2009;(66).

60. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* 1982. mars 1998;46(4-5):581-590.
61. Cabrita J, Ferreira H, Iglésias P, Baptista T, Rocha E, Lopes da Silva A, et al. Patterns and determinants of psychoactive drug use in Lisbon University students--a population-based study. *Pharm World Sci PWS*. avr 2004;26(2):79-82.
62. Wazaify M, Shields E, Hughes CM, McElnay JC. Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines. *Fam Pract*. 4 janv 2005;22(2):170-176.
63. Matheson C. Misuse of over-the-counter medicines from community pharmacies: a population survey of Scottish pharmacies. *Pharm J*. 2002;66-68.
64. Pates R, McBride AJ, Li S, Ramadan R. Misuse of over-the-counter medicines: a survey of community pharmacies in a South Wales health authority. *Pharm J*. 2002;268(7184):179-182.
65. Westra HA, Stewart SH. As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: incidence and implications. *Curr Pharm Des*. 2002;8(1):59-74.
66. Mitchell AJ. Adherence behaviour with psychotropic medication is a form of self-medication. *Med Hypotheses*. 2007;68(1):12-21.
67. Roseneau P, Thoër C. The liberalization of access to medication in the United States and Europe. *Contested Ground: Public Purpose and Private Interest in the Regulation of Prescription Drugs*. Oxford University Press; 1996. 286 p.
68. Harmon A. Young, assured and playing pharmacist to friends. *N Y Times* [Internet]. 2005 [cité 22 févr 2014];16. Disponible sur: https://facultystaff.richmond.edu/~bmayes/pdf/Self_Medicating_Psychopharmacology.pdf
69. Bell R. Over-the-counter drugs: factors in adult use of sedatives, tranquilizers, and stimulants. *Public Health Rep*. 1984;99(3):319-323.
70. PEDERSEN W, LAVIK N. Adolescents and benzodiazepines : prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(1):94-98.
71. Thoër C, Robitaille M. Utiliser des médicaments stimulants pour améliorer sa performance : usages et discours de jeunes adultes québécois. *Drogue Santé Société*. 2011;10(2):143.
72. Elizabeth Dorothy Sloand, Judith A. Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs*. janv 2001;24(1):57-67.
73. Sleath B, Rubin RH, Huston SA. Hispanic ethnicity, physician-patient communication, and antidepressant adherence. *Compr Psychiatry*. mai 2003;44(3):198-204.
74. Sleath B, Roter D, Chewing B, Svarstad B. Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Med Care*. nov 1999;37(11):1169-1173.
75. Sleath B, Rubin RH, Campbell W, Gwyther L, Clark T. Physician-patient communication about over-the-counter medications. *Soc Sci Med*. août 2001;53(3):357-369.

76. Rat C. Renouvellement des benzodiazépines au-delà des durées recommandées. *Exercer*. 2010;(93):104-110.
77. Canevet J-P. Consommateurs de benzodiazépines au long cours : qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs ? 2012;101(23):52-58.

BABEAU Tanguy

Titre de Thèse : Conduites d'automédication des médicaments psychotropes dans la population générale française : introduction à partir d'une revue de la littérature scientifique française

RESUME

Contexte : La France est l'un des plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde. L'automédication se développe en France et les médicaments psychotropes n'échappent sans doute pas à la règle. **Objectifs :** Ce travail cherchait à répondre à trois questions: L'automédication des médicaments psychotropes est-elle une pratique répandue en France ? Qui s'automédie ? Quels sont les déterminants de cette automédication ? **Méthodes :** Cette thèse est une revue systématique de la littérature. **Résultats :** L'automédication des médicaments psychotropes semble être très répandue et toucher toutes les tranches d'âge, avec des taux avoisinant les 50% de la consommation de ces substances lorsque l'on s'intéresse aux populations spécifiques comme les travailleurs, les étudiants ou les adolescents. Malheureusement aucun chiffre dans la population générale n'a été retrouvé. **Conclusion :** Trop peu de données sont présentes dans la littérature pour pouvoir cerner l'ampleur ainsi que les déterminants de ces pratiques d'automédication. Des études devront être réalisées.

MOTS-CLES

automédication – psychotrope – hypnotique – benzodiazépine – somnifère – médicaments du système nerveux – médecin généraliste –