

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 003

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Emilie BOTTARD

Née le 27/06/1983 à Enghien-les-Bains

Présentée et soutenue publiquement le 04 février 2016

**Quel langage utilisent les patients pour décrire leurs pratiques
d'automédication ?**

**Enquête quantitative de questionnaires déposés en salle d'attente de médecine générale
de Loire-Atlantique et de Vendée.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Co-directrice de thèse : Madame le Professeur Véronique GUIENNE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Monsieur le Professeur Eric DAILLY

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND, merci de me faire l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE, merci d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric DAILLY, merci d'avoir si promptement accepté de participer à ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS, merci de ta patience, ton implication et ton soutien tout au long de ce travail.

A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Véronique GUIENNE, merci pour ton analyse et pour m'avoir aidé à regarder mon travail d'un autre point de vue que celui de ma propre discipline.

Merci à Charlie pour le temps que tu m'as accordé et tes explications. J'espère que mon travail te servira en retour.

Un grand grand merci à Alice (et à son papa pour les graphiques) d'avoir toujours répondu présente dans les moments difficiles que j'ai pu traverser, même quand ce n'était pas simple pour toi non plus. Sans toi, je ne serai pas là. Merci à toi.

Merci à Camille pour prendre régulièrement de mes nouvelles, comme ça, et à sa bonne humeur permanente.

Merci aux médecins que je remplace régulièrement et aux secrétaires, pour toujours m'apporter leur aide quand j'en ressens le besoin.

Un coucou à tous mes anciens externes, co-externes, internes et co-internes.

A ma famille.

SERMENT MEDICAL:

Au moment d'être admise 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 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

SOMMAIRE:

<u>Liste des abréviations.....</u>	6
---	----------

<u>Introduction.....</u>	7
---------------------------------	----------

<u>I. Le point de vue du malade et de la société.....</u>	7
--	----------

1.1 Le point de vue du malade.....	7
1.1.1 La maladie du point de vue du malade.....	7
1.1.2 Le médicament du point de vue du malade.....	8
1.1.3 Le langage du malade.....	8
1.2 Le point de vue de la société.....	8
1.2.1 La maladie du point de vue de la société.....	8
1.2.2 Le médicament pour la société.....	9
1.2.3 Le langage du fait de la société.....	9

<u>II. Le point de vue du médecin.....</u>	10
---	-----------

2.1 La maladie du point de vue du médecin.....	10
2.2 Le médicament du point de vue du médecin.....	11
2.3 Le langage du médecin.....	11
2.3.1 Le langage médical pour la maladie.....	11
2.3.2 Le langage médical pour le médicament.....	11

<u>III. De la médicalisation à l'automédicalisation par l'appropriation du savoir et du jargon médical, quel rapport au médical ?.....</u>	12
---	-----------

3.1 Le passage de la médicalisation à l'automédicalisation.....	12
3.2 L'appropriation du langage médical.....	13
3.3 Quel rapport au médical ?.....	14

<u>Matériel et méthode.....</u>	16
--	-----------

<u>I. Matériel.....</u>	16
--------------------------------	-----------

<u>II. Méthode.....</u>	17
--------------------------------	-----------

2.1 Définitions.....	17
2.2 Nettoyages des données.....	17
2.2.1 Nettoyage des données des problèmes de santé.....	17
2.2.2 Nettoyage des données des produits.....	18
2.3 Codages des données.....	18
2.3.1 Codages des problèmes de santé.....	18
2.3.1.1 Codage en terme de symptôme/maladie.....	18
2.3.1.2 Codage de la technicité du problème de santé.....	18
2.3.1.3 Codage définitif.....	19
2.3.2 Codages des produits.....	19
2.3.2.1 Codage du mode d'expression du produit.....	19
2.3.2.2 Codage de la technicité du produit.....	20
2.3.2.3 Codage définitif.....	21
2.4 Analyse des données.....	21

Résultats.....	22
I. Analyse univariée.....	22
1.1 Analyse univariée des réponses pour le problème de santé.....	24
1.1.1 Expression en symptôme ou maladie.....	24
1.1.2 Technicité du langage pour le problème.....	25
1.2 Analyse univariée des réponses pour les produits.....	25
1.2.1 Modalité d'expression du produit.....	25
1.2.2 Technicité du langage pour le produit.....	26
II. Analyse bivariable du problème de santé.....	26
2.1 Expression en terme de symptôme ou de maladie.....	26
2.1.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques.....	26
2.1.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit.....	27
2.2 Technicité du langage du problème.....	28
2.2.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques.....	28
2.2.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit.....	29
III. Analyse bivariable du produit utilisé.....	32
3.1 Modalité d'expression du produit.....	32
3.1.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques.....	32
3.1.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit.....	33
3.2 Technicité langage du produit.....	36
3.2.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques.....	36
3.2.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit.....	37
IV. Synthèse des résultats significatifs.....	38
Discussion	41
I. Difficultés, biais et limites	41
1.1 Difficultés.....	41
1.2 Biais.....	41
1.3 Limites.....	44
II. Analyse	44
2.1 Quelques précisions préalables.....	44
2.1.1 Rappel sur le contexte global de l'étude.....	44
2.1.2 Place de l'homéopathie.....	46
2.2 Analyse	46
2.2.1 Influence des variables sociodémographiques.....	46
2.2.2 Influence des variables d'automédicalisation.....	55
III. Quelques exemples.....	59
Conclusion	62
Bibliographie.....	65
Annexes.....	68

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
ATC : Anti dépresseur tricyclique
AVK : Anti vitamine K
BAC : Baccalauréat
BEP : Brevet d'études professionnelles
BEPC : Brevet d'études du premier cycle
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CEP : Certificat d'études primaires
DMAM : Dictionnaire médical de l'académie de médecine
DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
FCV : Frottis cervico-vaginal
HPV : Human papillomavirus
HTA : Hypertension artérielle
IRM : Imagerie par résonnance magnétique
IRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
NCB : Névralgie cervico-brachiale
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
ORS : Oral rehydration salts
PPR : Pseudopolyarthrite rhizomélisque
PSA : Prostate specific antigen
RCP : Résumé des caractéristiques du produit
RGO : Reflux gastro-œsophagien
THC : Tétrahydrocannabinol
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

« C'est parce qu'il y a eu des hommes qui se sont sentis malades qu'il y a eu une médecine ». Georges Canguilhem(1) revient sur la raison même du fondement de la médecine pour expliquer pourquoi diagnostiquer une maladie est ce qui intéresse le plus le médecin, pour lui permettre ensuite, quand cela est possible, de guérir, le plus souvent au moyen d'une médication. Frédérique Desforges(2), montre que le discours du corps médical, qui privilégie la physiopathologie ou les problèmes de prévention, ramène la santé comme simple opposée à la maladie. Elle rejoint en cela J. Pierret, qui avait étudié, à partir d'entretien d'une centaine d'individus, la manière de discourir sur la santé, celle-ci étant en premier lieu définie comme l'absence de maladie(3).

Mais la maladie du médecin et la maladie du malade diffèrent grandement. Il y a la maladie et le médicament du point de vue du malade et de la société dans laquelle il se trouve, et la maladie et le médicament du point de vue du médecin, chacun utilisant parfois un langage propre pour les désigner.

I. LE POINT DE VUE DU MALADE ET DE LA SOCIÉTÉ :

1.1 LE POINT DE VUE DU MALADE :

1.1.1 La maladie du point de vue du malade :

La maladie du point de vue du malade, dans la terminologie anglo-saxonne *illness*, est un événement concret affectant la vie d'un individu. C'est la prise de conscience personnelle d'une altération psychosomatique, vécue comme déplaisante et incapacitante, en fonction du milieu culturel, de l'histoire personnelle de l'individu et de l'histoire de son groupe. Le fait d'être malade a déjà une dimension sociale. Pour une personne, la maladie est insérée dans un réseau de significations qui lui associe un savoir populaire sur les causes et les façons de la traiter. En retour, la culture fournit à chacun de ceux qui la partagent un langage lui permettant de dire sa souffrance(4).

En anthropologie, François Laplantine(5) retrouve deux modèles des systèmes de représentation de la maladie et de la guérison. Dans le modèle dominant, s'apparentant au modèle biomédical, la maladie est considérée comme une « entité exogène pénétrée par effraction dans le corps d'un individu qui n'y est pour rien, le symptôme ou la maladie est alors l'ennemi à abattre en puisant dans l'arsenal des formes élémentaires de la guérison qui ont fait leur preuve ». La maladie n'est pas naturelle, elle ne provient pas de l'individu lui-même, mais de l'introduction réelle ou symbolique, d'éléments nocifs. Elle peut matérialiser la volonté de nuire d'un membre de la communauté, d'un sorcier, d'une divinité ou d'un ancêtre. De ce modèle découle les thérapeutiques populaires qui ont pour but d'éloigner ou d'empêcher la pénétration du mal; en cas d'échec, il faut l'extraire au plus tôt, l'évacuer par toutes les voies possibles pour éviter la maladie(4). Dans l'autre modèle, généralement appelé modèle holiste, la maladie n'est plus perçue comme une entité étrangère au malade ;

elle vient de lui et a une fonction [...] signifiante(5). Elle est alors considérée comme bénéfique car elle permet la prise de conscience du déséquilibre par l'individu(6).

1.1.2 Le médicament du point de vue du malade :

Le médicament est lui aussi pris dans l'environnement et la culture de l'individu. Madeleine Akrich(7) s'est intéressée par exemple à ses différentes formes, qui ne laissent pas indifférentes les firmes pharmaceutiques en terme de stratégie marketing, ainsi qu'à sa prise, qui suppose une « préparation, une organisation, une inscription dans la durée qui en font un moment bien identifié dans le cours quotidien de l'existence, la réinscrivent dans un parcours thérapeutique auquel elle contribue à donner un sens ». C'est par exemple « les antiulcéreux qui doivent être utilisés préférentiellement le soir pour protéger un système digestif qui ne l'est plus par les aliments », ou c'est l'utilisation d'une pipette doseuse ou d'un aérosol qui nécessite un certain apprentissage technique.

Sylvie Fainzang(8), quand à elle, a étudié l'influence de la religion sur le rapport au médical. Pour ce faire, l'auteur examine l'usage de l'ordonnance; par exemple, les protestants la recopient de leur propre main, moyen pour eux d'effacer la trace du prescripteur et de se réapproprier le remède jugé adéquat suite à leur propre jugement. L'auteur explore également l'usage du médicament au travers en outre de la lecture de la notice, de la pratique d'automédication, du lieu de rangement du médicament. Ainsi remarque-t-elle que l'automédication est plus répandue chez les protestants et juifs que chez les catholiques et musulmans.

1.1.3 Le langage du malade :

Les représentations populaires des causes des maladies peuvent rendre compte d'un certain langage; on peut retrouver par exemple une « chute de tension, manque de fer, de vitamines » pour désigner la fatigue, la référence au système nerveux périphérique « c'est les nerfs » pour parler plutôt d'une émotion, la « mesure du sang » s'effectue quand à elle au travers de la pression artérielle ou de la prise de sang, ce sang pouvant être « figé » (4). La médication sert alors à « calmer les nerfs », « fluidifier le sang ».

1.2 LE POINT DE VUE DE LA SOCIÉTÉ :

1.2.1 La maladie du point de vue de la société :

La maladie du point de vue de la société, dans la terminologie anglo-saxonne *sickness*, c'est l'accès par le malade au rôle social de malade, le rendant incapable de remplir ses fonctions sociales habituelles. Les travaux de Claudine Herzlich(9) sont particulièrement importants en la matière. D'une maladie autrefois angoissante, du fait des épidémies qui en faisaient un phénomène collectif, atteignant à la fois l'individu et son entourage, pouvant amener à son exclusion et sa mise en quarantaine, nous sommes parvenus, grâce aux avancées

scientifiques, à une « maladie socialisée ». Les maladies modernes n'inquiètent plus l'entourage, sinon le plus proche. Désormais, dans les pays développés, être malade, c'est être « un soigné », la prise en charge financière étant généralement assurée collectivement. La maladie sera vécue comme destructrice, si, à partir de sa perte d'activité, la modification des rapports sociaux qu'elle engendre, le malade n'entrevoit aucune possibilité de restaurer son identité antérieure. Il s'efforcera alors de lutter de toutes ses forces contre une telle situation, au besoin en niant l'existence même de la maladie. Au contraire, elle sera vécue comme libératrice si le malade y perçoit en elle l'occasion d'échapper à un rôle social qui l'étouffe.

1.2.2 Le médicament pour la société :

L'usage du médicament n'échappe pas non plus à un usage sociologique : l'ordonnance elle-même atteste de la réalité de l'état pathologique, (on peut utiliser par exemple une prescription d'antidépresseur lors de conflit avec l'employeur pour insister sur les conséquences des agissements de ce dernier), on peut constituer un dossier d'ordonnances pour les utiliser à d'autres fins que médicales et les remettre entre les mains d'une autre autorité (anciennement l'armée pour être réformé). Une autre dimension est la transformation d'un usage individuel en un usage collectif du médicament, le désir du sujet étant de faire partager aux autres membres (la famille généralement) ce qui a été pris et jugé efficace par lui. On peut également faire un acte de citoyenneté en ramenant les médicaments en pharmacie à des fins humanitaires par exemple (hormis le premier, ces exemples sont tirés de constats observés par Sylvie Fainzang⁽⁸⁾ lors de son enquête). Son utilisation peut aussi servir à signifier l'appartenance à un groupe voire même une identité sexuelle (l'emploi d'une contraception orale chez une adolescente en dehors même de toute sexualité active, pour « faire comme les copines »). La peur de l'épidémie reste malgré tout présente avec par exemple un enfant qu'on accepte de garder en crèche « s'il est sous traitement pour une infection ».

1.2.3 Le langage du fait de la société :

Claudine Herzlich⁽⁹⁾ revient sur l'interprétation collective des maladies qui s'effectue souvent en des termes remettant en cause la société et ses règles. « Par cette interprétation, nous [les individus] remettons en cause l'ordre social⁽¹⁰⁾. Le déclenchement de la maladie est du aux effets nocifs qui sont à l'opposé de la nature intrinsèquement bonne de l'individu ». On parle ainsi « d'un mode de vie malsain », « d'un rythme de vie trop rapide », « de l'air pollué », « d'une nourriture chimique », « d'un travail stressant ». On emploie alors des médicaments pour « aider à éliminer les toxines accumulées », on demande au médecin « de quoi booster », « de quoi assurer au travail ou au lycée », on se supplémente en vitamines « pour palier leur manque dans la nourriture de nos jours ».

II. LE POINT DE VUE DU MEDECIN :

Les médecins sont conscients de la variété de perception et d'expression des symptômes selon les cultures, mais ils considèrent que cette différence traduit différemment une réalité qui est toujours la même et que la médecine occidentale analyse objectivement(11). Il y a ainsi, comme l'explique Christiane Sinding(12), non pas opposition mais intrication entre les représentations profanes de la maladie et celles des médecins.

2.1 LA MALADIE DU POINT DE VUE DU MEDECIN :

La maladie en médecine, dans la terminologie anglo-saxonne *disease*, c'est l'identification, ou la mise en correspondance d'anormalités dans la structure ou le fonctionnement d'organes ou de systèmes physiologiques, avec une entité, un concept nosologique (de maladie). Il regroupe un ensemble de manifestations pathologiques perçues par le malade, appelées symptômes, à une même cause connue. Le terme de syndrome peut être utilisé en lieu et place de maladie. Il s'agit d'un ensemble de symptômes qui ne constituent pas une entité ou un concept dont l'identification correspond à une cause parfaitement connue. Toutefois, soit parce que la cause n'est pas univoque, soit par usage même lorsque l'avancée des connaissances a permis de mieux caractériser la maladie, le terme de syndrome peut continuer de prévaloir sur celui de maladie (définitions issues de l'académie de médecine(13)).

Le médecin distingue également l'étiologie des maladies, qui est l'étude des causes des maladies. On distingue des facteurs étiologiques génétiques ou héréditaires et des facteurs acquis. Leur connaissance peut être une aide à l'établissement d'un diagnostic, à la compréhension d'une maladie ou à la mise en œuvre d'un traitement. C'est par exemple l'emploi d'un antibiotique lorsque l'origine bactérienne est habituellement en cause, ou une opération chirurgicale sur une hernie discale pour soulager une douleur de sciatique.

Plusieurs modes de raisonnement permettent au généraliste d'établir un diagnostic, les principaux étant le raisonnement intuitif (il reconnaît sans effort conscient une configuration caractéristique), le raisonnement hypothético-déductif (il cherche à confirmer ou rejeter chaque hypothèse envisagée), le raisonnement en chaîne avant (lorsqu'un cas est complexe ou rare, il chemine des données cliniques et para-cliniques vers la solution, en mobilisant des connaissances physiopathologiques...) et la démarche probabiliste basée sur les prévalences de l'affection envisagée et des valeurs prédictives positives ou négatives des signes tests(6).

2.2 LE MEDICAMENT DU POINT DE VUE DU MEDECIN :

Une fois le diagnostic établi, ce que cherche le médecin, tant que cela lui est possible au vu des connaissances scientifiques, c'est d'abolir ou tout du moins amoindrir un symptôme ou une maladie. Il puise pour cela dans son arsenal thérapeutique, bien souvent un médicament. C'est avant tout l'action thérapeutique de celui-ci qui est primordiale pour le médecin, qui le définit comme (définition du Code de la santé publique) « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que de tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. »

2.3 LE LANGAGE DU MEDECIN :

2.3.1 Le langage médical pour la maladie :

Tout comme les médecins ont uniformisé au niveau international les maladies dans une classification (Classification Internationale des Maladies, actuellement sa dixième version), ils ont des termes médicaux propres pour décrire certains signes des maladies. Ainsi, pour désigner « un mal de tête, une douleur de tête, des maux de tête », un médecin parlera uniquement de « céphalée ». Ce vocabulaire spécifique peut être utilisé par le médecin comme mécanisme de défense. C'est ce que l'on nomme « le refuge dans la science » (ou la rationalisation pour Martine Ruzsniowski(14)), par lequel le médecin se réfugie derrière un discours médical qui lui sert d'écran protecteur vis-à-vis du malade. Le jargon médical est utilisé comme une langue étrangère au malade, qui rend impossible toute communication. Le malade n'a aucun mot auquel se raccrocher, alors que ce jargon rassure le soignant et lui donne un sentiment de puissance. Cette situation est assez typique en cas d'annonce de maladie grave, où le médecin est piégé dans une situation paradoxale : être à la fois le soignant et celui qui inflige au patient la blessure de la révélation de sa maladie. Il est douloureusement renvoyé à ses propres limites, à sa vulnérabilité, à l'angoisse de sa propre mort et doit renoncer à l'illusion de la toute puissance de la médecine sur la maladie et la mort(15). Dans le cas de cancer, il peut ainsi plutôt employer la terminologie anatomopathologique (par exemple parler d'adénocarcinome colique au lieu de clairement énoncer cancer du colon compréhensible par tous).

2.3.2 Le langage médical pour le médicament :

Pour désigner l'action thérapeutique, le médecin possède également un certain jargon qui désigne généralement une classe pharmaco-thérapeutique; il parle par exemple d'antalgiques ou d'analgésiques plutôt que d'anti douleur. Là encore il peut l'employer de manière défensive pour ne pas froisser le patient : il peut par exemple dire « je vous prescris un inhibiteur de la recapture de la sérotonine » au lieu de « je vous prescris un anti

dépresseur » de peur de la réaction du patient de cette catégorisation dans ce type de pathologie. Sylvie Fainzang(8) rapporte à ce propos plutôt l'emploi d'un langage plus courant comme par exemple l'utilisation du terme « tranquilisant » au lieu « d'anxiolytique ou psychotrope » pour favoriser l'observance en essayant de signifier une moindre gravité du trouble à soigner, il cache la maladie en « jargonnant » sur son traitement.

Pour désigner le médicament par sa dénomination, il existe actuellement une manière plus officielle d'énonciation à travers la Dénomination Commune Internationale (DCI) qui correspond au nom de la substance active qui le compose : c'est le nom scientifique du produit. Une même substance active peut-être présente dans des dizaines de médicaments de noms de marques différents. Contrairement au nom de marque du médicament, la DCI peut délivrer des informations-clés permettant de reconnaître les substances d'un même groupe pharmacologique ou chimique : par exemple, le suffixe -olol désigne la famille des bêtabloquants, -azépam celle des benzodiazépines, etc. La DCI fournit de cette manière des indications sur le mode d'action des médicaments et les éventuels risques d'interaction(16). Les médecins doivent ainsi utiliser préférentiellement cette dénomination, avec une prescription en DCI rendue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2015 (sauf restriction particulière).

Il y a donc trois points de vue de la maladie : celui du malade lui-même, celui de la société et celui du médecin, chacun ayant des mots parfois spécifiques pour désigner la maladie et la thérapeutique entreprise en fonction des causes qu'il lui attribue. La vision médicale s'étant imposée comme science de référence, existe-t-il des caractéristiques sociodémographiques des individus s'appropriant son savoir faire et son langage ?

III. DE LA MEDICALISATION A L'AUTOMEDICALISATION PAR L'APPROPRIATION DU SAVOIR ET DU JARGON MEDICAL, QUEL RAPPORT AU MEDICAL ?

3.1 LE PASSAGE DE LA MEDICALISATION A L'AUTOMEDICALISATION :

La médicalisation a été utilisée pour désigner la gestion médicale d'un phénomène qui aurait pu être (ou était auparavant) géré autrement (par la loi ou la religion par exemple), ou comme le processus par lequel des aspects de l'existence auparavant hors de la portée médicale en viennent à être construits comme des problèmes médicaux, transférant des comportements jugés déviants dans la sphère médicale. Si la médicalisation est le résultat d'une construction sociale en ce qu'elle consiste à définir un problème ou un phénomène dans un langage médical, elle n'est pas le fait des seules instances professionnelles car cette construction peut être l'œuvre des seuls individus eux-mêmes. Le fait de se rendre chez un médecin pour régler un phénomène jugé problématique est une démarche signifiant déjà

que la personne médicalise son problème. Sylvie Fainzang(17) propose alors le terme « d'automédicalisation » pour désigner la tendance à décider soi-même de faire d'une situation donnée un problème à traiter et à décrire médicalement, et la stratégie mise en œuvre pour y faire face (auto-information, auto examen clinique, automédication).

3.2 L'APPROPRIATION DU LANGAGE MEDICAL :

L'hypothèse la plus classique en matière de meilleure connaissance médicale est qu'elle appartiendrait aux sujets les plus socialement élevés. Elle repose notamment sur le travail majeur de Luc Boltanski(18) qui a analysé les variations de la consommation médicale des différentes classes sociales. Pour lui, devant des sensations similaires, les cadres, professions libérales et intellectuelles transformeraient plus facilement cette sensation en symptôme. De même, la familiarisation avec les différentes catégories médicales seraient le résultat de la fréquentation du médecin, sachant qu'elle s'accroît quand on s'élève dans la hiérarchie sociale. Pour lui, le discours médical produit par les classes populaires est construit sur la sélection, au moyen de la fausse étymologie, de quelques termes empruntés du discours produit par le médecin, à ce qu'ils évoquent des mots de la langue commune. Par exemple, la « ponction » lombaire est rattachée au « pompage », le sujet croyant alors que la ponction sert à le guérir en le vidant de son « trop plein » (d'eau par exemple).

Au contraire, Jean François Barthe(19), qui avait étudié la perception et la connaissance des symptômes du profane à partir de situations hypothétiques, avait trouvé que le groupe nommé « populaire » (faible diplôme, salaires bas, faible chance de modifier cette situation) cherchait à interpréter les signes décrits, développait un comportement plutôt autonome face aux symptômes, et pensait identifier les troubles avec certitude. En revanche, le groupe « supérieur » (fort diplôme ou acquisition de compétences valorisées) était plus méfiant face à ses propres savoirs, moins enclin à poser des « diagnostics définitifs », sachant que de multiples interprétations, relevant des compétences professionnelles, devaient être posées. Cette incertitude va d'ailleurs parfois jusqu'à la mise en cause de la compétence des médecins. En ce qui concerne la variation selon l'âge, les sujets âgés manifestaient une plus grande connaissance ou au moins une plus grande expérience du mal, posaient des diagnostics « précis », souvent inspirés du vocabulaire médical. L'enquête n'a en revanche pas retrouvé de corrélation entre le sexe des sujets et la connaissance des symptômes ou diagnostics posés.

Plus récemment, une étude(20) ayant repris les déclarations de santé recueillies dans l'enquête nationale « handicap incapacité dépendance » a retrouvé une façon plus médicale d'énoncer les problèmes de santé au fur et à mesure que le revenu s'élève, avec des termes désignant des maladies, alors que les personnes qui perçoivent les revenus les plus faibles ont une évocation plus subjective des problèmes rencontrés. En fonction du sexe, les déclarations des hommes étaient formulées souvent de manière plus précise en insistant sur les conséquences du problème de santé.

La réappropriation du jargon médical pour désigner un médicament ne semble pas avoir spécialement été étudiée. On peut alors s'intéresser à l'emploi de la notice médicamenteuse où apparaît généralement ce jargon. Il semblerait que les notices médicamenteuses soient généralement peu lues. Les femmes les liraient davantage que les hommes, mais de façon partielle, s'intéressant en premier lieu aux indications et effets secondaires (au contraire des sujets âgés qui lisent le moins la notice mais le feraient dans son intégralité)(21). Les notices sont souvent jugées peu compréhensibles car rédigées dans des termes techniques(22)(23), alors qu'il faut rappeler qu'elles sont destinées au grand public au contraire des RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) plutôt destinés aux professionnels de santé (néanmoins disponibles pour tous en ligne(24) depuis 2013).

3.3 QUEL RAPPORT AU MEDICAL ?

Les temps ont changé depuis Luc Boltanski, avec une diffusion du savoir médical par d'autres sources que par le médecin lui-même, notamment par internet, qui est actuellement le premier concurrent du médecin, avec environ 90% des français qui utilisent internet au moins une fois par an pour effectuer des recherches sur un problème de santé(25). Ainsi, la relation médecin-malade s'est profondément modifiée ces dernières décennies, passant d'un modèle paternaliste vers un modèle plus égalitaire qui valorise l'autonomie du patient devenu partenaire de soin. Cela s'est traduit, suite aux demandes d'associations de patients, par certaines dispositions légales, notamment en matière d'information du patient (article 35 du code de déontologie médicale(26) et article L1111-2 de la santé publique(27)). Sylvie Fainzang(28) a exploré la nature des informations échangées entre médecins et malades au cours de la consultation, essentiellement de cancérologie. Outre l'existence de rétention de l'information des deux côtés, elle retrouve parfois le regret chez le patient que le médecin ait tout dit. En matière de décision partagée, le problème se retrouve également ; il existe des patients qui préfèrent s'en remettre aux décisions du médecin et s'exclure des choix thérapeutiques, une trop grande autonomie étant vécue en fait comme un fardeau. La difficulté pour le médecin étant alors de parvenir à concilier le principe d'autonomie et celui de bienveillance.

En se penchant sur l'automédication, Sylvie Fainzang a montré qu'elle pouvait être, suite à une expérience malheureuse avec un médecin, une stratégie d'évitement du médecin, le sujet craignant une mauvaise prise en charge et remettant en cause les compétences médicales(29). En matière de médication, on retrouve dans son livre(8) des propos tels que « Moi je prends ce qu'on me dit, mais je ne sais pas comment ça s'appelle ! C'est lui qui doit savoir, c'est pas moi, je suis pas docteur ! ». On dénote ici de façon évidente un refus de participer dans la prise en charge thérapeutique, associée au refus d'apprentissage de la dénomination (et probablement de l'action thérapeutique) de ce qui est prescrit. Connaître un certain jargon médical rend effectivement plus autonome; c'est par exemple être capable de répondre aux questionnaires d'assurance qui demandent si on souffre de « coronaropathie », ou à l'anesthésiste qui demande si on est sous « anticoagulants ou AVK

(anti vitamine K) » sans l'aide du généraliste. On peut aussi se demander si connaître un jargon médical peut témoigner d'une certaine défiance au corps médical, comme pour lui signifier « qu'on en connaît autant que lui ». A l'inverse, l'absence de réappropriation serait le reflet d'une soumission au médical (l'appropriation serait en fait vécue comme une transgression) ou d'une mise à distance de quelqu'un dont on ne partage pas le même point de vue.

Ainsi, nous nous proposons d'étudier dans ce travail l'énoncé plus ou moins médical d'un problème de santé et d'un médicament, au cours d'une déclaration d'automédication, selon des variables sociodémographiques et de pratiques d'auto-médicalisation.

MATERIEL ET METHODE :

I. MATERIEL :

Les déclarations de problème de santé et des produits utilisés proviennent de l'enquête « se soigner par soi même » qui a pour principal but d'étudier les conduites en matière d'automédication (Projet « AUTOMED : automédication choisie ou subie » soutenu par l'Agence nationale de la recherche).

Une première partie des données a été recueillie entre 2013 et 2014, par le biais d'un questionnaire déposé en salle d'attente de cabinets médicaux de Loire-Atlantique et de Vendée, de médecins généralistes maîtres de stage universitaires de la faculté de médecine de Nantes, exerçant en milieu urbain, semi urbain ou rural. Les patients, qui avaient été informés des objectifs de l'étude, remplissaient eux-mêmes les questionnaires sur la base du volontariat avec un anonymat garanti. Ces questionnaires étaient ensuite recueillis via les internes alors en stage.

Une seconde partie des données provient d'une enquête de passation effectuée dans une grande zone commerciale de Loire-Atlantique à partir du même questionnaire.

Les mineurs de 18 ans étaient exclus des enquêtes ainsi que les questionnaires mal renseignés.

Le questionnaire était composé de deux grandes parties. La première partie concernait le problème de santé pour lequel le sujet avait eu recours à l'automédication (nature, idée du diagnostic, durée des symptômes...), les discussions qu'il avait pu avoir et les recherches effectuées autour de ce problème, la nature et les raisons de l'automédication. La seconde partie précisait les caractéristiques sociodémographiques de la personne : âge, sexe, activité professionnelle et niveau d'étude, situation familiale, modalités d'accès aux soins. (cf. annexe 1)

Ainsi les sujets étaient invités à répondre à la question « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souffert d'au moins un problème de santé que vous avez soigné par vous-même sans avoir besoin de consulter votre médecin ? ». Si la réponse était positive, ils devaient renseigner de manière libre en quelques mots la nature du problème de santé, la nature du ou des produits utilisés et les raisons de l'automédication. Ces réponses, à l'exception de celles sur les raisons d'automédication, vont constituer notre matériel d'étude.

Nous disposons ainsi de 1506 réponses pour le problème de santé et de 1436 réponses pour les produits utilisés, retranscrites sur support informatique.

II. METHODE :

2.1 DEFINITIONS :

Devant la présence récurrente de plusieurs problèmes de santé et de produits renseignés par un même individu, nous avons choisi de les séparer en ce que l'on nommera une entité. Ainsi par exemple, « toux, rhume, gastro » a été redéfini en trois entités, à savoir toux, rhume et gastro, de même, « bicarbonate et à jeun », redéfini en deux entités, bicarbonate et à jeun.

(Ces entités sont jointes en annexes 2 et 3)

Les entités du problème de santé ont chacune été classées selon deux échelles distinctes :

- Une première échelle distinguait les entités en deux grandes catégories : symptôme ou maladie (avec parfois, associée à cette dernière, une catégorie correspondant à une étiologie médicale comme par exemple virus, allergie...). Une catégorie inclassable a du être créée, elle concernait essentiellement des réponses ne mentionnant qu'une localisation anatomique (par exemple bras, cou...) sans aucune notion de symptôme ou maladie.
- Une seconde échelle graduait les entités en fonction de la technicité médicale des termes employés; ainsi, tel que précisé plus loin, nous distinguerons un langage non médicalisé, un langage approximatif, un langage médicalisé et un langage hyper médicalisé. Les entités classées inclassables dans la précédente échelle n'ont pas été analysé en terme de technicité et systématiquement redéfinies comme inclassables.

Les entités du produit ont également été distinguées selon deux échelles distinctes, que nous préciserons par la suite:

- Une première échelle concernait le mode d'expression du produit : selon sa forme, selon son nom, selon son mécanisme d'action, selon sa méthode thérapeutique ou autre.
- Une seconde échelle concernait la technicité des termes employés : technique, neutre ou approximatif.

2.2 NETTOYAGES DES DONNEES :

2.2.1 Nettoyage des données des problèmes de santé :

Les données brutes ont été retouchées par la correction des fautes d'orthographe, la suppression des articles nominatifs et possessifs (par exemple mal à la gorge et mon dos transformés en mal gorge et dos), certains adverbes (par exemple avec), l'emploi de la première personne (par exemple « j'ai un »), d'explication (par exemple « suite à un grave accident »). Certains adjectifs, notamment ceux concernant la latéralité, n'ont pas été pris en

compte (par exemple douleur au genou gauche simplifié en douleur genou). Les noms communs ont été alignés dans leurs formes singulier ou pluriel.

Des adjectifs ont été rectifiés dans leurs formes masculine ou féminine (par exemple « douleurs intestinaux » par douleurs intestinales). Ceux n'apportant pas d'information médicalement signifiante pour le médecin ont été supprimé (la toux sèche est simplement une toux). En revanche, nous avons conservé ceux relatifs à une intensité ou une durée, par exemple « un gros rhume » dans l'hypothèse que cela puisse signifier « sinusite ».

Nous n'avons modifié ni les contractions familières telles que « gastro, rhino » ni les abréviations comme « NCB » (névralgie cervico brachiale) ou « RGO » (reflux gastro-œsophagien). Les déformations phonétiques franches n'ont pas été corrigées, « l'apétigo » pour impétigo. En revanche, des problèmes de « rhum » pour rhume ont été considérés comme simple fautes d'orthographe et donc corrigés.

2.2.2 Nettoyage des données des produits :

Nous avons peu modifié les produits utilisés. Les abréviations (par exemple AINS, IRS) ont été laissées intactes. Les fautes d'orthographe ont généralement été laissées telles quelles (par exemple epheralgan)

2.3 CODAGES DES DONNEES :

Pour l'ensemble des codages, nous nous sommes aidés du dictionnaire médical de l'académie de médecine (DMAM) disponible en ligne(13).

2.3.1 Codages des problèmes de santé:

2.3.1.1 Codage en terme de symptôme/maladie :

En nous aidant du DMAM, nous avons déterminé si chaque entité donnée correspondait à un symptôme ou une maladie (tels que définis en introduction au paragraphe 2.1), et si une étiologie lui était associée.

2.3.1.2 Codage de la technicité du problème de santé :

Nous avons codé les entités selon quatre graduations pour la technicité :

- Un langage non médicalisé correspondait à l'emploi de termes courants absents du DMAM, comme par exemple « nez coule, saignements en dehors règles »
- Un langage approximatif regroupait :
 - un terme médical associé à un terme courant (gros rhume)
 - un terme médical déformé (apétigo, pharyngrite)
 - des termes médicaux associés créant cependant une entité médicalement discutable (grippe intestinale)
 - des contractions de termes médicaux (gastro, rhino)

- des termes semblant médicaux mais absents du DMAM (dorsalgo, bronchite asthmatiforme)
- Un langage médicalisé regroupait :
 - un terme médical présent tel quel dans le DMAM (rhume, douleur)
 - des termes n'apparaissant pas tels quels dans le DMAM mais nous paraissant tout de même assez proches et précis (gastro-entérite apparaissant comme gastro-entérite aigüe)
- Un langage hyper médicalisé correspondait à :
 - des abréviations fréquemment utilisées dans le milieu médical (pouvant être absentes du DMAM) (RGO, NCB)
 - des noms propres : De Quervain, Crohn
 - des termes pour lesquels il existe un équivalent strict (médical ou non) plus connu du grand public (rhinopharyngite pour rhume, cystite pour infection urinaire, céphalée pour douleur ou mal de tête)
- des termes pouvant être absents, nous paraissant pourtant probablement peu connus de la population générale, avec un équivalent autre dans le DMAM (névralgie pudendale alors que le DMAM retient l'emploi de pudendalgie ou encore celui de névralgie du nerf honteux interne).

2.3.1.3 Codage définitif :

Pour chaque individu, nous avons ensuite choisi de ne retenir pour l'analyse qu'un seul langage en terme de symptôme/maladie et en terme de technicité. Ainsi, si parmi les entités correspondant au même individu, une maladie a été nommée ne serait-ce qu'une fois, un langage en terme de maladie lui a été attribué. Un langage en terme de symptôme signifie donc qu'aucun diagnostic n'a jamais été donné. En ce qui concerne la technicité du langage, nous avons attribué à chaque individu la technicité la plus élevée qu'il ait employé.

2.3.2 Codages des produits :

Nous avons également classé les produits selon deux critères: la façon de le nommer et la technicité.

2.3.2.1 Codage du mode d'expression du produit :

Sur la façon de nommer le produit, nous avons retenu 5 catégories :

- Selon une forme : par exemple crème, comprimé, spray, ...
- Selon un nom : par exemple doliprane®, ibuprofene, euphytose®, oscillococcinum®...
- Selon un mécanisme d'action : par exemple antalgique ou anti douleur, pour la toux, IRS, anti-inflammatoire, ...
- Selon la méthode thérapeutique : par exemple homéopathie, allopathie, huiles essentielles, plantes, aromathérapie

- Autre : cela correspondait essentiellement à des produits non spécifiquement conçus pour un problème de santé (par exemple riz, miel, citron, bouillotte...), une abstention thérapeutique (rien, aucun) ou absence de produit (régime, repos) ou des produits relevant de la parapharmacie (compresses, pansements...)

Plusieurs produits étant fréquemment cités pour un même individu, ceux-ci peuvent apparaître dans plusieurs catégories. De même, les catégories ne sont pas exclusives, un même produit pouvant être codé dans plusieurs catégories (par exemple crème anti-inflammatoire classé en forme et mécanisme d'action)

2.3.2.2 Codage de la technicité du produit :

Nous avons créé trois langages pour exprimer le produit, un langage « technique », un langage « approximatif » et un langage « neutre » :

- Un langage technique regroupait :
 - des termes pour lesquels il existe des termes plus courants (par exemple antalgique pour anti-douleur, myo-relaxant pour décontractant musculaire, homéopathie ou phytothérapie pour plante).
 - des abréviations couramment utilisées dans le milieu médical : par exemple AINS pour anti-inflammatoire non stéroïdien, IRS pour inhibiteur de la recapture de la sérotonine, ...
 - des termes relevant du caractère pharmaco-chimique de la molécule : par exemple anti-inflammatoire, anti-histaminique, oligo élément, ...
 - des produits exprimés par un nom donné en DCI.
- Un langage approximatif correspondait à :
 - des abréviations comme « homéo » ou « naso »
 - des erreurs grossières qui modifient phonétiquement le nom de la molécule comme par exemple « acide acetique assitilique » (acide acétyl salicylique), « rhinofluril » pour probablement rhinofluimucil®.
 - des erreurs d'orthographe ne modifiant pas phonétiquement le nom du produit mais pouvant révéler une certaine interprétation du produit (par exemple allergix pour alairgix®, rhumex pour humex®) ou créant une technicité là où elle n'existe pas (par exemple la racine *ph* retrouvée dans ibuprofene, daphalgan). En revanche, des fautes plus simples comme paracétamole au lieu de paracétamol n'ont pas été prises en compte (ce terme est donc classé dans la catégorie technique).
 - des noms de produits pouvant faire supposer une confusion entre deux produits, par exemple « abuprofene » (abufen et ibuprofene) ou « amycort » (un antifongique et le suffixe cort rappelant l'appartenance aux corticoïdes).
 - une association inexistante de deux molécules, par exemple aspirine codéine.
- Un langage neutre correspondait à l'ensemble des termes qui ne sont ni « techniques », ni « approximatifs ». C'est par exemple « doliprane® »

2.3.2.3 Codage définitif :

Les catégories pour le moyen d'expression du produit n'étant pas exclusives, chaque codage a été conservé.

Pour la technicité, une seule entité définie comme technique suffisait pour l'attribution de cette catégorie à l'individu (lorsque l'individu a donné une entité technique et une entité approximative ou neutre, il est définitivement classé comme technique). Si l'individu a donné une entité approximative et une entité neutre, il est définitivement classé comme approximatif.

2.4 ANALYSE DES DONNEES :

Nous avons réalisé le traitement des données à l'aide du site d'analyse statistique <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>, mis à disposition par l'INSERM et les universités de Paris VI et Toulouse III.

Pour effectuer la comparaison des pourcentages, nous avons employé le test du χ^2 qui permet de déterminer la probabilité que les variables d'un tableau croisé soient indépendantes, c'est-à-dire qu'elles n'influencent pas les unes sur les autres, ou à l'inverse, s'il existe une relation statistiquement significative entre les variables.

Par convention, nous avons retenu comme seuil de significativité statistique $p=0,05$.

Il s'agit donc d'une analyse statistique de données qualitatives, recodées en variables catégorielles.

RESULTATS :

Préambule :

1576 individus ont répondu avoir présenté un problème de santé pour lequel ils se sont automédiqués. Parmi eux, 1506 ont renseigné la nature du problème de santé et 1436 les produits utilisés. De ces réponses, nous avons exclu respectivement 25 et 32 réponses (essentiellement pour raisons d'illisibilité ou d'incompréhension) et 47 ont été jugées inclassables pour le problème. Nous travaillons donc sur deux panels distincts, l'un de 1434 individus pour les problèmes de santé et l'autre de 1404 pour les produits. Du panel des problèmes de santé, 1123 réponses provenaient des questionnaires remplis en salle d'attente et 311 de l'enquête de passation en centre commercial. Pour les produits utilisés, ces propensions étaient respectivement de 1097 réponses et de 307.

Au fur et à mesure de l'étude, nous nous sommes rendus compte qu'il existait des différences entre les questionnaires remplis en salle d'attente et ceux recueillis en centre commercial. Ces différences apparaissaient en terme de sexe (plus de femme en salle d'attente), d'âge (plus de personnes âgées en salle d'attente), de diplôme (moins d'ouvrier, agriculteurs en centre commercial). Du fait de la présence de l'enquêteur, qui avait des consignes de passation, les questionnaires provenant du centre commercial étaient globalement mieux renseignés, avec moins de données manquantes. Toutefois, cette présence conduit inévitablement à une déformation des déclarations des individus (en effet, comment appréhender les connaissances de ces individus lorsque leurs déclarations ont par exemple été retranscrites par « DuelB2 » pour probablement « du L52 », cette erreur provenant plutôt d'une méconnaissance de l'enquêteur qui n'appartient pas au milieu médical).

Pour ces raisons, nous avons pensé qu'on ne pas pouvait réunir ces 2 populations dans une même analyse, d'autant plus que nous cherchions à appréhender le langage profane. Ainsi, nous avons, en cours d'étude, choisis de la restreindre aux seules données des questionnaires recueillis en salle d'attente, plus spontanés et remplis par les patients eux-mêmes.

I. ANALYSE UNIVARIEE :

Pour l'ensemble des deux panels (problèmes de santé et produits utilisés), les femmes étaient nettement majoritaires. La plupart des individus enquêtés avait entre 30 et 60 ans, avait au moins atteint le baccalauréat, et un peu plus de la moitié vivait avec au moins un enfant. En ce qui concerne la santé, celle-ci était majoritairement perçue comme bonne, la plupart fréquentait leur médecin au moins 3 fois par an et un tiers environ déclarait souffrir d'une maladie chronique. (cf. tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques des deux populations étudiées :

	Panel des 1123 individus ayant renseigné un problème de santé	Panel des 1097 individus ayant renseigné un produit
	%(effectif)	%(effectif)
Caractéristiques sociodémographiques		
Sexe		
Homme	22,8%(253)	22,5%(243)
Femme	77,2%(855)	77,5%(839)
Age		
< 30 ans	19,3%(216)	19,9%(218)
30-60 ans	67,1%(740)	65,3%(714)
> 60 ans	14,6%(164)	14,8%(162)
Diplôme		
Aucun, BEPC, CEP	8,2%(89)	7,9%(84)
CAP, BEP	19,5%(212)	19,6%(209)
Bac ou plus	72,3%(786)	72,5%(771)
Perception état de santé		
Mauvaise, moyenne	23,1%(254)	23%(248)
Bonne, très bonne	76,9%(844)	77%(828)
Maladie chronique		
Non	68,7%(741)	68,8%(729)
Oui	31,3%(337)	31,2%(330)
Situation familiale		
Sans enfant	41,6%(457)	41,9%(448)
Avec enfant	58,4%(641)	58,1%(620)
Fréquentation du médecin		
< 3 fois/an	31,6%(336)	32%(334)
> 3 fois/an	68,4%(727)	68%(709)

Un quart des individus venaient en consultation en rapport avec le problème ayant engendré une automédication, une large majorité avait déjà vécu le problème et déclarait connaître le diagnostic. Un peu moins de la moitié avait discuté du problème et un peu plus d'un tiers avait effectué des recherches en rapport. Moins de 20% ont consulté un autre professionnel de la santé. Environ la moitié avait réutilisé une prescription antérieure. (cf. tableau 1bis)

Tableau 1bis : Connaissances et pratiques autour du problème/produit des deux populations étudiées :

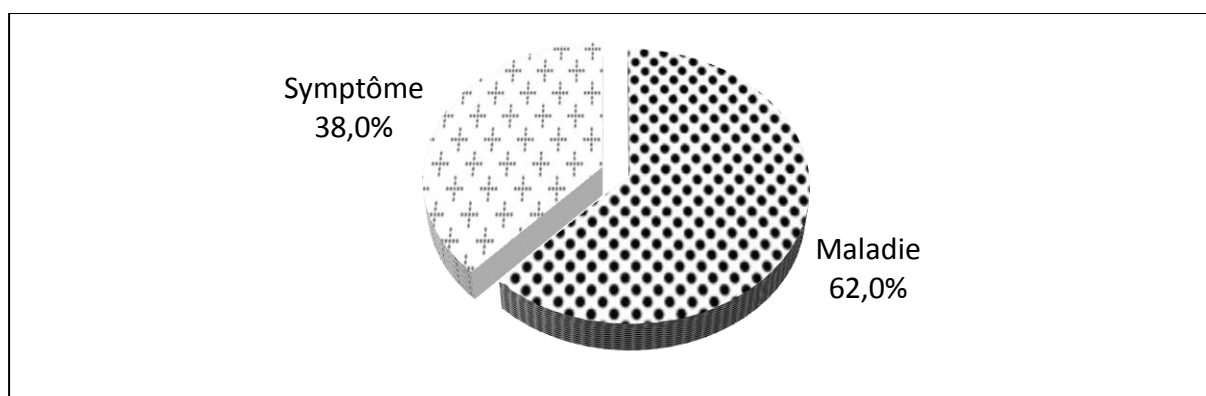
	Panel des 1123 individus ayant renseigné un problème de santé	Panel des 1097 individus ayant renseigné un produit
	%(Effectif)	%(effectif)
Connaissances, pratiques autour du problème/produit		
Motif de consultation en rapport avec le problème		
Non	75,5%(840)	75,2%(818)
Oui	24,5%(273)	24,8%(270)
Antécédent du problème		
Non	13,7%(153)	14,4%(156)
Oui	86,3%(963)	85,6%(931)
Idée du diagnostic		
Non	13,7%(151)	14,3%(153)
Oui	86,3%(949)	85,7%(919)
Discussion sur le problème		
Non	52,1%(578)	51,3%(556)
Oui	47,9%(532)	48,7%(527)
Recherches d'information sur le problème		
Non	61,7%(682)	61,7%(667)
Oui	38,3%(424)	38,3%(414)
Réutilisation d'une prescription antérieure		
Non	46,3%(493)	47,2%(497)
Oui	53,7%(571)	52,8%(555)
Consultation d'un autre praticien		
Non	82,1%(882)	82,4%(870)
Oui	17,9%(192)	17,6%(186)

1.1 ANALYSE UNIVARIEE DES REPONSES POUR LE PROBLEME DE SANTE :

1.1.1 Expression en symptôme ou maladie :

62% des individus ont donné au moins un diagnostic et 38% n'ont exprimé que des symptômes. (cf. figure 1)

Figure 1 : Modalité d'expression concernant le problème de santé :

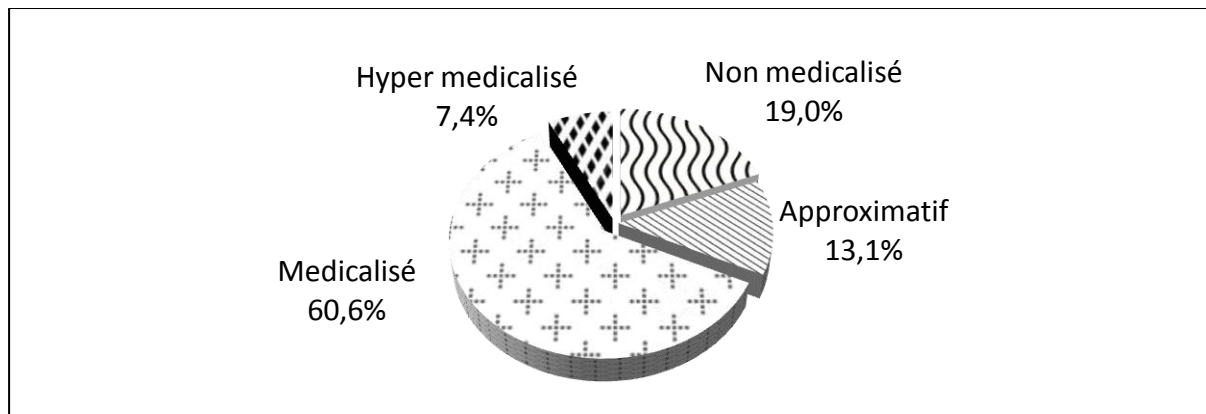


Nous avons retrouvé uniquement 23 individus ayant cité une étiologie médicale (soit environ 2% du panel).

1.1.2 Technicité du langage pour le problème de santé:

En ce qui concerne la technicité du langage, 60,6% était médicalisé, 19,0% ne l'était pas, 13,1% a été considéré comme approximatif et 7,4% comme hyper médicalisé. (cf. figure 2)

Figure 2 : Technicité du langage concernant le problème de santé :

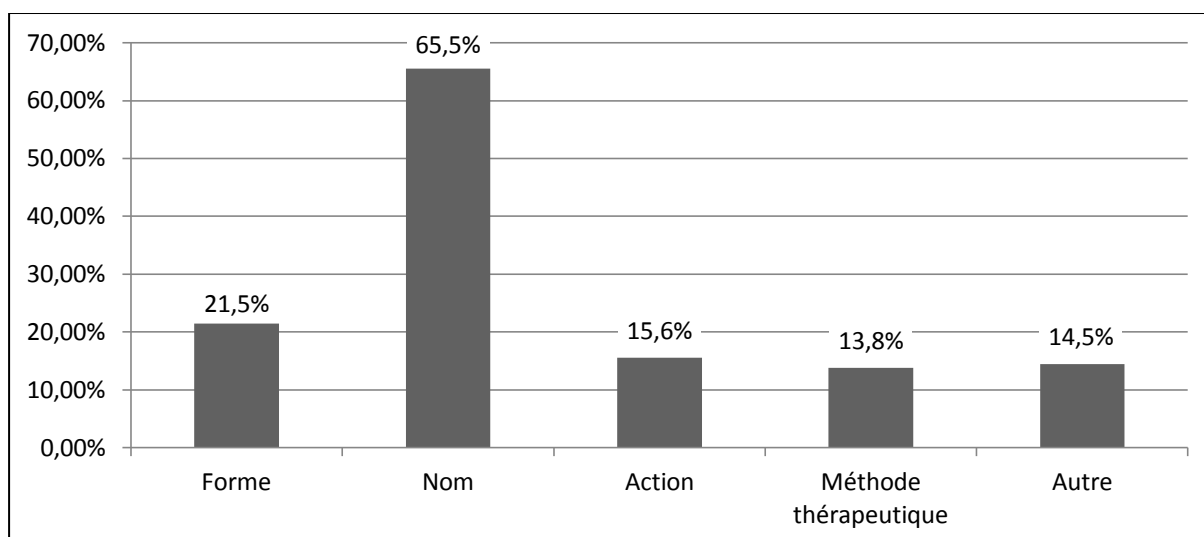


1.2 ANALYSE UNIVARIEE DES REPONSES POUR LES PRODUITS :

1.2.1 Modalité d'expression du produit :

La désignation du produit par son nom a été la plus employée (65,5%). Puis venaient celle par sa forme (21,5%), par son mécanisme d'action (15,6%) et par sa méthode thérapeutique (13,8%). (cf. figure 3)

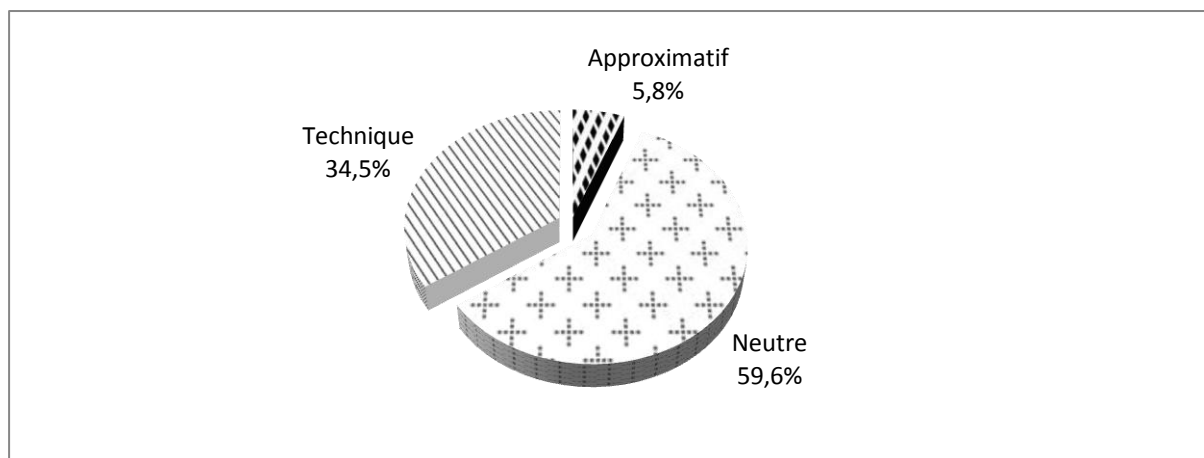
Figure 3 : Modalité d'expression concernant le produit :



1.2.2 Technicité du langage pour le produit :

Un langage technique représentait 34,5% des individus et un langage approximatif 5,8% d'entre eux. Restait 59,6% dits « neutre ». (cf. figure 4)

Figure 4 : Technicité du langage concernant le produit :



II. ANALYSE BIVARIEE DES PROBLEMES DE SANTE :

2.1 EXPRESSION EN TERME DE SYMPTOME OU DE MALADIE :

2.1.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques (cf. tableau 2) :

Un langage en terme de maladie a significativement été davantage utilisé par les femmes, les personnes de moins de 30 ans, les individus non diplômés et ceux qui se perçoivent plutôt en bonne santé.

En revanche, la fréquentation du médecin, la présence d'une maladie chronique ou la parentalité n'ont pas influencé ce langage.

Tableau 2: Expression en terme de Symptôme/Maladie selon les caractéristiques sociodémographiques :

	Symptôme % (effectif)	Maladie % (effectif)	Différence (p)
Caractéristiques sociodémographiques			
Sexe			
Homme	44,3%(112)	55,7%(141)	p=0,03
Femme	36,5%(312)	63,5%(543)	
Age			
< 30 ans	30,7%(67)	69,3%(149)	p=0,02
30-60 ans	38,8%(286)	61,2%(451)	
> 60 ans	44,5%(73)	55,5%(91)	
Diplôme			
Aucun, BEPC, CEP	30,3%(27)	69,7%(62)	p=0,01
CAP, BEP	46,2%(98)	53,8%(114)	
Bac et plus	36,8%(289)	63,2%(497)	
Perception état de santé			
Mauvaise, moyenne	44,1%(112)	55,9%(142)	p=0,02
Bonne, très bonne	35,7%(301)	64,3%(543)	
Maladie chronique			
Non	38,1%(282)	61,9%(459)	p=0,98
Oui	38%(128)	62%(209)	
Fréquentation du médecin			
< 3 fois/an	35,4%(119)	64,6%(217)	p=0,16
> 3 fois/an	39,9%(290)	60,1%(437)	
Situation familiale			
Sans enfant	37,4%(171)	62,6%(286)	p=0,75
Avec enfant	38,4%(246)	61,6%(395)	

2.1.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit (cf. tableau 2bis) :

Les individus qui avaient déjà présenté le problème ou qui déclaraient avoir une idée du diagnostic, ainsi que ceux qui ne venaient pas consulter en rapport ont significativement davantage donné un diagnostic.

Au contraire, ceux qui ont discuté autour du problème, qui ont consulté un autre praticien ont moins donné de diagnostic.

La réutilisation d'une prescription et les recherches d'information sur le problème n'ont pas influencé ce langage.

Tableau 2bis: Expression en symptôme/Maladie selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit :

	Symptôme %(effectif)	Maladie %(effectif)	Différence (p)
Connaissances et pratiques autour du problème/produit			
Consultation en rapport avec le problème			
Non	35%(294)	65%(546)	p<0,001
Oui	48%(131)	52%(142)	
Antécédent du problème			
Non	50,3%(77)	49,7%(76)	p<0,001
Oui	36%(347)	64%(616)	
Idée du diagnostic			
Non	56,3%(85)	43,7%(66)	p<0,001
Oui	35,2%(334)	64,8%(615)	
Discussion autour du problème			
Non	34,9%(202)	65,1%(376)	p=0,02
Oui	41,7%(222)	58,3%(310)	
Recherches d'information sur le problème			
Non	38,3%(261)	61,7%(421)	p=0,80
Oui	37,5%(159)	62,5%(265)	
Réutilisation d'une prescription			
Non	34,7%(171)	65,3%(322)	p=0,08
Oui	40%(228)	60,1%(343)	
Consultation d'un autre praticien			
Non	33,9%(299)	66,1%(583)	p<0,001
Oui	55,7%(107)	44,3%(85)	

2.2 TECHNICITE DU LANGAGE POUR LE PROBLEME DE SANTE :

2.2.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques (cf. tableau 3) :

Le sexe et l'âge sont les seules variables ayant influencé le degré de technicité du langage pour le problème de santé.

Au regard des résultats, les plus grandes différences s'observaient par l'emploi d'un langage non médicalisé de la part des hommes et d'un langage médicalisé par les femmes, ainsi que l'utilisation de termes hyper médicalisés par les plus âgés.

Tableau3 : Technicité du langage pour qualifier le problème en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

	Langage non médicalisé %(effectif)	Langage approximatif %(effectif)	Langage médicalisé %(effectif)	Langage hyper médicalisé %(effectif)
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe (p=0,002)				
Homme	24,9%(63)	14,6%(37)	50,6%(128)	9,9%(25)
Femme	17,4%(149)	12,5%(107)	63,5%(543)	6,6%(56)
Age (p=0,05)				
< 30 ans	19%(41)	12,0%(26)	64,8%(140)	4,2%(9)
30-60 ans	18,8%(139)	13,1%(97)	61,1%(452)	7,0%(52)
> 60 ans	20,1%(33)	14,0%(23)	53,0%(87)	12,8%(143)
Diplôme (p=0,56)				
Aucun, BEPC, CEP	14,6%(13)	14,6%(13)	62,9%(56)	7,9%(7)
CAP, BEP	20,3%(43)	14,2%(30)	60,8%(129)	4,7%(10)
Bac et plus	19,5%(153)	11,8%(93)	60,6%(476)	8,1%(64)
Perception état de santé (p=0,91)				
Mauvaise, moyenne	18,5%(47)	13,4%(34)	59,8%(152)	8,3%(21)
Bonne, très bonne	18,8%(159)	12,9%(109)	61,3%(517)	7,0%(59)
Maladie chronique (p=0,25)				
Non	20,5%(152)	12,8%(95)	60,2%(446)	6,5%(48)
Oui	16%(54)	13,4%(45)	62,0%(209)	8,6%(29)
Fréquentation du médecin (p=0,53)				
< 3 fois/an	16,7%(56)	13,1%(44)	62,8%(211)	7,4%(25)
> 3 fois/an	20,5%(149)	12,9%(94)	59,3%(431)	7,3%(53)
Situation familiale (p=0,36)				
Sans enfant	18,5%(84)	12,5%(57)	60,2%(275)	9,0%(41)
Avec enfant	19,9%(128)	13,1%(84)	60,7%(389)	6,2%(40)

2.2.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit (cf. tableau 3bis) :

La consultation en rapport avec le problème, la discussion autour de celui-ci et la réutilisation d'une ordonnance n'ont pas modifié le degré de technicité du langage pour évoquer le problème.

En revanche, l'antécédent de celui-ci et l'idée du diagnostic l'ont influencé, par la diminution du langage non médicalisé au profit d'un langage médicalisé.

Les recherches d'informations sur le problème étaient également influentes ; les résultats correspondants indiquaient une diminution du langage approximatif et une augmentation du langage hyper médicalisé.

Tableau 3bis : Technicité du langage pour qualifier le problème selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit :

	Langage non médicalisé %(effectif)	Langage approximatif %(effectif)	Langage médicalisé %(effectif)	Langage hyper médicalisé %(effectif)
Connaissances et pratiques autour du problème/produit				
Consultation en rapport avec le problème (p=0,11)				
Non	18,2%(153)	13,2%(111)	62,0%(521)	6,5%(55)
Oui	21,3%(58)	12,1%(33)	56,4%(154)	10,3%(28)
Antécédent du problème (p=0,001)				
Non	28,1%(43)	17,6%(27)	47,7%(73)	6,5%(10)
Oui	17,5%(168)	12,4%(119)	62,6%(603)	7,6%(73)
Idée du diagnostic (p<0,001)				
Non	31,8%(48)	11,3%(17)	51,7%(78)	5,3%(8)
Oui	16,7%(158)	13,6%(129)	62,2%(590)	7,6%(72)
Discussion autour du problème (p=0,77)				
Non	18,3%(106)	14,0%(81)	59,9%(346)	7,8%(45)
Oui	19,7%(105)	12,4%(66)	60,9%(324)	7%(37)
Recherches d'informations sur le problème (p=0,03)				
Non	19,5%(133)	14,7%(100)	60,0%(409)	5,9%(40)
Oui	18,2%(77)	10,4%(44)	61,8%(262)	9,7%(41)
Réutilisation d'une prescription (p=0,70)				
	p=0,45	p=0,65	p=0,24	p=0,63
Non	17,4%(86)	12,4%(61)	63,1%(311)	7,1%(35)
Oui	19,3%(110)	13,3%(76)	59,5%(340)	7,9%(45)
Consultation d'un autre praticien (p<0,001)				
Non	18,3%(161)	14,2%(125)	61,9%(546)	5,7%(50)
Oui	21,4%(41)	8,3%(16)	55,7%(107)	14,6%(28)

III. ANALYSE BIVARIEE DES PRODUITS UTILISES :

3.1 MODALITE D'EXPRESSION DES PRODUITS :

3.1.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques (cf. tableau4) :

Les variables sociodémographiques n'ont pas influencé les modalités d'expression par la forme, le nom ou le mécanisme d'action pour qualifier le produit, à l'exception d'une plus grande utilisation de la forme par les femmes.

En revanche, elles exerçaient davantage d'influence sur l'emploi de la méthode thérapeutique, moins employée par les hommes, les moins de 30 ans et les plus de 60 ans, les personnes ayant le CAP/BEP, et plus utilisée par les individus avec au moins un enfant.

Tableau 4: Modalités d'expression des produits selon les caractéristiques sociodémographiques :

(Les « p » sont donnés pour chaque modalité d'expression par rapport à l'ensemble des autres)

	Forme % (effectif)	Nom % (effectif)	Action %(effectif)	Méthode thérapeutique %(effectif)
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe	p<0,001	p=0,64	p=0,85	p=0,004
Homme	16,9%(41)	66,7%(162)	15,2%(37)	8,2%(20)
Femme	22,9%(192)	65,1%(546)	15,7%(132)	15,5%(130)
Age	p=0,46	p=0,47	p=0,18	p=0,002
< 30 ans	23,9%(52)	68,4%(149)	11,9%(26)	7,8%(17)
30-60 ans	21,4%(153)	65,1%(465)	16,1%(115)	16,4%(117)
> 60 ans	18,5%(30)	62,4%(101)	18,5%(30)	9,9%(16)
Diplôme	p=0,29	p=0,11	p=0,34	p=0,01
Aucun, BEPC, CEP	26,6%(24)	58,3%(49)	10,7%(9)	13,1%(11)
CAP, BEP	21,5%(45)	61,7%(129)	17,2%(36)	7,2%(15)
Bac et plus	21,1%(163)	67,3%(519)	15,6%(120)	15,8%(122)
Perception état de santé	p=0,05	p=0,68	p=0,68	p=0,46
Mauvaise, moyenne	16,9%(42)	64,5%(160)	16,5%(41)	12,5%(31)
Bonne, très bonne	22,7%(188)	65,9%(546)	15,5%(128)	14,4%(119)
Maladie chronique	p=0,46	p=0,68	p=0,99	p=0,19
Non	22,6%(165)	64,8%(472)	15,5%(113)	13,0%(95)
Oui	20,6%(68)	66,1%(218)	15,4%(51)	16,1%(53)
Fréquentation du médecin	p=0,49	p=0,66	p=0,65	p=0,76
< 3 fois/an	20,7%(69)	65,6%(219)	15,3%(51)	14,7%(49)
> 3 fois/an	22,6%(160)	64,2%(455)	16,4%(116)	14,0%(99)
Situation familiale	p=0,61	p=0,13	p=0,07	p=0,02
Sans enfant	22,5%(100)	62,9%(280)	18,2%(81)	11,0%(49)
Avec enfant	21,2%(132)	67,4%(420)	14,1%(88)	16,2%(101)

3.1.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit (cf. tableau 4bis) :

En revanche, les différentes modalités d'expression du produit ont davantage été influencées par les connaissances et pratiques autour du problème/produit.

Ainsi, la qualification par la forme a été moins employée par les individus ayant réutilisé une prescription ou ayant consulté un autre praticien.

La référence par le nom était davantage utilisée par les individus ayant déjà présenté le problème ou ayant réutilisé une prescription, ainsi que par ceux n'ayant pas discuté ou effectué des recherches autour du problème.

L'utilisation du mécanisme d'action était davantage employée par les individus venant en consultation en rapport avec le problème ou s'adressant à un autre praticien, ainsi que par ceux ayant discuté autour du problème ou ayant réutilisé une ordonnance.

Enfin, l'expression par la méthode thérapeutique a été significativement donnée par les individus ne réutilisant pas une prescription ou effectuant des recherches d'informations sur le problème.

Tableau 4bis : Modalité d'expression du produit selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit :

(Les « p » sont donnés pour chaque modalité d'expression par rapport à l'ensemble des autres)

	Forme %(effectif)	Nom %(effectif)	Action %(effectif)	Méthode thérapeutique %(effectif)
Connaissances et pratiques autour du problème/produit				
Consultation en rapport avec le problème	p=0,51	p=0,21	p=0,001	p=0,13
Non	21,9%(179)	66,4%(543)	13,6%(111)	14,8%(121)
Oui	20,0%(54)	62,2%(168)	21,9%(59)	11,1%(30)
Antécédent du problème	p=0,88	p<0,001	p=0,03	p=0,03
Non	21,2%(33)	52,6%(82)	21,8%(34)	8,3%(13)
Oui	21,7%(202)	67,7%(630)	14,7%(137)	14,7%(137)
Idée du diagnostic				
	p=0,14	p=0,22	p=0,94	p=0,07
Non	17,0%(26)	61,4%(94)	15,7%(24)	9,2%(14)
Oui	22,3%(205)	66,5%(611)	15,5%(142)	14,6%(134)
Discussion autour du problème				
	p=0,92	p=0,02	p=0,004	p=0,29
Non	21,6%(120)	68,9%(383)	12,4%(69)	12,6%(70)
Oui	21,8%(115)	62,1%(327)	18,8%(99)	14,8%(78)
Recherches d'informations sur le problème				
	p=0,23	p=0,01	p=0,6	p=0,003
Non	22,9%(153)	68,1%(454)	15,0%(100)	11,4%(76)
Oui	19,8%(82)	60,6%(251)	16,2%(67)	17,9%(74)
Réutilisation d'une prescription				
	p<0,001	p=0,01	p<0,001	p<0,001
Non	26,8%(133)	61,6%(306)	9,1%(45)	20,5%(102)
Oui	17,5%(97)	69,7%(387)	22%(122)	8,1%(45)
Consultation d'un autre praticien				
	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p=0,23
Non	23,7%(206)	67,6%(588)	12,3%(107)	13,3%(116)
Oui	10,8%(20)	54,8%(102)	31,7%(59)	16,7%(31)

3.2 TECHNICITE DU LANGAGE DU PRODUIT :

3.2.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques (cf. tableau 5) :

L'âge et le diplôme étaient les seules variables ayant influencé le degré de technicité du langage pour le produit. Au regard des chiffres, les personnes les plus jeunes (ou les plus âgées) et les individus non diplômés ont davantage utilisé un langage neutre aux dépens d'un langage technique.

Tableau 5: Technicité de la qualification du produit selon les caractéristiques sociodémographiques :

	Technique % (effectif)	Approximatif % (effectif)	Neutre %(effectif)
Caractéristiques sociodémographiques			
Sexe (p=0,74)			
Homme	32,5%(79)	6,2%(15)	61,3%(149)
Femme	35,2%(295)	5,7%(48)	59,1%(496)
Age (p=0,02)			
< 30 ans	28,4%(62)	3,7%(8)	67,9%(148)
30-60 ans	37,1%(265)	6,7%(48)	56,2%(401)
> 60 ans	31,5%(51)	4,9%(8)	63,6%(103)
Diplôme (p=0,01)			
Aucun, BEPC, CEP	19,0%(16)	8,3%(7)	72,6%(61)
CAP, BEP	31,6%(66)	7,7%(16)	60,8%(127)
Bac et plus	37,5%(289)	5,2%(40)	57,3%(442)
Perception état de santé (p=0,52)			
Mauvaise, moyenne	32,3%(80)	6,9%(17)	60,9%(151)
Bonne, très bonne	35,4%(293)	5,4%(45)	59,2%(490)
Maladie chronique (p=0,17)			
Non	36,4%(265)	6,2%(45)	57,5%(419)
Oui	31,2%(103)	5,2%(17)	63,6%(210)
Fréquentation du médecin (p=0,87)			
< 3 fois/an	36,2%(121)	5,7%(19)	58,1%(194)
> 3 fois/an	34,8%(247)	5,4%(38)	59,8%(424)
Situation familiale (p=0,13)			
Sans enfant	33,3%(149)	4,5%(20)	62,3%(279)
Avec enfant	35,6%(221)	6,9%(43)	57,4%(356)

3.2.2 Selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit (cf. tableau 5bis) :

La technicité de la qualification du produit a davantage été influencée par les connaissances et pratiques autour du problème/produit.

Ainsi, un langage jugé technique aux dépens d'un langage jugé neutre a davantage été employé par les individus ayant consulté leur médecin ou un autre praticien, ainsi que par ceux ayant discuté autour du problème ou ayant réutilisé une ancienne ordonnance.

Tableau 5bis : Technicité de la qualification du produit selon les connaissances et pratiques autour du problème/produit :

	Technique %(effectif)	Approximatif %(effectif)	Neutre %(effectif)
Connaissances et pratiques autour du problème/produit			
Consultation en rapport avec le problème (p<0,001)			
Non	27,8%(34)	5,6%(46)	60,4%(494)
Oui	36,7%(99)	6,7%(18)	56,7%(153)
Antécédent du problème (p=0,69)			
Non	36,5%(57)	4,5%(7)	59,0%(92)
Oui	34,3%(319)	6,0%(56)	59,7%(556)
Idée du diagnostic (p=0,38)			
Non	30,1%(46)	7,2%(11)	62,7%(96)
Oui	35,3%(324)	5,5%(51)	59,2%(544)
Discussion autour du problème (p=0,02)			
Non	31,1%(173)	7,2%(40)	61,7%(343)
Oui	38,0%(200)	4,6%(24)	57,5%(303)
Recherches d'informations sur le problème (p=0,42)			
Non	34,6%(231)	5,1%(34)	60,3%(402)
Oui	34,5%(143)	7,0%(29)	58,5%(242)
Réutilisation d'une prescription (p<0,001)			
Non	29,0%(144)	5,8%(29)	65,2%(324)
Oui	40,0%(222)	6,1%(34)	53,9%(299)
Consultation d'un autre praticien (p<0,001)			
Non	31,4%(273)	6,1%(53)	62,5%(544)
Oui	53,8%(100)	4,8%(9)	41,4%(77%)

IV. SYNTHÈSE DES RESULTATS SIGNIFICATIFS :

Pour les variables sociodémographiques :

Les hommes se sont plutôt exprimés en terme de symptôme avec un langage non médicalisé. Les femmes ont employé un langage en terme de maladie, médicalisé, et se sont référées au produit par sa forme ou la méthode thérapeutique (homéopathie, phytothérapie).

Les personnes les plus jeunes et les plus âgées ont eu un langage symptomatique, hyper médicalisé pour les plus de 60 ans. Elles se sont moins référées à la méthode thérapeutique pour énoncer le produit, d'une manière moins technique et plus neutre.

Les personnes ayant le CAP/BEP se sont exprimés en terme de symptôme et ont moins utilisé la méthode thérapeutique. Plus le diplôme était élevé, moins un diagnostic médical a été donné, et plus des termes techniques pour le médicament ont été utilisés aux dépens de termes neutres.

Une santé globalement ressentie comme bonne était liée à un langage en terme de maladie.

Les individus vivant avec au moins un enfant ont davantage utilisé la méthode thérapeutique pour énoncer le produit. La parentalité n'a pas eu d'influence sur la façon d'énoncer le problème de santé.

La fréquentation médicale n'a eu aucune influence sur les différents langages.

Pour les variables d'automédicalisation :

Les individus déclarant venir en consultation en rapport avec le problème se sont exprimés en terme de symptôme. Dans ce cas, le produit a été exprimé par son mode d'action, avec des termes techniques aux dépens de termes neutres.

Une expérience identique du problème et l'idée du diagnostic étaient liées à un langage en terme de maladie, avec moins de termes non médicalisés au profit d'autres plus médicalisés. Le produit était cité via son nom ou la méthode thérapeutique, par des termes techniques, pour ceux ayant déjà présenté le problème.

Les individus ayant discuté du problème se sont davantage exprimés en terme de symptôme, et ont cité le produit par son mécanisme d'action aux dépens de son nom.

Les recherches d'information sur le problème étaient liées à un moindre langage approximatif au profit d'un langage hyper médicalisé. Le produit était plus cité par la méthode thérapeutique et moins par son nom.

La reprise d'une prescription antérieure n'a pas influencé la façon d'énoncer le problème de santé. En revanche, pour le produit, celui-ci était donné de façon plus importante par son nom ou mécanisme d'action, et moins par sa forme ou la méthode thérapeutique, avec des termes techniques et moins par des termes neutres.

Les individus ayant consulté un autre praticien se sont davantage exprimés avec un langage symptomatique, avec moins de termes approximatifs au profit de termes hyper médicalisés. Ils ont moins nommé le produit par sa forme ou son nom, mais plus par son mécanisme d'action, avec des termes techniques.

Tableaux récapitulatifs des variations significatives des différents langages :

	Problème de santé						Produit						
	Symptôme	Maladie	Non médicalisé	Approximatif	Médicalisé	Hyper médicalisé	Forme	Nom	Mécanisme action	Méthode thérapeutique	Technique	Approximatif	Neutre
Homme	↗		↗										
Femme		↗			↗		↗			↗			
Age	↗ (> 60 ans)	↗ (<30 ans)				↗ (> 60 ans)				↘ (> 60 ans)	↘ (<30 ans, > 60 ans)		↗ (<30 ans, > 60 ans)
	↘ (< 30 ans)	↘ (>60 ans)											
Diplôme	↗ (CAP, BEP)	↗ (aucun, BEPC, CEP)								↘ (CAP, BEP)	↗ (Bac et +)		↘ (Bac et +)
Fréquentation du médecin													
Etat de sante		↗ (bonne)											
Enfant										↗			

Consultation	↗	↘							↗		↗		↘
Antécédent	↘	↗	↘		↗			↗		↗	↗		
Idée du diagnostic	↘	↗			↗								
Discussion	↗	↘						↘	↗				
Recherches				↘		↗		↘		↗			
Prescription							↘	↗	↗	↘	↗		↘
Praticien	↗	↘		↘		↗	↘	↘	↗		↗		↘

DISCUSSION :

I. DIFFICULTES, BIAIS ET LIMITES :

1.1 DIFFICULTES :

Il a été nécessaire de s'adapter aux données et de finement penser les différents codages, qui ont du être effectués en plusieurs étapes. Le nettoyage des données nous a paru indispensable pour faciliter ensuite l'analyse des termes employés. Mais ce nettoyage est évidemment discutable, induisant inévitablement des biais, le degré de correction à apporter étant souvent difficile à déterminer (décider par exemple si une erreur provient juste d'une difficulté supplémentaire du langage écrit par rapport au langage oral ou d'une réelle déformation du terme).

Bien que nous ayons ensuite choisi de s'aider du DMAM pour être rigoureux dans les codages, des limites sont vite apparues, devant l'absence de termes dans ce dictionnaire alors qu'ils semblent pourtant clairement utilisés de manière fréquente dans le milieu médical. Mais cela nous a appris par exemple que l'expression « bronchite asthmatiforme » ou que le terme « surpoids » seraient médicalement incorrects à ce jour. Le constat est valable dans l'autre sens; des termes semblant non médicaux, souvent employés par les patients et moins par les médecins, sont retenus par l'académie de médecine. Ainsi, parler de « rhume » et de « fatigue » serait tout aussi médical que parler de « rhinopharyngite » ou « d'asthénie ». Cela nous a également montré le poids de l'histoire, avec comme nous l'avons déjà évoqué, la présence du terme « nerf honteux interne », témoignant de l'influence passée de la religion sur la médecine.

1.2 BIAIS :

Biais de déclaration :

Le matériel d'étude est constitué de déclarations spontanées à partir de questionnaires établis sur la base du volontariat. Ce caractère spontané nous permet d'approcher la pensée profane dans ce qui lui apparaît le plus signifiant, mais pas d'en connaître l'exact contenu. Nous avons profité du caractère ouvert des questions pour tenter d'approcher ce langage profane, car le recueil de données par questionnaire n'est pas la méthode idéale pour cela (celle par entretien aurait peut être été plus adaptée). Ainsi, même si l'on s'exprime uniquement en terme de symptômes, cela n'implique pas obligatoirement une méconnaissance de la maladie, parler d'une forme galénique ne signifie pas l'ignorance d'un mécanisme d'action et ainsi de suite. Il en va de même pour l'usage de termes non médicaux par rapport à des termes médicaux qui peuvent cependant être connus. S'il existe ainsi un « biais de déclaration », ce n'est toutefois pas dans le sens classique où l'individu choisit

volontairement de ne pas répondre honnêtement à la question (par peur d'un jugement du lecteur par exemple).

Biais de sélection :

Les réponses des panels ont été recueillies en salle d'attente de cabinets médicaux, c'est-à-dire par des individus ayant un accès au corps médical et familiers de celui-ci et de son langage, ce qui n'est pas nécessairement le cas de l'ensemble de la population générale.

Les panels n'étaient pas non plus homogènes socio-démographiquement ; alors que les femmes ont plus participé à l'étude, les extrêmes de la population étaient souvent moins représentés, comme les personnes de plus de 60 ans (et de moins de 30 ans) ou les individus non diplômés, ne reflétant pas leur poids réel dans la population générale.

Biais de formulation :

Il faut rappeler que l'entête du questionnaire indiquait que l'étude était effectuée par le département de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes, ce qui pouvait laisser penser aux enquêtés que les réponses seraient obligatoirement lues par des personnes appartenant au milieu médical et donc influencer le choix des termes employés, notamment par des mots plutôt médicaux.

Enfin, la formulation « Quel était ce problème ? » a probablement engendré des réponses en reflet, comme « problème de ... » qui pourrait inciter à donner plutôt un symptôme qu'un diagnostic.

Biais de retranscription :

Le matériel d'étude a été construit à partir de déclarations spontanées, recueillies directement via un questionnaire, les réponses étant initialement manuscrites, puis retranscrites informatiquement, entraînant un biais inhérent entre la déclaration des individus et la compréhension de la personne qui retranscrit. Ainsi par exemple, pour l'individu ayant déclaré souffrir de « chinopharyngite », s'agit-il réellement d'une méconnaissance du terme exact de rhinopharyngite ou d'une simple erreur de lecture d'une lettre « r » mal écrite ?

Biais de codage :

Des attributions de codage peuvent ne pas toujours correspondre à la signification réellement attribuée par l'individu aux termes employés. Ainsi, certains mots ont été codés dans la catégorie « maladie » alors que l'individu avait déclaré ne pas connaître le diagnostic (66 individus pour notre étude). Peut-être voulait-il signifier qu'il n'avait pas immédiatement établi le diagnostic (il l'aurait établi après certaines recherches par exemple), ou qu'il se

référait à un autre problème pour ceux qui en ont donné plusieurs, ou peut-être existait-il une confusion entre la maladie et son symptôme cardinal. C'est par exemple parler de migraine ou d'angine pour en fait exprimer un mal de tête ou un mal de gorge, mais sans y attribuer une notion de cause, c'est-à-dire de diagnostic. Cette confusion des langues, sur laquelle revient Marie Alice Bousquet(6), peut être à l'origine de malentendus entre médecins et patients, tels que des reproches de diagnostic non donné, celui-ci étant une des principales attentes du patient(30), voire de sensation de remise en cause du sens de la plainte (devant un médecin qui après examen buccal, déclare qu'il n'y a pas d'angine, celui-ci désignant la lésion macroscopique et non la plainte). Ceci est d'autant plus important que le médecin doit apporter « une information claire, loyale et appropriée,[...], et veille à la compréhension de ses explications »(26). Sylvie Fainzang(28) a également constaté l'existence de ces « mal entendus » qui peuvent aussi porter sur des expressions non spécifiquement empruntées à la terminologie médicale. L'incompréhension résulte du fait que les positions, les regards et les expériences ne sont pas identiques à l'égard de la maladie entre patients et médecins. Les usages différents des termes que le médecin et le malade en font ont ceci de problématique qu'ils sont sources d'inquiétude chez les patients alors même que le médecin tente de rassurer le malade, ou au contraire, source de joie malvenue quand le médecin tente d'annoncer, de manière euphémisée, que la situation ne s'améliore pas. C'est par exemple un médecin qui déclare à la lecture d'une image de scanner de contrôle de tumeur, que « ça n'a pas bougé ». Certains patients peuvent comprendre « c'est mauvais signe » et penser que le traitement n'a pas eu d'effet alors que le médecin est quand à lui satisfait du résultat, « ça n'a pas bougé » signifiant pour lui « la tumeur n'a pas progressée ». Dans l'autre sens, le médecin peut être insatisfait de cette non évolution, « ça n'a pas bougé » signifiant pour lui « ça n'a pas régressé » et le patient lui comprendre « ça n'a pas empiré ».

Notre choix de rendre certains de nos codages exclusifs (hormis le moyen d'expression des produits) est également à prendre en compte ; ainsi, pour les échelles de technicité et l'expression en terme de maladie ou symptômes, un seul codage définitif est attribué par individu, même si celui-ci avait donné des termes de technicité différente. Cette méthodologie peut alors sous évaluer les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques d'automédicalisation pour les langages jugés peu techniques et les surestimer pour les langages plus techniques.

Enfin, le niveau de technicité n'est souvent pas indépendant de la façon de s'exprimer ; ainsi, quand un terme est codé en langage de maladie, il est souvent jugé médicalisé ou hyper médicalisé (alors qu'un langage en terme de symptôme engendre plutôt un langage non médicalisé) ; de même, une qualification du produit par son mécanisme d'action entraîne de ce fait un langage jugé technique.

Spécificité de la méthode thérapeutique :

La méthode thérapeutique a été renseignée dans 13,8% des cas. Bien que nous y ayons inclus la référence à la médecine conventionnelle par le terme d'allopathie, celui-ci étant peu utilisé (car probablement peu connu), l'écrasante majorité des termes codés dans cette catégorie réfèrent en réalité à la médecine non conventionnelle, notamment homéopathique. Nous nous permettons alors d'analyser cette catégorie comme une volonté de la part de l'individu de signifier qu'il a utilisé la médecine non conventionnelle.

1.3 LIMITES :

Devant un nombre trop restreint d'étiologie renseignée, nous n'avons pu les analyser en terme sociologique. En revanche, hormis une toux imputée à une remontée acide, le reste des étiologies évoquées était de cause exogène. On retrouve ainsi le modèle dominant des systèmes de représentation de la maladie. On rejette par là l'idée que c'est un mal qui est en soi qui a engendré la maladie, ce qui serait difficilement supportable quand on demande de l'aide.

Certains médecins(15) en déduisent qu'il est ainsi préférable de dire « vous avez un diabète » plutôt que « vous êtes diabétique », car dans la seconde formulation, la personne est stigmatisée, réduite à sa maladie qui devient une marque d'identité, l'emploi de l'auxiliaire être pouvant se révéler accusateur. Au contraire, dans la première formulation, « vous avez un diabète », la maladie est désignée comme la cause des souffrances de l'individu, mais celui-ci n'est justement pas mis en cause. Le cas du diabète est particulièrement intéressant, avec historiquement une façon moralisatrice par le corps médical de nommer les différentes formes de diabète, entre le diabète dit « gras », sous entendu consécutif au mauvais comportement alimentaire du sujet, et le diabète dit « maigre », expliqué par un facteur héréditaire, comme nous le rappelle Christiane Sinding(12).

II. ANALYSE:

2.1 QUELQUES PRECISIONS PREALABLES :

2.1.1 Rappel sur le contexte global de l'étude :

Pour aider à l'interprétation des résultats, il ne faut pas oublier que les individus de notre étude sont en situation d'automédication pour un problème de santé pour lequel ils n'ont pas eu recours à un avis médical. Il nous paraît donc important de rappeler ce qui est connu sur les principales motivations à l'automédication.

Sylvie Fainzang(17) identifie tout d'abord quatre modèles reliant le symptôme à l'automédication :

- le modèle empirique dans lequel le symptôme est familier conduisant le sujet à se considérer apte à se soigner. Son identification repose sur l'expérience que le sujet en a, d'où il conclut qu'une consultation est inutile,
- le modèle de substitution : le symptôme n'est pas nécessairement bien connu du sujet, mais la conviction que son médecin est incompetent pour gérer ce symptôme conduit le sujet à choisir l'automédication, en particulier quand le symptôme est déjà apparu auparavant, qu'il a déjà fait l'objet d'une consultation antérieure, et qu'il n'a pas reçu, selon le patient, une réponse satisfaisante de la part du médecin,
- le modèle moral, concernant le registre des bonnes manières ou du jugement moral-social : le symptôme renvoie à une partie du corps qui est considérée comme devant être cachée ou fait référence à une activité sur laquelle le sujet craint le jugement du médecin (par exemple l'activité sexuelle, les addictions),
- le modèle cognitif : il peut s'agir d'un symptôme non reconnu par les médecins, ou qu'ils n'identifient pas comme pathologique (par exemple avec les désordres que les médecins qualifient de « fonctionnels », c'est-à-dire de symptômes non reconnus comme organiques ou physiopathologiques). Il peut aussi s'agir d'un symptôme auquel une interprétation est attribuée par le sujet, le conduisant à le gérer d'une manière qui lui est propre ; ou encore d'un symptôme dont le sujet a acquis une connaissance personnelle, celle-ci pouvant être individuelle et non partagée, ou bien collective et transmise par des tiers.

Bien que les motivations à l'automédication soient nombreuses et complexes, dépendantes du savoir profane, des croyances et du niveau socioculturel des individus, au regard de l'autorité médicale, les conduites des sujets s'articulent autour de deux grands types pour le même auteur(17) :

- Soit les sujets justifient le recours à l'automédication par le fait qu'ils jugent le recours au médecin inutile. C'est le cas, par exemple, lorsque, ayant auparavant consulté un médecin pour un symptôme qu'ils jugent analogue, ils estiment savoir désormais ce qu'il faut faire. Dans ce cas, l'automédication consiste à tenter de reproduire, à l'identique ou moyennant des adaptations, un traitement prescrit antérieurement par un médecin, le sujet ayant acquis (ou croyant avoir acquis) un savoir sur la thérapie appropriée. Ce modèle reconnaît au médecin une compétence et consiste à la répliquer ou à la modifier. C'est aussi le cas quand les individus justifient le non recours au médecin parce qu'ils sont réfractaires à la prise de médicaments qui leur seraient inmanquablement prescrits, et préfèrent tenter de résoudre leur mal autrement, sur la base de la connaissance qu'ils ont des alternatives médicamenteuses.
- Soit les sujets justifient leur recours à l'automédication par le fait qu'ils jugent le recours au médecin dangereux. C'est le cas lorsque l'automédication vise non pas à reproduire un avis antérieur du médecin à qui est reconnue une compétence, mais à échapper, au contraire, à ce qui est jugé comme son incompetence (faillite du diagnostic, échec du traitement proposé). C'est le modèle du « je sais aussi bien que lui » voire du « je sais mieux que lui ».

(L'emploi ici du terme de symptôme par Sylvie Fainzang semble ne pas totalement correspondre à sa définition médicale ; l'auteur englobe probablement à la fois des symptômes et/ou des maladies du point de vue médical)

2.1.2 La place de l'homéopathie :

L'homéopathie est née à la charnière des XVIII et XIX siècles, dans une époque où l'étude, encore balbutiante, des causes des maladies (l'étiologie), est écartelée entre les facteurs environnementaux, les comportements individuels, les conditions de travail, discréditant les hôpitaux accusés de multiplier les maladies. Beaucoup de médecins sont peu satisfaits d'une médecine qui prescrit d'abord l'abstinence du médecin. Ce mécontentement offre un terrain favorable aux théories explicatives qui proposent un traitement, ce dont va bénéficier l'homéopathie. Au XX siècle, celle-ci va être intégrée dans les logiques industrielles et publicitaires, s'insérant alors dans l'immense panoplie des moyens mis en œuvre pour acquérir plus de santé et de bien être (plutôt que de la transformer)(31). En 1997, une étude américaine(32) a montré que le recours à la médecine non conventionnelle n'impliquait pas obligatoirement une insatisfaction de la médecine conventionnelle, avec une confiance quasi égale envers les praticiens des deux médecines. Cependant, la majorité des répondants de cette étude n'osaient révéler au médecin conventionnel le recours à la médecine non conventionnelle, de crainte qu'il « ne comprenne pas ». Plus récemment, dans un travail de thèse(33) sur les motivations du recours à la médecine non conventionnelle (par entretiens semi dirigés), les médicaments d'allopathie étaient souvent perçus de façon négative (néfaste, agressif), avec une peur de l'accoutumance et des effets secondaires. Ils sont forts, lourds, mais cependant considérés comme efficaces et rapides. A contrario, les remèdes homéopathiques sont décrits comme doux, non agressifs et sans effets secondaires, pris en alternative ou en complément de l'allopathie. La notion du patient partenaire était également fréquemment revendiquée. L'étude de Lert(34) est concordante dans ce sens, et rapporte également une vision holiste des patients utilisateurs de médecine non conventionnelle (ils décrivent ainsi ces traitements comme permettant au corps de se soigner par lui-même, ou aidant sa capacité naturelle d'être en bonne santé).

2.2 ANALYSE :

2.2.1 Influence des variables sociodémographiques :

Le sexe :

Les femmes de notre panel ont plus fréquemment employé un langage en terme de maladie. Deux grands angles d'interprétation sont envisageables devant ce résultat :

- Ce langage en terme de maladie serait le reflet d'une capacité d'auto diagnostic supérieure chez les femmes. Si tel est le cas, deux explications peuvent être avancées :

- Historiquement tout d'abord, les femmes étaient des guérisseuses. Elles étaient des infirmières, avorteuses, pharmaciennes, sages-femmes et échangeaient entre-elles leurs secrets. Interdites d'accès aux livres, elles se transmettaient leur expérience de voisine en voisine, de mère en fille. Soignantes des classes populaires, elles utilisaient des remèdes à base de plantes. Les médecins s'organiseront avec l'Etat et l'Eglise pour leur interdire d'exercer, les accusant entre autres pour cela de sorcellerie(35). Il persisterait toujours une transmission intergénérationnelle chez les femmes.

- A l'inverse, après s'être fait dépossédées de leur savoir par le corps médical, celui-ci redeviendrait leur principale source d'enseignement. On observe effectivement depuis plusieurs années, principalement à la suite des politiques d'économies, un redéploiement de la prise en charge hospitalière vers l'ambulatoire, à la recherche d'aidants naturels, qui se trouvent bien souvent être des femmes(36). Il est désormais demandé aux professionnels d'accompagner ces aidants, de les éduquer sans s'y substituer(37).

Ainsi les femmes gèrent-elles les problèmes de santé au sein de leur famille, accompagnent régulièrement les proches en consultation. Elles mêmes se rendent plus fréquemment en consultation(38), cette surreprésentation féminine dans les cabinets médicaux provenant d'une part de leur plus grand besoin de recourir au médecin devant les mêmes symptômes (39), et d'autre part d'un plus grand nombre de mesures de prévention leur étant dédié (vaccination HPV, frottis cervico-vaginal), de suivi spécifique (grossesse, contraception) et d'une espérance de vie plus longue. Francine Saillant(40) parle ainsi de médicalisation du corps de la femme, avec en conséquence le constat que « les femmes utiliseraient davantage le langage de la maladie en consommant les services qui s'offrent à elles ».

▪ On peut effectivement envisager ce langage en terme de maladie comme conséquence d'une particularité féminine à se sentir et se déclarer « plus » malade, retrouvée bien souvent dans les études à ce sujet, notamment anglo-saxonnes(41) ou française avec un taux de morbidité déclaré supérieur(42).

Trois modèles explicatifs sociologiques sont en général donnés : les femmes se disent plus souvent malades car ce serait culturellement plus acceptable pour elles (elles sont moins effrayées que les hommes à l'idée de parler de choses émotives, sont moins stigmatisées en cas de maladie); l'état de malade est plus compatible avec les autres rôles sociaux de la femme (par exemple de femme au foyer, les femmes salariées se déclarant d'ailleurs moins malades(41)), et ces rôles sociaux sont plus stressants(43), entraînant plus facilement un sentiment de mal être, du fait d'une disqualification (le travail d'une femme au foyer est invisible et non reconnu, dans le monde du travail, elles reçoivent généralement moins de prestige et de rémunération). Cependant ces études emploient les termes de *sickness* ou *illness*, alors que nous avons eu un regard plutôt biomédical devant un problème de santé aigu, correspondant au terme *disease*. De même, cette littérature emploie généralement le terme de *symptom* concernant ces sur déclarations féminines (alors que la maladie dépressive est souvent citée en exemple); la possibilité d'une capacité supérieure des femmes à établir un diagnostic médical reste donc posée.

Il existe également des phénomènes d'identification à un groupe social à travers le statut de malade, comme dans le cas d'une maladie à prédominance féminine, l'anorexie mentale. Dans celle-ci, « la restriction alimentaire devient [...] la pierre de touche d'une force de caractère qui signale l'excellence sociale »(44). Ici encore, le contexte de situation aiguë de l'étude rend cette interprétation peu envisageable.

En ce qui concerne l'énonciation du produit, les femmes ont, plus que les hommes, cité la forme galénique. Celle-ci revêt un aspect important dans le cadre de l'automédication. Sylvie Fainzang(17) a ainsi constaté que le sujet peut parfois réaménager une ordonnance en substituant un médicament dont la modalité de prise ne lui convient pas; par exemple, en troquant un suppositoire par son équivalent en comprimé ou pommade.

Beaucoup de domaines où l'harmonie des formes et des couleurs est mis en avant restent effectivement, malgré l'évolution de notre société, à destination préférentielle du sexe féminin (mode vestimentaire, cosmétique, décoration intérieure...).

De plus, la gestion familiale doit à nouveau être prise en compte ; ainsi, si les femmes gèrent souvent les problèmes de santé des individus de leur famille, elles s'occupent en conséquence de la prise médicamenteuse de chacun, constatent alors les éventuelles difficultés de prise, et portent parfois dans leur propre sac le médicament du conjoint par exemple(8). Pour elles mêmes, il leur est demandé de prendre leur contraception orale à heure régulière. Ainsi le médicament fait-il probablement davantage intrusion dans la vie d'une femme que dans celle d'un homme, ce pourquoi le sexe féminin entretiendrait de façon plus importante un rapport anthropologique au produit, notamment lié à sa forme (cf. introduction 1.1.2).

Les femmes ont également significativement davantage fait référence à la méthode thérapeutique. Il est vrai qu'elles s'automédiquent plus fréquemment que les hommes (45), utilisant des médicaments non soumis à prescription médicale(46), dont l'homéopathie représente une part importante(45). Ainsi leur plus grande utilisation par les femmes(34) explique en premier lieu qu'elles y fassent davantage référence.

De plus, l'image même de ce type de médicament, décrite plus haut, correspond mieux aux « qualités » attendue des femmes, par l'emploi d'un produit moins nocif, plus doux (au contraire de la virilité, force physique pour les hommes). On peut aussi rappeler l'usage et la connaissance historique des plantes par les femmes soignantes, au temps où les médecins hommes n'avaient encore que peu de remèdes(35).

Il est ainsi intéressant de relever la persistance d'un paradoxe chez les femmes de nos panels, de par un rapprochement du monde médical en employant un langage médicalisé en terme de maladie, et de son éloignement en utilisant les moyens les moins médicaux pour se référer au médicament (la forme et la méthode thérapeutique). Comme cela fut le cas dans le passé, elles ont un savoir faire diagnostique proche de celui du médecin et un savoir faire thérapeutique plus éloigné. Selon les types de recours à l'automédication, fonction du rapport au médecin définis par Sylvie Fainzang, les femmes peuvent à la fois lui reconnaître une compétence diagnostique (modèle empirique) et remettre en question sa compétence

thérapeutique (modèle substitutif). Rappelons à ce propos qu'elles s'informent des effets secondaires lors de la lecture d'une notice médicamenteuse (cf. introduction 3.2).

Les hommes quant à eux se sont davantage exprimés par un langage symptomatique.

Les auteurs(20) ayant repris les déclarations de santé de l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance, avaient relevé une plus grande insistance des hommes sur les conséquences des problèmes, ce qui correspondrait davantage à un langage en terme de symptôme pour nous.

Tout d'abord, ces individus pourraient être moins compétents en matière de diagnostic, pour les mêmes raisons qu'évoquées plus haut (moindre fréquentation médicale, moindre implication dans la santé d'autrui).

Ensuite, l'action de la société est également à considérer. Ainsi, pour certains auteurs(41), on apprendrait aux garçons, dès leur plus jeune âge, [...], à ne pas trop dire qu'on est malade. En conséquence, devant des symptômes similaires, les hommes consultent moins un médecin(39), tendance visible dès l'adolescence(41). La place de la plainte diffère entre les deux genres est également à prendre en compte. Pour les mêmes auteurs(41), les médecins par exemple accorderaient plus d'importance aux problèmes des hommes. Rappelons toutefois que l'article date de 1976, quand la profession médicale était majoritairement masculine ; les médecins hommes accordaient probablement plus d'importance aux plaintes des hommes car ils étaient du même genre. De nos jours, la profession s'est féminisée, et cette vision doit donc être relativisée. Jean François Barthe(19), ayant également exploré l'importance accordée à la gêne occasionnée, n'avait pas retrouvé de différence entre les deux sexes sur ce point.

L'âge :

Le langage en terme de symptôme a significativement augmenté avec l'âge alors que celui en terme de maladie diminuait.

- Interrogeons-nous tout d'abord sur une éventuelle moindre capacité des personnes âgées à poser un diagnostic, en avançant l'argument d'un déclin cognitif lié au vieillissement par exemple, mais peu acceptable par la capacité de ces mêmes personnes à remplir le questionnaire. L'étude de Jean François Barthe(19) également ne va pas dans ce sens, puisque dans celle-ci, les plus âgés « manifestent une plus grande connaissance ou au moins une plus grande expérience du mal. Dans l'exercice d'interprétation des « symptômes », ils portent [...] des diagnostics « précis », souvent inspirés du vocabulaire médical ». Ce tout dernier point semble confirmé par notre étude avec des termes relevant du langage hyper médicalisé plus fréquents chez les personnes de plus de 60 ans. La présence dans cette catégorie de maladies relevant en général de l'âge avancé (lymphome, myélome) explique en partie cette dernière observation.
- Les résultats semblent donc devoir être interprétés différemment. Des éléments de réponse apparaissent chez le même auteur. Ainsi a-t-il noté que les sujets âgés, qui disposent d'une moindre marge de manœuvre, compensent ce handicap en faisant un

travail plus important d'interprétation précoce des signes. Les sujets adoptent une tactique où l'on oppose sa résistance corporelle à l'usure ponctuelle provoquée par les manifestations du mal. En outre, l'auteur, qui avait également exploré la sensation de gêne provoquée par les symptômes, avait retrouvé qu'elle était systématiquement plus importante chez les personnes âgées. Cet aspect pourrait expliquer pourquoi nous avons retrouvé un langage en terme de symptôme plus important chez les personnes âgées, qui relèverait plutôt d'une insistance sur la gêne occasionnée et moins d'une incapacité à poser un diagnostic.

- On peut également se demander si ce langage en terme de symptôme ne pourrait pas être considéré comme une retenue à exprimer un diagnostic, travail du médecin, reflet du respect envers ce dernier par les personnes âgées. Si cette population fait actuellement l'objet d'une grande médicalisation, c'est également celle qui a connu l'époque où elle n'était pas si développée, percevant alors ses bénéfices; c'est ainsi que dans une étude(47) portant sur la santé perçue aux âges élevés, les opérations chirurgicales par exemple sont décrites comme des moyens permettant d'améliorer la qualité de vie et les perspectives de vie, et redonnent à l'individu sa valeur sociale puisque ces opérations sont en grande partie financée par l'assurance maladie. Les personnes âgées peuvent aussi avoir connu l'époque précédant le développement des antibiotiques qui ont sous leurs yeux permis de sauver des vies.

Johanne Collin(48) qui a étudié le rapport qu'entretenaient les personnes âgées au médicament, retrouve ainsi quatre modèles :

- Les individus ont un rapport de confiance envers le système de santé et envers le médicament. Celui-ci est alors perçu comme le symbole de l'expertise du médecin, il incarne le pouvoir de guérir et la technologie biomédicale. C'est le premier modèle en importance.
- Les individus sont critiques à l'encontre du système de santé mais confiants dans les médicaments. Les répondants de cette catégorie partagent des caractéristiques communes avec le premier type, surtout au niveau de leur adhésion à des modèles étiologiques compatibles avec une approche biomédicale. Il s'agit du deuxième modèle en importance.
- Les individus ont confiance dans le système de santé mais ont une attitude critique face au médicament qui est symbole de poison et de maladie. On évite d'y recourir.
- Les individus n'ont ni confiance dans le système de santé, ni dans le médicament. On tend à délaisser le système biomédical au profit des pratiques et thérapies dites alternatives (homéopathie, acupuncture, ...).

La majorité des personnes âgées répondent aux deux premiers modèles où le médicament est régit par sa fonction de pouvoir de guérison. Si l'âge n'a pas eu d'influence sur l'emploi du mécanisme d'action ou du nom du produit, la connaissance de ces modèles expliquerait pourquoi nous avons retrouvé une moindre référence à la méthode thérapeutique (médecines non conventionnelles surtout) chez les personnes âgées.

La technicité du langage pour le médicament a également diminué aux dépens d'un langage neutre pour les plus jeunes et les plus âgés. Il est vrai que ces derniers ont connu plus

longtemps que les autres les médicaments par leurs noms commerciaux, notamment avant la généralisation de la substitution par les génériques par les pharmaciens. En revanche, pour les plus jeunes, l'argument précédent ne tient plus. Mais l'utilisation par les firmes pharmaceutiques de la publicité s'est nettement développée ces dernières décennies (télévisuelle notamment, mais maintenant aussi informatique, médias dont les plus jeunes sont friands) pour faire connaître leurs produits, vantés alors évidemment sous leurs noms commerciaux. Nous pouvons d'ailleurs à ce propos citer les articles de la revue *Prescrire* sur d'une part l'utilisation de la publicité par les firmes pharmaceutiques pour modifier la perception sociale d'une maladie¹(49), et d'autre part leurs actions progressives pour obtenir le droit de faire de la publicité directement vers le grand public, y compris pour les médicaments soumis à prescription médicale, en argumentant une meilleure information du public sur les médicaments²(50).

Il est intéressant de relever que si les personnes âgées ont été plus fréquemment capables d'utiliser le langage le plus médicalisé techniquement parlant pour le problème de santé, cela n'a pas été le cas pour le médicament, sans terme plus médical pour le référencer et avec une moindre technicité. Le manque de temps d'explication de l'ordonnance, qui arrive généralement en fin de consultation, en est probablement la raison la plus probante. Sous un autre angle, la connaissance de termes techniques comme antibiotique, anti histaminique, qui désignent notamment un mécanisme d'action, fait preuve d'un raisonnement thérapeutique et d'une capacité d'adaptation (par exemple devant une tendinite, savoir que l'on peut prendre de l'ibuprofène n'implique pas toujours que l'on sait que l'on peut aussi prendre du kétoprofène si l'on n'a pas intégré la classe pharmacologique dans son raisonnement, ici celle des anti-inflammatoires). Le pharmacien détient un rôle d'information sur le médicament, mais en considérant le médecin comme source de transmission, il semblerait alors exister une moindre transmission de sa part d'un pouvoir thérapeutique par rapport à un pouvoir diagnostique. Le médicament, c'est l'objet concret qui normalement guérit ou du moins soulage l'individu ; c'est le côté visible du travail du médecin. Pour Luc Boltanski(18), qui regarde la relation médecin-malade sous un angle sociologique, et y voit avant tout une relation économique, envisagerait cette moindre transmission thérapeutique de la part du médecin comme moyen pour celui-ci de rendre ses services indispensables. D'autres(15), qui ont une approche plus psychologique de cette relation, parleraient de « blessure narcissique » du médecin en cas de perte pour ce dernier du pouvoir de guérison, qui lui permet de se rassurer sur son pouvoir et le renforce dans sa vocation. Les maladies incurables, en questionnant le médecin sur ses propres capacités professionnelles, sont ainsi pour celui-ci une difficulté, notamment en début de carrière.

¹ L'article reprend l'exemple d'une publicité diffusée aux Etats-Unis montrant une jeune femme dynamique qui fait du shopping et danse dans une boîte de nuit, puis qui est triste, suggérant que le médecin risque de diagnostiquer une dépression alors qu'elle souffre en réalité de maladie bipolaire

² En 2001, proposition d'un projet pilote de faire de la publicité pour trois classes de médicaments concernant trois maladies : asthme, diabète, VIH. Projet rejeté par le Parlement Européen. Puis création en 2006 du « forum pharmaceutique », constitué notamment de politiques, firmes pharmaceutiques, professionnels de santé, représentants de patients, pour poursuivre la « discussion » sur l'information des patients sur les médicaments

Le diplôme :

Les individus les moins diplômés de notre panel (aucun diplôme, CEP, BEPC) ont davantage posé un diagnostic.

■ Cela va à l'encontre même des travaux de Luc Boltanski(18), pour qui l'aptitude d'un individu à s'approprier la compétence médicale est d'autant plus forte qu'il est situé haut dans la hiérarchie sociale. Cependant le même auteur, qui analyse également le comportement du médecin dans sa transmission envers le malade, retrouve qu'elle est supérieure quand le malade appartient à un rang social similaire au médecin (il rejoint en cela les observations de Sylvie Fainzang(28) sur la qualité et la quantité de l'information donnée par le médecin en fonction de ce qu'il perçoit du rang social du malade). Luc Boltanski explique de plus que les membres des classes supérieures, ayant, tout comme le médecin, subi longtemps l'action de l'école, sont de ce fait plus disposés à reconnaître la légitimité de la science médicale et du médecin, qui n'a en retour que peu de réticence à leur transmettre ses connaissances. Cette nuance rejoint les travaux de Jean-François Barthe(19) pour qui « Le groupe supérieur est [...] plus méfiant face à ses propres savoirs et serait moins enclin à poser des diagnostics définitifs, sachant que de multiples interprétations [...] peuvent être posées ». Les résultats de notre étude tendraient plutôt vers cette dernière interprétation.

Ou bien encore, les individus les plus diplômés, ayant acquis par le biais de leur diplôme une certaine assise au sein de la société, ressentiraient moins de besoin et de satisfaction que les moins diplômés à l'énonciation d'un diagnostic médical.

D'autre part, les études(51) (42) ayant démontré que plus leur niveau de diplôme est élevé, plus les individus se sentent globalement en bonne santé, nous pourrions envisager qu'un langage en terme de symptôme de leur part est la conséquence de leur moindre proportion à se sentir malade. Cette interprétation est toutefois relative (cf. infra sur la perception de l'état de santé).

Pour qualifier le produit utilisé, les personnes détenant le CAP/BEP se sont démarquées des autres diplômés en se référant moins à la méthode thérapeutique.

Ces individus, dont le métier relève souvent de l'artisanat et du travail physique, pourraient être moins attirés par le côté « naturel et plus doux » des médicaments de la médecine non conventionnelle. Au contraire, ils chercheraient une résolution rapide du problème de santé du fait des conséquences financières d'une éventuelle interruption ou diminution de leur activité professionnelle. Une enquête sur les usagers de l'automédication avait d'ailleurs retrouvé le besoin de rester performants chez certains individus (qui ne correspondaient pas aux mêmes catégories professionnelles que les BEP/CAP, mais qui avaient comme point commun la problématique de l'arrêt de travail)(52). Il est vrai que la référence à la possibilité de travailler est prépondérante dans les milieux populaires. Selon Luc Boltanski(18), pour ces individus, « la maladie c'est ce qui enlève sa force au malade, c'est ce qui lui interdit [...] de

faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial ». Les entretiens de J. Pierret(3) sont concordants dans ce sens, avec une définition de la santé pour ces milieux comme « la santé, c'est le travail ». Les personnes avec un CAP/BEP dans notre panel ont également nommé de façon plus importante que les autres les produits utilisés par le mécanisme d'action, ce qui peut laisser supposer que c'est cette action qui prévaut pour eux dans un but de suppression rapide du symptôme, et refléterait plutôt le modèle économique comme motif d'automédication.

Sur le plan thérapeutique, le langage technique a augmenté avec le niveau de diplôme aux dépens du langage neutre. Ces résultats pourraient parfaitement s'intégrer dans le cadre d'une méfiance plus importante chez les individus les plus diplômés, reprenant moins les noms donnés par les firmes pharmaceutiques (correspondant ici au langage neutre) et s'en remettant davantage au pharmacien, qui est susceptible de transmettre un langage technique par la DCI du produit.

La fréquentation du médecin :

Cette variable n'a influencé aucun type de langage étudié dans nos différents codages, contrairement aux travaux de Luc Boltanski, pour qui la compétence médicale augmente avec la fréquentation du médecin.

Deux grandes explications peuvent être envisagées:

- Les moyens d'accès au savoir médical se sont nettement développés depuis l'époque des études de Luc Boltanski; les individus qui se rendent peu chez le médecin ont plus largement à leur disposition d'autres ressources de connaissances médicales,
- L'influence du médecin n'est pas univoque non plus, par son emploi de termes plus ou moins médicaux. Ainsi comme déjà signalé auparavant, le langage approximatif par exemple regroupe des termes pourtant souvent employés par les médecins, comme la bronchite asthmatiforme, ou des contractions témoignant en général d'une familiarité avec les mots (la « rhino », la « gastro »).

La maladie chronique ou la perception de l'état de santé :

Nous aurions pu envisager que la présence d'une maladie chronique provoque chez les individus la sensation d'être plus vulnérable face à la maladie en général. Il en va de même pour ceux se sentant globalement en mauvaise santé. Cela aurait pu se traduire par un langage en terme de maladie plus important pour ces individus.

Pourtant ce ne fut pas le cas dans notre étude.

Le caractère aigu de la situation, par son absence de lien probable avec la maladie chronique, peut être une première explication à l'absence de différence observée.

De plus, la confusion entre plusieurs interprétations qui orientent soit vers un langage symptomatique soit vers un langage en terme de maladie peut également expliquer l'absence de résultats de notre étude. Ainsi, la fréquentation du médecin que la maladie chronique implique est un autre facteur qui aurait tout d'abord pu augmenter le langage en

terme de maladie. Au contraire, l'importance du symptôme comme retentissement sur la vie quotidienne ou de restrictions d'activité en cas de maladie chronique, à l'origine du concept de *Patient Reporting Outcomes*(53), généralement traduit par « point de vue du patient comme indicateur de santé » aurait augmenté le langage en terme de symptômes. Enfin, la maladie chronique fragilise également la personne dans son environnement social et professionnel, par l'absentéisme ou la réduction de capacité de travail qu'elle peut engendrer, entraînant une culpabilité d'être malade(53). Le symptôme étant l'élément qui exprime en soi la plainte, l'éventualité d'une retenue à exprimer une lamentation pour ne pas être stigmatisés comme ceux qui se plaignent, utilisant pour cela le langage en terme de maladie dans lequel il y a moins d'affect, est possible. Cette interprétation est cependant relative puisqu'un langage en terme de maladie n'exclut pas l'emploi de symptômes dans notre étude.

En revanche, les individus de notre panel se déclarant plutôt en bonne santé ont davantage utilisé un langage en terme de maladie.

L'autoévaluation de l'état de santé reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie. Des études ont montré que la perception de l'état de santé est en partie associée à la morbidité déclarée, sous forme de symptômes ou de maladie aiguë ou chronique(51). Pour d'autres, les problèmes perçus comme aigus ou ponctuels n'ont, le plus souvent, que peu d'effet sur la perception de l'état de santé(42). Nous avons déjà ici des résultats contradictoires. C'est surtout le sens de notre résultat qui paraît étonnant, à savoir que ce sont ceux qui se perçoivent en bonne santé qui ont utilisé un langage en terme de maladie. Mais il s'agit d'un cas isolé d'une seule situation aiguë. La perception de l'état de santé, même à partir de situations aiguës, se construit par l'expérience de plusieurs d'entre elles.

La présence de l'enfant :

Un enfant impose obligatoirement un contact avec le monde médical, en dehors même de toutes pathologies, pour les vaccins obligatoires, le besoin de certificat (sport pour l'école, aptitude à vivre en collectivité pour la crèche...), d'autant que les consultations pour les enfants ne rentrent actuellement pas, au contraire de celles des adultes, dans le parcours de soin, avec un remboursement en fonction du respect ou non de celui-ci.

Jean François Barthe avait retrouvé, au sein des jeunes parents du groupe « supérieur », une tendance minoritaire mais concentrée chez eux à se déclarer non concernés par les notions de gêne ou par la significativité imputable aux symptômes avec un refus actif de se livrer à une pratique qui ne relève pas de leur compétence. Cette tendance se retrouvait moins chez les jeunes parents du groupe « populaire » chez qui les signes reconnus sont très fortement associés à des diagnostics précis(19). Notre étude n'a pas retrouvé d'influence de la parentalité sur la capacité à poser un diagnostic.

En revanche, les individus de nos panels ayant un enfant ont significativement davantage fait référence à la méthode thérapeutique pour le mode d'expression du médicament. Il est bien

entendu que l'automédication dont il s'agit ici ne concerne pas l'enfant mais bien l'individu lui-même. Cependant la présence de l'enfant participe à l'approvisionnement de la pharmacie familiale, avec des médicaments qui seront par la suite potentiellement réutilisés par et pour les adultes. L'utilisation pédiatrique de médecine non conventionnelle n'est pas négligeable ; l'image de médicaments « doux, peu nocifs » peut être rassurante pour les parents. Certains de ces médicaments peuvent combler un manque de l'allopathie (terreurs nocturnes, énurésie, dents qui poussent...). Une étude finlandaise portant sur l'usage de médicaments chez les moins de 12 ans retrouvait une utilisation de « médecines alternatives » dans 11% des cas(54). Enfin, il semblerait que les adultes avec enfants se tournent plus fréquemment que les autres vers l'automédication, dont l'homéopathie constitue une part importante(45), ce qui pourrait expliquer la plus grande référence à la méthode thérapeutique pour ces individus.

Ainsi, les variables sociodémographiques ont influencé le langage utilisé par les individus sur leur récit d'automédication, à l'exception de la fréquentation du médecin, ce qui pose la question de la fiabilité et de la capacité de transmission de cette source. Cependant, certaines des données ayant eu de l'influence entraînent indirectement une plus grande fréquence de consultation médicale (sexe féminin, âge, présence d'un enfant).

Nos résultats nous ont amené à évoquer la surmédicalisation du sexe féminin, un paradoxe pour ce même sexe, avec à la fois une certaine proximité du monde médical par un savoir faire diagnostique, et un savoir faire thérapeutique plus éloigné. Nous posons également la question de la possibilité de se déclarer malade ou de se plaindre différente entre les deux sexes, en fonction de ce que la société leur autorise.

Notre étude va dans le sens d'une méfiance face à ses propres savoirs plus développée lorsque le niveau de diplôme est élevé. Le type même du diplôme, par l'intermédiaire des conséquences sur le travail, influence le langage employé.

Enfin, la conquête du marché publicitaire par les firmes pharmaceutiques, le bouleversement du statut du médicament qui devient de plus en plus un produit « comme un autre », parfois vendu aux cotés de produits de la vie quotidienne, les raisons de s'automédiquer des individus en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, influencent également l'énonciation du produit.

2.2.2 Influence des variables d'automédicalisation :

La consultation médicale :

La consultation en rapport avec le problème de santé a été associée de façon plus importante avec un langage en terme de symptôme et moins en terme de maladie.

- Le besoin de connaître le diagnostic faisant partie des attentes des patients(30), l'ignorance de celui-ci ou le besoin d'une confirmation par « l'expert » serait une première explication à ce langage en terme de symptôme.

- Ou bien ce langage pourrait être le reflet de leur besoin d'écoute de la part du médecin, besoin toujours décrit comme une des attentes des patients(30)(15) sans nécessairement qu'il existe une demande conjointe de traitement. Les patients peuvent avoir ainsi certaines critiques envers le médecin avec une déception lorsqu'un traitement est prescrit alors qu'ils n'en attendaient aucun, contrairement à ce que croit parfois percevoir le médecin lui même(55).
- Au contraire, ce langage en terme de symptôme serait à interpréter comme le reflet d'une demande de soulagement de leur mal(56), ce motif de consultation étant d'autant plus fort que le degré avec lequel l'individu pense que le médecin peut réduire sa souffrance est important(57). Mais la logique du médecin, qui raisonne parfois en terme de maladie (un rhume par exemple) ne correspond pas toujours à la logique du patient qui raisonne en terme de symptôme (le nez qui coule), ce qui est une façon d'expliquer le recours à l'automédication, comme modèle de substitution pour Sylvie Fainzang.

La consultation médicale en rapport avec le problème de santé n'a pas eu d'incidence sur le niveau de technicité du langage pour le problème de santé. L'information et le besoin d'explication étant des motifs de consultation tout aussi importants que les soins(57), nous aurions pu envisagé un niveau de langage élevé en fonction de cette variable, comme une stratégie pour recueillir de l'information auprès de l'expert. Les auteurs (Luc Boltanski(18) et Sylvie Fainzang(28)) ont observé que l'information était plus importante en terme de quantité et de qualité envers les individus dont le médecin se sentait le plus proche (il ne s'agirait non plus ici d'une simple proximité sociale mais aussi d'une proximité linguistique). Cependant, nous avons constaté en cas de consultation médicale une expression médicale du produit, par une augmentation de l'emploi du mécanisme d'action et de la technicité du langage pour le produit, ce qui laisse plausible ce point de vue.

L'antécédent du problème, l'idée du diagnostic :

Ces paramètres ont sans surprise augmenté significativement le langage en terme de maladie. Pour Sylvie Fainzang(17), « lorsqu'un sujet recourt à l'automédication en présence de symptômes qu'il a déjà expérimentés, il considère que c'est parce qu'il les connaît qu'il les reconnaît [...]. C'est l'expérience qui confère une compétence».

Ainsi, l'expérience antérieure du même problème par les individus de notre panel était liée à un plus fort taux de diagnostic donné, d'où un langage jugé « médicalisé ». Le savoir du médecin s'acquiert bien entendu en fonction de sa propre expérience face à la maladie, mais aussi et principalement lors de ses études à la faculté. C'est par le biais de cette formation universitaire que le médecin apprend des termes « hyper médicalisés » et des principes de traitement, correspondant aux mécanismes d'action (par exemple, pour soigner une infection urinaire, le médecin apprend d'abord comme principe de traitement la nécessité d'une antibiothérapie, comme les quinolones, et mémorise secondairement l'exemple de l'Ofloxacin). En comparaison, les individus de notre étude ayant déjà expérimenté le même problème ont significativement davantage employé un langage « médicalisé » pour le

problème et un « nom » pour le produit, mais ils n'ont pas utilisé un langage hyper médicalisé ou un mécanisme d'action. Ce serait parce que les proportions des divers moyens d'apprentissage diffèrent entre médecins et profanes, que leurs langages en termes de technicité et d'énonciation d'un produit ne sont pas similaires.

Les différentes sources d'information : l'autre praticien, l'entourage, les recherches :

Les différentes sources d'informations sont multiples de nos jours : internet, émissions TV ou radio, magazines. Les autres individus sont potentiellement également détenteurs d'un savoir : l'entourage, le pharmacien, les autres praticiens. Des sites internet proposant d'établir des diagnostics se sont développés ces dernières années; nous pouvons citer celui de docteurclic.com(58).

L'utilisation de ces ressources devrait permettre un plus fort taux d'autodiagnostic. Ce ne fut pas le cas dans notre étude, avec un langage en terme de symptôme plus important lorsqu'il existe des discussions et des consultations d'autres praticiens. La présence d'une personne physique comme source d'informations, par sa fonction d'écoute, notamment recherchée lors de recours aux praticiens de médecine non conventionnelle(33), expliquerait l'expression par une plainte, ou un langage en terme de symptôme, qui serait ensuite retranscrit par automatisme lors du remplissage du questionnaire.

Il existe par ailleurs selon Freidson (cité par Sylvie Fainzang(17)) un « parcours de recherche d'information hiérarchique [hiérarchisé] qui commence par les [individus] moins informés et expérimentés et qui se termine par ceux qui ont le plus d'informations et d'expérience, avant d'arriver au système de soins proprement dit ». Les médias et internet sont des sources un peu « fourre tout », ou se mêlent experts et non professionnels de santé ; internet permet ainsi à la fois de recueillir des informations médicales et de discuter entre individus par le biais des forums. Ceci expliquerait en partie l'absence de différence en terme d'expression en terme de symptôme ou de maladie en fonction des recherches effectuées sur le problème, de part la présence de sources intermédiaires comme les médias et internet, ainsi que de celles faisant appel au professionnel de santé, au pharmacien, et au non initié, comme l'entourage (cf. annexe1, question 8bis).

Se pose également la question de la fiabilité accordée par les usagers aux différentes sources d'information pouvant rendre compte d'une réappropriation ou non des termes retrouvés dans les ressources, ou des diagnostics proposés. Ainsi, si les médecins reprochent souvent aux patients de peu critiquer l'information recueillie sur internet(59), la recherche sur le web n'est pas toujours désordonnée. Les patients ont parfois conscience de la fiabilité de certains sites et de la non-crédibilité de certains autres. D'après l'enquête WHIST(25), 42% des internautes vérifient la source de l'information (origine du site) et la date de mise à jour des sites consultés, et 84% déclarent ne pas modifier la fréquence de consultation de leur médecin suite aux recherches. Cependant, il est facile de passer d'un simple clic d'un espace informatif à un espace marchand. L'entremêlement du discours informatif et commercial et le risque de ne pas savoir toujours discriminer les deux existe également pour le médecin,

peu formé à la lecture critique d'articles, et confronté à l'information massive diffusée par l'industrie pharmaceutique. Les individus de notre étude ayant effectué des recherches d'informations ont à ce propos moins cité le nom pour le produit, mode de référence correspondant parfaitement au moyen de diffusion publicitaire par les firmes, ce qui laisse supposer soit une faible proportion d'espace marchand au sein des sources d'information utilisées, soit l'existence d'un tri des informations par les individus en fonction de la fiabilité qu'ils leur attribuent. En revanche, ils ont davantage cité la méthode thérapeutique, probablement par manque d'information sur ce type de produit de la part du corps médical, favorisant également un grand impact de la publicité sur les individus.

Si l'utilisation des différentes sources d'informations n'était pas davantage liée à la restitution d'un diagnostic médical dans notre étude, les recherches effectuées sur le problème et la consultation d'un autre praticien ont cependant influencé la technicité du langage pour le problème, par une diminution du langage approximatif aux dépens d'un langage hyper médicalisé. L'absence d'un tel résultat pour la discussion avec d'autres personnes peut également être expliquée par l'hypothèse d'une hiérarchie entre les sources d'informations, cette ressource étant probablement celle où il y a proportionnellement le moins de professionnels de santé. Cependant dans cette réflexion, le médecin devrait être la source la plus haut située au sein de cette hiérarchie, or sa fréquentation n'a aucunement modifié la technicité du langage (ce pourquoi nous avons déjà donné une explication probable, l'emploi par les médecins eux-mêmes de termes « approximatifs »).

La réutilisation d'une prescription antérieure :

Précisons d'abord que l'interprétation est relative, du fait de l'intitulé de la question « certains de ces produits avaient-ils été prescrits par un médecin ? » empêchant l'affirmation de l'existence d'un lien entre le mode de référence au produit ou sa technicité et la réutilisation ou non d'une ordonnance, puisque, dans le cas de déclaration de plusieurs produits, le produit codé n'est pas nécessairement celui ayant été réutilisé.

La logique explique l'augmentation du mode de référence du produit par son nom lors d'une réutilisation d'ordonnance, puisque c'est celui-ci qui est inscrit sur le papier. Dans le cadre de l'automédication, la réutilisation d'une prescription consiste à reproduire (à l'identique ou moyennant quelques adaptations) un traitement prescrit antérieurement, le sujet ayant acquis (ou croyant avoir acquis) un savoir sur la thérapie appropriée. Il reconnaît au médecin une compétence et son geste consiste à la répliquer⁽¹⁷⁾. Nos résultats sont concordants en ce sens, par l'augmentation de la référence au nom (reprise du traitement) ou au mécanisme d'action du produit (acquisition d'un savoir thérapeutique) lors d'une réutilisation d'ordonnance. De plus, cette variable est la seule ayant influé sur les quatre modes d'expression du produit, en augmentant les modes de référence médicaux (à savoir le nom et le mécanisme d'action), et en diminuant ceux moins médicaux (la forme et la méthode thérapeutique). Ainsi l'ordonnance apparaît comme un vecteur de savoir médical en matière de thérapeutique, remplaçant son auteur, le médecin, comme source fiable de ce savoir. Ceci est illustré par l'attitude qu'ont certains individus observée par Sylvie

Fainzang(8), de conserver leur ordonnance pour pouvoir la montrer en cas de besoin à d'autres médecins. L'ordonnance est alors perçue par ces individus comme moyen de communication entre médecins, preuve que son contenu est porteur d'informations signifiantes pour qui sait les interpréter.

L'emploi de modes de référence plutôt médicaux explique par lui-même une plus grande technicité pour exprimer les produits. La technicité du produit correspond notamment à l'emploi de la DCI. La transmission de celle-ci par le médecin est discutable, puisqu'en 2010, le taux de prescription en France par DCI aurait été à peine de 12%(60). Ce taux de prescription en DCI de la part des médecins est probablement en augmentation actuellement, notamment grâce à l'utilisation de plus en plus importante de logiciels d'aide à la prescription médicale. Par contre, l'impact sur les individus de l'intervention du pharmacien est probablement plus important, par sa possibilité de substitution par des médicaments génériques effective depuis 1999, largement généralisée depuis, ainsi que par son rôle d'information sur les médicaments prescrits.

Ainsi, les variables d'automédicalisation ont influé sur l'énoncé d'un problème de santé et celui d'un médicament.

Le besoin d'écoute ou une demande de soulagement rapide auprès de l'entourage, d'autres individus, de professionnels de santé peuvent expliquer l'emploi d'un langage en terme de symptôme.

Ces sources d'information, ainsi que le recours aux médias, agissent également sur le langage employé par les individus. L'hypothèse d'une hiérarchie entre les différentes sources, notamment selon la présence ou non d'un professionnel de santé, se pose. La fiabilité que leur attribuent les individus est également à prendre en compte.

Enfin, la réutilisation d'une prescription était associée aux deux modes les plus médicaux d'énonciation du produit (le nom et le mécanisme d'action), plaçant l'ordonnance comme fort moyen de transmission et de communication.

III. QUELQUES EXEMPLES :

Pour les problèmes de santé :

L'expression « grain de beauté douteux » a été utilisée. L'emploi de l'adjectif douteux rappelle les constatations de Sylvie Fainzang concernant les décalages de vocabulaire employé entre médecins et patients, du fait de points de vue différents. Ainsi, le médecin, qui devant ce type de problème, parle plutôt de « grain de beauté suspect », est plus affirmatif dans le caractère inquiétant de la lésion ; l'individu probablement pour se rassurer, l'amoindrit avec un terme plus vague, qui renvoie plutôt à une notion d'incertitude, hypothétique. Nous avons également remarqué l'expression « infection urinaire complexe » ; le terme de complexité, défini par le Larousse comme comportant des éléments divers difficiles à démêler, laisse suggérer que l'individu considère son problème

comme non clairement défini. Le médecin, qui parlerait davantage « d'infection urinaire compliquée » est au contraire sur un mode de raisonnement intuitif faisant facilement correspondre aux signes cliniques typiques une entité nosologique connue. « Compliquée » pour lui renvoie à la notion d'aggravation de la pathologie.

La référence à l'infection (sous forme de nom commun infection de ... ou d'adjectif sinus infecté, ou par certains termes en -ite comme otite) est apparue à plusieurs reprises. On retrouve ainsi la peur ancestrale des maladies infectieuses, sources d'une importante mortalité et contagiosité. Bien que cette dangerosité soit nettement moindre de nos jours, du fait de l'avancée de la médecine, la crainte de la contagiosité est néanmoins toujours présente (le médecin est sollicité par exemple pour établir des certificats de non contagiosité). Utiliser ce terme d'infection renvoie inconsciemment à cette peur universelle ; lors d'échanges en cours de consultation, ce phénomène peut influencer la prise en charge, notamment par la prescription d'antibiotiques.

Certaines entités créées sont médicalement discutables. La « grippe intestinale » par exemple est totalement absente du DMAM ; dans d'autres dictionnaires médicaux(61), à la définition du mot grippe, il est effectivement précisé que « l'existence de troubles digestifs fait parfois parler à tort de grippe intestinale (le virus grippal ne touche pas l'intestin) ». Un autre problème est celui d'une « tendinite cheville » qui est médicalement moins probable que l'entorse de la cheville (c'est-à-dire l'atteinte d'un ligament et non d'un tendon). Cette « erreur » peut être interprétée comme la tentative de l'individu de s'approprier un diagnostic, en reprenant une pathologie antérieure avec des symptômes similaires, mais ici révélatrice d'un raisonnement trop intuitif du fait d'une connaissance limitée en anatomie.

Concernant la technicité de langage, des récupérations effectuées par les individus témoignent également d'une maîtrise imparfaite des termes, comme par exemple « coxarthrose de hanche », qui, rigoureusement est un pléonasme, puisque le préfixe cox- désigne l'articulation de la hanche. Le terme d'arthrose est connu, celui de coxarthrose probablement moins, sa réutilisation par l'individu peut laisser supposer qu'il veut signifier que son problème est plus sérieux qu'une simple arthrose, d'où la nécessité pour lui de préciser que c'est de sa hanche dont il parle.

Pour les produits :

Nombreuses de ces entités étaient déformées, témoignant d'un simple apprentissage en cours, que ce soit pour des langages que nous aurions définis « techniques », comme « acide acetique assitilique » pour acide acétyl salicylique ou que nous aurions définis « neutres », par exemple, « saspasfon » (spasfon®), ou « seprim » (ixprim®).

D'autres erreurs relèvent de fautes d'orthographe, notamment par l'emploi de racines grecques où elles n'existent pas (th dans « anthalgique », ph dans « epheralgan ») ou de lettres supplémentaires (hy dans « hybuprophene »). Ces erreurs laissent suggérer que

l'individu considère l'étymologie grecque comme particulièrement scientifique et donc réservée aux experts, sa réutilisation par l'individu pourrait témoigner d'une volonté d'une mise à niveau linguistique avec les experts. Rappelons qu'anciennement, la langue médicale s'apprenait en latin.

Certains individus ont créé des associations inexistantes de molécules (comme « aspirine codéine » pour paracétamol codéine), confondant deux molécules différentes du fait d'indications historiquement similaires. Ces confusions peuvent aussi être à l'origine de « malentendus » entre médecins et patients, le premier pouvant alors prescrire ce que l'individu a déjà pris en lui indiquant que c'est différent. Non retrouvé ici, un autre exemple est celui du patient qui déclare avoir pris de « l'UPSA » pour en réalité du paracétamol, mais le médecin peut croire qu'il prend de l'aspirine.

Un individu a modifié une partie du nom du produit par un terme qui reste dans le même thème d'intensité : c'est l'entité « super levure » pour ultra levure®. Mais l'adjectif super, familièrement (toujours selon le Larousse), indique que quelque chose est exceptionnel, supérieur, extraordinaire. Il existe une possibilité ici que la satisfaction personnelle de l'individu l'ait inconsciemment amené à renommer à sa manière le produit.

Nous avons relevé des contractions entre le nom du produit et sa principale utilisation (« rhumex » pour humex® ou humex rhume®) qui peuvent laisser suggérer de l'automatisme d'utilisation du produit par l'individu devant les symptômes familiers. On peut supposer que cela est la conséquence d'une stratégie des firmes pharmaceutiques, qui créent des noms de produit pour aboutir à de tels réflexes pour les utilisateurs. Le phénomène est similaire pour l'individu qui déclare avoir pris de « l'allergix » alors que l'orthographe correcte est alairgix®. Bien qu'on puisse penser que la firme tente de « masquer » son intention d'instaurer de tels réflexes d'utilisation, par la déformation de l'orthographe tout en gardant une phonétique identique, l'individu a manifestement été « bon élève », incorporant cet automatisme en le retranscrivant dans sa manière d'écrire le produit.

Enfin, un individu a déclaré avoir pris du « THC » ; la reprise d'une abréviation scientifique, au lieu du terme même de cannabis, drogue illégale en France, permet ainsi à l'individu de se protéger du jugement d'une majeure partie de la société, non habituée à ce terme.

CONCLUSION :

Le langage employé par les patients pour évoquer leur santé est un entremêlement de termes courants, de termes médicaux, parfois réintégrés au sein de croyances populaires. Le généraliste, par sa position de médecin de ville et de famille (c'est-à-dire, sans caractère péjoratif pour lui, moins universitaire), est témoin de cette intrication entre les différents termes et croyances. Cette position de proximité, dotée de plus de celle de médecin traitant, coordinateur du suivi global du patient, lui permet probablement un meilleur discernement au sein de cet enchevêtrement ainsi qu'une meilleure compréhension des moteurs de celui-ci.

Par rapport à notre objectif, notre étude a démontré que le l'appropriation de termes médicaux par les patients pour qualifier un problème de santé et un médicament était à la fois influencée par leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs pratiques d'automédicalisation. Ces dernières ont globalement été plus influentes, agissant à la fois sur la façon d'exprimer le problème de santé et le produit utilisé, et souvent, ce que nous avons peu observé pour les variables sociodémographiques, sur plusieurs types de langage (par exemple, par une diminution d'un langage dit approximatif au profit d'une augmentation d'un langage dit médicalisé ou technique, ou sur plusieurs modes de référence du médicament). L'appropriation par les patients du langage médical est donc déterminée par ce qu'ils sont mais aussi et plus encore par ce qu'ils font pour apprendre ce jargon. Elle est également modelée en fonction de la confiance qu'ils ont d'eux-mêmes dans l'acquisition et la maîtrise de ce savoir, liée au niveau de diplôme, et de la crédibilité qu'ils accordent aux différentes sources d'information. Ces difficultés sont similaires pour le médecin face à l'abondance de la littérature médicale; la lecture critique d'articles est ainsi récemment enseignée pour l'aider dans ses recherches.

Chaque médecin, généraliste ou spécialiste, pourrait alors se demander s'il doit agir sur cet apprentissage, ou au contraire respecter l'acquisition du jargon médical par les propres moyens du patient. Bien que l'intérêt économique ou la satisfaction personnelle du médecin puissent être mis en danger, celui-ci a tout de même intérêt à ce que le patient maîtrise un certain bagage linguistique signifiant du point de vue du médecin, pour aider au travail de celui-ci. Ainsi, il peut trouver un bénéfice, notamment en terme de gain de temps, lorsque par exemple le patient s'est senti assez autonome et compétent pour remplir lui-même divers questionnaires, comprenant souvent plusieurs pages. Parallèlement, quel médecin ne s'est jamais senti en difficulté devant des réponses pour nommer sa maladie ou ses traitements du type « mais si vous savez bien docteur, c'est un petit comprimé bleu » ou « je ne sais pas ce que c'est exactement, je sais juste que c'est au niveau du cœur ». La création du dossier médical partagé pourrait aider à résoudre cette difficulté pour le médecin. D'un autre côté, celle-ci pourrait également renforcer le problème puisque l'utilisation des technologies modernes par les médecins influent également sur le comportement des

patients qui, parce qu'ils pensaient que l'information demandée par le médecin est inscrite dans le dossier, ne l'ont pas mémorisé et sont incapables de la restituer.

Cette question du bien fondé d'un éventuel enseignement des termes médicaux de la part du médecin vis-à-vis du patient se retrouve dans l'éducation thérapeutique. Ainsi celle-ci est-elle parfois considérée, notamment en sociologie, par l'intégration du patient dans sa prise en charge, comme un moyen d'améliorer l'observance de celui-ci, c'est-à-dire son respect de la prescription médicale. La notion « d'autonomie » du patient devient alors relative. Il est vrai que le terme même d'éducation est ambigu, puisqu'il s'agit selon le Larousse, « de faire acquérir à quelqu'un les usages de ». Cependant, la discipline médicale considère que l'éducation thérapeutique doit être menée avec l'accord du patient, et que celui-ci peut en négocier les buts et les modalités, ce qui nuance une éventuelle vision d'imposition du médecin de son point de vue.

Pour le médecin lui-même, l'acquisition d'un jargon plus ou moins technique dépend de son autoformation, qui, malgré des mesures incitatives, reste fonction de sa propre volonté. Expérience vécue par exemple d'un médecin généraliste, qui, au vu des résultats d'une IRM cérébrale et notamment, par rapport au sujet qui nous intéresse, du fait de son incompréhension des termes techniques tels que hypersignal T1, T2, T2*, se sent incompetent dans l'interprétation des résultats et s'en remet totalement au neurologue en adressant la patiente vers celui-ci. Le médecin a manifestement ici fait le choix de ne pas apprendre ces nouveaux termes et personne ne le lui impose. D'autre part, le médecin n'ayant pas reçu ici l'enseignement adéquat par l'université, il doit se tourner comme les patients vers d'autres sources, et sa position de source la plus fiable est paradoxalement mise à mal. Ce serait donc plutôt à chaque médecin, et fonction de chaque patient, de décider ou non d'un éventuel enseignement de sa part.

En revanche, les techniques d'enseignement peuvent être partagées entre médecins, et notre étude tend vers un fort pouvoir de l'ordonnance, légitimé par l'entête au nom du médecin. J'ai moi-même été « remerciée » par une mère qui n'avait pas assisté à la consultation de son fils, pour avoir écrit sur l'ordonnance de se rendre aux urgences en cas d'aggravation des symptômes ; c'est manifestement davantage la consigne écrite qui a engendré le respect de celle-ci que la consigne orale.

Enfin, notre travail a permis de mettre en lumière certains malentendus entre médecins et patients du fait d'une compréhension et donc d'une utilisation différente de mêmes termes médicaux. La nouvelle difficulté pour le médecin est alors de prendre conscience de cette éventuelle différence de compréhension des termes, et par conséquent de vérifier tout d'abord le sens réellement accordé par le patient aux mots employés. Le moyen d'apprentissage des patients étant différent de celui du médecin, les termes peuvent être « approximatifs », et cela peut influencer sur la prise en charge. Expérience vécue par exemple d'une consultation d'un père amenant sa fille car elle avait eu la veille une « crise hémorroïdaire » ; le médecin, ne constatant rien de tel à l'examen, et sachant parfaitement que les signes cliniques évoluent au cours du temps, se retrouve dans le dilemme de devoir considérer si ce diagnostic donné est ou non exact. Il doit alors interroger le père pour savoir

comment le diagnostic a été établi et peut alors se rendre compte qu'en réalité, pour celui-ci, « crise hémorroïdaire » n'est pas un diagnostic, mais est employé pour signifier « douleur » et le traitement anti hémorroïdaire n'est donc pas indiqué.

L'autre difficulté, pour le médecin, est aussi de vérifier que le patient comprend dans le même sens que lui les termes que lui-même emploie. Ainsi, lorsqu'il commente son examen clinique, au lieu de dire « ce n'est pas une angine », il serait mieux inspirer d'apporter des précisions et de dire par exemple « ce n'est pas une angine qui provoque votre douleur ».

Des « malentendus » peuvent aussi être consécutifs de points de vue différents entre médecins et patients ; l'un voit surtout sa gêne, son symptôme et l'autre raisonne le plus souvent en terme de maladie. Cela peut créer pour le patient la sensation de ne pas être écouté, un mécontentement devant une absence de traitement médicamenteux alors qu'il était attendu. Notre étude a ainsi montré que les hommes s'exprimaient davantage en terme de symptôme, insistant sur les conséquences immédiates de leur problème de santé. Ce point de vue du sexe masculin explique en partie leur moindre participation aux actions de médecine préventive (ils réalisent par exemple moins de test de dépistage du cancer du colon(62) dont le premier frein à la participation cité par les individus est justement l'absence de symptôme(63)). Le médecin généraliste peut ainsi être confronté à davantage de résistance chez la population masculine dans sa mission de prévention. Cependant, les techniques d'entretien motivationnel peuvent aider à contourner cette difficulté. Il s'agirait par exemple, lors d'une demande d'aide au sevrage tabagique, de montrer les bénéfices immédiats tels qu'une amélioration des capacités respiratoires ou des bénéfices financiers, plutôt que ceux à long terme, comme la diminution du risque de cancer pulmonaire ou du risque cardiovasculaire. Les femmes, quant à elles, ont insisté sur la forme galénique; celle-ci pouvant déterminer l'observance du traitement. Si le médecin souhaite s'enquérir des éventuelles difficultés de prise, la population féminine semble, au vu de nos résultats, être pour lui la meilleure source d'information sur ce point. Cette population semble également, par son positionnement vis-à-vis du médicament, revendiquer une place de choix dans sa prise en charge thérapeutique (ou celle de ses proches).

Dans le même sens, les personnes âgées de nos panels ont eu une manière d'énoncer le médicament pouvant refléter une vision biomédicale de celui-ci, qui se doit alors d'être efficace. Leur langage en terme de symptôme pour le problème laisse envisager une affirmation de leur gêne ou la crainte d'une aggravation rapide, d'où une demande d'un soulagement rapide. La situation se complique pour le médecin quand il considère le symptôme comme bénin, ne justifiant alors pas de traitement de son point de vue. C'est la complexité et l'ambiguïté de la personne âgée. Rassurer la personne âgée, notamment en insistant sur la bénignité des symptômes, pourrait aider le médecin dans cette situation.

BIBLIOGRAPHIE :

Sylvie Fainzang est anthropologue, directrice de recherches à l'INSERM, et membre du Cermes (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société).

Claudine Herzlich est sociologue, psychologue sociale, directrice émérite au CNRS.

Francine Saillant est professeur d'anthropologie à l'université Laval à Québec.

Luc Boltanski et Jean François Barthe sont sociologues.

Isabelle Moley-Massol est médecin, psycho-oncologue et psychanalyste, praticien attaché à l'hôpital Cochin.

1. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1991. 226 p.
2. Desforges F. Histoire et philosophie: une analyse de la notion de santé. Hist Économie Société. 2001;20(3):291-301.
3. Pierret J. Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Hérault. In: Le Sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Editions des archives contemporaines. 1984. p. 217-56.
4. Sarradon-Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. Rev Prat Med Gen. 2002;16(566):358-63.
5. Laplantine F. Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines. Hist Économie Société. 1984;3(4):641-50.
6. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique. [Médecine générale]. [Paris]: Pierre et Marie Curie(ParisVI); 2013.
7. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. Techniques et culture. 1995;(25-26):129-57.
8. Fainzang S. Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance. 1re éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2001. 160 p.
9. Adam P, Herzlich C, Singly F de. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Armand Colin; 2007. 130 p.
10. Herzlich C. La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie (Commentaire). Sci Soc Santé. 1984;2(2):71-84.
11. Haxaire C. Maladie du médecin, maladie du malade. adsp. mars 2009;(66):18-20.
12. Sinding C. Catégories de médecins, catégories de malades (Commentaire). Sci Soc Santé. juin 1999;17(2):23-9.

13. Dictionnaire | Académie nationale de médecine [Internet]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/dictionnaire/>
14. Lacroix S. Les mécanismes de défense des soignants (d'après M. Ruzniewski) [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://www.respel.org/>
15. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités: situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe; 2007. 133 p.
16. Prescrire - Libre Accès > Les Positions Prescrire - Principes de base: La constance du soignant [Internet]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/2/95/47830/0/PositionDetails.aspx>
17. Fainzang S. L'automédication ou Les mirages de l'autonomie. Paris: Presses universitaires de France; 2012. 187 p.
18. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Econ Sociétés Civilis. 1971;(1):205-33.
19. Barthe J-F. Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques. Rev Fr Sociol. 1990;31(2):283-96.
20. Béliard A, Eidelman J-S. Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. Rev Fr Sociol. 2014;55(3):507-36.
21. Leemans L, Heylen N, Quanten A, Deferme S. D'abord lire, puis guérir... Étude sur l'utilisation des notices destinées aux patients [Internet]. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/>
22. March Cerda J, Prieto Rodriguez M, Ruiz Azarola A. [Quality improvement of health information included in drug information leaflets. Patient and health professional expectations]. Aten Primaria. janv 2010;42(1):22-7.
23. Horwitz A, Reuther L, Andersen S. [Patient information leaflets seen through the eyes of patients in a general practice]. Ugeskr Laeger. 16 févr 2009;171(8):599-602.
24. Ministère de la santé. Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
25. Renahy E. WHIST- Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur internet. Inserm UMR-S 707; 2006 2007.
26. Code de déontologie médicale. Devoirs envers les patients-Article 35 [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9CFC1D4CD5EC3CF76A6F51DBE0974A66.tpdjo11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI000006680538&dateTexte=20121101&categorieLien=cid
27. Code de la santé publique - Article L1111-2 [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>
28. Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 168 p.
29. Fainzang S. L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre. Anthropol Santé. 2010;34(1):115-33.

30. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. [Médecine générale]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2001.
31. Faure O. L'Homéopathie entre contestation et intégration. Actes Rech En Sci Soc. 2002;(143):88-96.
32. David M, Eisenberg MD, Ted J. Perceptions about Complémentary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both: Results from a National Survey. Ann Intern Med. 2001;135(5):344-51.
33. Zuily L. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles. [Médecine générale]. [Paul Sabatier]: Toulouse III; 2014.
34. Lert and Al. Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine. Homeopathy. 2014;(103):51-7.
35. Ehrenreich B, English D. Sorcières, Sages-femmes et infirmières (une histoire des femmes soignantes). Echanges et Mouvements; 1978.
36. Saillant F. Transformations des systèmes de santé et responsabilisation des femmes. In: Systèmes et politiques de santé De la santé publique à l'anthropologie. Karthala. 2001. p. 221-47.
37. Hoffman A. Soins profanes, division du travail entre hommes et femmes. Santé Conjug. oct 2007;(42):82-4.
38. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques(DREES); 2004 juin. Report No.: 315.
39. Wyke S, Hunt K, Ford G. Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. SocSciMed. 1998;46(7):901-6.
40. Saillant F. Le mouvement pour la santé des femmes. In: Traité d'anthropologie médicale L'Institution de la santé et de la maladie. Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC et Les Presses universitaires de Lyon; 1985. p. 743-62.
41. Mechanic D. Sex, Illness, Illness Behavior and the Use of Health Services. J Human Stress. 1976;2(4):29-40.
42. Landè JL. L'état de santé en France en 2003 Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques(DREES); 2005 oct p. 1-12. Report No.: 436.
43. Nathanson C. Illness and the feminine role: a theoretical review. SocSciMed. 1975;9:57-62.
44. Darmon M. Devenir anorexique: une approche sociologique. [Paris]: la Découverte; 2007.
45. La relation des Français au médecin et aux médicaments. TNS Sofres; 2012 mai.
46. Bush P, Rabin D. Who's Using Non Prescribed Medicines? Med Care.1976 dec;14(12):1014-23.

47. Scodellaro C. La santé perçue aux âges élevés: des critères médicaux aux évaluations pratiques. *Retraite Société*. 2014;(67):20-41.
48. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société*. déc 2002;(103):141-58.
49. Mintzes B. Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments. *Prescrire*. janv 2007;27(279):63-5.
50. L'information santé aux mains des firmes: la menace grandit. Synthèse élaborée collectivement par la rédaction. *Prescrire*. déc 2006;26(278):863-5.
51. Levasseur M. Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. In: *Perception de l'état de santé*. Publications Québec. Québec; 1995. p. 199-209.
52. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication: de la maladie à la performance. *Thérapie*. 1998;(53):127-35.
53. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. maladies chroniques. *adsp*. sept 2010;(72):11-53.
54. Ylinen S, Hämeen-Antilla K, Sepponen K. The use of prescription medicines and self-medication among children - a population-based study in Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;(19):1000-8.
55. Société Française de Documentation et de Recherches en Médecine Générale(SFRDMG). Attente des patients et prescriptions des médecins. *Bibliomed*. 18 oct 2007;(479).
56. Anderson J, Buck C, Danaher K, Fry J. Users and non-users of doctors - implications for self-care. *J R Coll Gen Pract*. 1977;(27):155-9.
57. Van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract*. 1992;(42):313-6.
58. docteurclic: le site santé de vos médecins - Docteurclic.com [Internet]. Disponible sur: <http://www.docteurclic.com/>
59. Ahmad F, Hudak P, Bercovitz K. Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? *J Med Internet Res*. juill 2006;8(3).
60. Ordonnance: la dénomination commune internationale (DCI) au quotidien. Synthèse élaborée collectivement par la rédaction. *Prescrire*. 2012;32(346):586-91.
61. Garnier M, Delamare J, éditeurs. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 30. éd. Paris: Maloine; 2009. 1048 p.
62. Bouvier A-M. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. *BEH Thématique*. 13 janv 2009;(2-3):13-32.
63. Ministère de la santé. L'essentiel sur le dépistage colorectal. Dossier de presse [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINES AUX PATIENTS EN SALLE D'ATTENTE :



Le Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Nantes développe des recherches sur l'automédication en Loire-Atlantique et en Vendée. Grâce à ce questionnaire, nous aimerions comprendre ce que vous faites pour soigner par vous-mêmes vos problèmes de santé. Nous vous remercions de votre participation volontaire à cette étude. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

ENQUETE : SE SOIGNER PAR SOI-MEME

| 2013 | | | | | | | | | |

Année Vague Cabinet N0.

Cabinet médical de : _____ Ville ou quartier : _____

1) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souffert d'au moins un problème de santé que vous avez soigné par vous-même, sans avoir besoin de consulter votre médecin ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu NON, allez directement à la question 16 au verso du questionnaire (page 2)

Si vous avez répondu OUI et que vous avez souffert de plusieurs problèmes de santé, ne prenez que le dernier en considération et poursuivez avec la question 2.

2) Venez-vous consulter aujourd'hui en raison de ce problème de santé ? ☐ oui ☐ non

3) Quel est (ou était) ce problème de santé ?

4) Depuis quand souffrez-vous (ou en avez-vous souffert) ? ☐ 1 à 2 jours ☐ 3 à 7 jours ☐ plus d'1 semaine

5) Avez-vous (ou aviez-vous) une idée du diagnostic ? ☐ oui ☐ non

6) Avez-vous déjà eu ce problème de santé auparavant ? ☐ oui ☐ non

7) En avez-vous discuté avec d'autres personnes ? ☐ oui ☐ non

7 bis) Si oui, lesquelles ? (Précisez)

8) Avez-vous cherché de l'information à ce sujet ? ☐ oui ☐ non

8 bis) Si oui, où ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| ☐ Auprès de personnes proches (famille, collègues, amis) | ☐ Dans des journaux ou revues |
| ☐ Auprès d'un pharmacien | ☐ Sur internet |
| ☐ A la télévision ou à la radio | |

9) Avec quels produits vous êtes-vous soigné ?

9 bis) Comment vous les êtes-vous procuré ?

- ☐ Achetés pour l'occasion ☐ Déjà en ma possession

10) Certains de ces produits avaient-ils été prescrits par un médecin ? ☐ oui ☐ non

11) D'où provenaient ce(s) produit(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| ☐ Ils étaient dans mon armoire à pharmacie | ☐ Quelqu'un d'autre me les a donnés |
| ☐ Je les ai achetés en pharmacie | ☐ Je les ai achetés dans un magasin bio |
| ☐ Je les ai achetés sur internet | ☐ Je les ai achetés en grande surface |

Autres (Précisez) :

12) Combien de temps vous êtes-vous soigné ? Pendant jours

13) Avez-vous consulté un autre praticien pour ce problème ? ☐ oui ☐ non

13 bis) Si oui, le(s)quel(s) (kinésithérapeute, ostéopathe, magnétiseur...) ?

14) Globalement, diriez-vous que vous vous êtes soigné de façon ?

- ☐ Très efficace ☐ Assez efficace ☐ Un peu efficace ☐ Pas du tout efficace

15) Si vous vous-êtes soigné par vous-même (automédication), pouvez-vous nous dire pour quelles raisons ?

.....

16) Avez-vous un médecin traitant ? ☐ oui ☐ non

16 bis) Si oui, à quelle distance de votre domicile se trouve-t-il (environ) ? à _____ km

16 ter) Combien de fois par an le consultez-vous? (Une seule réponse)
☐ 1 fois par an ou moins ☐ 1 à 2 fois par an ☐ au moins 3 fois par an ☐ au moins 1 fois par mois

17) A quelle distance de votre domicile se trouve votre pharmacie habituelle (environ) ? à _____ km

18) Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? I _ _ _ _
(0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)

19) Etes-vous atteint d'une maladie chronique suivie par votre/un médecin ? ☐ oui ☐ non

20) Hors des personnes de votre foyer et de votre travail, la semaine dernière, combien de personnes proches avez-vous rencontrées* ? I _ _ _ _
(*visites chez elles/visites chez vous, sorties/loisirs ensemble)

21) Participez-vous à une association ? ☐ en tant que bénévole ☐ en tant qu'adhérent

22) Que faites-vous au quotidien pour vous maintenir en bonne santé?

23) Quel est votre âge ? I _ _ _ ans

24) Etes-vous un(e) ? ☐ femme ☐ homme

25) Quelle est votre situation familiale ?
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e)

26) Vous vivez :
☐ seul(e) ☐ seul(e) avec enfant
☐ en couple sans enfant ☐ en couple avec enfant
☐ chez vos parents ☐ autre :

27) Quelles sont vos professions ou anciennes professions ?
Vous Conjoint(e)
.....

28) Quel est votre diplôme le plus élevé ?
☐ Aucun diplôme
☐ Certificat d'études primaires
☐ BEPC, brevet des collèges
☐ CAP ou BEP
☐ Baccalauréat (ou brevet de technicien, professionnel...)
☐ Bac+2 (Deug, BTS, DUT, école de travail social....)
☐ Bac +3/4 (Licence ou maîtrise)
☐ Bac+5 et plus (Diplôme d'ingénieur, thèse, ...)

29) Quelle est votre situation ? et celle de votre conjoint(e) ? (Cochez une case par colonne)

	Vous	Conjoint(e)
Actif salarié	☐	☐
Actif à son compte	☐	☐
En recherche d'emploi	☐	☐
Au foyer	☐	☐
Invalidité / Congé longue maladie	☐	☐
Congé maternité	☐	☐
Retraité(e)	☐	☐
Etudiant(e)	☐	☐
Autre, Précisez :		

30) Quelle est votre couverture sociale ?
☐ CPAM ☐ assurance maladie étudiante
☐ MSA ☐ CMU / AME
☐ autres régimes ...

31) Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé ? ☐ oui ☐ non

32) Dans quelle commune habitez-vous ?
(en ville, précisez le nom du quartier)
.....

33) Dans quelle commune travaillez-vous ?
.....

34) Etes-vous propriétaire de votre logement ? ☐ oui ☐ non

35) Quelle est la surface habitable de votre logement ? I _ _ _ _ m²

36) En vous incluant, combien de personnes vivent à votre domicile ? I _ _ _ personnes

37) Citez par ordre d'importance à vos yeux, une, deux ou trois communes que vous fréquentez le plus pour vos achats ou vos loisirs réguliers :

	Vos achats	Vos loisirs
Commune 1		
Commune 2		
Commune 3		

ANNEXE 2 : TABLEAU DES DIFFERENTES ENTITES POUR LES PROBLEMES DE SANTE :

addiction	bronchite persistante	dépendance alcool tabac	douleur diffuse
affection ORL	bronchite régulière	dépression	douleur dorsale
affection respiratoire	brûlure estomac	déprime	douleur dos
aigreur	canal carpien	diabète	douleur épaule
algodystrophie	cancer	diarrhée	douleur estomac
allergie	cancer sein	diarrhée importante	douleur gastrique
allergie nasale	cannes de toux	difficulté digestion	douleur genou
allergie piqure moustique	capsulite épaule	difficulté respiratoire	douleur gorge
allergie poussière	céphalée	difficulté sommeil	douleur hémorroïdaire
angine	cervicalgie	digestion	douleur intestinale
angoisse	cheville enflée	DMLA	douleur lombaire
anxiété	cholestérol	doigt foulé	douleur main
apétigo	colique néphrétique	doigt pied gonflé	douleur musculaire
arthrose	conjonctivite	dorsago	douleur oreille
arthrose dos	constipation	dorsalgie	douleur orteil
asthme	contraction musculaire	dorsolombalgie	douleur os pied
blessure	contracture	dos	douleur pied
blocage dos	contracture cervicale	dos bloqué	douleur rhumato
blocage rhomboïde	contusion	douleur	douleur thorax
blocage trapèze	courbature	douleur dos	douleur veineuse jambe
boiterie	coxathrose hanche	douleur abdo	douleurs intercostales
bouffée de chaleur	crevasse main	douleur abdominale	eczéma
bouton	crise angoisse	douleur articulaire	eczéma de contact
bouton infecté	crise anxiété	douleur bras	eczéma génital
bouton rouge	crise goutte	douleur cervicale	élimination
BPCO	crise hémorroïdaire	douleur costale	encombrement
bronchite	crise hémorroïde	douleur coté droit	engourdissement membre
bronchite asthmatiforme	cystite	douleur cou	enrhumé
bronchite chronique	démangeaison	douleur coude	entérite

entorse	gêne respiratoire	infection dentaire	mal genou
entorse cheville	gorge irritée	infection nez, gorge, œil	mal gorge
épanchement	goutte	infection orl	mal tête
épicondylite	grain de beauté douteux	infection urinaire	mal ventre
épisclérite	grande fatigue	infection urinaire complexe	mal avant bras
état dépressif	grippe	infection vaginale	mal bras
état fébrile	grippe intestinale	infection voie respiratoire	mal coude
état grippal	gros mal gorge	inflammation doigt	mal crane
étourdissement	gros rhume	inflammation interne qui persiste	mal dent
exacerbation	grosse chinopharyngite	insolation	mal dos
extinction totale voix	grosse coupure	insomnie	mal estomac
extinction voix	grosse fatigue	insuffisance cardiaque	mal genou
extrême fatigue	grosse migraine	insuffisance rénale	mal gorge
faible toux	grosse rhino	intestins bloqués	mal oreille
fatigue	grossesse pathologique	irritabilité	mal partout
fatigue générale	gueule de bois	irritation	mal reins
fièvre	hamartomes multiples	kyste dorsal	mal tête
fiévreuse	hématome	laryngite	mal tête persistant
fort mal gorge	hémorroïde	léger rhume	mal ventre
fort mal ventre	hernie cervicale	légère fièvre	mal vertèbre
fort rhume	hernie discale	légère toux	maladie de crohn
forte fièvre	herpès	lombalgie	mauvais rhume
forte température	herpès buccal	lombosciatique	migraine
foulure main	herpès labial	lucite	migraine ophtalmique
furoncle	herpès oculaire	lumbago	mycose
gastrite	HT artérielle	lupus	mycose pied
gastro	HTA	lymphome	mycose vaginale
gastro entérite	hypertension	mal bras, cou, nuque	mycose vaginale/vulvaire
gaz intestinaux	impuissance	mal dos	myélome
gène niveau articulations	infection	mal dos jambes	nausée

NCB	problème hanche	saignement hors cycle de règle	toux due remontée gastrique
névralgie	problème intestinal	sciatalgie	toux légère
névralgie pudendale	problème lombalgique	sciatique	toux niveau bronche
nez bouché	problème mandibule	sensation gêne jambe	toux persistante
nez coule	problème musculaire épaule	sinus bouché	toux prononcée
nez encombré	problème musculation	sinus infecté	toux récurrente
nez purulent	problème ORL	sinusite	toxicomanie
nuque douloureuse	problème peau	sommeil	trachéite
œil rouge	problème peau sèche	spasme	trauma cheville
oreille bouchée	problème thyroïde	stress	tristesse
otite	problème yeux	surpoids	trouble digestif
peau sèche	prostatite	symptôme grippal	usure vertèbres
peritonite	pycose	syndrome grippal	varice
petite angine	reflux gastrique	syndrome prémenstruel	verru
pharyngite	règles douloureuses	température	vers intestinaux
pharyngite	remontée acide	tendinite	vertige
plaie	RGO	tendinite coude	vertige oreille
plaque rouge	rhinite	tendinite genou	virus grippal
PPR	rhinite allergique	tendinite cheville	vomissement
prédiabète	rhino	tendinite de Quervain	zona
problème dos	rhino-p	tendinite épaule	
problème acidité estomac	rhinopharyngite	tendinite épicondyle	
problème bras	rhino-rhinite	tension	
problème cardiaque	rhino pharyngite	tension haute	
problème cervical	rhumatisme	thyroïdie	
problème dentaire	rhume	torticolis	
problème digestif	rhume allergique	turista	
problème disque	rhume des foins	tousse	
problème dos	rhume persistant	toux	
problème genou	rhume qui se prolonge	toux ++	

ANNEXE 3 : TABLEAU DES DIFFERENTES ENTITES POUR LES PRODUITS

0	amoxicilline	aucun	ciflox
à jeun	amycort	augmentin	citrate de batatine
abufene	angispray	bain de bouche	citrate de betaine
abuprofene	angyspray	baume	citrobiotic
acétylcystéine	antalgique	'baume de tigre" huile	citron
acetylcysteine inhalations	anthalgique	baume du tigre et prin	clarityne
acétystéine	anthalgiques	berrocca	cliptol
aciclovir crem + comprimé	anti acides	bétaserc	coca-cola
acide acetique assitilique	anti depresseur	bi profenid	codéine
acide tiaprofénique	anti diarrhéique	bicarbonate	codoliprane
acides aminés	anti douleur	bicarbonate de soude	colchimax
actifed	anti histaminique	biocalyptol	colludol
actifed jour et nuit	anti inflammatoire	biocé	collutoire
actifed jour/nuit	anti inflammatoires non steroïdiens	bion	collyre
actifed rhume	anti nausées	biseptine	collyre Vit B12
actisouffre	antibiotique	bonbon miel	compresse
actisoufre	anti-inflammatoires locaux	bouillote	comprimés
activox (pastille et sirop)	antiseptique	Bronchodermine	comprimés pour le mal de gorge
acupuncture	antivomitifs	cachet	comprimés pour le rhume
aduil	anxiolytiques	calyptol inhalation	confiture de coing
advil	apranax	camphre	corticoides
aerius	aresta	canderryl	cortisone
aérius	argile verte	cannelle	coryzalia
aiguille stérilisée	arnica	carbocysteine	cp
ail	arnica montana	carbolevure	cranberry (canneberge)
AINS	aromatherapie	ceinture dorsale	crème
alcool 90	arpagophitum	ceinture lombaire	crème antibiotique
allergix	aspegic	cerulyse	crème arnica
allergodil	aspirine	cetirizine	crème basique
allopathie	aspirine codeine	ceux prescrits	crème chinoise
allopurinol	aspray nasal	chaleur	crème contre les coups
almogran	aspro	charbon	crème de massage
alodont	atarax	chevillere	crème hémoroïdienne
alprazolam	ATC	chondroïtine	crème hydratante
amavelys	atelles	cicaplast	crème mains peau seche

crème musculaire	donormyl	gel chauffant	huile
crème pour peau sensible	drainant	gel de polysilane	huile de camphre
crème Rosalia de la Roche Posay	dulcolax	gel intime	huile d'olive bio
cys control	durofen	gel pour muscles	huile essentielle
cystiregul plus	eau	gel toilette intime	huile essentielle eucalyptus
dafalgan	eau de mer	gelée royale	huile essentielle tea tree
dafalgan codéiné	econazole	gellules	huiles essentielles en gelule
daffalgan	efferalgan	gellules de cranberry	humer
daflon	efferalgan codéine	gelules	humex
daphalgan	efferalgans effervercent	glace	humex allergie
debridat	efferalgant	glucosamine	humex rhume
decoction	ercefuryl	goutte	hybuprophene
décongestionnant	esoméprasole	goutte nasale	hydromer
décongestionnant nasal	eau de riz bouilli	goutte nez	hygiene nasale
décontractant	eucalyptus	goutte pour nez	hyperhydratation
decontractant musculaire	euphytose	gouttes aux essences	ibuprofene
derinox	exaspray	gouttes dans le nez	ibuprophène
désifectant	exomic	granules homéopathiques	imodium lingual
desinfectant	exomuc	griffonia	imodium
detente	expectorant	grog	infiltration
dexafree	fazol	grogue	infusion
diamicron	febrifuge	gros sel	inhalateur
diclofenac	fervex	helicine	inhalation
dicodin	flector	hepactif	injections
diette	flector tissugel	hepar	Insuline
digedryl	fleurs de bach	hexaspray	IRS
diprosone	flixo 125	hextril	isiomer
dispositif médical	fluidifiant	homéo	ixprim
dolipran	forlax	homéogène	jus de cranberries
doliprane	fucidine applications locales	homéopathie	kerlone
doliprane codeine	fulmigation balsofulmine	homéopathie arnica montana et bio arnica	ketoprofene
dolirane	fulmigation viccks	homéopathie corysalia	ketum
dolirhume	fulmigrations	homéopathie euphytose	kine
dolirhumepro	furadantine	homéopathie occilococcinum	L107
domperidone	gaviscon	homéopathie oscillococinum	L52

lactulose	menthe poivree	oscillococcinum	pharmacie
lamaline	météospamyl	oscillococcinum	phisiomer
lansai	météospasmyl	osteo	physiomer
laroxyl	methadone	ostéopathie	phyto
lavage de nez	mianserine	otipax	phytothérapie
lavage nasal	microlax	ovule	pinalone
lavage nez	miel	oxyboldine	pivalone
lavage oreille	minerve	pansement liquide pour herpes	pivlone
lavage par eau salée	miorel	paracetamol	plantes
lavement	monazol	paracétamol codeine	plantes en tisanes
laxatifs	monuril	paracéthamol	plantes essentielles
lexomyl	mooncup	parapharmacie	plantes pour dormir
lidocaïne	mopralpro	pas d'achat	polu nasals
lidocaïne patch	motilium	passiflora composée	pommade
lisopaine	mouchoirs	pastiles	pommade anti douleur
lysopaine	movicol	pastille	pommade expectorante
lysophaine	mucomyst	pastille baudry	pommade pour le dos
maalox	myolastan	pastille drill	pommade speciale
macrogol	myorelaxant	pastille gorge	pour douleurs
magasin bio	nasacort	pastille pour gorge	pour toux grasse
magnesium	naso...	pastille pour la gorge	produit bio
magnesium B6	nasonex	pastille rouge	produit naturel
magnesium marin	neodex	pastilles a sucer	produit non remboursé par la sécurité sociale
manipulation	nettoyage de nez	pastilles contre le mal de gorge	produit pharmaceutique non rembourse
massages	neuroleptiques	pastilles Maxilase	produit pour le nez
maxilase	Nifluril pommade	pastilles strefen	produits habituels
meches	nurofen	pastilles strepsils Licodaine	produits naturels
médicament	nurofen flash	patch lidocaïne	produits naturels (HE)
médicament en pharmacie	nuroflash	patchs anti douleur	produits naturels (infusions)
médicament oral	nurophene flash	patchs anti inflammatoires	produits naturels pour faire fuir les acariens
médicament pour la gorge a sucer	ofloxed	patchs chauffants	produits phytotherapiques
médicaments prescrits auparavant	oligo elements	pate	prontalgine
medoc	oméprazole	pchit	propolis
medoc += traitement	oropivalone	pentasa	prorhinel
mélange aux plantes	ORS	Perubore	protection stomaccale

blond psyllium	sirop gorge	super levure	valeriane
pulvérisation nasale	sirop humex	supo + pommade titanoreine	vaporisation eau d'évian
pyvalone	sirop pour la gorge	suppo	vaporisation pour le mal de gorge
radis noir	sirop pour la toux	suppositoire	vaporub
ravansara	sirop pour la toux(expectorant)	surbronc	veinotonique ginkor fort
régime alimentaire	sirop propolis	syntol	ventoline
rennie	sirop stodal	syntolgel	vermifuge (fluvermal)
repos	sirop toux	talc	viamine C
reste anciens traitements	sirop toux grasse	tamiflu	vickks
rhimoflex	sirops à base de plantes	tanakan	vicks en massage
rhinadvil	smecta	tanganil	victes
rhinallergy	soins de nez	tatazepam	vinaigre
rhinedil	solupred	teintures meres	vitamineC
rhinedrile	solution a base de plantes	tetrazepam	vitamines
rhinofluimicil	soprol	THC	vix
rhinofluril	sparay nasal	the	vogalen
rhinotrophyl	spary nasal	thé lait miel	vogalene
rhumex	spasfon	thym	voltarene
rhynotrophyl	spasmine	thym au miel	X PREP
rien	spedifen	tiorfan	xolaam
risperdal	spray	tisane	xyzall
riz	spray antiseptique	tisane de thym	zelitrex
riz rouge	spray buccal	tisane thym aux huiles essentielles	zomig
sachet	spray eludril	tisane thym miel	zopiclone
sapasfon	spray gorge	tisanes au thym	vaporisation eau d'évian
seprim	spray nasal	topalgic	vaporisation pour le mal de gorge
septivon	spray nasal (eau de mer)	toplexil	vaporub
seresta	spray nez	traitement anterieur	veinotonique ginkor fort
sérum phy	spray pour la gorge	traitement fond pr ... maladie	ventoline
serum physiologique	spray pour la toux	traitement médical habituel	
sirop	stérimar	tramadol	
sirop contre la toux	stérimer	triptan	
sirop contre mal de gorge	strepsil	ubuprofene	
sirop contre toux	stresam	ultra levure	
sirop extectorant	substitu	unidose monuril	

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Quel langage utilisent les patients pour décrire leurs pratiques d'automédication ?

Enquête quantitative de questionnaires déposés en salle d'attente de médecine générale de Loire-Atlantique et de Vendée

A partir d'un ou plusieurs symptômes, le médecin fait correspondre une maladie, qu'il soigne le plus souvent par un médicament, dont il connaît surtout un mécanisme d'action ou un nom. Pour s'exprimer, il utilise un langage, plus ou moins technique, reflétant le modèle biomédical et ne correspondant pas toujours aux croyances du patient. En référence à ce langage, comment les patients énoncent-ils leurs pratiques d'automédication ?

Méthode : A partir des données de l'enquête « se soigner par soi même », les déclarations des problèmes de santé ont été classées en symptôme ou maladie, et selon quatre degrés de technicité. Les produits ont été catégorisés selon quatre modes d'expression : forme, nom, action, méthode thérapeutique et selon trois degrés de technicité. Ces éléments de langage ont été croisés avec les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques d'automédicalisation.

Principaux résultats et discussion : Les femmes se sont davantage exprimées en terme de maladie, ce que nous expliquons par leur plus grande médicalisation, ainsi que par leur plus grande faculté, au regard de la société, à se déclarer malades. L'âge avancé et le diplôme élevé étaient liés à l'emploi d'un langage symptomatique, faisant évoquer l'importance de la gêne occasionnée par le symptôme pour le patient dans le premier cas et la méfiance face à ses propres savoirs dans le second.

Quant aux pratiques d'automédicalisation (discussion avec l'entourage, le pharmacien, recherches dans les médias, consultation d'autres praticiens), nous évoquons l'éventualité d'une hiérarchie entre les différentes sources d'information. La fiabilité que leur accordent les individus est également à prendre en compte. La possibilité d'échanges entre personnes physiques lors de l'utilisation des sources d'information a conduit à l'emploi d'un langage en terme de symptôme. Enfin, la réutilisation d'une ordonnance était liée à une qualification médicale pour énoncer le produit.

Conclusion : Le sens accordé aux termes peut différer entre le médecin et le patient, ce qui peut créer des « malentendus » entre eux, et met en lumière l'importance d'une recherche d'explication par le médecin des termes employés. De plus, la fiabilité même du médecin et sa légitimité comme source de transmission du langage médical peuvent être remises en question, y compris par les médecins eux-mêmes.

MOTS CLES :

Langage médical, relation médecin/malade, automédicalisation.