

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 149

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Stéphane THAY
né le 22/12/1984 à La Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 25 avril 2013

**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.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Membres du jury : Madame le Professeur Pascale JOLLIET-EVIN

Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Monsieur le Docteur Pierre PLISSONNEAU-DUQUENE

TABLE DES MATIERES

Introduction -----	p. 3
Matériels et méthode -----	p. 9
Résultats -----	p. 14
Discussion -----	p. 17
Conclusion -----	p. 27
Bibliographie -----	p. 29
Tableaux et figures -----	p. 34
Annexe : grille de recueil des données -----	p. 42

INTRODUCTION

Plusieurs études portant sur l'écologie des soins médicaux aux Etats-Unis d'Amérique et en Angleterre (McAteer *et al.*, 2011 ; Green *et al.*, 2001 ; White *et al.*, 1961) ont montré que la proportion de la population ayant ressenti un problème de santé sur une période d'un mois était stable aux alentours de 75 à 80%. Parmi ces personnes ayant ressenti un problème de santé, à peine un tiers consulte un médecin et les deux-tiers font le choix de ne rien faire ou de se soigner par elles-mêmes. La majorité des symptômes ressentis par la population semble ainsi gérée sans qu'il soit fait appel à un professionnel de santé. Dans ce cas, les adultes américains et britanniques ont majoritairement recours aux traitements médicamenteux (antérieurement prescrits ou non), aux discussions entre amis et dans la famille et à la diminution des activités quotidiennes (Elliott *et al.*, 2011 ; Verbrugge *et al.*, 1987). L'autodiagnostic et l'autoprescription semblent s'inscrire nettement dans les stratégies individuelles de parcours de soin. Il n'existe pas de données de cette nature en France.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini le concept de « self-care », terme pouvant être traduit en français par « auto-soins » ou « soins pour et par l'individu lui-même ». Ce concept fait référence aux démarches entreprises par les individus, les familles et les communautés afin d'améliorer leur santé, de prévenir la survenue de pathologies, de limiter la dégradation de la santé et de recouvrer celle-ci. Ces démarches sont établies à partir de connaissances et de compétences issues de l'expérience de différents professionnels de santé et de l'individu lui-même. Elles sont initiées par les individus pour leur propre compte, de façon indépendante ou en collaboration avec des professionnels (WHO 1983). L'automédication constitue un des piliers du « self-care ». Littéralement, l'automédication correspond au fait de « se soigner soi-même avec des médicaments » : il s'agit de la réponse que le patient apporte à un symptôme qu'il juge bénin ou à une situation pathologique connue (Fainzang 2010). Il n'existe pas de définition unique de l'automédication dans la littérature. Par exemples, pour l'OMS, « l'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies qu'ils ont eux-mêmes identifiés, grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées » (WHO 2000) ; pour l'Association médicale

mondiale, il s'agit de « l'emploi, par une personne, de sa propre initiative ou sur les conseils d'un professionnel de santé, de médicaments titulaires d'une autorisation de mise sur le marché, légalement délivrés sans prescription » (WMA 2002). Ces deux dernières définitions s'appuient sur la réglementation du médicament et excluent les usages autonomes du stock pharmaceutique familial. Nous avons quant à nous retenu la définition de Sylvie Fainzaing, anthropologue : « l'automédication fait référence aux soins que la personne veut se donner dans un contexte spécifique, selon ses conceptions de la santé et de la maladie qu'elle aura construites, à partir de ses expériences passées » (Fainzaing 2010). Cette dernière définition est centrée sur l'individu : elle se base sur son savoir, ses expériences et ses usages. L'automédication n'est pas seulement définie par un type de consommation de médicaments d'où qu'ils viennent, elle se définit plus largement comme un comportement d'auto-soins.

Le libreaccès à certains médicaments est un phénomène répandu dans les pays anglo-saxons et du nord de l'Europe. Il s'est développé dès les années 1970 aux Etats-Unis et dans les années 1990 au Royaume-Uni et au Danemark (Blenkinsopp *et al.*, 1996 ; Bush & Rabin, 1976). Par opposition, les achats hors prescriptions de boîtes de médicaments sont passés de 48% en France en 1960 à 12% en 1991 du fait de la généralisation de l'assurance maladie et de l'augmentation de l'accès aux consultations médicales (Lecomte 1998). De ce fait, le développement du marché de l'automédication est resté faible, contrairement aux pays anglo-saxons. En terme d'accès aux médicaments, la situation française est caractérisée par les conditions de financement de leur acquisition et par leur circuit de distribution. Comme dans les pays susmentionnés, il existe deux catégories de médicaments en France, ceux qui, pris en charge par l'assurance maladie et délivrés en pharmacies, sont soumis à une prescription médicale obligatoire et ceux pour lesquels la prescription médicale est facultative. Spécificité française, ces derniers peuvent malgré tout être remboursés par l'assurance maladie s'ils sont prescrits par un médecin mais leur délivrance se fait dans tous les cas par un pharmacien. Cette situation encourage donc l'individu à consulter un médecin pour acquérir des médicaments qu'il pourrait obtenir sans ordonnance (Raynaud, 2008 ; Bergmann, 2003). Le marché français de l'automédication s'est ainsi stabilisé autour de 12% des acquisitions de boîtes de médicaments dans les années 2000. Pendant cette période, la révision du service médical rendu de nombreux

médicaments à prescription médicale facultative a conduit à proposer leur déremboursement. La recherche d'une maîtrise des dépenses publiques de santé, coïncidant avec les intérêts des firmes pharmaceutiques de l'automédication, a conduit le gouvernement français à instaurer en juillet 2008 le libre accès en pharmacies pour certains médicaments (Prescrire international, 2008). Le pharmacien est libre de créer ou non cette zone de libreaccès dans son officine. L'utilisateur peut dès lors choisir lui-même le médicament qu'il souhaite acheter. Cependant, la vente reste sous la responsabilité du pharmacien. Les médicaments OTC (over-the-counter) ne sont pas remboursables et leur publicité est autorisée sauf si la même spécialité existe en prescription obligatoire. Leur prix est librement fixé par le pharmacien, contrairement aux autres. (Prescrire international, 2008 ; Baumelou, 2007 ; Lecomte, 1998). En 2011, 71% des pharmacies se sont équipées de linéaires en libre accès et près de 380 spécialités sont disponibles à la vente en France (Afipa, 2013).

L'automédication semble en lente progression en France depuis quelques années. Alors que le libreaccès y a représenté 16% des acquisitions de boîtes de médicaments en France en 2011 (Afipa, 2012), il représentait la même année 48% des acquisitions au Royaume-Uni (PAGB, 2011).

De nombreuses études françaises et étrangères ont tenté de définir un profil du patient usager de l'automédication. Le recours à l'automédication semble concerner préférentiellement les femmes, notamment celles d'âge actif (Raynaud, 2008 ; Laure, 1998 ; Johnson & Pope, 1983) et aux revenus plutôt élevés (Bradley *et al.*, 1998 ; Laure, 1998 ; Johnson & Pope, 1983). Le niveau de protection sociale ne paraît pas avoir d'impact sur le recours à l'automédication (Raynaud, 2008). La pratique de l'automédication semble diminuer avec l'âge, parallèlement à l'augmentation de la consommation de médicaments prescrits au long cours (Delaney *et al.*, 2011 ; Raynaud, 2008). Le fait d'évaluer sa santé comme étant moyenne et le fait d'y accorder de l'importance semblent également être des déterminants du recours à l'automédication (Johnson & Pope, 1983). Le plus souvent, les médicaments utilisés étaient déjà acquis (pharmacie familiale), à partir d'une ancienne prescription médicale (Laure, 1998 ; Segall, 1990). Certaines situations cliniques se prêteraient plus volontiers à l'automédication : c'est ainsi qu'elle est fréquente en cas de céphalées ou de troubles respiratoires, digestifs et du sommeil (Laure, 1998 ; Segall, 1990 ;

Johnson & Pope, 1983). Les classes médicamenteuses privilégiées semblent être les antalgiques, les médicaments contre les troubles des voies respiratoires ainsi que les vitamines (Hugues, 1990 ; Segall, 1990).

Actuellement, les recommandations de bonne pratique préconisent une approche médicale centrée sur le patient. S'enquérir des usages d'automédication d'un patient permet à la fois de lui reconnaître un savoir profane et de responsabiliser ce dernier dans la gestion de sa santé. Chewning & Sleath (1996) ont suggéré qu'une approche centrée patient se devait d'intégrer cette pratique réalisée en amont de la consultation médicale, en vue d'obtenir une décision de soins partagée. Cependant, l'intervention du médecin concernant l'automédication du patient peut être vue comme une tentative de médicalisation d'un domaine de soins où le patient exerce pleinement son autonomie. Plutôt qu'une forme de contrôle, il s'agit en fait selon Bradley & Blikensopp (1996) d'une forme de collaboration entre le médecin et son patient : le médecin informant le patient de l'indication d'un traitement selon le diagnostic posé, ce dernier restant libre de l'adapter à sa convenance. Toutefois, il appartient aussi au médecin de vérifier si l'automédication ne conduit pas à l'existence de risques pour la santé : risque d'effets indésirables en raison d'une contre-indication, de mésusages par erreur d'interprétation des indications et modalités d'administration, d'interactions médicamenteuses et de surdosages (Stosic *et al.*, 2011 ; Lokker *et al.*, 2009 ; Queneau, 2008 ; Wazaify *et al.*, 2005). Discuter d'automédication permet au médecin généraliste de remplir sa mission de prévention et d'évaluer la sécurité des usages des patients (Bradley & Bond, 1995). Une étude française de pharmacovigilance réalisée en 1997 a ainsi permis de recenser 65 cas d'effets indésirables liés à l'automédication : ces cas concernaient des troubles du système nerveux et du système digestif ainsi que des troubles cutanés et ces effets ont été considérés comme sévères dans 40% des cas (Montastruc *et al.*, 1997).

Compte-tenu de la banalisation des usages de l'automédication et de l'intérêt pour le patient d'une prise en compte de ses pratiques d'auto-soins par le médecin, il convient de se demander si l'automédication fait l'objet d'une discussion au cours des consultations de médecine générale. Médecins et patients n'initient pas toujours de discussion autour des traitements médicamenteux : dans une étude américaine portant sur des patients retraités, cela ne concernait que 33% des consultations et les médicaments en accès-libre occupaient

18% de ces discussions (Arar *et al.*, 1995). Dans une étude chez des patients chroniques, 53% posaient des questions concernant leurs médicaments et ces discussions occupaient un cinquième du temps des consultations (Sleath *et al.*, 1999). La place de la discussion autour des médicaments semble ainsi très variable puisque dans une autre étude, elle pouvait occuper 1 à 77% du temps de la consultation (Stevenson *et al.*, 2000). En outre, une discussion approfondie des pratiques du patient n'était observée que dans 17% des consultations (Arar *et al.*, 1995). S'agissant d'automédication, une étude a montré qu'elle faisait l'objet d'une discussion entre patient et médecin dans 54% des consultations (Stevenson *et al.*, 2003). Selon les études, c'est le patient qui prend l'initiative d'en parler (31% pour Stevenson *et al.* en 2003 et 58% dans l'étude de Sleath *et al.* en 2001) alors que les médecins s'enquière de ce comportement chez leurs patients dans respectivement 23% et 37% des consultations (Stevenson *et al.*, 2003 ; Sleath *et al.*, 2001). L'absence de questionnement par le médecin est un motif fréquemment retrouvé pour expliquer la non-révélation de l'automédication par le patient : de 23% dans une étude (Sleath *et al.* 2001) à 60% dans une autre concernant le recours aux médecines alternatives (Eisenberg *et al.*, 2001). A cet égard, le questionnement du médecin semble déterminant : une étude américaine a montré en effet que seuls 11% des patients parvenaient à confier au médecin tous les motifs qui les avaient conduit à consulter (Barry *et al.*, 2000). Selon cette étude, la communication entre le médecin et son patient pouvait s'avérer inefficace et la prise en charge proposée par le médecin ne pas répondre aux attentes du patient. D'autres motifs de non-révélation de l'automédication au médecin ont été mis en évidence : pratique appartenant au domaine privé du patient, crainte de n'être pas compris du médecin ou d'une réaction négative de ce dernier (Raynaud 2008 ; Eisenberg *et al.*, 2001 ; Sleath *et al.*, 2001). Dans une étude britannique, plus de 50% des patients estimaient que leur médecin généraliste devait se renseigner plus fréquemment sur une éventuelle pratique de l'automédication (Bradley *et al.*, 1998).

L'automédication est donc une pratique d'auto-soin qui s'est développée avec la disponibilité des médicaments en libre-accès depuis de nombreuses années dans des pays tels que les Etats-Unis ou le Royaume-Uni. L'essor de cette pratique en France n'a été constaté que depuis quelques années. L'année 2008 a en effet constitué un tournant pour l'automédication, avec l'apparition de médicaments en libre-accès. Les achats de

médicaments en accès libre restent cependant peu développés en France par rapport aux pays anglo-saxons. Un contexte du marché du médicament différent (monopole des pharmacies, remboursements des médicaments à prescription facultative) pourrait l'expliquer. L'automédication semble être davantage plébiscitée par certains types de patients et dans certaines situations cliniques. Des effets indésirables peuvent découler de la consommation de tout médicament. Ce risque est d'autant plus grand que ce comportement échappe au support d'un professionnel de santé. Des échanges entre médecin et patient autour de l'automédication pendant les consultations semblent dès lors nécessaires dans le cadre d'une approche centrée sur le patient et d'une démarche médicale fondée sur les données probantes. Des études anglo-saxonnes ont étudié les aspects de cette communication, mais il n'existe pas de données sur le sujet en France. Ce travail s'est donc intéressé à la discussion autour de l'automédication en consultation de médecine générale selon les axes suivants :

- (I) L'automédication fait-elle l'objet d'une discussion au cours de la consultation pour une affection aiguë ?
- (II) Dans quelles situations cliniques parle-t-on d'automédication et quelles sont les thérapeutiques alors utilisées ?
- (III) Qui initie la discussion sur l'automédication ? Le patient en parle-t-il spontanément ? Le médecin s'enquiert-il de ce comportement ?
- (IV) La discussion autour de l'automédication est-elle prise en compte dans les prescriptions ?

Cette enquête introduit un ensemble de recherches multidisciplinaires (projet AUTOMED de l'Agence nationale de la recherche) visant à dresser un état des lieux des pratiques d'auto-soin.

MATERIELS ET METHODE

Populations étudiées

Médecins

L'étude s'est déroulée du 14 mai au 15 juin 2012 dans 126 cabinets de médecine générale répartis entre les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Ces médecins, maîtres de stage, étaient agréés par l'université pour accueillir des internes dans le cadre du stage « praticien » de niveau 1 du Diplôme d'études spécialisées de Médecine générale (DES MG). En tant que maîtres de stage universitaires (MSU), ces médecins peuvent être sollicités pour participer à des travaux de recherche. Ils ont été avertis par une lettre émanant du Département de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes qu'un travail de recherche sur l'automédication allait se mettre en place. Cependant, si le thème général de l'étude était connu, l'objectif principal de ce travail de recherche basé sur l'observation par les internes de leurs consultations ne leur a pas été communiqué afin de ne pas modifier leur comportement.

Enquêteurs

Les enquêteurs recrutés étaient les internes de médecine générale de l'Université de Nantes ayant choisi le stage « Praticien niveau 1 » pour le semestre de mai à novembre 2012. Une interne a d'emblée été exclue du groupe d'enquêteurs car elle effectuait son stage dans une autre région.

Les 54 internes étaient affectés chacun à un groupe de MSU (unité pédagogique déterminée par le Département de Médecine générale) composé de 2 à 8 praticiens. Sur les 54 groupes : 44 étaient composés exclusivement de médecins généralistes installés, 8 groupes comptaient plusieurs médecins exerçant chez « SOS médecins Nantes » ou « SOS médecins Saint Nazaire », un groupe incluait un pédiatre et un groupe incluait une gynécologue.

Le déroulement préconisé pour ce stage est le suivant : le semestre doit débiter par une phase d'observation d'environ un mois au cours de laquelle l'interne n'intervient pas dans la consultation. Une période de supervision directe succède à cette phase : l'interne mène la consultation et le médecin maître de stage reste en position de retrait. Il peut intervenir dans la consultation si cela est nécessaire pour la prise en charge du patient. La

dernière période du stage est appelée phase de « supervision indirecte » : l'interne, mis en autonomie, mène seul les consultations. Le médecin maître de stage reste joignable par téléphone. Une séance de débriefing hebdomadaire est prévue.

Les internes ont été formés à l'enquête à l'aide de consultations simulées qui se sont déroulées le 10 mai 2012 à la faculté de médecine de Nantes. Par groupes de 3 ou 4, les internes jouaient successivement les rôles du médecin généraliste, du patient et de l'enquêteur. Cela leur a permis d'intégrer la méthode et de valider la grille d'observation. La consigne de travail donnée aux internes était de remplir les grilles d'observation uniquement lorsqu'ils étaient en position d'observateur de la consultation.

Patients

Tout patient (ce qui comprend également les enfants accompagnés) consultant son médecin généraliste pour une affection aiguë était susceptible d'être inclus dans l'étude.

Recueil de données

Le format choisi pour l'étude était l'observation directe. La présence de l'interne-enquêteur devait être validée par le patient. Celui-ci était averti au préalable que son médecin généraliste était accompagné d'un jeune médecin en formation mais n'était pas informé de l'étude en cours. Il était libre de refuser la présence de l'interne. Celui-ci était placé en position d'observation sans intervenir dans la relation médecin-patient. Le médecin-maître de stage ne connaissait pas non plus la grille d'observation et ne savait pas quel aspect de sa consultation faisait l'objet de l'observation. Le choix de cette technique de recueil de données et d'aveugle pour les participants avait pour objectif de ne pas influencer les réponses et les comportements du médecin et du patient. Nous souhaitons étudier l'automédication dans un cadre de consultation le plus authentique possible. Ce protocole a été soumis au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé.

La grille d'observation que les internes devaient remplir à la volée contenait les items suivants (**Annexe 1**) : (I) nom de l'interne ; (II) caractéristiques du médecin : nom, sexe, lieu d'exercice ; (III) caractéristiques du patient : sexe, âge, profession, commune de résidence, motif de consultation, existence d'une possibilité de tiers payant de type Couverture médicale universelle (CMU) ou Aide médicale d'Etat (AME) ; (IV) mention d'une

automédication par le patient et exploration par le médecin, produits utilisés pour l'automédication ; (V) résultat de consultation ; (VI) prescriptions à l'issue de la consultation : médicaments/examens complémentaires/orientation vers un spécialiste, avec l'appréciation par l'interne de la prise en compte par le médecin au moment des prescriptions de la discussion qui a éventuellement eu lieu autour de l'automédication. Afin de ne pas ralentir le rythme des consultations, les enquêteurs devaient le moins possible aller chercher d'éventuelles informations manquantes dans les dossiers informatiques des patients.

Exploitation des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Elles ont également été recodées. Des items ont été ajoutés à la grille, après interprétation des informations recueillies : (I) nombre moyen de consultations journalières par praticien, communiqué par l'interne (la médiane est à 25) ; (II) canton de rattachement du lieu où le cabinet du médecin est situé ; (III) type d'exercice : urbain ou rural, selon les définitions de l'Institut national de la Statistique et des études économiques (http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.htm) ; (IV) éloignement du lieu de résidence du patient par rapport au cabinet médical (de commune à commune). Les distances ont été calculées à l'aide d'un site internet de calcul d'itinéraires routiers (Via Michelin : <http://www.viamichelin.fr>). L'option de parcours choisie arbitrairement était « trajet le plus rapide » ; (V) classification des professions des patients selon les catégories déterminées par l'INSEE (<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>) ; (VI) codification selon la Classification internationale des soins primaires (CISP -2 : <http://www.refcisp.info/index.php5?rubrique=consultation&page=listeCodes&PHPSESSID=06a0ce670f82d9a64f7efacf809b15b2>) des motifs et résultats de consultation. (VII) liste des classes thérapeutiques des médicaments utilisés par le patient en automédication.

Dans un second temps, certaines données ont été catégorisées afin d'en faciliter l'exploitation : (I) répartition des patients en classes d'âges (moins de 15 ans ; 15-64 ans ; 65 ans et plus). L'âge « 1 an » a été attribué aux patients ayant moins d'un an. (II) anonymisation dès l'inclusion des médecins et des internes ayant participé à l'étude.

Chaque nom a été remplacé par un numéro. Un seul des investigateurs détenait la liste avec les correspondances. (III) Les catégories socio-professionnelles de l'INSEE ont été regroupées en 2 grandes classes : d'une part, les personnes « en activité » (agriculteurs et exploitants ; artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers et chômeurs) et d'autre part les « inactifs » (élèves et étudiants, retraités et autres personnes sans activité professionnelle).

Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA MP 11.2.

Des analyses descriptives univariées ont été réalisées en utilisant le test statistique du Chi-deux de Pearson. Ce test permet d'étudier l'action d'une variable (un facteur), et d'une seule à la fois (chacune des caractéristiques du patient par exemple), sur un phénomène observé que l'on cherche à expliquer (ici le recours à l'automédication). Le risque « alpha » est fixé à 5%. Ce test permet de comparer des variables qualitatives.

Des analyses multivariées ont été réalisées à l'aide de modèles de régression logistique (procédure « logit » dans STATA). L'objectif est d'étudier simultanément l'action de plusieurs variables (facteurs), en tenant compte de leurs effets les uns sur les autres, sur un phénomène observé que l'on cherche à expliquer. Une analyse multivariée permet de prendre en compte les facteurs de confusion. Il s'agit de modéliser l'effet d'un vecteur de variables aléatoires (par exemple : sexe du patient + âge du patient + profession du patient) sur une variable aléatoire binomiale (par exemple : pratique d'automédication d'un patient). L'intérêt majeur de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (« mesure ajustée»). Les coefficients estimés par le modèle sont en effet liés mathématiquement à l'Odds ratio (ou rapport des cotes) qui représente la force de l'association entre un facteur et une maladie, bien qu'il ne soit qu'une approximation du risque relatif.

Notre jeu de données comportait des observations de patients effectuées par des médecins généralistes eux mêmes observés par des internes en médecine, chacun pouvant observer entre 2 et 8 praticiens différents. Les modèles « multiniveaux », seuls capables de tenir

compte de cette structuration hiérarchique des données, sont utiles pour étudier les effets contextuels (environnement) au-delà des facteurs individuels liés aux patients et pour distinguer la variabilité existant au niveau individuel de la variabilité inter-groupe (Chaix & Chauvin, 2002). Dans cette étude, l'interne a joué un rôle déterminant pour apprécier la façon dont les médecins tenaient compte de l'automédication de leurs patients au moment des prescriptions. En conséquence, nous avons utilisé un modèle logistique mixte avec effets fixes et aléatoires sur trois niveaux « patient », « médecin » et « interne » (procédure « xtmelogit » dans STATA) pour l'étude des déterminants de la prise en compte de l'automédication par les médecins en fin de consultation. Le calcul de l'Odds ratio médian (Merlo *et al.*, 2006) a été utilisé pour mesurer la variabilité inter-groupe : celui-ci fournit donc des informations sur l'amplitude des variations d'attitudes entre médecins et d'observations entre internes.

RESULTATS

Caractéristiques des médecins et des patients

Cents vingt-six médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique et de Vendée ont participé à l'étude : 47 étaient de sexe féminin (37%) et 79 étaient de sexe masculin (63%). Les hommes consultaient davantage que les femmes : 57% (45/79) d'entre eux réalisaient plus de 25 consultations par jour vs. 31,9% (15/47) pour les femmes ($p=0,006$). L'enquête a porté sur 1597 rencontres de soins. Le **tableau 1** recense les caractéristiques générales de la population étudiée. Un peu moins de 17% de notre échantillon habitait en zone rurale. Les patients de sexe féminin étaient majoritaires chez les plus de 15 ans. Le taux d'activité des 15-64 ans était de 69,5%.

Principaux résultats

Près de 2 consultations sur 3 (68,2% [65,8-70,4] soit 1088/1596) ont fait l'objet d'une discussion autour de l'automédication. Le fait d'informer spontanément le médecin d'une pratique d'automédication pour une affection aiguë a concerné 42,2% [39,7-44,7] des patients (673/1595). Les médecins ont posé des questions sur l'automédication à leurs patients dans 49,5% [47,0-52,0] des cas (788/1591) et plus fréquemment lorsque le patient en avait parlé auparavant (57,9% soit 387/668 vs. 43,3% soit 399/921, $p<0,001$).

Motifs de consultation et classes thérapeutiques utilisées en automédication

La moitié des plaintes des patients se sont réparties, dans l'ordre décroissant de fréquence, entre les systèmes ostéo-articulaire, respiratoire et digestif (**tableau 2**). Les enfants étaient amenés en consultation essentiellement pour des symptômes oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, respiratoires ou d'ordre général. Les plaintes d'ordre génital, urologique et psychologique concernaient principalement les femmes d'âge actif. Les troubles ostéo-articulaires, psychologiques et généraux (asthénie) étaient plus fréquents chez les patients de 15 à 64 ans en activité. La mention spontanée d'une automédication par le patient et l'exploration par le médecin étaient plus souvent observées en cas de plaintes digestives. L'automédication était également plus souvent mentionnée spontanément lorsqu'il

s'agissait de troubles cutanés et respiratoires. Le médecin recherchait aussi plus souvent une automédication lorsqu'il s'agissait de plaintes respiratoires et ostéo-articulaires.

Les antalgiques et les médicaments utilisés pour les troubles des voies digestives étaient les plus fréquemment cités (**figure 1**). La classe des « divers » comprend les médicaments utilisés pour les troubles cutanés, cardiovasculaires, ORL, ophtalmologiques, endocriniens ainsi que les médicaments du sevrage tabagique, les anti-épileptiques, les vitamines, l'homéopathie, la phytothérapie, les tisanes, les matériels (attelle), la consultation d'un praticien (masseur-kinésithérapeute, ostéopathe, magnétiseur).

Déterminants de la discussion de l'automédication en consultation

En analyse univariée (**tableau 3**), le patient mentionnait plus fréquemment une pratique de l'automédication lorsqu'il était de sexe féminin ou consultait pour une plainte digestive (respectivement $p=0,033$ et $p=0,030$). Ces déterminants sont demeurés significatifs après régression logistique (respectivement $OR=1,35 [1,09-1,67]$ et $OR=1,57 [1,09-2,26]$). Il semblait aussi exister en analyse univariée une tendance à révéler spontanément l'automédication lorsqu'il s'agissait d'un enfant ou lorsque le patient résidait en zone urbaine (respectivement $p=0,055$ et $p=0,053$). Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence du point de vue des autres caractéristiques du patient ou des caractéristiques du médecin.

Le médecin posait plus fréquemment des questions concernant l'automédication aux patients exerçant une activité professionnelle ou consultant pour une plainte ostéo-articulaire, avec respectivement $p=0,017$ et $p=0,037$ (**tableau 4**). Cela concernait principalement des médecins de sexe féminin ($p=0,012$). L'exploration était également plus fréquente lorsque le patient l'avait spontanément révélé ($p<0,001$). Il semblait exister une tendance du médecin à explorer plus facilement l'automédication lorsqu'il s'agissait d'une plainte digestive. Après régression logistique, la mention spontanée d'une automédication par le patient demeure un déterminant fort de l'exploration de ce comportement par le médecin ($OR=1,79 [1,45-2,22]$), tout comme le fait que le médecin soit de sexe féminin ($OR=1,42 [1,14-1,75]$). Les motifs de consultation pour lesquels l'automédication a été plus particulièrement explorée étaient les domaines ostéo-articulaire ($OR=1,50 [1,15-21,95]$), digestif ($OR=1,50 [1,05-2,15]$) et respiratoire ($OR=1,36 [1,02-1,79]$). Le médecin explorait

davantage les comportements d'automédication chez les patients en activité que chez les inactifs ($OR=0,77 [0,63-0,96]$).

Concernant la prise en compte de l'automédication par les médecins dans leurs prescriptions, celle-ci était plus fréquente lorsque le patient habitait en zone urbaine ou à moins de 4 km du cabinet, lorsque la consultation concernait une femme, ou lorsqu'il s'agissait d'une plainte ostéo-articulaire ou urologique (**tableau 5**). La mention spontanée de l'automédication par le patient ainsi que l'exploration favorisaient l'intégration de la pratique dans les prescriptions, avec $p<0,001$ dans les 2 cas. Le médecin intégrait plus fréquemment l'automédication de son patient dans ses prescriptions lorsqu'il consultait moins de 25 fois par jour ($p=0,006$). Cela conduisait à une fréquence plus importante de prescriptions médicamenteuses mais à un recours moindre aux examens complémentaires ou au médecin spécialiste (respectivement : $p<0,001$; $p=0,001$; $p=0,012$). Après analyse par un modèle logistique multiniveau, la seule caractéristique du patient favorisant l'intégration par le médecin de l'automédication est demeurée son lieu de résidence en zone urbaine ($OR=0,28 [0,13-0,58]$). Concernant les médecins, le fait de prendre en compte l'automédication n'influaient plus sur la fréquence des prescriptions médicamenteuses, mais le recours aux examens complémentaires ($OR=0,61 [0,40-0,93]$) et au spécialiste ($OR=0,55 [0,33-0,91]$) sont demeurés significativement moindres. Le fait que le patient ait révélé au médecin une automédication ($OR=16,5 [11,3-24,0]$) ou que celui-ci l'ait exploré ($OR=22,1 [14,9-33,0]$) est resté fortement lié à l'intégration de cette composante dans la prescription. L'Odds Ratio médian, mesurant l'hétérogénéité qui existe entre patients de médecins différents mais de même interne, a été estimé à 1,82 et celui entre patients de médecins et d'internes différents à 3,04 (**tableau 5**).

DISCUSSION

Des études anglo-saxonnes se sont intéressées à la communication entre médecin et patient autour du thème de l'automédication. Nos résultats sont les premiers de ce type pour la France et ils indiquent qu'une discussion sur ce sujet se tient dans plus de 68% des rencontres de soins motivées par une pathologie aiguë et réalisées dans des cabinets de médecins généralistes – maîtres de stage universitaires.

Il s'est agi d'une enquête par observation directe. Cette méthode nous a permis de recueillir un nombre important de données puisque 1597 rencontres de soins ont été recensées. Ce type d'étude implique que l'enquêteur se comporte en observateur non-participatif, n'intervenant pas dans la consultation afin que la relation médecin-malade soit la plus authentique possible. Ceci n'a peut-être pas été strictement respecté par tous les enquêteurs et certains ont pu intervenir lors du temps d'anamnèse ou au moment de l'examen clinique. Ces interventions ponctuelles des enquêteurs sont susceptibles d'avoir influé sur le contenu de la consultation. D'autres méthodes de recueil des données de consultation, basées sur des enregistrements audio ou vidéo numériques, sont susceptibles d'éviter ce biais mais elles impliquent davantage de temps pour la lecture et le codage des enregistrements. Obtenir autant de données aurait été difficile par la méthode des enregistrements. L'autre avantage d'une méthode par enregistrement est que le codage des observations peut être réalisé par une seule personne. A cet égard, notre étude a employé 54 enquêteurs différents. Le grand nombre d'enquêteurs a probablement introduit un biais d'évaluation, la motivation et la rigueur pouvant varier d'un interne à l'autre. Cependant, cette variabilité est plutôt faible car l'Odds Ratio médian comparant les patients de médecins différents mais observés par un même interne et celui comparant les patients de médecins et d'internes différents sont plutôt faibles en regard des Odds Ratio des autres variables explicatives du modèle logistique multiniveau, portant sur l'analyse des déterminants de la prise en compte des pratiques d'automédication des patients lors de la décision de soins.

Tous les médecins de cette étude étaient des maîtres de stage universitaires. De ce fait, ils sont probablement davantage disposés à collaborer à une étude scientifique, aussi plus

attentifs aux motifs de consultation des patients et plus enclins à explorer leurs pratiques en matière de santé, comme cela a déjà été démontré (Law & Britten, 1995). Ces éléments constituent des biais de sélection qui rendent difficiles l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble de la population des médecins. Les médecins de sexe masculin étaient les plus représentés dans notre étude et ce sont eux qui réalisaient le plus d'actes journaliers. La répartition hommes/femmes reflète bien la démographie des Pays de la Loire où, en 2011, 69% des médecins généralistes étaient de sexe masculin (Le Breton-Lourevillois, 2011). La différence de temps de travail peut être due au fait que les femmes choisissent plus facilement un exercice à temps partiel. Une étude menée en mars 2012 sur les emplois du temps des médecins généralistes a mis en évidence que le temps de travail hebdomadaire des femmes était de 10% inférieur à celui des hommes et le nombre de demi-journées de présence au cabinet était inférieur de 7% (Jakoubovitch *et al.*, 2012).

En revanche, la population des patients de l'enquête, consultant pour une affection aiguë semble assez représentative de la population générale. C'est ainsi que la distribution par classe d'âge de notre échantillon de patients était respectivement de 16,4%, 65,8% et 17,8% pour les moins de 15 ans, les 15-64 ans et les plus de 65 ans alors qu'elle était de 17,7%, 63,9% et 18,4% dans la population française en 2012 (INSEE). Concernant la proportion de femmes de notre population de patients, elle différait peu de celle de la population française pour les enfants de moins de 15 ans (47,1% vs. 48,9%). En revanche, la proportion de femmes pour les deux autres classes d'âge de notre échantillon était supérieure à celle de la population générale (60,6% et 63,8% vs. 50,5% et 57,9% respectivement pour les 15-64 ans et les plus de 65 ans). Des travaux ont montré que les femmes semblaient consulter un médecin plus fréquemment que les hommes (Sayer & Britt, 1996; Gijssbers Van Wijk *et al.*, 1995). Wyke *et al.* (1998) ont confirmé cette observation et plus particulièrement pour les symptômes bénins. Cette prédominance des femmes dans la patientèle de médecine générale pourrait s'expliquer tout d'abord par le fait qu'elles sont habituées à un suivi plus régulier que les hommes (Sayer & Britt, 1996). Un même symptôme pourrait de même être perçu de façon différente selon le sexe du patient et les femmes évalueraient leur santé comme étant en général moins bonne que celle des hommes. Cela pourrait rendre les femmes plus attentives aux symptômes qu'elles

présentent. Une revue de la littérature a évoqué la propension des femmes à confier plus facilement leurs symptômes que les hommes (Gijsbers Van Wijk *et al.*, 1997).

L'étude s'est déroulée pendant les mois de mai et juin. Ceci a pu avoir un impact sur la fréquence des motifs de consultations. Ceux en lien avec des pathologies virales ont probablement été moins nombreux que si l'étude s'était déroulée sur des mois d'hiver. Les thérapeutiques à visée respiratoire arrivent ainsi à la 4^{ème} place parmi les plus utilisées.

Une discussion autour de l'automédication a été observée dans 68% des rencontres de soins. Plusieurs études réalisées aux USA et au Royaume Uni ont mentionné des résultats un peu différents, allant de 33 à 58% (Sleath *et al.*, 2001 ; Stevenson *et al.*, 2000 ; Arar *et al.*, 1995). La première étude a été réalisée aux USA auprès d'un échantillon de 414 patients alors que les deux dernières enquêtes, plutôt qualitatives, ont concerné un faible nombre de patients. Il est probable que l'automédication et le libre accès des médicaments soient des pratiques mieux assumées et plus intégrées dans des pays comme les USA ou le Royaume Uni où elles se sont développées depuis bien plus longtemps qu'en France. Le fait que les discussions autour de l'automédication apparaissent paradoxalement plus fréquentes lors des consultations de médecine générale en France tient probablement à ce que les médecins généralistes observés étaient des maîtres de stage universitaires, plus enclins à développer la communication avec les patients (Ferenchick *et al.*, 2002). Le résultat de cette étude vient confirmer que l'automédication n'est pas un sujet tabou en 2012 en France entre les médecins et les patients et que ces usages font l'objet de discussions au cours des consultations médicales.

La proportion de patients ayant mentionné à leur médecin avoir eu recours à l'automédication avant la consultation a été estimée à 42%. Ce chiffre est très proche de ceux mentionnés par Sleath *et al.* (2001) et Stevenson *et al.* (2000), respectivement 42 et 47%. La base de recrutement des patients de notre étude et de celle de Stevenson *et al.* (2000) était identique, à savoir des patients adultes venant consulter pour une nouvelle plainte aiguë. Les critères de recrutement de l'étude de Sleath *et al.* (2001) sont moins précis mais les patients étaient issus en majorité de minorités ethniques. Or, cette étude a mis en évidence que le fait d'appartenir à une minorité ethnique pouvait favoriser la discussion autour de l'automédication. Par ailleurs, un tiers des patients ayant rapporté aux

investigateurs qu'ils avaient recours à l'automédication le mois précédent la consultation ne l'a pas révélé au médecin lors de la consultation. Cette proportion double dans une étude portant sur le recours aux médecines alternatives (Eisenberg *et al.*, 2001). Dans ces études, les raisons les plus fréquemment invoquées étaient les suivantes : le médecin ne l'avait pas demandé, le patient estimait que cela ne regardait pas le médecin, le patient craignait une réaction négative du médecin, le patient oubliait d'en parler. Les femmes de notre étude révélaient plus fréquemment un comportement d'automédication que les hommes (OR=1,35 [1,09-1,67]), témoignant d'une plus grande préoccupation de ces dernières vis-à-vis de leur état de santé (Johnson & Pope, 1983). Plusieurs études antérieures ont trouvé un profil similaire. Shivo *et al.* (2000) ont montré que l'auto-soin par consommation de médicaments OTC était surtout le fait de patients de sexe féminin. Laure (1998) a observé que les femmes de 15 à 49 ans étaient les plus nombreuses à avoir recours à l'automédication (de 54% à 73% des classes d'âges définies), avec plus de 70% de femmes ayant entre 20 et 39 ans. Le phénomène concerne donc majoritairement les femmes d'âge actif. La prédominance des femmes dans le recours à l'automédication a été également observée par Johnson & Pope (1983) et Bush & Rabin (1976).

Près de la moitié des médecins de notre étude a exploré les comportements d'automédication des patients en cours de consultation (49%). Les médecins ne posaient des questions que dans 26,4% des cas de l'étude de Stevenson *et al.* (2000). Sleath *et al.* (2001) ont trouvé une proportion de 37%. Ces différences de résultats pourraient être liées au fait que les 3 études ont été réalisées dans des systèmes de santé différents mais aussi au fait que les médecins de notre étude étaient des généralistes maîtres de stage universitaires. Cette qualification a pu influencer sur leur pratique, en particulier sur leur tendance à explorer davantage les préférences des patients (Law & Britten, 1995). Le fait que les médecins de notre étude connaissaient le thème de notre recherche a probablement généré un effet Hawthorne qui a pu influencer sur nos résultats (Galliher *et al.*, 2010). La pratique de l'automédication était plus fréquemment explorée par nos médecins lorsque le patient l'avait au préalable révélé (OR=1,79 [1,45-2,22]). L'étude de Willems *et al.* (2005) a clairement montré que les médecins livraient d'autant plus d'information aux patients que ceux-ci donnaient leur opinion et posaient des questions. La divergence d'opinions des médecins concernant l'automédication pourrait aussi expliquer que la discussion ne soit

pas systématique autour du sujet. Des auteurs ont émis l'hypothèse que lorsque le médecin essaie de s'informer sur les traitements pris par les patients avant la consultation, il s'agit de rendre légitime la pratique d'automédication de ce dernier (Stevenson *et al.*, 2003). Cette approche est d'ailleurs plutôt bien perçue par les patients qui semblent largement apprécier que les médecins s'informent des médicaments pris en automédication (Bradley *et al.*, 1998). Ces résultats peuvent laisser penser que l'automédication n'est pas un sujet prioritaire dans la consultation de médecine générale pour une affection aiguë. Cependant, le manque de temps peut expliquer que le médecin n'initie pas de discussion autour de l'automédication : 43% des médecins français déclarent devoir différer des demandes de consultations (Jakubovitch *et al.*, 2012). Il aurait été intéressant de connaître la date d'installation des médecins afin de savoir si la connaissance du patient, renforcée au fil des années, constituait un déterminant de l'automédication. Nous supposons qu'avec l'expérience acquise, le médecin est capable d'identifier les patients qui sont susceptibles de faire appel à l'automédication. Concernant le lien entre exploration de l'automédication et médecin de sexe féminin (OR=1,42 [1,14-1,75]), nos résultats semblent opposés à ceux de l'étude de Sleath *et al.* (2001) où les médecins qui posaient le plus de questions au sujet de l'automédication étaient de sexe masculin. Allant dans le sens de nos observations, l'étude de Law & Britten (1995) a montré que ce sont les médecins généralistes femmes qui avaient, davantage que les hommes, une pratique centrée sur les patients et qui étaient sans doute plus enclines à explorer les préférences de leurs patients.

Les médecins s'informaient moins fréquemment des prises de médicaments en automédication lorsque le patient n'exerçait pas d'activité professionnelle (OR=0,77 [0,63-0,96]). Il est intéressant de souligner que les médecins de notre échantillon s'informaient davantage de ces pratiques d'auto-soin chez des personnes en activité, réputées utilisatrices de produits d'automédication (Raynaud, 2008 ; Laure, 1998). Bien qu'à la limite de la signification, le médecin semblait s'informer davantage lorsque le patient était bénéficiaire de la CMU (OR=1,51 [0,97-2,36]). Le fait de poser plus de questions sur les médicaments aux patients ayant les revenus les moins élevés a été également constaté dans étude réalisée aux Etats Unis d'Amérique (Sleath *et al.*, 1999). Or, plusieurs études ont montré que le recours à l'automédication était d'autant plus important que les revenus étaient élevés (Delaney *et al.*, 2011 ; Raynaud, 2008 ; Laure, 1998). Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de relation entre la mention spontanée de l'automédication par le patient et le fait de

bénéficiaire du tiers-payant. Sleath *et al.* (1999) suppose que le médecin pourrait considérer que les patients ayant de faibles revenus nécessitent plus d'informations. Dans une revue portant sur les liens existants entre le niveau socio-économique des patients et la relation médecin-patient, Willems *et al.* (2005) ont montré que les patients défavorisés étaient en général abordés dans un sens bien plus directif que participatif.

Les plaintes ostéo-articulaires, respiratoires et digestives constituaient 50% des consultations pour une affection aiguë dans notre étude. Ces résultats semblent comparables à ceux d'une étude en cours intitulée ECOGEN, portant sur la fréquence des motifs de consultation en médecine générale en France. Sachant que les plaintes aiguës n'ont pas été dissociées des plaintes chroniques, les plaintes ostéo-articulaires, digestives et respiratoires représentent 35,4% des motifs de consultation (Service de Biostatistique des Hospices civils de Lyon, 2012 - *communication personnelle*).

L'automédication était le plus souvent mentionnée dans notre étude lorsque le motif de consultation était une plainte digestive (49,5%), de la peau (45,3%) et de l'appareil respiratoire (43,6%). Dans les études de Laure (1998) et Hugues *et al.* (1990), les infections des voies respiratoires supérieures et les troubles digestifs étaient associés à une automédication plus fréquente. La place prépondérante des troubles respiratoires dans ces études peut s'expliquer par le fait que celles-ci ont eu lieu respectivement en automne et hiver et que notre étude a eu lieu en été. Par ailleurs, le recrutement des patients différait quelque peu avec notre étude puisque les patients de l'étude de Laure (1998) ont été recrutés en médecine générale mais désignés par le médecin selon les critères d'inclusion fournis, et ceux de l'étude de Hugues *et al.* (1990) ont été recrutés dans un service de consultation d'orthopédie et dans un centre de transfusion sanguine. Notre étude a montré que les troubles digestifs étaient la première cause d'automédication, alors que ce sont les céphalées qui étaient rapportées le plus fréquemment dans les études susmentionnées. Les causes des céphalées sont multiples et peuvent être liées à une infection des voies respiratoires supérieures, ce qui peut expliquer la prédominance de ce symptôme dans ces études. Dans l'étude de Segall *et al.* (1990), les individus interrogés déclaraient avoir recours à l'automédication lorsqu'ils avaient un problème gastrique (avec 61% d'automédication dans ce cas) ou intestinal (52% d'automédication). Les patients et les médecins ont discuté d'automédication si la plainte était de nature digestive, respiratoire

ou ostéo-articulaire, attestant d'un probable partage d'expérience dans ces domaines. Le fait que les patients consultent leur médecin généraliste après avoir essayé l'automédication semble indiquer une relative inefficacité des traitements entrepris. Si l'on se réfère au modèle d'écologie des soins médicaux (White *et al.*, 1961), cette part d'inefficacité pourrait expliquer en partie le fait qu'à peine un tiers des personnes ayant ressenti un problème de santé consultent un médecin, les deux tiers restant parvenant à résoudre ce problème par leurs propres moyens.

Quelque soit l'appareil concerné par le motif de consultation, la douleur semblait être la plainte la plus fréquente puisque les analgésiques étaient les médicaments les plus utilisés (33,3% [30,5-36,2]). Cette utilisation prépondérante des analgésiques a été retrouvée dans d'autres études : cela concernait 52% des médicaments cités dans l'étude de Hugues (1990) et 42% des patients de l'étude de Sleath *et al.* (2001). Sleath *et al.* ont également montré que la prise d'analgésiques en automédication était la situation la plus souvent rapportée au médecin (59,2%). En 2012, cette classe thérapeutique constituait le second marché de l'automédication en France (Afipa 2013). Celle-ci est constituée d'antalgiques dont le paracétamol et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dont l'usage est répandu. Une étude américaine a exploré le comportement d'étudiants en pharmacie face à la douleur : seuls 9% d'entre eux avaient déclaré ne pas utiliser d'analgésiques. Le paracétamol et l'ibuprofène étaient les analgésiques les plus souvent utilisés (James & French, 2008). Nous pourrions nous demander si les utilisateurs de ces molécules sont bien au fait des modalités d'utilisation. C'est ainsi qu'une étude irlandaise a interrogé des individus sur les médicaments OTC pouvant faire l'objet d'un usage abusif et les médicaments antalgiques ont été les premiers cités (59%) (Wazaify *et al.*, 2005). Par ailleurs, Montastruc *et al.* (1997) ont montré que les antalgiques et les AINS étaient les plus fréquemment impliqués dans des cas de iatrogénie et que 22% des accidents liés aux analgésiques étaient le fait d'une association entre paracétamol et/ou AINS et/ou aspirine. Une autre étude a montré que les recommandations d'utilisation des AINS étaient moins bien respectées en Australie depuis la déréglementation de l'ibuprofène (Stosic *et al.*, 2011). Une étude menée dans des pharmacies du Sud-ouest de la France a en outre mis en évidence des problèmes d'utilisation de la codéine : 22% des individus interrogés ont eu recours à cette molécule. Un mésusage, un abus ou une dépendance ont été observés pour respectivement 15,1%,

7,5% et 7,5% de ces individus. L'étude a également mis en évidence que la codéine avait été principalement achetée après avis d'un médecin (Orriols *et al.*, 2009). Dans ce même ordre d'idée, une étude italienne a rapporté en 2012 que sur 1206 patients interrogés par questionnaires, 38,1% déclaraient ne pas comprendre entièrement les notices des médicaments qu'ils achetaient et 30% confondaient les notions de contre-indications et d'effets indésirables (Calamusa *et al.*, 2012). Finalement, peu de rencontres de soins font l'objet d'une discussion concernant les effets indésirables, les précautions d'emploi et les interactions médicamenteuses (Sleath *et al.*, 1999, Makoul *et al.*, 1995). De ce fait, au vu de leur fréquence d'utilisation et des effets indésirables qui leur sont imputables, profiter d'une consultation médicale pour rappeler les règles d'utilisation des antalgiques apparaît indispensable.

Au moment de la décision de soins, 1 médecin sur 2 (49,9% [47,4-52,4]) prenait en compte l'automédication du patient préalablement à la consultation. Cette intégration de la démarche du patient dans les prescriptions finales était d'autant plus évidente que le médecin avait exploré les usages d'auto-soin au préalable (OR=22,1 [14,9-33,0]) et pour des patients, plutôt de sexe féminin (OR=1,32 [0,94-1,85]), n'habitant pas en zone rurale (OR=0,28 [0,13-0,58]) et ayant mentionné une pratique d'automédication lors de la consultation (OR=16,5 [11,3-24,0]). Le fait que la prise en compte de l'automédication d'un patient vivant en zone urbaine soit plus fréquente que celle d'un patient vivant en zone rurale est sans doute la résultante d'un ensemble de facteurs. Les médecins en zone rurale consultent beaucoup et sont ainsi peut-être moins enclins à centrer leur communication sur le patient. Cette étude a principalement montré que lorsque la consultation s'accompagne d'une discussion autour de l'automédication (que ce soit le patient qui la mentionne ou le médecin qui l'explore), la probabilité qu'il en soit tenu compte au moment de la décision de soins s'élève notablement. Ceci peut-être vu comme une « validation médicale » de la démarche entreprise par le patient, comme une reconnaissance de son savoir et une prise en compte de ses préférences. Or, l'expertise du patient est d'autant plus importante à prendre en compte qu'elle a un impact sur l'adhérence au projet thérapeutique. Il a ainsi été montré que lorsque les attentes du patient n'étaient pas respectées ou prises en compte pendant les consultations, notamment en matière de traitements et d'automédication, les résultats de ces consultations étaient pauvres et les malentendus majeurs (Barry *et al.*,

2000). Une revue de la littérature a suggéré qu'une proportion importante de patients ne respectait pas les prescriptions médicales, du moins les modulait dès lors que la consultation n'avait pas été centrée sur leurs attentes (Chewning & Sleath, 1996). Ces auteurs concluaient qu'une approche centrée patient permettait d'améliorer non seulement les niveaux de santé mais aussi de réduire les coûts de santé.

Lorsque le médecin prenait en compte les démarches d'auto-soin des patients, cela semblait entraîner moins d'orientation vers un confrère spécialiste (OR= 0,55 [0,33-0,91]) et de prescription d'examen complémentaires (OR= 0,61 [0,40-0,93]). Par cette attitude, le médecin semble légitimer le caractère bénin des troubles présentés lors des consultations et ainsi confirmer le savoir profane des patients. Cornford (1998) a analysé par une étude qualitative l'attitude d'individus face à la toux : certains ont expliqué le recours à une consultation médicale du fait du caractère inhabituel de la toux. D'autres l'ont expliqué par la crainte d'avoir une maladie grave. Enfin, certains individus ont déclaré que le recours au médecin était lié à leur inquiétude face aux éventuelles répercussions sur la vie familiale et la vie professionnelle.

Dans une revue de littérature, les auteurs ont indiqué que les patients finissaient par consulter un médecin lorsque les symptômes s'aggravaient et impactaient leur vie quotidienne (Campbell & Roland 1996). Une moindre prescription d'examen complémentaires et de recours aux spécialistes est susceptible d'entraîner une limitation des dépenses de santé induites. Ce point, qui vient confirmer les observations déjà réalisées à propos du rapport coût-efficacité d'une approche centrée sur le patient (Jenkins *et al.*, 2003), pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

Bien que non confirmée par l'analyse multivariée, il a semblé que cette prise en compte de l'automédication pouvait aussi entraîner la rédaction plus fréquente d'une ordonnance de médicaments. Ce point mériterait à lui seul une étude plus approfondie de la prescription finale de façon à en vérifier le contenu exact. Le médecin, se voyant « contraint » à une certaine forme d'escalade thérapeutique, pourrait être conduit à prescrire des médicaments « différents » de ceux pris en automédication avec le risque de prescription de traitements non médicalement justifiés.

Pour terminer, la prise en compte des usages d'automédication des patients au moment des prescriptions montre que dans la majorité des cas, discuter d'automédication influence l'élaboration du projet de soin.

CONCLUSION

Le comportement d'auto-soin est actuellement encouragé par les instances de santé publique et semble plébiscité par les patients. Notre étude avait pour objectif d'explorer les déterminants de la discussion entre médecins et patients autour des usages de l'automédication. Peu d'études ont abordé la question jusqu'à présent et il n'existe actuellement pas de données pour la France dans la littérature.

En 2012, l'automédication semble faire l'objet d'une discussion dans deux consultations sur trois en médecine générale. Ce sont les patients de sexe féminin qui en parlent plus volontiers et les médecins, surtout les femmes, s'y intéressent notamment chez les patients en activité et l'ayant mentionné au préalable. Dans le cadre du projet de recherche AUTOMED, des études qualitatives en cours s'intéressent au ressenti des patients quant à leurs symptômes et aux différents usages d'auto-soin qu'ils adoptent au quotidien. Face à un problème de santé, il s'avère intéressant d'explorer les facteurs qui conduisent un patient à abandonner, même provisoirement, l'automédication et préférer une consultation médicale. Ce sujet ne semble pas toujours prioritaire pour le médecin lors des consultations pour une affection aiguë et des études recueillant l'opinion des praticiens sur l'automédication pourraient être menées afin d'explicitier ce point.

Les résultats de l'étude encouragent le médecin à informer son patient sur les médicaments qu'il a lui-même décidé d'utiliser, ce d'autant plus que le patient plébiscite un encadrement médical personnalisé. Plusieurs études ont montré que le médecin demeure la source privilégiée d'informations pour le patient. Les risques liés à une consommation inappropriée de médicaments apparaissant plus élevés, la consultation de médecine générale paraît être l'occasion de discuter des médicaments prescrits et auto-prescrits (médicament utilisé, indication, posologie, durée, connaissance des effets indésirables).

La moitié des médecins de notre étude prenaient en compte la pratique d'une automédication au moment des prescriptions. Ce faisant, nous avons constaté que les recours aux examens complémentaires et aux médecins spécialistes étaient moins fréquents, au prix d'une proportion accrue d'ordonnances de médicaments. Des études ultérieures pourraient s'intéresser aux modalités précises et au contenu de la prescription lors des consultations où l'automédication a été évoquée. Les coûts induits par l'évocation de ces pratiques d'automédication en consultation pourraient aussi être analysés.

Afin de parvenir à une décision de soins partagée basée sur une pratique de la médecine « centrée sur le patient » et « fondée sur les preuves », le recueil des attentes et préférences du patient apparaît décisif. Dans cette perspective, le médecin devrait s'informer systématiquement des pratiques d'auto-soins des patients. Notre étude a montré que plus de la moitié des médecins généralistes maîtres de stage universitaires ont déjà intégré cette problématique dans leur pratique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). 11^{ème} baromètre Afipa 2012 de l'automédication : une tendance de fond au service du système de soins. 23 janvier 2012. Available on : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx>

AFIPA. L'automédication : un marché porteur dans un secteur du médicament plutôt morose. 23 janvier 2013. Available on : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx>

Arar NH, Wen L, McGrath J, Steinbach R, Pugh JA. Communicating about medications during primary care outpatient visits : the role of electronic medical records. *Informatics in Primary Care* 2005; 13: 13–21.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations : qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50.

Baumelou A. Public health benefits of non prescription medicines and self-care [Article in French]. *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine* 2007; 191(8): 1527-31.

Bergmann JF. Self-medication : from European regulatory directives to therapeutic strategy. *Fundamental & Clinical Pharmacology* 2003; 17: 275–80.

Blenkinsopp A, Bradley C. Patient, society and the increase in self-medication. *BMJ* 1996; 312: 629-32.

Bradley CP, Bond C. Increasing the number of drugs available over the counter : arguments for and against. *British Journal of General Practice* 1995; 45: 553-6.

Bradley C, Blikensopp A. Over-the-counter drugs : the future for self-medication. *BMJ* 1996; 12: 835-7.

Bradley C, Riaz A, Tobias R, Kenkre J, Dassu D. Patient attitudes to over-the-counter drugs and possible professional responses to self-medication. *Family practice* 1998; 15(1): 44-50.

Bush PJ, Rabin DL. Who's using nonprescribed medicines? *Medical Care* 1976; 14(12): 1014-23.

Calamusa A *et al.*. Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient Education and Counseling* 2012; 87: 395–401.

Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Family Practice* 1996; 13(1): 75-83.

Chaix B ; Chauvin P. The contribution of multilevel models in contextual analysis in the field of social epidemiology: a review of literature [Article in French]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2002; 50(5): 489-99.

Chewning B, Sleath B. Medication decision-making and management : a client-centered model. *Social Science & Medicine* 1996; 42(3): 389-98.

Cornford CS. Why patients consult when they cough: a comparison of consulting and non-consulting patients. *British Journal of General Practice*, 1998; 48: 1751-4.

Delaney JAC, Biggs ML, Kronmal RA, Bruce M. Psaty. Demographic, medical, and behavioral characteristics associated with over the counter non-steroidal anti-inflammatory drug use in a population-based cohort : results from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2011; 20: 83-89.

Eisenberg DM *et al.* Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both : results from a national survey. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135(5): 344-51.

Elliott AM, McAteer AM, Hannaford PC. Revisiting the symptom iceberg in today's primary care : results from a UK population survey. *BMC Family Practice* 2011; 12: 16.

Fainzang S. L'automédication, une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés* 2010; 34(1): 115-33.

Ferenchick GS, Chamberlain J, Alguire P. Community-based teaching : defining the added value for students and preceptors. *American Journal of Medicine* 2002; 112: 512-7.

Galliher JM *et al.* Patients' question-asking behavior during primary care visits : a Report from the AAFP National Research Network. *The Annals of Family Medicine* 2010; 8: 151-9.

Gijsbers van Wijk CMT, Kolk AM, Van Den Bosch WJHM, Van Den Hoogen HJM. Male and female health problems in general practice : the different impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine* 1995; 40(5): 597-611.

Gijsbers Van Wijk CMT, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms : the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine* 1997; 45(2): 231-46.

Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine* 2001; 344(26): 2021-5.

Hugues FC, Le Jeune CI, Saubadou S, Eme D, Denormandie P. A survey of self medication. Comparison of results obtained at two centers [Article in French]. *Thérapie* 1990; 45(4): 325-9.

Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *DREES Etudes et résultats* mars 2012; 797.

James DH, French DP. The development of the Self-Medicating Scale (SMS): a scale to measure people's beliefs about self-medication. *Pharmacy World & Science* 2008; 30: 794-800.

Jenkins L, Britten N, Stevenson F, Barber N, Bradley C. Developing and using quantitative instruments for measuring doctor-patient communication about drugs. *Patient Education and Counseling* 2003; 50: 273-8.

Johnson RE, Pope CR. Health Status and Social Factors in Nonprescribed Drug Use. *Medical Care* 1983; 21(2): 225-33.

Laure P. Investigation on self-medication: from disease to performance. [Article in French] *Thérapie* 1998; 53: 127-35.

Law SAT, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *British Journal of General Practice* 1995; 45: 520-4.

Le Breton-Lourevillois G, Romestaing P. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire, situation au 1^{er} juin 2011 – Conseil national de l'Ordre des médecins.

Lecomte T. La faiblesse de l'automédication en France. *Economie et Statistique* 1998; 312-313: 101-7.

Lokker N *et al.* Parental Misinterpretations of Over-the-Counter Pediatric Cough and Cold Medication Labels. *Pediatrics* 2009; 123(6): 1464-71.

Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care : physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine* 1995; 41(9): 1241-54.

McAteer A, Elliott AM, Hannaford PC. Ascertaining the size of the symptom iceberg in a UK-wide community-based survey. *British Journal of General Practice* 2011; 61(582): 1-11.

Merlo J *et al.* A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology : using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2006; 60: 290-7.

Montastruc JL, Bagheri H, Geraud T, Lapeyre-Mestre M. Pharmacovigilance of self-medication [Article in French]. *Thérapie* 1997; 52: 105-10.

Orriols L, Gaillard J, Lapeyre-Mestre M, Roussin A. Evaluation of abuse and dependence on drugs used for self-medication : a pharmacoepidemiological pilot study based on community pharmacies in France. *Drug safety* 2009; 32(10): 859-73.

Proprietary Association of Great Britain (PAGB). Get well, feel well & stay well. A vision for self care in the United Kingdom. Annual review 2011.

- Prescrire International. OTC drug sales authorised in France. *Prescrire* 2008; 17(98); 261.
- Queneau P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine* 2008; 4(5): 203-6.
- Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue Française des Affaires sociales*, 2008; 1: 81-94.
- Sayer GP, Britt H. Sex differences in morbidity : a case of discrimination in general practice. *Social Science & Medicine* 1996; 42(2): 257-64.
- Segall A. A Community Survey of Self-Medication Activities. *Medical Care* 1990; 28(4): 301-10.
- Service de Biostatistique des Hospices civils de Lyon. Projet 2941 ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) : rapport d'analyses descriptives, 27/09/2012 (communication personnelle).
- Shivo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significant over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *The European Journal of Clinical Pharmacology* 2000; 56: 495-9.
- Sleath B, Roter D, Chewning B, Svarstad B. Asking Questions about Medication: Analysis of Physician-Patient Interactions and Physician Perceptions. *Medical Care* 1999; 37(11): 1169-73.
- Sleath B, Rubin R, Campbell W, Gwyther L, Clark T. Physician-patient communication about over-the-counter medication. *Social Science & Medicine* 2001; 53: 357-69.
- Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs : the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine* 2000; 50: 829-840.
- Stevenson F, Britten F, Barry C, Bradley C, Barber N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? *Social Science & Medicine* 2003; 57: 513-27.
- Stosic R, Dunagan F, Palmer H, Fowler T, Adams I. Responsible self-medication : perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *International Journal of Pharmacy Practice* 2011; 19: 236-45.
- Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the Iceberg: Common Symptoms and How People Care for Them. *Medical Care* 1987; 25(6): 539-69.
- Wazaify M, Shields E, Hugues CM, Mc Elnay JC. Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines. *Family Practice* 2005; 22: 170-176.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *The New England Journal of Medicine* 1961; 265: 885-92

Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 2005;56: 139–46.

World Health Organization. Health education in self care : possibilities and limitations. Report of a scientific consultation. Geneva. November 1983.

World Health Organization (WHO). Guidelines for the regulatory assessment for medicinal products for use in self-medication. Geneva, 2000. Available on : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/>

World Medical Association (WMA). WMA statement on self-medication. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed by the 191st WMA Council Session, Prague, Czech Republic, April 2012. Available on : <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s7/index.html>

Wyke S, Hunt K, Ford G. Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. *Social Science and Medicine* 1998; 46(7): 901-6.

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée (consultant un médecin généraliste-MSU de Loire-Atlantique et de Vendée pour une affection aiguë entre mai et juin 2012)

Tableau 2 : Distribution des patients par motifs de consultation

Tableau 3 : Déterminants de la mention spontanée de l'automédication par les patients

Tableau 4 : Déterminants de l'exploration de l'automédication par les médecins

Tableau 5 : Déterminants de l'intégration de l'automédication par les médecins

Figure 1 : Classes thérapeutiques utilisées en automédication

Tableau 1

Caractéristiques générales de la population étudiée (consultant un médecin généraliste-MSU de Loire-Atlantique et de Vendée pour une affection aiguë entre mai et juin 2012) :

Classes d'âge	% (n)	Proportion de patients habitant en zone rurale (%)	Proportion de femmes (%)
Moins de 15 ans	16,4% (260)	18,1% (47/260)	47,1% (115/244)
15 – 64 ans	65,8% (1044)	16,8% (175/1044)	60,6% (631/1042)
Plus de 65 ans	17,8% (283)	15,5% (44/283)	63,8% (180/282)
Total	1587	16,8% (266/1587)	59,1% (926/1568)

Tableau 2
Distribution des patients par motifs de consultation :

Motif de consultation	N	Proportion de patients résidant en zone rurale (%)	Proportion de femmes (%)	Proportion d'actifs (15-64 ans) (%)	Age (années)		
					<15 (%)	15-64 (%)	≥65 (%)
Ostéo-articulaire	435 (27,2)	17,5	55,6	77,4	3,5	76,3	20,2
Respiratoire	362 (22,7)	16,8	57,1	60,2	25,6	59,3	15,1
Digestif	181 (11,3)	14,9	61,0	70,6	17,2	62,8	20,0
Problème général	127 (7,9)	18,1	52,8	80,6	34,9	51,6	13,5
Peau	160 (10,0)	13,7	58,1	63,3	22,4	58,3	19,3
Tête et cou	111 (6,9)	16,2	49,1	64,5	27,0	57,7	15,3
Neurologique	62 (3,9)	12,9	67,7	57,5	6,4	67,7	25,9
Génital	53 (3,3)	20,7	88,7	72,7	3,8	86,8	9,4
Psychologique	41 (2,6)	19,5	63,4	82,3	4,9	82,9	12,2
Urologique	44 (2,8)	22,7	90,9	45,4	2,3	77,3	20,4
Divers	21 (1,3)	19,0	61,9	80,0	19,0	52,4	28,6
Total	1597	16,8	59,1	69,5	16,4	65,8	17,8

Tableau 3
Déterminants de la mention spontanée de l'automédication par les patients :

	Analyse univariée			Analyse multivariée (n=1499)		
	OR	IC 95%	p	OR ajusté	IC 95%	p
Age ≥ 15 ans	1			1		
Age < 15 ans	1,30	(0,99—1,69)	0,055	1,30	(0,97—1,74)	0,075
Patient homme	1			1		
Patient femme	1,25	(1,01—1,53)	0,033	1,35	(1,09—1,67)	0,006
Zone urbaine	1					
Zone rurale	0,76	(0,58—1,00)	0,053	-	-	-
En activité	1					
Inactif	1,10	(0,90—1,35)	0,33	-	-	-
Moins de 4 kms	1			1		
Plus de 4 kms	0,82	(0,65—1,05)	0,11	0,80	(0,62—1,02)	0,075
Sans CMU	1					
Avec CMU	0,95	(0,62—1,44)	0,80	-	-	-
Autres motifs	1			1		
Ostéo-articulaire	0,98	(0,78—1,22)	0,86	1,30	(0,98—1,72)	0,068
Autres motifs	1			1		
Respiratoire	1,08	(0,85—1,37)	0,52	1,32	(0,98—1,77)	0,063
Autres motifs	1			1		
Digestif	1,41	(1,03—1,92)	0,030	1,57	(1,09—2,26)	0,014
Autres motifs	1					
Problème général	0,94	(0,65—1,37)	0,77	-	-	-
Autres motifs	1			1		
Peau	1,15	(0,83—1,60)	0,41	1,39	(0,95—2,03)	0,090
Autres motifs	1					
Tête et cou	0,69	(0,46—1,04)	0,080	-	-	-
Autres motifs	1					
Neurologique	0,64	(0,37—1,10)	0,11	-	-	-
Autres motifs	1					
Génital	1,05	(0,60—1,83)	0,86	-	-	-
Autres motifs	1					
Psychologique	0,91	(0,48—1,73)	0,78	-	-	-
Autres motifs	1					
Urologique	0,86	(0,46—1,59)	0,63	-	-	-
Autres motifs	1					
Divers	0,42	(0,15—1,16)	0,095	-	-	-
Médecin homme	1					
Médecin femme	0,89	(0,73—1,09)	0,27	-	-	-
Moins de 25 C/j	1					
Plus de 25 C/j	1,08	(0,87—1,34)	0,49	-	-	-

Tableau 4
Déterminants de l'exploration de l'automédication par les médecins :

	Analyse univariée			Analyse multivariée (n=1461)		
	OR	IC 95%	p	OR ajusté	IC 95%	p
Age ≥ 15 ans	1					
Age < 15 ans	0,94	(0,72—1,23)	0,66	-	-	-
Sexe masculin	1					
Sexe féminin	1,07	(0,87—1,31)	0,51	-	-	-
Zone urbaine	1					
Zone rurale	1,18	(0,91—1,54)	0,21	-	-	-
En activité	1			1		
Inactif	0,78	(0,64—0,96)	0,017	0,77	(0,63—0,96)	0,020
Moins de 4 kms	1					
Plus de 4 kms	1,03	(0,82—1,31)	0,78	-	-	-
Sans CMU	1			1		
Avec CMU	1,43	(0,94—2,18)	0,091	1,51	(0,97—2,36)	0,069
Autres motifs	1			1		
Ostéo-articulaire	1,26	(1,01—1,58)	0,037	1,50	(1,15—1,95)	0,002
Autres motifs	1			1		
Respiratoire	1,05	(0,83—1,32)	0,70	1,36	(1,02—1,79)	0,033
Autres motifs	1			1		
Digestif	1,33	(0,97—1,82)	0,073	1,50	(1,05—2,15)	0,025
Autres motifs	1					
Problème général	0,82	(0,57—1,17)	0,28	-	-	-
Autres motifs	1					
Peau	0,76	(0,55—1,06)	0,10	-	-	-
Autres motifs	1					
Tête et cou	0,79	(0,54—1,17)	0,24	-	-	-
Autres motifs	1					
Neurologique	0,68	(0,40—1,14)	0,14	-	-	-
Autres motifs	1					
Génital	0,84	(0,48—1,45)	0,53	-	-	-
Autres motifs	1					
Psychologique	1,61	(0,85—3,04)	0,14	-	-	-
Autres motifs	1					
Urologique	0,57	(0,31—1,07)	0,080	-	-	-
Autres motifs	1					
Divers	0,62	(0,26—1,51)	0,30	-	-	-
Médecin homme	1			1		
Médecin femme	1,29	(1,06—1,58)	0,012	1,42	(1,14—1,75)	0,001
Moins de 25 C/j	1					
Plus de 25 C/j	0,87	(0,70—1,08)	0,20	-	-	-
Pas de mention d'automédication	1			1		
Avec mention	1,80	(1,47—2,20)	<0,001	1,79	(1,45—2,22)	<0,001

Tableau 5 : Déterminants de l'intégration de l'automédication par les médecins :

	Analyse univariée			Analyse multivariée* (n=1444)		
	OR	IC 95%	p	OR ajusté	IC 95%	p
Age ≥ 15 ans	1					
Age < 15 ans	1,16	(0,89—1,52)	0,28	-	-	-
Sexe masculin	1			1		
Sexe féminin	1,24	(1,00—1,51)	0,040	1,32	(0,94—1,85)	0,105
Zone urbaine	1			1		
Zone rurale	0,42	(0,32—0,56)	<0,001	0,28	(0,13—0,58)	<0,001
En activité	1					
Inactif	0,97	(0,79—1,18)	0,76	-	-	-
Moins de 4 kms	1					
Plus de 4 kms	0,61	(0,48—0,78)	<0,001	-	-	-
Sans CMU	1					
Avec CMU	1,44	(0,94—2,20)	0,090	-	-	-
Autres motifs	1					
Ostéo-articulaire	1,37	(1,09—1,70)	0,006	-	-	-
Autres motifs	1					
Respiratoire	1,08	(0,85—1,37)	0,52	-	-	-
Autres motifs	1					
Digestif	1,23	(0,90—1,68)	0,19	-	-	-
Autres motifs	1					
Problème général	0,86	(0,59—1,24)	0,41	-	-	-
Autres motifs	1					
Peau	0,81	(0,58—1,13)	0,22	-	-	-
Autres motifs	1					
Tête et cou	0,73	(0,50—1,08)	0,12	-	-	-
Autres motifs	1					
Neurologique	0,64	(0,38—1,08)	0,095	-	-	-
Autres motifs	1					
Génital	0,82	(0,48—1,43)	0,49	-	-	-
Autres motifs	1					
Psychologique	1,23	(0,66—2,32)	0,51	-	-	-
Autres motifs	1					
Urologique	0,42	(0,22—0,82)	0,011	-	-	-
Autres motifs	1					
Divers	0,54	(0,21—1,35)	0,19	-	-	-
Médecin homme	1					
Médecin femme	1,03	(0,84—1,25)	0,79	-	-	-
Moins de 25 C/j	1					
Plus de 25 C/j	0,74	(0,59—0,92)	0,006	-	-	-
Pas de mention d'automédication	1			1		
Avec mention	7,65	(6,09—9,61)	<0,001	16,5	(11,3—24,0)	<0,001
Pas d'exploration d'automédication	1			1		
Avec exploration	8,79	(7,0—11,0)	<0,001	22,1	(14,9—33,0)	<0,001
Sans recours spécialiste	1			1		
Avec recours	0,69	(0,52—0,92)	0,012	0,55	(0,33—0,91)	0,019
Sans examen complémentaire	1			1		
Avec examen	0,65	(0,51—0,84)	0,001	0,61	(0,40—0,93)	0,021
Sans prescription	1					

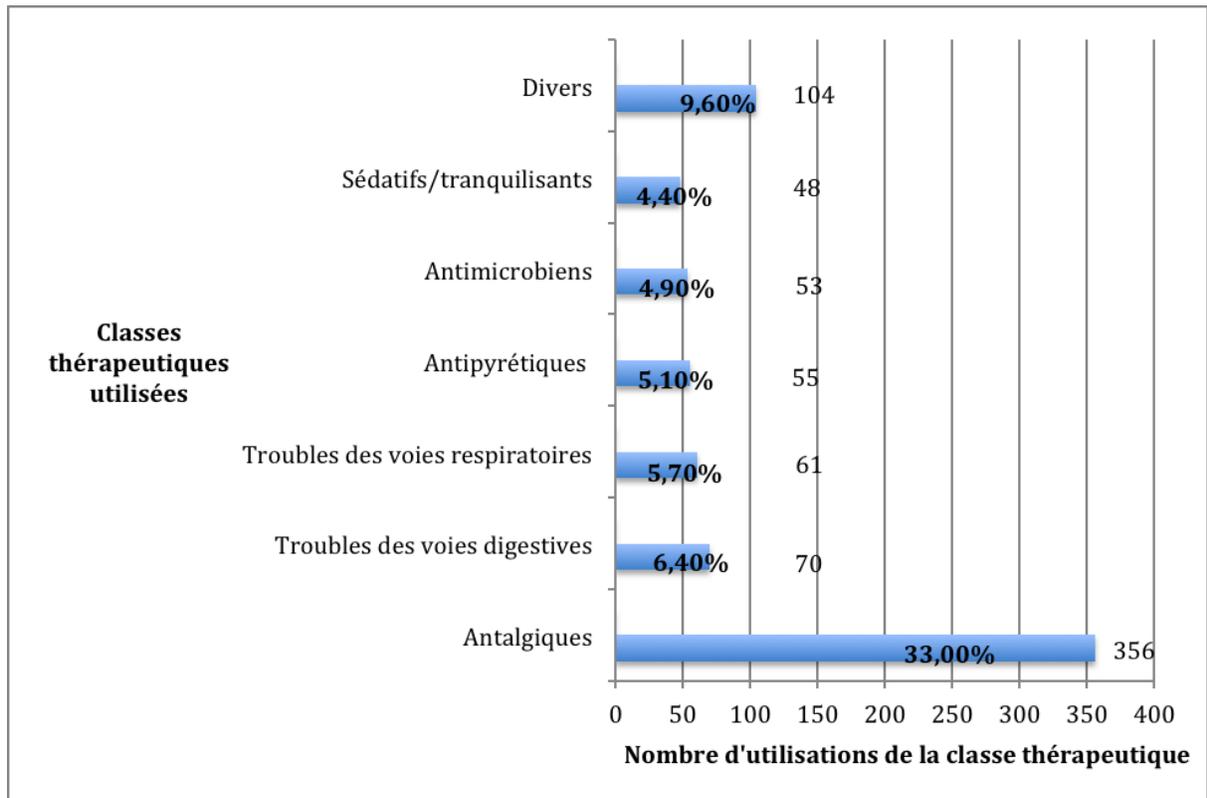
Avec prescription	2,65	(1,95—3,59)	<0,001	-	-	-
-------------------	------	-------------	--------	---	---	---

* Partie aléatoire du modèle logistique multiniveau supérieur au modèle logistique simple (test du rapport de vraisemblance ; $p < 0,001$):

Odds Ratio médian = 1,82 comparant des patients de médecins différents ayant le même interne

Odds Ratio médian = 3,04 comparant des patients de médecins et d'internes différents

Figure 1
Classes thérapeutiques utilisées en automédication



SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TITRE DE LA THESE : **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.**

RESUME

Introduction : L'automédication semble actuellement en progression. Les médecins sont demeurés longtemps réticents à cette pratique d'auto-soin. Nous avons souhaité étudier la communication sur l'automédication lors des consultations de médecine générale dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Cette enquête introduit un ensemble de recherches multidisciplinaires visant à dresser un état des lieux des pratiques d'auto-soin.

Méthodes : Une enquête par observation directe a été réalisée par 51 internes de médecine générale de l'université de Nantes chez 126 maîtres de stage universitaires en mai-juin 2012. Durant la phase d'observation, les internes devaient recueillir dans une grille de 18 items des éléments caractérisant la rencontre de soin observée.

Résultats : L'analyse a porté sur 1597 rencontres de soins (59,1% de patients féminins) au cours desquelles 42,2% des patients ont mentionné spontanément avoir eu recours à l'automédication avant de consulter. Cette mention de l'automédication était plus souvent le fait des femmes ($OR = 1,35 [1,09-1,67]$). Dans 49,5% des consultations, les médecins ont cherché à explorer l'automédication de leurs patients. Ce chiffre s'est élevé à 57,9% lorsque les patients en avaient parlé auparavant. 49,9% des médecins en ont tenu compte au moment de la prescription en diminuant la prescription d'examen complémentaires ($OR=0,61 [0,40-0,93]$) et les recours aux spécialistes ($OR=0,55 [0,33-0,91]$).

Conclusion : L'automédication ne semble pas être un sujet tabou entre patients et médecins mais son évocation en consultation devrait être généralisée afin d'ancrer la décision de soins dans une démarche centrée sur le patient et fondée sur les preuves.

MOTS-CLES

Automédication, observation directe, médecine générale