

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 007

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

DESBARBIEUX Charlotte

Née le 02 juillet 1983 à Saint Martin de Boulogne

Présentée et soutenue le 24 février 2015

**Les patients se conforment ils aux recommandations officielles en matière
d'automédication ?**

Enquête auprès de patientèles de médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée.

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Membre du Jury : Monsieur le Professeur Patrick LUSTENBERGER
Madame Claire SALLENAVE-NAMONT, Maitre de
Conférences

Remerciements

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND, merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

A Monsieur le Professeur Patrick LUSTENBERGER, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Madame Claire SALLENAVE-NAMONT, merci pour l'enthousiasme et la spontanéité dont vous m'avez fait part pour participer à ce jury de thèse, soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Au Docteur Laurent Brutus, pour ta présence, tes conseils, ta patience et ton suivi tout au long de ce travail. Merci infiniment pour le temps que tu as passé à diriger consciencieusement cette thèse. Merci également de m'avoir laissé le temps. Que ce travail soit le témoignage de la profonde reconnaissance.

A ma famille, à mes parents pour votre amour. Merci de m'avoir construite sur des bases sereines et solides et de m'avoir inculqué les valeurs importantes de la vie... Merci d'avoir cru en cette vocation. A François, Justine et Hortense mes frères et sœurs.

A mon mari, pour ta patience surtout, pour ton soutien inconditionnel, pour ta sérénité après les difficultés personnelles que je viens de rencontrer, pour ton amour depuis 7 ans, pour nos projets à venir... ! Excuse-moi de mes nombreuses sautes d'humeur qui ont jalonné ce travail, je sais que ça n'a pas été toujours facile. Une nouvelle page se tourne...

A mes enfants, Aubin, Paul et Faustine, mes amours qui ont su rallonger mon travail de thèse ! Continuez de grandir, de sourire, de rire et de vous épanouir, je m'occupe de vous aimer.

A tous les médecins que je remplace, merci de votre confiance, de votre soutien, de votre sympathie et votre enthousiasme. Je m'installe bientôt à vos côtés pour soutenir la médecine générale dans le bocage vendéen !

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des annexes.....	10

PARTIE 1 : L'AUTOMEDICATION *Notions fondamentales*

1	Qu'est-ce que l'automédication.....	14
1.1	Définition.....	14
1.1.1	Courant de la santé	14
1.1.2	Courant économique.....	15
1.1.3	Autres définitions	17
1.2	La pharmacie familiale	17
2	Le libre accès aux médicaments.....	18
2.1	Définition générale du libre accès.....	18
2.2	Définition réglementaire du libre accès	18
2.3	Etablissement de la liste des médicaments concernés	18
2.4	Avantages et risques du libre accès	19
2.5	Quel est le regard des professionnels ?	19
2.6	Autres modes d'obtention	20
3	Le médicament.....	21
3.1	Définition du médicament	21
3.2	L'autorisation de la mise sur le marché (AMM).....	21
3.3	Mode de distribution des médicaments	22
3.3.1	Contexte réglementaire	22
3.3.2	Les Prescriptions Médicales Obligatoires (PMO)	22
3.3.3	Les prescriptions médicales facultatives (PMF)	23
4	Les déterminants du recours à l'automédication	24
4.1	Les motivations de l'automédication	24
4.2	Le patient-acteur de sa santé	25
4.3	Automédication et autonomie	26

4.4	Le patient au centre de la décision	26
4.5	Automédication : une « réelle » autonomie ?	27
4.6	Les sources d'informations de l'automédication	28
4.6.1	Les sources matérielles	28
4.6.2	Surveillance des informations	29
5	Les risques liés à l'automédication.....	31
5.1	Connaissances actuelles	31
5.2	Aides et outils destinés à limiter les risques de l'automédication	33
5.2.1	Pour le pharmacien	33
5.2.2	Pour les médecins.....	33
5.2.3	Pour le public.....	34
6	Profils des usagers de l'automédication	34
6.1	L'enquête de Raynaud.....	35
6.2	L'étude de Laure.....	36
7	Contexte de soin en France.....	37
7.1	Les soins primaires	37
7.2	Le Rôle du médecin généraliste dans les soins primaires	37
7.3	La difficulté d'accès au soin primaire	37
7.4	Etat des lieux de l'automédication en France	38
8	Justification personnelle du choix de cette recherche.....	39

PARTIE 2 : METHODE

1	Matériel et méthode	41
1.1	Modalité de l'enquête.....	41
1.1.1	Type d'étude.....	41
1.1.2	Population	41
1.1.3	Critères d'inclusion.....	41
1.1.4	Critères d'exclusion	41
1.1.5	Critère principal.....	41
1.1.6	Lieux de l'enquête	41
1.2	Support de l'enquête.....	42
1.2.1	Le questionnaire.....	42
1.2.2	Traitement des données	43

1.3	Les limites de l'enquête.....	44
1.4	Les variables	45

PARTIE 3 : RESULTATS

1	Analyse descriptive de la population étudiée	47
1.1	Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	47
1.1.1	Répartition selon le sexe	50
1.1.2	Répartition selon l'âge.....	50
1.1.3	Répartition selon la situation professionnelle	50
1.1.4	Répartition selon la situation familiale	50
1.1.5	Répartition selon le diplôme	51
1.1.6	Répartition selon l'état de santé	51
1.1.7	Répartition selon la couverture santé.....	51
1.1.8	Répartition selon la distance pharmacie/médecin	51
1.1.9	Fréquence des consultations chez le médecin généraliste	51
1.1.10	Première constatation.....	52
1.2	Caractéristiques du problème de santé de la population étudiée.....	52
1.2.1	Symptômes ressentis.....	54
1.2.2	Idée du diagnostic et antécédent du problème	54
1.2.3	Durée du problème de santé	54
1.2.4	Discussion autour du problème de santé.....	54
1.2.5	Information recherchée	55
1.2.6	Durée et satisfaction de l'automédication.....	55
1.2.7	Recours à une autre personne pour soulager le problème de santé.....	55
1.2.8	Les raisons du recours à l'automédication.....	55
1.3	Études des populations en fonction du symptôme ressenti.....	56
1.3.1	Symptômes décrits.....	58
1.3.2	Sexe	58
1.3.3	Age.....	58
1.3.4	Durée des symptômes.....	58
1.3.5	Idée du diagnostic – antécédent du problème	58
1.3.6	Recherche d'informations	59
1.3.7	Durée des soins – efficacité du traitement	59

1.3.8	Caractéristiques sociologiques	59
1.3.9	Traitement entrepris	59
2	Les « observants » et les « non observants » de l'automédication	60
2.1	Caractéristiques sociodémographiques des deux populations étudiées dans leur comportement face à l'automédication	60
2.1.1	Répartition du recours à l'automédication en fonction du sexe.....	62
2.1.2	Répartition du recours à l'automédication en fonction de l'âge	62
2.1.3	Comportement d'automédication en fonction de la situation familiale	62
2.1.4	Détermination de la catégorie socio professionnelle en fonction du mode de recours l'automédication	63
2.1.5	Répartition de l'automédication en fonction du niveau d'étude.....	63
2.1.6	Déclaration de l'état de santé	63
2.1.7	Déclaration de maladie chronique	63
2.1.8	Distance de la pharmacie et déclaration médecin traitant.....	63
2.1.9	Déclaration médecin traitant	64
2.1.10	Principaux résultats	64
2.2	Étude du problème de santé et choix de l'automédication.....	64
2.2.1	Idée du diagnostic	66
2.2.2	Antécédent du problème	66
2.2.3	Symptômes ayant motivé le recours à l'automédication	67
2.2.4	Discussion autour du problème de santé.....	67
2.2.5	Recherche d'informations	68
2.2.6	Traitement entrepris pour se soigner	69
2.2.7	Durée de la dernière automédication	69
2.2.8	Efficacité du traitement entrepris	70
2.2.9	Principaux résultats	70
3	Analyse multivariée.....	70

PARTIE 4 : DISCUSSION

1	Caractéristiques de notre échantillon d'étude	73
1.1	Caractéristiques sociodémographiques	73
1.2	Lieux de l'enquête	75
1.3	Le questionnaire.....	76
2	Description du comportement d'automédication	76

2.1	Les raisons du recours à l'automédication.....	76
2.1.1	Situation pathologique jugée bénigne, connue et ne nécessitant pas de consultation médicale	77
2.1.2	Manque de temps ou difficulté de consultation médicale	78
2.2	Les facteurs influençant les comportements d'automédication	82
2.2.1	Répartition en fonction de l'Âge	82
2.2.2	Répartition selon la situation socioprofessionnelle et le diplôme.....	83
2.2.3	Recherche d'informations	84
2.2.4	Automédication et idée du diagnostic/antécédent du problème.....	85
2.2.5	Automédication et maladie chronique	86
2.2.6	La place de l'homéopathie	86
2.2.7	Le symptôme traité	87
2.2.8	Automédication et Déclaration de l'état de santé	90
2.2.9	Durée du soin	91
2.2.10	Distance pharmacie	91
2.2.11	Comparaison des deux populations étudiées	92
Conclusion	98
Bibliographie	100
Annexes	103

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée
- Tableau 2 : Caractéristiques du problème de santé ayant conduit à l'automédication.
- Tableau 3 : Motifs du recours à l'automédication
- Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques de la population et caractéristiques du problème de santé en fonction du symptôme traité
- Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des 2 populations étudiées
- Tableau 6 : Influence des différentes variables en fonction des pratiques d'automédication « observante » et « non observante »
- Tableau 7 : Facteurs associés à l'automédication « non observante » (analyse par régression logistique)

Liste des figures

- Figure 1 : Comportement d'automédication pour chaque classe d'âge
- Figure 2 : Comportement d'automédication en fonction de l'idée du diagnostic
- Figure 3 : Comportement d'automédication en fonction de l'antécédent du problème
- Figure 4 : Discussion du problème chez les « observants » et « non observants » de l'automédication
- Figure 5 : Sources d'informations en première intention des « observants » et « non observants » de l'automédication

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patients

Annexe 2 : Classification CISP

Introduction

« *Faites-vous médecin vous-même* »

Beralde à Argan, Le Malade Imaginaire. (Molière)

L'exercice de la médecine, à travers la prescription médicamenteuse connaît depuis quelques années un véritable bouleversement avec la pratique de l'automédication. Elle est aujourd'hui, un sujet qui fait l'objet d'un vaste débat en France.

La relation thérapeutique « médecin/malade » a évolué au cours des dernières décennies. Le patient est progressivement devenu acteur de sa santé et acteur de son soin, en ayant davantage accès à l'information, au savoir médical et même au « savoir-faire » médical dans certains cas. La volonté croissante des citoyens d'être acteurs de leur santé et de leur traitement incite au développement de l'automédication, considérée alors comme un besoin accru d'autonomie des patients.

En 2011, un Français sur deux pratiquait l'automédication [1]. Les discours nombreux et insistant sur le déficit de la Sécurité Sociale, les déremboursements de médicaments, l'accès direct à certains médicaments poussent la population à se soigner par elle-même. L'automédication n'est pas limitée au comportement d'achat en pharmacie de certains médicaments autorisés, sans ordonnance médicale, comme nous pouvons le penser. Cette pratique est complexe et nécessite d'être clairement définie à l'aide de la littérature.

La pratique sécurisée de l'automédication est un problème important car il s'agit de passer d'un système où la prise médicamenteuse se fait après une consultation médicale à un système où le patient prend la responsabilité de la prise en charge de sa santé. L'encouragement de cette pratique ne doit pas s'accompagner d'un simple transfert de responsabilité des médecins ou des pharmaciens vers le patient, comme le souligne le Docteur Michot Casbas : « ainsi depuis le savoir profane des plantes pour en arriver maintenant au savoir des médicaments familiales, (...), un long chemin a été parcouru en très peu de temps. A ce tournant majeur de l'évolution des missions de tous les partenaires du système de santé, il est tout particulièrement nécessaire de garder vivante la visée éthique du soin. Le transfert de compétences ne doit pas se résumer à un simple transfert des responsabilités et l'outil pédagogique à développer sera le seul garant du respect de la visée hippocratique qui doit continuer à animer chacun des soignants, amenés à travailler autour de ces missions nouvelles » [2].

L'année 2008 est une année importante dans le développement de l'automédication. En effet est paru cette année un décret autorisant la mise à disposition de médicaments à prescriptions médicales facultatives dans un espace réservé, clairement identifié des officines et accessibles directement au public.

C'est pourquoi, avant 2008, peu de données sur l'automédication sont disponibles. Cependant, nous pouvons noter le travail de Laure en 1998 et l'enquête menée par Raynaud en 2008 sur le profil des usagers de l'automédication et les modalités de recours à cette pratique.

Le décret officialisant l'automédication par l'instauration d'une liste de médicaments de médication officinale est paru le 30 août 2008 au journal officiel [3]. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM, anciennement l'AFSSAPS) a mis à disposition la liste de

l'ensemble des produits disponibles et accessibles, en les classant par molécules, par indications et par spécialités afin que chaque personne voulant s'en procurer, puisse trouver facilement l'information souhaitée. Cette liste a ainsi délimité la pratique d'une automédication « officielle » et sécurisée. Ce décret définit une automédication responsable se traduisant par un nouvel achat en pharmacie d'un médicament avec le conseil du pharmacien.

PARTIE 1

L'AUTOMEDICATION :

NOTIONS

FONDAMENTALES

1 Qu'est-ce que l'automédication

1.1 Définition

Actuellement, il n'existe pas de définition juridique spécifique de l'automédication. Cette notion est même absente du Code de Santé Publique.

Étymologiquement, l'automédication exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même.

En raison d'intérêts divers, cette définition est souvent confondue avec d'autres, non strictement identiques telles que la médication familiale, la pharmacie non remboursable, la vente libre de médicaments.

Selon les organismes et les auteurs, la définition diffère. Ainsi, il est possible de déterminer deux positionnements autour de la question de l'automédication :

- le courant économique encourageant cette pratique jugée comme avantageuse financièrement pour la collectivité.
- le courant de la santé qui tenterait plutôt de limiter ce recours, ou du moins de le contrôler plus strictement en raison des risques sur la santé qu'il est susceptible d'engendrer.

Ces deux courants ont en commun de souligner l'intérêt d'une information, voire d'une éducation des usagers, dont l'objectif principal, est de les inciter à adopter des comportements propres à favoriser leur santé, à travers le recours à l'automédication.

1.1.1 Courant de la santé

Pour l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) [4], l'automédication responsable consiste « *pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, vendus sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées* ». Elle valide le choix et l'utilisation de médicaments de la propre initiative des individus pour traiter des maladies ou des symptômes qu'ils ont eux-mêmes identifiés.

L'OMS définit également « *l'auto-soin* » (self care) comme, ce que les gens « *font pour eux même, afin d'établir et de maintenir la santé, prévenir et traiter la maladie. L'automédication est la sélection et l'utilisation de médicaments [...] par les particuliers pour traiter des maladies ou des symptômes qu'ils ont reconnus* » [5]. Cette définition se traduit par un autodiagnostic, qui mène à une auto-prescription, puis à une autonomie d'achat en pharmacie ou le recours à la pharmacie familiale.

La DRESS [Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des statistiques], décrit en 2001 les différents aspects de l'automédication. En effet, le comportement d'un individu face à un problème de santé relève de l'automédication dès lors que ce dernier « *décide de ne pas avoir recours à un professionnel de santé dans le choix et le suivi d'un traitement.* » Le traitement relève alors de la seule responsabilité individuelle. En pratique, tout médicament est susceptible d'être utilisé sans avis médical, avec la possibilité du recours à l'armoire à pharmacie, que ce produit soit de prescription obligatoire ou non. L'automédication est donc

un comportement du patient, qui est indépendant du statut du médicament (soumis ou non à prescription obligatoire). L'automédication peut ainsi avoir lieu en utilisant tous les médicaments dispensés en officine, ou achetés par Internet. Dans tous les cas, il s'agit d'un choix du patient de ne pas avoir recours à l'expertise d'un professionnel de santé, qu'il soit médecin ou pharmacien.

La définition adoptée par le Conseil National de l'Ordre des Médecin est « *l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes, pour elle mêmes ou pour leur proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM)* ». Cette définition adoptée par le conseil n'inclut pas systématiquement le recours au conseil du pharmacien mais souligne la « *possibilité d'assistance et le conseil de la part des pharmaciens* » [6].

Par définition, comme le médicament est le produit ayant reçu une AMM, qu'elle soit française ou européenne, cette définition est celle retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ajoute à cette définition la notion d'absence, précisant que le domaine de l'automédication « *commence dès l'absence du médecin à l'un des trois temps suivants : le diagnostic, la prescription ou la surveillance du traitement* ». La distinction entre l'automédication et la médication familiale (armoire à pharmacie) n'est pas nette [7].

Le conseil de l'ordre des pharmaciens [8], intègre la notion de « *se soigner eux même (les patients) pour des pathologies qu'ils estiment bénignes, en prenant conseil auprès du pharmacien d'officine* ». Ils insistent sur leurs rôles de conseil, et déclarent que « le médicament n'est pas un bien de consommation ordinaire, la sécurité du patient restant la priorité ».

Ces définitions tendent à souligner l'autonomie du patient.

1.1.2 Courant économique

Pour le ministère des Affaires Sociales et de la Santé Français [9], l'automédication responsable « *consiste pour des patients à soigner certaines maladies, grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées (définition OMS 2000)* ». Les médicaments d'automédication ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché ; ils ont un rapport bénéfice/risque favorable, au même titre que les médicaments de prescription. Ils sont donc régis par les mêmes règles de sécurité, de suivi et de dispensation.

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) [10] entend par automédication au sens large, « *le fait qu'un patient peut se procurer un médicament sans passer par une consultation médicale* ».

Un médicament est dit de médication officinale lorsqu'il est destiné à soigner des symptômes courants qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin, pendant une courte période, mais devant être accompagnés des conseils du pharmacien. Il dispose de plus, d'un conditionnement (dosage, durée de traitement) et d'une notice d'information adaptés.

L'obtention des médicaments doit être faite sous le contrôle du pharmacien. Le comportement responsable d'automédication pour l'ANSM exclut le recours « *systématique et abusif* » au contenu de la pharmacie familiale. Elle exclut également l'utilisation d'anciens médicaments. Pour l'ANSM, l'acte responsable de s'automédiquer doit passer par un nouvel achat en pharmacie.

Dans ce courant économique de l'automédication, L'AFIPA (regroupement de firmes industrielles pharmaceutiques) [11] promeut le développement de l'automédication dans « *le souci du patient et de la collectivité* », il s'agit « *du premier pas du parcours de santé* ». Elle défend la mise en place d'un environnement législatif et réglementaire propice au développement d'une automédication responsable dans l'intérêt commun des patients, des pharmaciens et des industriels et précise à l'instar du ministère des affaires sociales et de la santé français, qu'elle consiste « *pour les individus, à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées (OMS, 2000), avec le conseil du pharmacien.* »

Elle précise à ce titre que réutiliser un médicament prescrit sans l'avis d'un professionnel de santé ou acheter un médicament sur internet n'est pas considéré comme une pratique responsable de l'automédication.

La définition adoptée par le LEEM [12] [Les Entreprises du Médicaments, regroupant les entreprises du secteur de l'industrie pharmaceutique en France] est proche de celle adoptée par l'AFIPA : « *l'automédication consiste, pour les utilisateurs, à soigner leurs pathologies en utilisant des médicaments dûment autorisés, sans avis médical au préalable, mais avec le conseil du pharmacien* ». Et Philippe Lamoureux, directeur général du LEEM de préciser que, « *l'automédication a toute sa place pour traiter des pathologies mineures dont la prise en charge n'est plus considérée comme prioritaire par la collectivité* ».

Pour ces industries pharmaceutiques, l'approbation de l'automédication est générale. Mais les arguments éthiques liés à la responsabilisation peinent à masquer les motivations économiques qui tendent à faire du patient un consommateur et à produire la confusion entre information et publicité.

En 2006, le ministre de la Santé a chargé Monsieur Coulomb [ancien directeur général de la Haute Autorité de Santé] devenu consultant, et le professeur Baumelou [Professeur de néphrologie] de mener une réflexion sur les conditions de développement du secteur de l'automédication en France. Dans ce rapport Coulomb, [13] est définie l'automédication par : « *le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative dispensés dans une pharmacie et non effectivement prescrits par un médecin* ». Le rapport estime que l'automédication est un élément important d'une politique économique responsable du médicament et qu'elle doit être accompagnée de plusieurs recommandations, notamment celle de l'inscrire dans un mouvement de responsabilisation des patients, de bon usage du médicament, et du développement de l'information de patients et des professionnels de santé.

Ce rapport suggère de ne pas exclure de l'automédication le recours à des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale et consommés à la propre initiative des patients.

1.1.3 Autres définitions

D'autres auteurs ont également donné une définition de l'automédication.

Fainzang, [anthropologue et directrice de recherche à l'INSERM] propose une définition plus large de l'automédication que le simple usage d'un médicament sans prescription [14] : « *C'est l'acte pour un individu de consommer un médicament de sa propre initiative sans consulter un médecin, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une officine, ou auprès d'une autre personne ou dans son armoire à pharmacie* ».

Lecomte (1999)[15] considère que dans le sens le plus large, l'automédication «*consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical*» mais que dans un sens plus restreint, c'est « *l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication* ».

Ainsi, Queneau [16] définit deux types d'automédication : la première où « *les médicaments d'automédication, que le malade se procure sont achetés en pharmacie sans ordonnance* », la seconde consistant à prélever dans « *la pharmacie familiale les restes des médicaments prescrits antérieurement au malade ou à ses proches, pour le même symptôme qu'aujourd'hui ou pour un autre qu'il juge, à tort ou à raison, comparable* ». Il considère que cette seconde vision de l'automédication est plus dangereuse et peut amener à un usage inapproprié des traitements habituellement plus actifs.

Pour Buclin, [17] l'automédication désigne « *le comportement par lequel un individu recourt de sa propre initiative à un médicament, c'est-à-dire à une substance dont il attend un effet de type pharmacologique bénéfique pour sa santé, que ce soit en vue d'une prévention primaire, d'une amélioration de sa condition ou de ses performances, du soulagement de ses symptômes ou d'une modification du cours d'une maladie qui l'affecte* ».

1.2 La pharmacie familiale

Peu de ses définitions tiennent compte d'une pratique répandue en France qu'est l'utilisation de « l'armoire à pharmacie ».

On définit la pharmacie familiale comme le lieu de stockage de médicaments inutilisés au domicile [18]. Ce «stock» pharmaceutique familial peut comprendre des médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance, le plus souvent à titre préventif, mais aussi ceux prescrits antérieurement par le médecin et dont le conditionnement des boîtes fait qu'il reste des comprimés non pris.

Dès le XVIII^e siècle, plusieurs auteurs se sont exprimés sur ce sujet. Buchan [19] et Tissot [20] ont promu «*le médecin domestique*», c'est-à-dire la possibilité pour les familles de prendre en charge elles-mêmes les soins les concernant, en affirmant que la démocratie médicale est une extension des droits de l'homme promus par la révolution française. Buchan prône l'idée que, dans une maison bien équipée, il faut toujours une armoire à pharmacie.

Aujourd'hui en France, l'omniprésence dans les foyers français de la pharmacie familiale est la conséquence de l'organisation de notre système de santé, avec une mode de délivrance des

médicaments favorisant le stockage de ceux-ci. Cette pharmacie familiale, résultante de prescriptions médicales antérieures et la vente libre de certains médicaments posent la propre question du mésusage du médicament dans des comportements d'auto-administration.

L'armoire à pharmacie, son organisation, son emplacement et son contenu doivent répondre à des règles précises qui ne sont pas tout le temps respectées. Bien souvent elle est localisée dans la salle de bain, pièce humide de la maison et son contenu n'est pas régulièrement réévalué.

2 Le libre accès aux médicaments

2.1 Définition générale du libre accès

Depuis le 1^{er} juillet 2008, certains médicaments, dits de « médication familiale », peuvent désormais se trouver en libre accès dans les officines, c'est-à-dire dans un espace dédié à cet effet, se trouvant à proximité du comptoir. Il a ainsi fallu définir les médicaments de médication familiale. On parle de médicaments de médication familiale lorsqu'ils sont destinés à soigner des symptômes courants, pendant une courte période et qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin, et doivent être accompagnés d'un conseil du pharmacien [3].

2.2 Définition réglementaire du libre accès

Il est réglementé par le décret n°2008-621 du 30 juin 2008 [3] date du décret officialisant l'automédication avec l'instauration d'une liste de médicaments en accès libre. Les pharmaciens peuvent mettre à la disposition de leurs patients des médicaments de prescription médicale facultative, dans un espace réservé, clairement identifié et situé à proximité immédiate du comptoir dans leur officine, en les classant par molécules, par indication et par spécialité sur le modèle des médicaments dit OTC (Over The Counter) aux Etats-Unis ou en Grande Bretagne [21].

2.3 Etablissement de la liste des médicaments concernés

C'est l'ANSM qui définit la liste des médicaments pouvant être présentés en accès direct dans les pharmacies [22] selon des critères visant à garantir la sécurité sanitaire et la sécurité des patients. Ainsi ces médicaments peuvent être directement choisis par les patients dans un espace dédié. Ils sont destinés à soigner des symptômes courants, telles les douleurs légères à modérées, la fièvre, le rhume, les reflux gastro-œsophagiens occasionnels..., pendant une courte période.

Ils incluent des médicaments allopathiques, des médicaments homéopathiques et à base de plantes. Leur conditionnement correspond le plus souvent à la posologie et à la durée prévue de traitement. Il comprend également une notice adaptée.

Cette liste est régulièrement mise à jour sur le site de l'ANSM et les médicaments nouvellement ajoutés font l'objet d'une publication au journal officiel.

Cette mise en place des médicaments devant le comptoir des officines offre la possibilité au patient de comparer les prix d'une officine à l'autre, l'affichage de ces derniers étant obligatoire.

Par ailleurs, l'ASNM et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ont produit conjointement un ensemble de documents d'informations avec le concours des professionnels de santé, d'industriels et de représentants d'associations de patients afin de mieux accompagner la mise en œuvre de cette mesure.

Des documents « grand public » [23] ont ainsi été élaborés afin de préciser les règles d'or de l'automédication responsable et maîtrisée. Il s'agit aussi d'apporter une information générale à portée pédagogique pour les patients souhaitant recourir à l'automédication dans des pathologies courantes de l'adulte.

L'ensemble des pathologies pouvant être du ressort de l'automédication est également référencé par l'ANSM, afin d'aider les patients à exercer une automédication contrôlée. Il apparaît donc essentiel et indispensable que le pharmacien vérifie les produits choisis par le patient, en insistant sur les possibles interactions médicamenteuses avec le traitement habituel, les effets secondaires, les risques de mésusages.

2.4 Avantages et risques du libre accès

Le libre accès est par définition sujet à polémique. Dans un contexte actuel où le monopole du pharmacien est remis en cause, et où la volonté de la grande distribution de créer des espaces dédiés à l'automédication est sans faille, l'ordre des pharmaciens a dû s'adapter à ces exigences.

Il apparaît que le libre accès permet une responsabilisation de l'automédication, toute personne peut ainsi décider du médicament qu'elle juge apte à soulager ses symptômes, en ayant la possibilité de le faire en comparant les prix d'une officine à une autre. Dans une conjoncture économique difficile, ce critère de mise en concurrence des prix est un avantage indéniable.

Cependant il est indispensable que le rôle du pharmacien soit renforcé pour vérifier le bon usage du médicament pour une pathologie donnée, pour éviter ainsi toute erreur de diagnostic, toute iatrogénie médicamenteuse et vérifier toute contre-indication majeure à l'utilisation du médicament. Tous ces risques sont inhérents à la mise en place de cette mesure.

2.5 Quel est le regard des professionnels ?

Ce décret a donné lieu à de nombreux débats dans toute la sphère publique sur cette question de la capacité du patient et de sa compétence à décider d'acquiescer seul des médicaments.

Il existe une forte réserve d'une partie des professionnels de santé, principalement des médecins généralistes qui voient dans l'automédication d'une part, un retard au diagnostic de pathologies « sérieuses », et d'autre part un raisonnement de l'Etat sur une finalité d'économie budgétaire et non de santé publique [14]. Ces professionnels considèrent que les patients ne sont pas dotés de compétences pour se soigner par eux-mêmes, et jugent plus

simplement que l'automédication est une pratique à risque (interaction médicamenteuse, mauvais respect des posologies, des durées de traitement, des dates de péremption). Ils y voient également une dépossession de leurs compétences.

Les pouvoirs publics de leur côté, ainsi que le milieu pharmaceutique font valoir les capacités et l'autonomie du patient, et leur discours de préconisation de l'automédication met toujours en avant cette capacité du patient à prendre son autonomie et être acteur de sa santé.

Il est intéressant de noter que cette automédication, actuellement encouragée par les pouvoirs publics, ne l'a pas toujours été, comme en témoigne la campagne de prévention du Comité Français d'Education pour la Santé (devenu INPES) en 1991, ou le slogan « *Un médicament, ça ne se prend pas à la légère* » était mis en avant, mettant en garde la population contre les risques d'interactions médicamenteuses, et voulant inciter à diminuer la consommation de médicaments. Vingt ans plus tard, l'automédication est encouragée, justifiée par la modification de la démographie médicale, et utilisé comme moyen de réduire les dépenses de santé de l'Assurance Maladie. Le comportement d'automédication promu est toutefois une automédication « responsable » [12] [13].

2.6 Autres modes d'obtention

En dehors de ces dispositions de délivrance des médicaments, doit être pris en compte l'utilisation du "cyber Univers" avec le "commerce électronique". Il concerne la possibilité d'obtention de médicaments par des patients sur des sites Internet avec une publicité surabondante, sans identification des annonceurs et sans respect des règles applicables à la publicité des médicaments, ni des règles de dispensation des produits. Cela comporte le risque d'introduire un produit considéré comme un médicament étranger mais non inscrit à la pharmacopée française, par conséquent non autorisé en France, et de ce fait interdit à l'importation.

Depuis le 2 janvier 2013, les pharmaciens établis en France, titulaires d'une pharmacie d'officine ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou d'une pharmacie de secours minière, peuvent vendre des médicaments sur Internet. Cette pratique est encadrée par le code de la Santé Publique [24] et les bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique sont définies en annexe de l'arrêté du 20 juin 2013 (journal officiel du 23 juin 2013). Les médicaments pouvant être vendus sur Internet sont les médicaments non soumis à prescription obligatoire.

Avant d'ouvrir un site de vente en ligne de médicaments, le pharmacien doit adopter des bonnes pratiques de dispensation. Il est notamment tenu de s'assurer de la situation et de l'état de santé du patient, via un questionnaire en ligne.

Il est important avant d'acheter un médicament sur Internet de vérifier que le site consulté est bien agréé. Le site doit figurer sur la liste des sites agréés publiée par le ministère de la santé ou par l'ordre des pharmaciens [25].

Selon le baromètre 2013 de l'automédication publié par l'AFIPA, Internet représenterait moins de 0.1% du marché de l'automédication en France.

3 Le médicament

Dans ce contexte d'automédication, les médicaments sont des moyens de traitements de symptômes et pas de maladie pour lesquels un diagnostic aurait été posé. Le médecin traitant n'est alors pas consulté, et le rôle d'informations et de conseil est de plus en plus confié au pharmacien, avec la limitation de ne pas avoir la même connaissance du patient que le médecin traitant et de ne pas être en capacité de réaliser un examen médical. Cependant la majorité des situations relevant de l'automédication ne nécessite pas de telles mesures, ces situations permettant simplement de soulager un inconfort [26].

3.1 Définition du médicament

Le médicament a été défini par la loi du 11 septembre 1941. Sa définition est insérée dans l'article L511 du code de la santé Publique [27] : « *on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que 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 physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique* ».

Par cette définition, sur un plan juridique il n'apparaît pas obligatoirement que ce produit ait des propriétés d'efficacité [28].

3.2 L'autorisation de la mise sur le marché (AMM)

Tout médicament fabriqué industriellement doit faire l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour être commercialisé. Cette AMM est délivrée par les autorités compétentes Européenne ou Nationales que sont l'Agence Européenne d'Evaluation des Médicaments (EMA) dont le siège est à Londres, ou l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments [29]. Cette AMM est obligatoirement accompagnée d'un Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) : dénomination du médicament, composition qualitative et quantitative, forme pharmaceutique, données cliniques, et d'une notice destinée aux patients qui présentent les mêmes informations mais dans un vocabulaire plus accessible.

L'AMM est attribuée à un médicament pour une durée de cinq ans, renouvelable mais elle peut également lui être retirée avant la fin de cette période en cas de découverte de nocivité, de défaut d'effet thérapeutique, d'erreur de composition qualitative/quantitative, ou en cas de survenue d'autres éléments rendant la RCP caduc ou erroné. A ce stade est déterminé le Service médical rendu (SMR) du médicament et son amélioration du service médical rendu, dont vont dépendre son prix et son taux de remboursement.

Le suivi post AMM consiste en la poursuite de la surveillance du médicament une fois celui-ci commercialisé. C'est le but de l'attribution de l'AMM pour une durée limitée, permettant une réévaluation régulière du médicament et le pointage d'éventuels effets indésirables ou une modification du service médical rendu par l'apparition de nouvelles molécules. Celui-ci est réalisé par le comité de pharmacovigilance, impliquant tous les acteurs du processus de santé : patients et professionnels.

3.3 Mode de distribution des médicaments

3.3.1 Contexte réglementaire

Dans le contexte réglementaire actuel, français et européen, il n'existe pour les spécialités pharmaceutiques que deux statuts possibles en fonction de la nécessité ou non d'une prescription médicale. Les médicaments listés nécessitent pour obtention une prescription médicale, et les médicaments non listés ne nécessitent pas nécessairement de prescription médicale. Au sein des médicaments non listés, certains ne sont pas autorisés à être disposés devant le comptoir, d'autres en revanche le peuvent : ce sont les médicaments d'automédication [30].

Le médicament est également défini par sa prise ou son absence de prise en charge par les régimes d'Assurance Maladie. Ces deux critères permettent de classer les médicaments dans le tableau suivant :

	Prescription obligatoire	Prescription non obligatoire
Variables		
Remboursable	Ethique	Semi Ethique
Non remboursable	Ethique	Automédication stricte

Les médicaments qui nécessitent une prescription médicale obligatoire sont appelés des médicaments éthiques, les médicaments qui sont de prescription médicale facultative se divisent en deux catégories :

- les médicaments semi- éthiques qui peuvent être remboursés s'ils sont prescrits par un médecin.
- les médicaments OTC d'automédication pure, non remboursés, même sur ordonnance Ces médicaments peuvent bénéficier de publicités visant le grand public.

3.3.2 Les Prescriptions Médicales Obligatoires (PMO)

D'après la réglementation européenne en vigueur [31] les médicaments soumis à prescription médicale sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans les conditions normales d'emploi :

- s'ils sont utilisés sans surveillance médicale,
- ou sont utilisés souvent et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé,
- ou s'ils contiennent des substances ou des préparations à base de substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables,
- ou sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale.

En France, la prescription est obligatoire pour toutes spécialités qui contiennent une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, liste II, stupéfiant).

D'après le code de la santé publique (art L.5132-6), les listes I et II comprennent :

- les substances dangereuses mentionnées (art L5132-1) qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects.
- les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé.
- les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale.
- les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé.
- tous autres produits ou substances présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparation, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé, ils ne peuvent être délivrés qu'une seule fois par le pharmacien avec la même ordonnance.

Les médicaments inscrits sur la liste II peuvent être renouvelés par le pharmacien. Il ne renouvelle que la quantité nécessaire à un ou trois mois de traitement.

Une vingtaine de médicaments, dont la morphine et ses dérivés, sont inscrit sur la liste des stupéfiants. Leur délivrance est soumise à des règles très strictes : le médecin doit rédiger sa prescription sur une ordonnance sécurisée qui comporte un filigrane, un numéro de lot et un carré de micro-lettres interdisant sa falsification. La quantité délivrée est limitée à 7, 14 ou 28 jours [32].

3.3.3 Les prescriptions médicales facultatives (PMF)

En France, les médicaments dits "d'automédication" appartiennent à ce que l'on appelle les médicaments à prescription facultative (PMF). Il n'existe pas de définition spécifique des spécialités de PMF [33]. Ces médicaments représentent, par défaut, toutes les spécialités ne présentant pas de critères d'inscription sur une liste et sont « *des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas à priori un avis médical* ».

Ces médicaments sont disponibles sans prescription médicale. Comme tous les médicaments, ils sont disponibles en pharmacie, et ont une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'ANSM.

L'Académie nationale de Pharmacie rappelle que, tous les médicaments de prescription médicale facultative sont qualifiés comme « *ne présentant pas de danger direct ou indirect lié à la substance active qu'ils contiennent, aux doses thérapeutiques recommandées, même si elles sont utilisées sans surveillance médicale* », et qu'ainsi « *toutes ces spécialités peuvent être obtenues par le patient sans ordonnance* » (Avis du 27 mai 2005 - article 1.3) avec le conseil et sous la responsabilité du pharmacien.

L'ANSM a établi une liste des indications reconnues comme adaptées à un usage en PMF [34]. Les PMF regroupent les PMF remboursables s'ils sont prescrits, et les PMF non remboursables qu'ils soient prescrits ou non (également appelés médicaments d'automédication pure). Le prix des PMF non remboursable est libre.

L'Organisation Mondiale de la Santé complète la définition du médicament de PMF en insistant sur la nécessité de l'adaptation de ces spécialités à un usage hors contexte médical, notamment en termes de conditionnement, de notice patient.

4 Les déterminants du recours à l'automédication

Il existe des mécanismes et des modalités de recours à l'automédication, [14] dont le point important est l'autonomie des individus : L'automédication suppose l'exercice d'une autonomie. Mais le recours à l'automédication suppose également l'adoption de comportements satellites de cette pratique comme l'auto-examen clinique et l'autodiagnostic. Là encore, nous verrons que c'est la connaissance ou la reconnaissance d'un symptôme qui peut guider le recours du sujet à l'automédication.

Depuis quelques années, les pouvoirs publics, les organismes d'assurance maladie encouragent largement l'automédication, principalement pour des raisons économiques, notamment par le décret de 2008 [3] autorisant l'accès direct, devant le comptoir du pharmacien, d'un certain nombre de médicaments.

D'autres séries de mesures ont ensuite été adoptées et ont probablement influées sur la croissance de l'automédication comme les déremboursements successifs et la baisse de 20% du remboursement de 150 médicaments en 2010 et plus récemment avec l'autorisation de la vente de certains d'entre eux sur Internet.

4.1 Les motivations de l'automédication

Les raisons, les motivations de l'automédication sont variées, diverses et nombreuses, certaines sont bien connues. Cependant il est difficile d'évoquer toutes les raisons possibles de l'automédication car aussi nombreuses soient elles, elles sont aussi, complexes et dépendantes du niveau socio-économique des patients, de leur savoir profane, de leur croyance et de leur culture.

De plus, l'automédication est une pratique personnelle, faisant suite à l'identification d'un symptôme. Cette identification varie d'un individu à l'autre, mais peut aussi varier selon la période de la vie. L'élément déterminant correspond à la connaissance que le malade peut avoir de ces symptômes ressentis.

Fainzang [14] décrit les raisons poussant à l'automédication. Elle en distingue 4 grandes :

- les raisons économiques, avec le déremboursement de nombreux médicaments, la volonté de gagner du temps et de l'argent, les problèmes posés par les dépassements d'honoraires.

- les raisons pratiques, où pour des petits maux considérés bénins, l'individu considère qu'il sait ce qu'il faut faire, et va répéter des prescriptions antérieures avec ou sans avis extérieur. Aussi, le milieu socioculturel, les connaissances médicales, la faculté d'observation, ainsi que les antécédents vont influencer sur cette pratique.
- les raisons culturelles avec le contexte de la démographie sanitaire, l'expansion d'internet, la généralisation des sources de savoir et d'informations médicales.
- les raisons sociales et relationnelles, ne pas consulter son médecin pour ne pas réveiller l'inquiétude de l'entourage, ne pas consulter de médecin par pudeur d'un examen intime.

Il est intéressant également de noter une raison qui relève de l'évaluation critique du travail médical, où des individus peuvent être amenés à considérer que le médecin n'ayant pas su apporter une réponse favorable à un problème antérieur (mauvaise identification du problème de santé, retard de diagnostic) décident de le régler eux-mêmes en contournant la consultation du médecin. C'est alors une stratégie d'évitement, par remise en cause de la compétence du professionnel de santé pour un symptôme donné.

Mais le recours à l'automédication n'est pas qu'un choix technique ou pratique, mais c'est aussi un acte politique au sens où la personne s'affirme comme dotée de compétences et d'autonomie. La volonté de faire des choix, de maîtriser sa propre santé est une réelle démarche d'autonomie.

Dans le rapport de l'ordre des médecins en 2001 [6], les motivations évoquées pour l'automédication sont réunies en partie dans le paragraphe suivant : *« le besoin de « se traiter » correspond à la survenue des symptômes, maux en apparence bénins (douleur, insomnie, fatigue, toux, constipation...) dont l'intensité ou la gêne fonctionnelle n'est pas de nature à limiter les activités habituelles, dans l'attente d'une éventuelle consultation médicale, « si cela ne passe pas » »*. Cette gêne est parfois subjective et relève du besoin d'un certain confort, allant du banal sédatif au remède du domaine publicitaire. Cette automédication correspond le plus souvent à une *« auto-prescription à l'aveugle, délibérée, au jour le jour, par facilité ou en réponse à l'anxiété subite qui génère l'apparition de symptômes, en puisant dans la pharmacie familiale, par nécessité financière, en espérant une amélioration personnelle rapide ou avec l'aide du pharmacien, ou par manque de temps réel ou fallacieusement invoqué, par impatience ou commodité »*.

Selon Buclin [17] : *« l'automédication va bien au-delà du soulagement spécifique de symptômes reconnus comme bénins et traités de manière sobre et rationnelle : réponse à des troubles peu élaborés, réaction au stress ou au mal-être social, traitement d'appoint dans une maladie chronique, initiative personnelle de prévention primaire ou secondaire, habitudes et rituels de consommation, adhésion aux conseils de l'entourage ou aux messages diffusés dans le public, recherche d'une amélioration des performances, désir de modification corporelle ou mentale, curiosité face aux produits proposés, recherche plus ou moins avouée d'effets psychotropes... »*.

4.2 Le patient-acteur de sa santé

Les pratiques d'automédication sous-entendent que le patient est acteur de sa santé et du soin qu'il prend de lui-même. Le patient-acteur de sa santé était déjà au cœur des débats lors des

Etats Généraux de la Santé en 1998 et 1999. Il apparaît alors le concept de « *démocratie sanitaire* » [35]. Les modalités selon lesquelles les patients sont associés à leurs différentes prises en charge sont des éléments essentiels de la démocratie sanitaire. Cette dernière ne peut être qu'enrichie par une évaluation entendue au sens large, capable de faire au patient une place d'acteur privilégié dans les stratégies aussi bien de santé publique que dans celles qui peuvent le concerner personnellement. Cette notion est sans doute celle qui peut être la plus à même de créer les conditions d'une démocratie sanitaire moderne et adaptée aux demandes de notre temps.

Puis la législation a donné un cadre réglementaire à ces notions de « patient-acteur de sa santé » et de « démocratie sanitaire » avec la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle renforce les droits individuels et collectifs des patients.

4.3 Automédication et autonomie

L'automédication est actuellement encouragée par les pouvoirs publics, sous couvert d'une autonomisation des patients.

L'autonomie est définie étymologiquement [du grec *autos* : soi-même et *nomos* : loi] par la capacité à se donner sa propre loi. L'autonomie n'est donc pas une liberté absolue, mais la faculté et la liberté d'être son propre législateur, de s'imposer ses propres règles et de les respecter en toute liberté.

Au sens moral, l'autonomie est le droit, la faculté et le pouvoir de décider ce qui, pour soi-même, est juste et bon, avec l'idée d'un affranchissement d'influences extérieures. Cette définition pose le problème de l'avis et du rôle des tiers dans la prise de décision de l'automédication.

4.4 Le patient au centre de la décision

Contrairement aux autres consommations de biens médicaux où les professionnels de santé sont prescripteurs, l'automédication met le consommateur au centre de la décision de consommation. L'automédication est donc, au-delà de la prise d'un produit, le fruit d'une chaîne de réflexions personnelles, sous-tendue par un problème somatique, psychique ou associant les deux. Il serait en effet réducteur de limiter l'automédication à la seule prise de médicaments. La démarche d'automédication est un aboutissement de plusieurs facteurs : de la perception par la personne d'un symptôme d'apparence bénin, de son identification et de son analyse, du choix de la réponse supposée adaptée à la résolution de ce problème. Ce traitement peut être non médicamenteux.

Le patient peut aussi décider d'utiliser un médicament, soit qu'il dispose dans sa pharmacie familiale, soit qu'il acquière sans ordonnance.

L'élément déterminant est constitué par la connaissance qu'à le malade de lui-même, l'expérience que le patient peut avoir de ses symptômes ressentis ou de ses « troubles » et par leur perception qui varient avec son niveau socioculturel, sa faculté d'observation, ses connaissances, ses antécédents, ses influences extérieures d'origine diverses (informations de

la part de professionnels de santé, discussion avec l'entourage, exposition à des publicités sur les médicaments, fréquentation de sites internet ou de forum de santé) de la volonté et de la possibilité intellectuelle et financière de se soigner soi-même.

Nous pouvons nous appuyer sur l'analyse conduite par Fainzang [14 bis] pour identifier quatre modèles reliant le symptôme à l'automédication. La personne qui s'automédique procède au préalable à un auto-examen clinique permettant de réfléchir à un auto-diagnostic. Nous avons vu que la signification du signe ou du symptôme est interprétée en fonction de l'expérience et de l'histoire du sujet. Elle distingue :

- le modèle empirique : le patient juge la consultation médicale inutile car le symptôme est familier, l'expérience prime.
- le modèle de substitution : le symptôme n'est pas familier mais a déjà nécessité une consultation chez le médecin, dont la réponse médicale est insatisfaisante.
- le modèle moral, en lien avec les bonnes manières : le médecin n'est pas identifié comme la réponse adaptée du fait du symptôme jugé « trop » intime.
- le modèle cognitif : la connaissance du symptôme ou de la maladie ne correspond pas aux connaissances du médecin mais bien à celles du patient.

L'automédication est alors indissociable de la signification du symptôme pour l'individu, en lien avec son histoire personnelle, son expérience, son niveau socioprofessionnel, et sa culture. Le sens donné au symptôme varie aussi d'une période à l'autre de la vie d'une même personne.

Ces éléments déterminent le recours à l'automédication délibérée.

4.5 Automédication : une « réelle » autonomie ?

Cependant les consignes qui sont associées à l'automédication tendent parfois à vider la notion de l'autonomie de son contenu : sous-entendus « soyez autonomes mais pas trop... ! ».

Il y a par exemple une large désapprobation de la pharmacie familiale de la part de certaines institutions professionnelles et des pouvoirs publics. L'automédication ne doit pas s'apparenter à un comportement de réutilisation de médicaments dans l'armoire à pharmacie.

Finalement le recours à l'automédication semble devoir nécessiter un nouvel achat de médicament(s) et cette « diabolisation » de l'armoire à pharmacie, revient donc à considérer l'individu comme inapte, inéducable, donc non autonome et non responsable. N'est-ce pas vider de leur propos les discours sur l'éducation des patients ?

Les recommandations liées à l'automédication équivalent à des consignes d'observance, les sujets doivent suivre les conseils du pharmacien ou du médecin et la seule différence semble résider dans la prise en charge financière du médicament. Le traitement social de l'autonomie vise à faire des individus des consommateurs assumant financièrement leurs dépenses de santé sans les reconnaître aptes à choisir.

Finalement Fainzang [14] se demande en dépit des recommandations officielles, si le bon comportement des usagers serait de ne pas être trop autonome.

L'automédication est donc un comportement d'autonomie guidée du patient, qui est indépendant du statut du médicament (soumis à prescription obligatoire ou non). L'automédication peut ainsi avoir lieu en utilisant tous les médicaments dispensés en officine, qu'ils soient soumis à prescription ou non, ou acheté par internet. Dans tous les cas, il s'agit d'un choix du patient de ne pas avoir recours à l'expertise d'un professionnel de santé, qu'il soit médecin ou pharmacien.

Fainzang pour conclure, résume un point important, relevé dans notre société actuelle : « l'illusion » de l'autonomie prêtée au patient. Bien souvent, il est confondu automédication et obéissance « *l'autonomie agit comme une illusion* » où il est demandé simplement au patient de respecter les prescriptions et les conseils des professionnels de santé (médecin et pharmacien), et la seule responsabilité laissée au sujet est, en fait économique ; « *Finalemnt, être autonome, ce serait avoir le droit de consentir ou non à un traitement, [...] il s'agit de participer au choix et non de choisir, [...] il s'agit davantage de consentir aux décisions que de décider* » [14].

4.6 Les sources d'informations de l'automédication

Les patients s'autonomisent dans le soin par un apprentissage des comportements face à la maladie, par l'accès au savoir médical, par l'expérience de la maladie, par le référentiel familial.

4.6.1 Les sources matérielles

Dans ce contexte d'automédication, où le médecin n'est pas consulté, le rôle d'information et de conseil est alors de plus en plus confié aux pharmaciens, mais de nombreuses possibilités d'accès variés à une information sur la santé existent, avec notamment le développement de sites internet ou de forums dédiés à la santé, de publicités sur des médicaments à prescriptions médicales facultatives.

Cependant la qualité et l'objectivité des sources d'informations sont très variées.

Il peut s'agir de messages de la part d'instances officielles (le site de l'Assurance Maladie : ameli.fr, le site de l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé : inpes.sante.fr, le site du Ministère de la Santé : sante.gouv.fr, le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament : ansm.sante.fr ...) ou de lobbies pharmaceutiques (LEEM, AFIPA [36]), voire de sites internet de vulgarisation sur la santé ouverts au grand public.

C'est le cas de doctissimo.fr [37], premier site consulté en France. Créé en 2000, il reçoit en 2010 environ 8 millions de visiteurs par mois, et réalise un bénéfice annuel de 5.5 millions d'euros.

Il existe également de sites internet dédiés à une maladie particulière ou dans le cadre d'un réseau spécialisé : pour le diabète (afd.asso.fr), pour le sclérose en plaque (sclerose-en-plaque.apf.asso.fr), pour les maladies rares (orpha.net) et plus récemment la création d'un site de santé en ligne (docteurclic.com) animé par des médecins répondant aux questions de santé des internautes et où, ces derniers peuvent utiliser le « Sympto-check », afin d'obtenir une aide au diagnostic, au travers d'une courte série de questions relative aux symptômes ressentis.

Les informations peuvent également provenir d'émissions télévisées sur la santé avec la plus connue « le magazine de la santé », émission quotidienne sur France 5, mais aussi de magazines santé dont le contenu est moins fiable. Il faut également noter la diversification des émissions sur la santé à la radio. Une d'entre elles est dédiée à la santé (Public santé).

Il existe de nombreux livres spécialisés, tels que le Vidal Famille, livre de référence sur les spécialités pharmaceutiques de parution annuelle, et la revue Prescrire qui met à disposition des fiches destinés aux patients. Des médecins également publient des livres, mais également des blogs sur internet.

Les laboratoires pharmaceutiques sont également très présents dans l'information donnée aux patients. Ils ont une influence dans les médias par la publicité, mais aussi par l'élaboration ou le financement de pages web, d'articles de journaux. Ils mettent également à disposition des dépliants au sein des officines mettant en avant le médicament commercialisé.

On voit désormais que le médecin n'est plus le seul détenteur de l'information médicale. Il en résulte une modification de la relation médecin-patient. Le médecin n'est plus « tout puissant » du point de vue des patients. Internet est un outil capable de les émanciper de la tutelle des médecins et de promouvoir une relation plus égalitaire.

Le patient est un véritable acteur de sa santé, il s'intéresse à celle-ci, fait des recherches sur ses symptômes, ses maladies, ses traitements et il donne son avis sur son état de santé et crée sur Internet des forums de discussion permettant d'échanger et parfois même de s'entraider dans le choix de traitements à prendre.

Le médecin est amené à partager son savoir de façon appropriée pour éduquer son patient à un usage adapté des médicaments. Mais face à ces nombreuses sources d'information, le patient n'est pas toujours en capacité de faire le tri.

4.6.2 Surveillance des informations

Comme nous l'avons vu précédemment, les sources d'informations qui aident le patient à s'automédiquer sont nombreuses et variées.

La multiplicité de ces sources et de leurs contenus pose l'évidente question de leur fiabilité, et donc de leur contrôle par des autorités compétentes. Face à ce constat la France a légiféré en 2004, attribuant le rôle de certification des sites internet sur la santé à une autorité indépendante, la Fondation Health On Net [38].

Cette fondation est une organisation non gouvernementale ayant pour mission d'aider les individus, particuliers et professionnels, à trouver une information de qualité sur la santé sur le média internet et ainsi, promouvoir l'éthique de l'information médicale sur la toile.

Loin de pouvoir affirmer l'exactitude d'une information à un moment donnée, elle a créé l'HonCode, le code de déontologie le plus ancien et le plus utilisé sur l'information médicale et relative à la santé disponible sur internet. Les sites Web certifiés HonCode, respectent les exigences nécessaires pour cette certification, mettant à disposition une information médicale de qualité, objective, et transparente adaptée à la mission et à l'audience du site en question [39].

Les huit principes déontologiques fondamentaux sont les suivants : autorité, complémentarité, confidentialité, attribution (citation des sources), justification, professionnalisme, transparence du financement et honnêteté de la publicité et de la politique éditoriale.

La haute Autorité de Santé a décidé d'utiliser le Honcode pour certifier les sites santé. Ainsi une convention de partenariat entre le gouvernement français et la fondation Health On Net, initialement établie pour 3 ans, a été poursuivie depuis 2004. La diffusion de l'HonCode et des sites le respectant a été réalisée par la Haute Autorité de Santé.

Cependant il est intéressant de noter que ce label n'est pas un gage de qualité des sites internet, notamment de leur contenu... Certains des principes déontologiques, (notamment celui de la justification des bienfaits et des inconvénients de produits ou de traitements) sont vagues. En effet, des enquêtes ou des études dites « scientifiques » peuvent être présentées comme justification et laisser penser à quiconque que tout ce qu'il va lire est validé.

Dupagne, [31] médecin et blogueur dénonce une dérive financière face à des intérêts financiers majeurs et revient sur les points 7 et 8 que sont la transparence du financement et l'honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale. Ces points constituent pour lui le « nerf de la guerre » et posent le problème de sites commerciaux déguisés.

Concernant les créations de sites par les médecins eux-mêmes, une charte ordinaire a été créée par l'Ordre National des Médecins en 2008. Cette charte reprend les règles du Code de Déontologie, ainsi que les règles de l'HON-HAS.

En ce qui concerne la télévision et la radio, leur contenu doit prendre en compte l'identité et la qualification de l'intervenant, l'existence de conflits d'intérêts. Pour la presse médicale, plusieurs systèmes de contrôle existent mais ne sont pas spécifiques de ce type de presse.

La Haute Autorité de santé a défini des critères de qualité des informations diffusées, organisés autour de 3 axes : la Transparence, l'Indépendance éditoriale, l'Ethique éditoriale [41].

Pour ce qui est du médicament, sa publicité auprès du grand public (journaux, télévision, magazine...) fait l'objet d'un contrôle « a priori ». Ce contrôle se traduit par la délivrance d'un visa dénommé visa GP.

La publicité grand public n'est autorisée que pour les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire et non remboursables par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie et dont l'autorisation de mise sur le marché ne comporte pas d'interdiction ou de restriction en raison d'un risque possible pour la santé publique (article L5122-6 du Code de Santé Publique). Par dérogation, les vaccins peuvent faire l'objet de campagne promotionnelle par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le contrôle s'appuie sur trois critères (article L.5122-2 du Code de Santé Publique)

- Respect des dispositions de mise sur le marché et des stratégies thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de Santé,
- Présentation du traitement favorisant son bon usage,
- Publicité non trompeuse, ne pouvant porter atteinte à la protection de la santé publique

5 Les risques liés à l'automédication

5.1 Connaissances actuelles

L'automédication n'est pas sans présenter un certain nombre de risques.

Les médicaments d'automédication ont pour fonction de traiter des symptômes bénins sans mettre en cause la sécurité des patients, dans les conditions normales d'utilisation. Or la possibilité de se procurer certains médicaments sans ordonnance peut rassurer à tort sur leur innocuité. Selon Giroud [42], la moitié des médicaments d'automédication seraient notoirement inefficaces, mais ne sont en revanche, pas dénués d'effets toxiques ou d'effets secondaires.

L'OMS et l'ordre national des pharmaciens [43] estiment que près de 50% des médicaments vendus sur internet sont des médicaments falsifiés. Les substances actives présentes dans ces médicaments peuvent être de qualité insuffisante, mal dosée ou encore absente, constituant une menace pour la santé publique. Internet est également un vecteur de commercialisation de produits non autorisés car présentant un rapport bénéfice / risque défavorable.

Les accidents liés à l'automédication sont peu évalués et la réalité des accidents est difficile à évaluer et probablement sous-estimés [44], mais de nombreux exemples peuvent être cités :

Au Royaume-Uni, le paracétamol est la première cause d'intoxication par médicament, devant l'ibuprofène et l'aspirine. De même aux Etats-Unis, on dénombrait en 2002 « cent décès et treize mille visites aux urgences chaque année pour des personnes victimes d'un surdosage en paracétamol non intentionnel » [45].

Selon Queneau, il existe 4 grands types de risques liés à l'automédication [46] :

- Les risques sans mésusage du médicament : par exemple, l'hémorragie digestive après la prise d'un médicament anti-inflammatoire pour une douleur.
- Les risques par mésusage médicamenteux : le médicament est détourné de son objectif principal (laxatif) ou utilisé de façon inappropriée et en excès, parfois à visée dopante. En Mars 2005, une étude irlandaise a ainsi montré qu'un patient sur deux ne lit pas les notices quand il s'automédique. C'est un facteur de risque qui, en l'absence de conseil du pharmacien, peut aboutir à un mésusage.
- Les risques par interaction médicamenteuse (anti-vitamine K et Aspirine) ou par prise répétées d'une même molécule, commercialisée sous différents nom, jusqu'au surdosage.
- Les risques de retard de diagnostic et la prise en charge de la maladie sous-jacente : le patient traite un symptôme sans traiter sa cause. Le diagnostic n'en sera que plus complexe à établir.

D'autres risques liés à l'automédication existent [47][48] :

- D'une part les risques liés au non-respect des règles d'utilisation (posologie, durée de traitement, précaution d'emploi, mises en garde, contre-indication), le non-respect de ces règles peut exposer aux risques de surdosages médicamenteux, de retard de diagnostic, d'interactions médicamenteuses et d'accroissement de résistances (antibiotiques).

- D'autre part, comme pour tout médicament, il existe des risques d'effets indésirables et d'allergies potentielles.

Par ailleurs, il est important de constater la variété de noms fantaisistes pouvant être donnée pour une même molécule, suite à la procédure de « switch », exposant aussi aux risques de surdosage et de retard de diagnostic : les patients pouvant avoir l'impression de prendre des médicaments différents, alors que le principe actif est le même.

En France, dans une enquête prospective de l'APNET [49] (Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique) de 1990 mesurant la prévalence des accidents médicamenteux un jour donné, 9% des accidents observés l'étaient dans un contexte d'automédication.

Il est intéressant de noter une enquête française récente publiée en 2013 [50], dont l'objectif était de déterminer la fréquence et la sévérité des effets indésirables des traitements entrepris dans le cadre d'une automédication auprès de patients adultes présents au sein de 11 services d'urgences d'hôpitaux Français sur une période de 8 semaines (du 1^{er} mars au 20 avril 2010). Les patients exclus de l'enquête, ont été ceux ne pouvant répondre ou refusant de répondre au questionnaire et ceux, ayant fait une tentative de suicide médicamenteuse. Les résultats ont intéressé 3027 sujets. Parmi eux, 84.4% déclaraient un comportement d'automédication. Selon l'enquête, 296 personnes ont déclaré un effet indésirable du traitement entrepris, dont 52 d'entre elles (soit 1.72%) le liaient à leur comportement d'automédication. Parmi ces derniers, 19 avait utilisé un médicament prescrit ultérieurement, 17 un médicament non prescrit, 14 avaient eu une mauvaise observance du traitement, et 2 avaient eu des interactions entre des médicaments prescrits et non prescrits.

Les effets indésirables résultant de l'automédication étaient principalement des effets neurologiques ou psychiatriques et intéressaient plus fréquemment les médicaments du système neurologique. Cependant ces effets secondaires semblaient plus faibles en cas de recours à l'automédication. L'étude a montré également que les classes de médicaments provoquant le plus d'effets indésirables étaient les antalgiques et les psychotropes. L'augmentation de la consommation de traitement antalgique en automédication doit inciter les professionnels de santé à la prévention et l'information.

En conclusion l'enquête confirme que l'automédication est un comportement fréquent de soin, que les risques sont avérés et ne doivent pas être négligés même s'ils ne représentaient que 1% des individus de l'enquête.

Avant de considérer l'automédication comme une méthode sûre et économique de soin, la réalité du risque qu'elle peut engendrer doit bien être prise en considération par les professionnels de santé et les pouvoirs publics.

En parallèle, les stratégies de prévention doivent prendre en compte tous les aspects de l'automédication (incluant les médicaments prescrits antérieurement) afin de mieux guider cette démarche de soin.

Cette étude devrait en amener d'autres. Notamment l'étude des effets indésirables au cours d'une automédication dans la population générale, qui n'est pas celle des urgences.

Toute promotion d'automédication doit s'accompagner d'une stratégie d'éducation pour éviter ces risques. Le pharmacien tient une place centrale dans ce rôle. Cependant, les conditions de communication patient-pharmacien ne sont pas idéales d'un point de vue du respect du secret professionnel, et d'un point de vue d'un risque de conflit d'intérêt, le pharmacien n'étant pas rémunéré pour ses conseils [51].

5.2 Aides et outils destinés à limiter les risques de l'automédication

5.2.1 Pour le pharmacien

5.2.1.1 Le dossier pharmaceutique

Il recense pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par le pharmacien. Ce dossier a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens [52]. Depuis sa création, des services complémentaires se sont développés, sous le nom de « Portail DP » dont l'objectif principal est d'aider le pharmacien à agir efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse.

5.2.1.2 Magazine, lien internet

Les grossistes-répartiteurs, par l'intermédiaire de magazines papiers ou accessibles en ligne sur leur site fournissent des outils et aides destinés aux pharmaciens d'officine.

Le Quotidien du Pharmacien adressé chaque lundi et jeudi à 22000 pharmaciens, permet à ces professionnels d'y trouver des informations nécessaires à la pratique de leur activité : la formation thérapeutique, les dossiers mensuel, le conseil à l'officine mais aussi des articles sur les actualités.

5.2.2 Pour les médecins

L'ANSM sur son site met à disposition des professionnels de la santé certain (e)s aides/outils afin de contribuer au bon déroulement de cette mesure. Une fiche intitulée « Questions/Réponses » est mise à leur disposition, ainsi que des fiches d'aides à la dispensation de certains médicaments.

Certaines revues, payantes sont destinées uniquement aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants concernés. L'abonnement à la revue Prescrire, par exemple, permet tous les mois de recevoir un nouveau numéro. Il permet aussi de recevoir des numéros spéciaux et des guides tel « éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses ». De même cette revue permet un accès à un programme d'amélioration des pratiques professionnelles intitulées « Eviter l'Évitable » ainsi qu'à des fiches Infos-Patients. Les rédacteurs de Prescrire sont médecins, pharmaciens, infirmiers ou dentistes. Certains sont économistes ou journalistes, particulièrement compétents dans le domaine de la santé. L'absence de lien financier direct ou indirect avec des firmes pharmaceutiques en fait une revue indépendante et libre de toute « pression ».

5.2.3 Pour le public

L'ANSM met à disposition sur son site internet une fiche intitulée « Questions/réponses » permettant de répondre aux principales questions que peut se poser le grand public.

Elle publie également les 7 règles d'Or de la médication officinale à télécharger sous la forme de dépliants ou d'affiches. Ces documents rappellent le rôle essentiel du pharmacien ainsi que les principales mises en garde de cette pratique.

Ces 7 règles d'Or [23] rappellent les précautions à prendre avant d'acheter un médicament, avant de le consommer. Simples, courtes et compréhensibles par tous, elles permettent de rappeler aux patients les situations dangereuses pour lesquelles l'automédication doit être évitée et associent des conseils lors de la prise d'un médicament. Elles insistent, enfin, sur la nécessité de consulter son médecin en cas de persistance des symptômes ou d'apparition d'effets indésirables.

Une autre catégorie d'aide intitulée « fiches : bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance » est mise également à disposition de tous. Classées par symptômes, elles constituent une véritable aide pédagogique : elles reprennent ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire et ne pas faire, et quels médicaments le patient peut prendre de lui-même ou avec les conseils du pharmacien.

Depuis le 1^{er} octobre 2013, la première base de données publique sur le médicament est à la disposition de tous, dans un espace dédié au médicament sur le site internet du Ministère de la santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'article 8 de la loi du 29 décembre 2011, relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé. Cette base de données regroupe les principales informations sur les médicaments commercialisés ou en arrêt de commercialisation depuis moins de deux ans en France.

Véritable carnet de santé du médicament, elle comprend des données issues de l'AMM comme un accès au Résumé des Caractéristiques des Produits, à la notice d'information, aux indications thérapeutiques, à des informations médico-économiques, ainsi qu'à des informations réglementaires. Elle est le « résultat d'une collaboration entre l'ANSM, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Union National des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la Direction Générale de la Santé (DGS) »[59].

Elle est accessible par tous de façon gratuite et illimitée à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

6 Profils des usagers de l'automédication

Peu d'enquêtes réalisées après l'apparition du décret autorisant l'automédication (2008) sont disponibles sur le profil des utilisateurs de l'automédication et notamment leurs différences avec les non usagers, en France.

Cependant nous pouvons citer deux travaux, réalisés avant 2008 (Laure 1998 ; Raynaud 2008) qui se sont attachés notamment à cerner les déterminants de l'automédication en fonction des caractéristiques démographiques, économiques et sociales des personnes et de leurs pathologies.

6.1 L'enquête de Raynaud

L'analyse de Raynaud, [53] est issue de l'enquête Nationale Décennale Santé menée par l'Insee entre octobre 2002 et septembre 2003 répondant à un triple objectif :

- Relever la morbidité déclarée et évaluer l'état de santé de la population
- Mesurer la consommation de soins et de prévention
- Mettre en relation la consommation de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et du ménage.

L'enquête a été réalisée à partir d'un échantillon représentatif au niveau national de ménages ordinaires de cinq régions françaises, sur des déclarations de consommation de médicaments prescrits ou non prescrits, recueillies sur des carnets.

Ce travail étudie le recours à la pharmacie prescrite ou non prescrite en fonction des caractéristiques démographiques, économiques, sociales, d'état de santé des individus et met en évidence leurs rôles respectifs, tant sur la probabilité du recours que sur le mode de recours à l'automédication.

L'automédication dans cette étude est définie, dans la continuité du rapport Coulomb comme le recours du patient à au moins un médicament de prescription médicale facultative dispensé dans une pharmacie et non effectivement prescrite par un médecin. Cette définition ne tenait pas compte des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, prescrits antérieurement par un médecin et consommés de la propre initiative du patient.

Cette définition s'oppose à la population ayant recours aux médicaments de l'armoire à pharmacie pour s'automédiquer.

La comparaison des profils de consommation de médicaments (achat en pharmacie «automédication» vs pharmacie prescrite) en fonction de l'âge et du sexe a été effectuée par une analyse multidimensionnelle qui tenait compte également de l'état de santé des individus, de leur couverture sociale, et des caractéristiques sociologiques, démographiques et économiques des ménages auxquels ils appartenaient.

Il ressort de cette étude que les individus ayant recours à l'automédication, telle qu'elle a été définie, sont des personnes aux âges actifs avec un maximum entre 40 et 50 ans, diplômés du supérieur, artisans ou cadre, en bonne santé, appartenant à des milieux sociaux et culturels plutôt favorisés.

Les facteurs culturels apparaissent également significatifs dans le recours à l'automédication. Il existe un fort effet diplôme, les personnes ayant un niveau d'étude bac + 2 ou supérieur à bac + 2 ont plus recours à l'automédication. La probabilité du recours à l'automédication augmente avec le niveau de vie des ménages, mesuré par le revenu disponible par unité de consommation.

Entre 20 et 50 ans l'automédication se pratique le plus souvent sans conseils. Les cadres et artisans sont des personnes très occupées avec de bons revenus, elles ont un fort recours à l'automédication car pour eux cela leur permet de gagner du temps. Plus le niveau d'étude est élevé, plus fort est le recours à l'automédication, et les diplômés prennent conseil auprès du

pharmacien. A contrario, moins le niveau d'étude est élevé plus le consommateur a besoin des conseils du médecin.

Cette étude est intéressante car elle permet également de dégager le profil des individus, qui pour se soigner par eux même ont recours à la pharmacie prescrite. La probabilité du recours la pharmacie prescrite est importante et significative à partir de 60 ans et est minimale aux âges actifs (notamment chez les hommes).

Un état de santé perçu comme mauvais est un frein à l'automédication et le recours au conseil médical est important. Les facteurs économiques, comme le bénéfice d'une assurance complémentaire qu'elle soit privée où via la couverture maladie universelle (CMU) favorisent le recours à la pharmacie prescrite.

6.2 L'étude de Laure

L'étude de Laure, effectuée en 1996 [54] avait pour but de déterminer le profil des usagers de l'automédication et leurs attitudes face aux médicaments. Cette enquête a été menée auprès de 600 personnes (patient ou accompagnant) désignées par leur médecin traitant en Meurthe et Moselle selon des quotas définis. Ces médecins étaient tirés au sort sur la liste professionnelle diffusée par le conseil de l'ordre. Les 600 sujets désignés, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques de ce département (population plutôt jeune, densité médicale moindre...) ne sont pas représentatifs sur le plan statistique de la population du territoire Français. Il est donc difficile de généraliser les résultats à l'ensemble du territoire.

Elle a cependant été considérée comme peu différente de la population générale en ce qui concerne la distribution des variables non contrôlées (consommation de soins, recours à l'automédication, symptôme du recours à l'automédication..).

L'enquête a été menée par un questionnaire auto-administré au cours du mois d'octobre 1996. Les résultats de cette enquête concluent que l'utilisateur de l'automédication serait plutôt une femme âgée de 20 à 39 ans, vivant maritalement, habitant en zone urbaine et exerçant une profession intermédiaire ou commerçante et serait en bonne santé. Elle consulte un médecin en moyenne 5 fois par an et ne suit aucun traitement.

Il est remarqué qu'à l'intérieur d'une même classe d'âge, les patients n'ayant pas de maladie chronique (prenant moins d'un traitement par jour) s'auto-médicamentent davantage. L'âge et la prise de médicaments constituent deux facteurs indépendants.

Il faut noter que dans cette étude, il n'existe pas de définition de l'automédication, et que les patients ayant eu recours à des reliquats de traitement dans la pharmacie familiale sont considérés comme pratiquant l'automédication.

Les deux enquêtes se retrouvent sur les raisons incitant les individus à avoir recours à l'automédication. Celles les plus couramment évoquées étaient que les troubles n'étaient pas assez graves pour déranger un médecin, ou que le conseil du pharmacien suffisait, ou encore qu'ils se connaissaient assez pour se soigner eux même.

7 Contexte de soin en France

7.1 Les soins primaires

Le terme de soins primaires est une adaptation française du «Primary care» anglais, terme apparu à la fin des années 1960. L'accès à ces soins primaires délivrés par les médecins généralistes, est un problème de santé publique actuelle.

A Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays [55]. Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de soin d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité.

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.

7.2 Le Rôle du médecin généraliste dans les soins primaires

Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires. Il est ainsi le régulateur du système de santé et le coordinateur de soins.

La France en 2009 a voté une loi définissant les missions du médecin généraliste dans le Code de Santé Publique. Celles-ci sont, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies. Les médecins généralistes devront aussi « orienter les patients dans le système de soin, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins ».

7.3 La difficulté d'accès au soin primaire

L'offre de soin dépend entre autres, de la démographie médicale, celle-ci étant étroitement liée au numérus clausus créé en 1971 et de l'intérêt porté par les étudiants en médecine à la médecine générale.

Au 1^{er} janvier 2013, la France comptait 218296 médecins dont 101803 médecins généralistes [56].

La problématique de leur répartition dépend de l'attractivité des différentes zones territoriales, ainsi il est constaté une différence d'attraction de ces médecins généralistes selon les départements. Les atlas révèlent une densité moyenne de 9.2 médecins généraliste libéraux et mixte pour 10000 habitants. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins note que certains

bassins de vie qui enregistrent une baisse des effectifs en médecine générale sont également confrontés à une diminution de la population générale [57].

7.4 Etat des lieux de l'automédication en France

L'AFIPA [58] publie chaque année les chiffres de l'évolution du marché de l'automédication. Ces données permettent d'évaluer les différents facteurs et événements ayant pu influencer le marché de l'automédication. Ce rapport annuel est basé sur les données d'enquêtes de l'IMS Health, société fournissant des services d'information à l'industrie pharmaceutique. Elle se base sur des données collectées auprès des professionnels de santé.

En 2007, le marché total du médicament est évalué à 3,2 milliards d'unités vendues. Le marché de l'automédication est en augmentation par rapport aux années précédente et est évalué à 423 millions d'unité. (374 millions en 2003). Le prix public moyen est stable et évalué à 4,56 euro (4,54 euro en 2006).

En 2008, le marché de l'automédication est un secteur toujours en dynamique et les prix sont stables. L'année 2008 est une année clé dans le marché de l'automédication, en effet il s'agit de l'année de mise en place du libre accès.

L'année 2009, est une année mitigée. Le nombre d'unité de médicaments d'automédication vendus s'élève à 424,8 millions d'unité, chiffre fortement imputable à la pathologie hivernale et à la grippe A.

2010 est une année de décroissance sur le marché total du médicament. Le marché de l'automédication est en baisse avec 417,9 millions, soit une involution de 1,2% en volume.

L'année 2011 se caractérise par une progression des ventes en automédication. Ce dynamisme s'explique par les innovations, les investissements des laboratoires et le développement croissant du libre accès dans les pharmacies d'officine. De même, les prix des médicaments d'automédication sont à la baisse depuis 2008, témoignant ainsi des engagements pris par les pharmaciens et l'AFIPA auprès des autorités de santé en 2008.

Le marché de l'automédication continue son développement en 2012, et le principal facteur à l'origine de cette croissance est le déremboursement de nombreux médicaments.

Cette croissance du marché de l'automédication ne se confirme pas pour l'année 2013. Ce marché est en décroissance et apparaît fragilisé. On note une baisse de 4% en volume malgré une baisse des prix qui se poursuit. Il est intéressant de souligner que le marché du médicament sur prescription suit la même tendance. Cette inversion de courbe s'explique selon l'AFIPA par une baisse de la fréquentation des officines ainsi que par une épidémie de grippe très importante à l'origine d'une hausse des consultations médicales.

La baisse significative des médicaments d'automédication représente un réel danger pour l'organisation et l'efficacité du système de soin et pousse l'AFIPA à souligner l'importance de la mise en place par les pouvoirs publics de mesures d'accompagnement de l'automédication.

8 Justification personnelle du choix de cette recherche

Bien que les patients aient longtemps été tentés de dissimuler leur pratique d'automédication à leur médecin, soucieux d'être de « bons patients », avec une conduite conforme à celle attendue, j'ai pu confirmer, dans le cadre de l'activité que j'effectue en tant que médecin remplaçante, que l'automédication est une pratique très courante chez les patients, comme une réponse rapide à des maux ou symptômes qu'ils reconnaissaient comme bénins.

La consultation médicale se justifiant quand le traitement entrepris n'a pas été efficace.

J'ai pu constater que la pratique de l'automédication touchait toutes les classes d'âge de la population et tous les niveaux socioculturels, ma position de remplaçante me permettant d'exercer en zone rurale ou urbaine, en zone « privilégiée » ou « précaire ».

Je ne me suis, cependant, pas assez intéressée, lorsqu'elles n'étaient pas évoquées par le patient, aux questions suivantes : provenance des traitements, conseil demandé, information recherchée, durée du traitement.

De par sa fonction de professionnel de santé de premier recours, le médecin généraliste tient une place de première ligne dans la transmission de l'information et dans l'éducation du patient, notamment concernant les prises médicamenteuses.

Dans le cadre d'un projet de recherche sur l'automédication des patients dans les Pays de Loire, nous avons vu que peu de données étaient disponibles. Ainsi nous avons voulu connaître et caractériser cette population dans sa démarche d'« auto-soin », en différenciant ceux qui, lors de leur dernière expérience d'automédication ont eu recours à la pharmacie familiale de ceux qui ont effectué un nouvel achat de médicament en pharmacie.

Ainsi, nous avons distingué deux groupes d'individus, les termes utilisés pour les différencier dans l'étude sont les suivants :

- La population « observante » est celle, qui, pour son dernier comportement d'automédication, a suivi la définition officielle retenue par les pouvoirs publics, à savoir l'utilisation hors prescription médicale, pour elle-même et de leur propre initiative de médicament(s) acheté(s) en pharmacie avec ou sans l'assistance ou le conseil du pharmacien : c'est l'automédication officinale.
- La population « non observante » est celle, qui, pour son dernier comportement d'automédication a utilisé des médicaments qu'elle avait déjà en sa possession dans son armoire à pharmacie, qu'elle ait ou non reçu des conseils extérieurs : c'est l'automédication familiale.

Les individus ayant eu recours aux deux pratiques lors du dernier comportement d'automédication cités ci-dessus, seront considérés comme « non observants ».

Il est important de noter, que cette étude va traiter du dernier comportement d'automédication, et non pas des habitudes d'automédication de la population enquêtée.

Ce travail de thèse s'intéressera à connaître et à déterminer si des facteurs socio démographiques ou des facteurs liés au problème de santé influencent l'une ou l'autre pratique de l'automédication.

PARTIE 2

METHODE

1 Matériel et méthode

1.1 Modalité de l'enquête

1.1.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative à visée descriptive.

1.1.2 Population

Il s'agissait d'une population de patients en salle d'attente venant consulter un médecin, et ayant accepté de répondre à un questionnaire.

1.1.3 Critères d'inclusion

Les patients devaient être majeurs et avoir répondu qu'ils avaient pratiqué une automédication au cours des 6 derniers mois.

1.1.4 Critères d'exclusion

Les sujets mineurs ainsi que les questionnaires mal renseignés ont été exclus de l'échantillon.

1.1.5 Critère principal

Le critère principal de l'étude était d'étudier et de comparer deux populations dans la pratique de leur dernière automédication : celle pratiquant l'automédication que nous avons qualifiée précédemment comme « observante » à savoir ayant effectué un nouvel achat en pharmacie d'un ou de plusieurs médicaments, sans prescription médicale avec ou sans le conseil du pharmacien, de celle pratiquant l'automédication «non observante» à savoir, ayant réutilisé un médicament déjà en sa possession dans l'armoire à pharmacie , prescrit ou non antérieurement par un médecin. Les sujets ayant pris un médicament déjà en leur possession et ayant à la fois effectué un nouvel achat en pharmacie, bien que partiellement « observants » ont été considérés comme « non observants ».

Il est important de spécifier qu'il s'agissait d'étudier le dernier comportement signalé d'automédication, en effet il est possible que ces comportements changent au cours du temps ou en fonction du symptôme pour un même individu.

1.1.6 Lieux de l'enquête

L'enquête a été réalisée dans les salles d'attente de quatre-vingt-douze médecins généralistes, maitres de stage de la faculté de Médecine de Nantes, exerçant en zone urbaine, semi urbaine et rurale des départements de Vendée et de Loire Atlantique et accueillant des externes, étudiants en 3eme année du deuxième cycle des études médicales (DCEM3) venant découvrir les spécificités de l'exercice de la médecine générale.

L'enquête a été menée par questionnaires, déposés dans les salles d'attente. Les patients ont été informés de l'objectif de l'enquête par des affiches disposées dans les salles d'attente ou les secrétariats. Les étudiants externes en stage au moment de l'enquête étaient chargés d'inciter les patients à remplir les questionnaires.

Les questionnaires étaient auto-administrés, c'est-à-dire remplis par les patients eux-mêmes en salle d'attente, sur la base du volontariat. L'anonymat et la confidentialité des réponses leur ont été garantis. La durée moyenne estimée pour remplir un questionnaire était de moins de 15 minutes. Le questionnaire, un fois rempli, devait être déposé dans une urne mise à disposition dans ces mêmes salles d'attente ou au secrétariat.

Il n'y a pas eu de mode de sélection, ni de nombre minimum de questionnaire à remplir par cabinet de médecin.

L'enquête s'est déroulée en cours des mois de mai et juin 2012 sur une période de 4 semaines.

1.2 Support de l'enquête

1.2.1 Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré conjointement par des médecins généralistes, des sociologues et des géographes de l'université de Nantes.

Le questionnaire a été mis au point et préalablement testé auprès d'une dizaine de sujets.

Le questionnaire est étudié selon deux axes :

- La première partie du questionnaire définissait le problème de santé pour lequel le patient avait eu recours à l'automédication (nature du problème, antécédent du problème, idée du diagnostic, durée des symptômes..), les avis et discussions qu'il avait pu avoir autour de ce problème et la façon dont il s'est soigné. Cette première partie permettait également d'observer les raisons du recours à l'automédication, et la satisfaction occasionnée par ce comportement.
- La deuxième partie du questionnaire définissait les caractéristiques sociodémographiques, permettant d'obtenir les informations suivantes : âge, sexe, activité professionnelle, niveau d'études, situation familiale..., leurs modalités d'accès au soin : couverture complémentaire, médecin traitant déclaré, distance de leur pharmacie et leurs antécédents médicaux : maladie chronique, état de santé.

Les 35 questions qui composaient le questionnaire étaient :

- des questions fermées pour lesquelles les individus pouvaient choisir une ou plusieurs réponses proposées (réponses-types) à l'avance par les rédacteurs du questionnaire.
- des questions ouvertes pour lesquelles les individus étaient libres d'écrire ce qu'ils voulaient.

Dans notre questionnaire, les questions étaient majoritairement fermées permettant de faciliter la simplicité de la saisie et de l'analyse des réponses. Elles ont l'avantage également de stimuler la mémoire des individus et ainsi de raccourcir le temps de remplissage du questionnaire.

Cependant les questions fermées présentent l'inconvénient de limiter le choix des réponses à celles conçues par les rédacteurs. Afin de laisser la possibilité aux individus de s'exprimer par une réponse différente, il a été introduit à la liste des réponses proposées une catégorie «autre», permettant ainsi de renseigner une nouvelle réponse n'ayant pas été proposée.

L'ensemble des données collectées a été saisi grâce au logiciel EXCEL. L'organisation de cette base a été la suivante : les colonnes représentaient les différentes variables obtenues à partir du questionnaire dans l'ordre des questions posées.

Certaines colonnes ont aussi été créées pour la bonne organisation et la meilleure lecture des données. Ainsi, par exemple une colonne avec le code INSEE a été créé, correspondant au code officiel géographique de résidence du patient, de même pour la question 20 qui précisait la situation familiale (4 réponses proposées), nous avons dû ajouter deux colonnes supplémentaires dans notre base pour y intégrer deux situations non mentionnées dans le choix des réponses mais citées par certains enquêtés (divorcé et veuf).

Pour les questions fermées, dichotomiques, nous avons choisi d'attribuer le codage suivant : le « OUI » a toujours été codé 1, le « NON » a toujours été codé 0. L'absence de réponse a été laissée « vide ».

Ce type de codage a été réalisé dès que la question et les réponses le permettaient, il présente l'avantage de faciliter l'analyse des données.

De même, la variable sexe a été codé de la façon suivante : nous avons établi le code 0 au sexe masculin, et le code 1 au sexe féminin.

Pour les questions à choix multiples et à réponses multiples, nous avons choisi de séparer les différentes réponses possibles en différentes colonnes. Ainsi, chaque réponse possible apparaît dans une colonne distincte, et selon la réponse donnée le codage attribue 1 (si la personne a sélectionné cette réponse) ou 0 (si la personne qui, ayant répondu à la question, n'a pas sélectionné la réponse).

Pour les questions ouvertes, notamment celle du symptôme ayant amené les patients à s'automédiquer, la saisie des données a été différente. Devant les nombreuses et diverses réponses obtenues, nous avons décidé d'utiliser la classification CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) et ainsi attribuer à chaque symptôme décrit une lettre et un chiffre, correspondant à un système et à une affection. Ainsi dans la base EXCEL, chaque symptôme a été associé à deux variables représentées par deux colonnes. La première colonne identifie le grand système concerné (lettre), et la seconde, le symptôme ou la maladie (chiffre).

De même, pour la saisie des données de la question relatant les raisons du recours à l'automédication, six colonnes (variables) ont été créées en fonction des réponses exprimées.

1.2.2 Traitement des données

La saisie des données a été corrigée par l'étudiante en thèse et son directeur de thèse et l'analyse de celles-ci a été réalisée grâce à un logiciel de traitement statistique, STATA 11 (STATA corp LP, collège Station, Texas 77845 USA).

Nous avons choisi comme de seuil de signification statistique la valeur $p = 5\%$ (risque alfa).

Pour la comparaison de pourcentages, nous avons choisi d'avoir recours au test du Chi2 ou au test exact de Fisher. Le Chi2 est un test statistique permettant d'évaluer s'il existe une relation statistiquement significative entre deux variables, ou si à l'inverse, celles-ci sont indépendantes. Il est utilisé pour savoir si une relation découverte au sein d'un échantillon

étudié est valable à l'échelle de la population totale dont est issu cet échantillon. Pour que l'on puisse affirmer qu'il existe une relation entre les variables étudiées, il faut que la valeur de p soit inférieure au seuil de signification choisi ($p=0,05$).

Pour une analyse plus précise des résultats nous avons dans un second temps utilisé la régression logistique. C'est un modèle multivarié, couramment utilisé en épidémiologie. L'intérêt majeur de ce modèle est de quantifier la force de l'association entre chaque variable explicative et la variable d'intérêt, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle. Les variables significatives en analyse univariée ont été incluses dans le modèle de régression logistique, de même que celles signalées dans la littérature.

1.3 Les limites de l'enquête

Ce travail comporte un certain nombre de biais «intrinsic» liés au questionnaire en auto-administration. Le recueil de données « patients » s'adresse aussi à des patients dont le recrutement est biaisé. En effet, la population intéressée par l'enquête se trouve en salle d'attente de médecins généralistes. Il s'agit d'une population ayant un réel accès au soin.

Nous pouvons également penser que les individus présents dans la salle d'attente de ces cabinets médicaux ont accepté la présence d'étudiants en médecine lors de la consultation, ce qui peut représenter un nouveau biais de sélection de patients. Ainsi, la population cernée n'est sans doute pas représentative de la population générale qui fréquente des cabinets de médecins généralistes non maîtres de stage universitaires.

Les questionnaires étaient à disposition de tous les patients venant consulter, il ne nous a pas été possible de déterminer et de caractériser la population n'ayant pas répondu ou pris le temps de remplir le questionnaire.

Le remplissage du questionnaire demandait de savoir lire et écrire. Or, en France, selon une étude réalisée entre 2007 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), 7% (soit 3 100 000) des français âgés entre 18 et 65 ans seraient en situation d'illettrisme [60].

Le caractère déclaratif des réponses au questionnaire faisait appel à la mémoire et favorisait le biais de mémorisation.

Le questionnaire a été élaboré par des médecins, des géographes et des sociologues. Certains patients n'ont peut-être pas compris l'intitulé de certaines questions. Cette limite a été minimisée dans cette enquête par l'intitulé des questions, simples, claires, et surtout par la phase de pré-test du questionnaire.

Le biais de sincérité, d'authenticité des réponses est à prendre en compte, cependant le contexte environnemental (salle d'attente d'un cabinet médical) peut nous conduire à penser que c'est un gage de sincérité dans les réponses données.

Le temps nécessaire pour remplir le questionnaire était de moins de 15 min. Pour les cabinets ou les médecins n'avaient pas ou peu de retard dans leurs consultations les jours d'enquête, les patients pouvaient ne pas avoir le temps nécessaire pour répondre entièrement à l'enquête.

Cependant, la mise à disposition des questionnaires sur différents cabinets médicaux, situés en Loire Atlantique et en Vendée, a permis de lever une limite liée à l'environnement. Ces différents lieux d'enquête permettaient une plus grande mixité sociale au sein de l'échantillon de population étudiée.

Par ailleurs, l'avantage d'un questionnaire en « auto-administration » est représenté par un moindre coût de passation (pas de recrutement d'enquêteur) et permet d'explorer les pratiques et les comportements face à une situation donnée de soin.

1.4 Les variables

Par commodité pour l'analyse des réponses, certaines recodifications ont été effectuées : L'âge des répondants a été regroupés en six classes d'âge utilisées par l'INSEE: 18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans 55-64 ans et les plus de 65 ans.

Devant les nombreuses réponses concernant les motivations de l'automédication (question ouverte, pas de choix de réponses proposées) nous avons pu mettre en avant 6 motifs récurrents : délai de consultation médicale trop long, absence de besoin ressenti de devoir consulter, manque de temps pour consulter, connaissance des symptômes reconnus comme bénins, raisons économiques, alternative à la prise de médicaments. Toutes les autres réponses ont été regroupées sous la rubrique « autre ». Il faut savoir que le nombre de réponses à cette question était plus important que le nombre d'individus, certains d'entre eux ayant donné plusieurs raisons à leur automédication.

La situation familiale a été caractérisée de la façon suivante : regroupement « des couples ou des personnes vivant seules avec enfants », regroupement « des couples ou célibataires sans enfants », ceux ne rentrant pas dans ces critères ont été classés dans la catégorie « autres ». Le niveau d'étude des participants a été divisé en 2 groupes : les diplômés du supérieur (bac + 2 et plus) et les autres (BEPC/CEP, CAP/BEP, bac).

Pour analyser la variable « activité professionnelle » nous avons utilisé la définition de la population active au sens du Bureau International du Travail (BIT). Elle définit comme actifs les individus ayant un emploi et les individus en recherche d'emploi. Nous avons ensuite défini deux autres catégories : les retraités et les inactifs (arrêt longue maladie, invalidité, personne au foyer, congé maternité).

Devant les nombreuses réponses concernant le problème de santé ayant motivé le recours à l'automédication, nous avons donc utilisé la classification CISP. Elle permet de regrouper les symptômes évoqués par les patients par grands systèmes.

Nous avons choisi de nous intéresser aux systèmes (ensemble de symptômes regroupés par localisation dans le corps humain), les plus fréquemment cités ($n > 20$) au sein de cette enquête. Ainsi nous en avons retenu 6 : A (général et non spécifiés, représentés majoritairement par les symptômes de type douleur, fièvre et fatigue), D (symptôme digestif), L (symptôme ostéo-articulaire), N (symptôme neurologique, représenté majoritairement par les maux de tête), R (trouble respiratoire), S (symptôme cutané). Le chapitre « autre » regroupe les symptômes les moins fréquemment évoqués : symptômes urinaire, psychologique, grossesse, ORL, ophtalmologique, génital, hématopoïétique, immunologique, métabolique, social.

PARTIE 3

RESULTATS

Nous avons recueilli 751 questionnaires de personnes ayant pratiqué une automédication durant les 6 derniers mois précédent l'enquête. Parmi ces 751 questionnaires, nous avons dû en exclure 55 en raison d'un manque d'informations.

L'échantillon étudié est donc constitué de 696 personnes âgées de 18 et plus, ayant pratiqué une automédication dans les 6 derniers mois.

Parmi ces 696 personnes, 319 ont été définis comme « observants » et 320 comme « non observants » de l'automédication.

1 Analyse descriptive de la population étudiée

1.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Le tableau 1 permet de comparer la population de notre enquête à la population générale des départements de Loire Atlantique et de Vendée. Lorsque nous n'avons pas pu trouver des chiffres de références pour ces deux départements, nous avons utilisé les données nationales.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

	Population enquêtée		Population référence
	Effectifs	Pourcentage %	Pourcentage %
Variabiles sociodémographiques			
Sexe de la personne			
Homme	152	24,2% ¹	48,8% ⁸
Femme	475	75,80%	51,2% ⁸
Age			
18-24 ans	46	7,3% ²	
25-34 ans	160	25,2% ²	15,4% ⁸
35-44 ans	198	31,2% ²	17,9% ⁸
45-54 ans	109	17,2% ²	17,7% ⁸
55-64 ans	60	9,5% ²	17% ⁸
plus de 65 ans	61	9,6% ²	23,7% ⁸
Situation familiale			
Seul ou couple avec enfant	402	(63,2%) ³	35,1% ⁹
Seul ou couple sans enfant	209	(32,9%) ³	59,7% ⁹
Autre	25	(3,9%) ³	5,2% ⁹
Diplôme			
Pas de diplôme bac	327	52,2% ⁴	67,1% ¹⁰
Bac + 2 et plus	299	47,8% ⁴	22,8% ¹⁰
Situation professionnelle			
Actif	486	78,1% ⁵	73,2% ¹¹
Inactif	136	21,9% ⁵	26,8% ¹¹
Déclaration médecin traitant			
Oui	624	98,2% ⁵	
Non	11	1,82% ⁵	
Déclaration maladie chronique			
Oui	189	31,7% ⁷	14,7% ¹²
Non	408	68,3% ⁷	
Complémentaire santé			
Oui	605	97,3% ⁵	96% ¹³
Non	17	2,7% ⁵	4% ¹³
Etat de santé déclaré			
Mauvais/ moyen	177	28,3% ⁴	
Bon/ très bon	449	71,7% ⁴	
Distance pharmacie			
Moins de 5Km	554	88,5% ⁴	
5 à 10Km	57	9,1% ⁴	
Plus de 10Km	15	2,4% ⁴	
Nombre de consultation chez le médecin			
< ou égal à 1 fois par an	54	8,8%	6,9% ¹⁴
1 à 2 fois par an	147	23,8%	
au moins 3 fois par an	335	54,3%	
> 1 fois par mois	81	13,1%	
Distance médecin traitant			
Moins de 10Km	472	77,5%	
10 Km et plus	137	22,5%	

Remarques au tableau 1

¹ pourcentages calculés sur 627 réponses

² pourcentages calculés sur 634 réponses

³ pourcentages calculés sur 636 réponses

⁴ pourcentages calculés sur 626 réponses

⁵ pourcentages calculés sur 622 réponses. La définition de la population active concerne les actifs salariés et non-salariés et les chômeurs.

⁶ pourcentages calculés sur 635 réponses

⁷ pourcentages calculés sur 597 réponses

⁸ sources INSEE le 01/01/2013. Ces pourcentages correspondent à la situation moyenne des départements de la Loire Atlantique et de la Vendée

⁹ sources INSEE (ménage selon la structure familiale, 2010). L'INSEE décrit cinq situations familiales, les personnes seules, les couples sans enfants, les couples avec enfants, la famille monoparentale et le ménage complexe qui représente un ménage composé de deux familles, de plusieurs personnes isolées qui ne constituent pas une famille, ou des personnes isolées. L'INSEE précise qu'il n'est pas possible de comptabiliser les différents types de familles (couples et familles monoparentales) à partir de ce tableau, puisque certaines d'entre elles font aussi partie des ménages complexes. Nous avons pris le parti de différencier les personnes seules ou en couples sans enfants, des personnes seules ou en couple avec enfants. Les étudiants, les colocations, les communautés ont été regroupées dans « autre »

¹⁰ sources INSEE, 2012 : ces pourcentages correspondent à la situation du niveau d'étude selon l'âge dans la population Française. Il est important de noter que les statistiques enregistrées par l'INSEE prennent en comptes les mineurs, à partir de 15 ans.

¹¹ sources INSEE le 01/01/2011. Ce pourcentage correspond à la situation moyenne des départements de Loire Atlantique et de Vendée.

¹² sources ADSP 09/2010 (Actualité et Dossier en Santé Publique) est la revue trimestrielle de la Haute Autorité de Santé. Ce pourcentage correspond à la déclaration au 31 décembre 2008 d'une ALD dans la population générale.

¹³ sources IRDES, 2010 (Institut de recherche et Documentation en Economie de la Santé) le CNLE (Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'illettrisme) publie en 2009, une valeur de 93% de personnes possédant une complémentaire santé.

¹⁴ sources Eco-Santé OCDE 2010, juin 2010 : ce chiffre correspond au nombre moyen de consultation en France et par habitant en 2008.

1.1.1 Répartition selon le sexe

Ce tableau caractérisant la population de notre enquête qui pratique l'automédication met en évidence une population très majoritairement féminine (75,8% des individus). Le pourcentage de femmes au sein des départements de Loire Atlantique et de Vendée est de 51,2% selon la source INSEE du 1^{er} janvier 2013.

1.1.2 Répartition selon l'âge

La répartition en fonction de l'âge permet de constater que les 25-44 ans sont les plus représentés avec 56% des individus, alors qu'ils ne représentent que 33% de la population de référence.

Les personnes de plus de 55 ans représentent 19% des individus de notre enquête contre 40% dans la population générale. Ainsi la population de l'enquête qui déclare pratiquer l'automédication est plus jeune que la population de Loire atlantique et de Vendée.

1.1.3 Répartition selon la situation professionnelle

Nous avons décidé de répartir notre population selon deux catégories professionnelles, les actifs et les inactifs :

- les actifs regroupent les actifs salariés ou à leur compte, les chômeurs et les étudiants. Ce groupe d'individu a, de par sa situation des obligations « professionnelles » ou du temps à consacrer aux études ou à leur recherche d'emploi,
- les inactifs regroupant les retraités et les individus à leur domicile (congé maternité et longue maladie, invalidité, les personnes au foyer). Ce groupe d'individu, on le suppose, a davantage la possibilité de jouir de son temps, et ainsi d'organiser sa journée sans contrainte d'horaire.

Ainsi, plus des trois quarts des individus (78%) de l'enquête et qui pratiquent l'automédication sont actifs, ils sont 73 % dans la population de Vendée et de Loire Atlantique. Parmi les inactifs, nous comptons 13 % de retraités, ils représentent 10% de la population de référence.

1.1.4 Répartition selon la situation familiale

Il est important de noter que nous n'avons distingué que deux situations familiales en fonction de la présence ou non d'enfant(s), contrairement à l'INSEE qui définit cinq situations familiales: les personnes vivant seules, les couples sans enfant, les couples avec enfant(s), la famille monoparentale et le ménage complexe.

Il ne nous a pas été possible de définir dans notre étude ces ménages complexes. Dans notre analyse des données, 63% des individus ayant répondu aux questionnaires se trouvent seuls ou en couple avec enfant, 33% sont seuls ou en couple sans enfant. Les chiffres de l'INSEE, retrouvent l'inverse pour la population française, avec respectivement 35 % et 60%.

1.1.5 Répartition selon le diplôme

Sur l'ensemble de notre population qui pratique l'automédication, 52% des individus n'ont pas de diplôme de l'enseignement supérieur (bac +2 et plus) et 48 % en possèdent un. Selon les chiffres de L'INSEE (2012), ils ne sont que 23% à disposer d'un diplôme de l'enseignement supérieur dans la population générale.

1.1.6 Répartition selon l'état de santé

Concernant la déclaration de l'état de santé de notre population d'enquêtes, pratiquement un tiers (32%) des individus déclarent être atteint d'une maladie chronique, sans qu'il ait été possible de savoir laquelle. Au 31 décembre 2008, 15 % de la population française était atteinte d'une Affection Longue Durée (ALD).

Cette constatation peut faire écho avec l'état de santé déclaré des enquêtés. 28% d'entre eux considèrent qu'ils présentent un état de santé « moyen » ou « mauvais ». Le reste de notre population (72%) le déclare « bonne » ou « très bonne ».

1.1.7 Répartition selon la couverture santé

97,3% des personnes de l'enquête possèdent une couverture complémentaire santé, contre 96% selon l'IRDES (Institut de recherche et Documentation en Économie de la Santé). Le chiffre de 93% est avancé par le CNLE (Comité National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale). Le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU en Loire-Atlantique est évalué à 6.08%.

1.1.8 Répartition selon la distance pharmacie/médecin

A la question permettant de connaître la distance du domicile à leur pharmacie habituelle (« votre pharmacie ») et du cabinet de leur médecin traitant nous constatons que pour près de 9 individus sur 10, leur pharmacie se situe dans un périmètre de moins de 5 km et pour plus de 3 individus sur 4 (78%), leur médecin traitant se situe à moins de 10 km de leur domicile.

Après réflexion, nous avons volontairement choisi de prendre le seuil de 5 kilomètres pour la distance domicile / pharmacie déclarée comme étant la pharmacie habituelle des individus. Il n'y avait pas de choix de réponse à cette question. La distance la plus courte était de 0 kilomètre et la plus longue était de 30 kilomètres. La moyenne se situe à 3 kilomètres et la médiane à 2 kilomètres. Pour analyser les résultats pour la suite de l'étude, nous avons choisi de nous placer au 80^{ème} percentile, soit à 5 kilomètres.

De même, pour la distance séparant le domicile au cabinet du médecin traitant, les résultats s'étendaient entre 0 et 99 kilomètres. La moyenne se situe à 6 kilomètres et la médiane à 4 kilomètres. Nous avons également choisi de nous placer au 80^{ème} percentile (10km).

1.1.9 Fréquence des consultations chez le médecin généraliste

Parmi la population de l'enquête qui pratique l'automédication, 67% consultent leur médecin traitant plus de 3 fois par an dont 13% le consultent tous les mois. En France en 2008, le nombre moyen de consultations du médecin généraliste par habitant était de 6,9.

1.1.10 Première constatation

Au vu de ces premiers résultats, nous remarquons que la population de patients fréquentant les cabinets de médecins généralistes à la période de l'enquête, ayant eu recours à l'automédication et ayant répondu au questionnaire est différente de la population des départements de Loire Atlantique et de Vendée. Notre population étudiée apparaît majoritairement plus féminine, plus jeune, vivant en famille, c'est-à-dire avec enfant(s) sans nécessairement vivre en couple, ayant suivi des études après le baccalauréat, et appartenant à la catégorie de la « population active ».

1.2 Caractéristiques du problème de santé de la population étudiée

Le tableau suivant nous permet non seulement de caractériser le problème de santé, mais également de savoir si des informations, des discussions ont été recherchées ou entreprises. Il nous permet aussi, de connaître la satisfaction vis-à-vis du traitement entrepris.

Tableau 2: Caractéristiques du problème de santé ayant conduit à une automédication

	Effectifs	Pourcentage %
Variable		
Problème de santé		
affection ostéomusculaire	95	15,3%
appareil digestif	58	9,3%
appareil respiratoire	294	47,3%
système neurologique	79	12,7%
général	28	4,5%
affection dermatologique	20	3,2%
autre	47	7,6%
Durée du problème		
1 à 2 jours	145	23,9%
3 à 7 jours	258	42,5%
plus de 7 jours	204	33,6%
Idée du diagnostic		
oui	536	85,4%
non	92	14,6%
Antécédent du problème		
oui	555	87,5%
non	79	12,5%
Discussion		
oui	303	48,6%
non	320	51,4%
Si oui, avec :		
famille	105	30,9%
conjoint(e)/parent	49	14,4%
collègues	21	6,2%
amis	78	22,9%
médical	39	11,5%
paramédical	12	3,5%
pharmacien	36	10,6%
Recherche information		
oui	269	42,1%
non	370	57,9%
Si oui, auprès de qui :		
Les proches	120	28,9%
pharmacien	157	37,8%
TV-Radio	9	2,2%
journaux-revue	25	6,0%
internet	104	25,1%
Durée des soins		
1 à 2 jours	108	18,8%
3 à 7 jours	326	56,7%
plus de 7 jours	141	24,5%
Efficacité du traitement		
pas du tout efficace	37	5,9%
un peu efficace	143	22,9%
assez efficace	345	55,1%
très efficace	101	16,1%
Consultation d'une autre personne en lien avec le problème de santé		
Oui	117	18,7%
Non	487	81,3%
Si oui		
corps médical	33	25,8%
Rebouteux	14	10,9%
Kinésithérapeute	31	24,2%
Ostéopathe	41	32,0%
Paramédical	1	0,8%
Autre	8	6,3%

1.2.1 Symptômes ressentis

L'enquête nous a permis de connaître les principaux symptômes pour lesquels les enquêtés s'étaient soignés. Le tableau met en évidence que ce sont principalement pour des symptômes respiratoires (représenté majoritairement par la toux) que les individus de l'enquête se sont soignés par automédication. En effet cette situation représente presque un symptôme décrit sur deux (47%).

Il est à noter que le questionnaire a été distribué en mai/juin 2012 demandant au patient de se rappeler de leur dernière situation d'automédication dans les 6 derniers mois précédant l'enquête. Nous étions donc dans la période hiver/printemps, pouvant expliquer l'importante symptomatologie respiratoire.

La deuxième catégorie de symptômes la plus citée concerne les affections ostéo-musculaires (15%), représentées par les douleurs de membres et les dorso-lombalgies.

Représentant 13% des symptômes soignés par automédication, les problèmes neurologiques, arrivent en troisième position de ce classement regroupant principalement les maux de tête/migraine, puis les symptômes digestifs (9%) et les symptômes classés dans la catégorie « générale et non spécifiée » (5%) représentés par la fièvre.

1.2.2 Idée du diagnostic et antécédent du problème

Parmi les individus ayant pratiqué l'automédication, 85% avaient une idée du diagnostic, et 88% déclaraient avoir déjà eu ce problème de santé auparavant.

1.2.3 Durée du problème de santé

Pour une grande majorité d'entre eux, le problème de santé évoqué a duré entre 3 et 7 jours (42%). Un individu sur 4 (24%) a souffert de ce problème moins de 2 jours et un individu sur 3 en a souffert plus de 7 jours.

Dans deux tiers des situations d'automédication, les symptômes ont duré moins d'une semaine, c'est le seuil que nous prendrons pour la suite de l'étude.

1.2.4 Discussion autour du problème de santé

Pour presque un sujet sur deux, (49%) une discussion autour des symptômes a été entreprise.

Lorsque les individus ont discuté de leur problème de santé, ils se sont tournés principalement vers leur famille, conjoint, parents (45%), puis auprès des amis et collègues (30%). Les professionnels de santé se placent en 3ème position avec 25% des réponses. Un enquêté sur 10 a discuté avec un pharmacien.

Ainsi, la sphère « privée » a été sollicitée dans 74% des discussions et la sphère « professionnelle » dans un quart d'entre elles.

1.2.5 Information recherchée

Il est intéressant de noter qu'un nombre un peu moins important d'individus (42%) a recherché une information sur les symptômes perçus. Nous avons montré qu'un très grand nombre d'individus avaient déjà expérimenté leur problème de santé au moment de pratiquer l'automédication.

A la question de la recherche d'information, le questionnaire proposait 5 réponses possibles, non exclusives : proche, pharmacien, télévision ou radio, journaux ou revues et internet.

Lorsque l'information a été recherchée, la principale source d'information a été le pharmacien (38%), puis les proches (30%) et internet (25%). Les sources d'informations émanant des journaux et de la télévision/radio ne représentaient que 8% des réponses.

Ainsi, l'information, à l'inverse de la discussion s'est principalement cherchée dans l'entourage professionnel des enquêtés.

1.2.6 Durée et satisfaction de l'automédication

La durée de l'automédication et donc de soin a été de 3 à 7 jours pour plus d'un individu sur deux (57%). Elle a duré moins de 2 jours pour 19% des individus, et plus de 7 jours pour les 24% restants.

Nous pouvons constater que la majorité des sujets semblent satisfaits de leur pratique d'automédication, 71% l'estiment assez ou très efficace contre 29% qui l'estiment peu ou pas efficace.

1.2.7 Recours à une autre personne pour soulager le problème de santé

A la question de savoir si les sujets ont consulté un autre praticien pour leur problème de santé, seul 19% l'affirme. Ils se sont tournés alors majoritairement vers une séance de kinésithérapie ou d'ostéopathie (56%), une consultation auprès d'un autre professionnel médical (26%), et un peu plus d'un individu sur 10 a eu recours aux « rebouteux » (11%).

1.2.8 Les raisons du recours à l'automédication

Tableau 3 : Motifs du recours à l'automédication.

Variables	Population enquêtée	
	Effectifs	Taux %
Raison de l'automédication		
Délai de consultation trop long	47	8,8%
Manque de temps pour consulter / raison économique	91	17,2%
Symptôme bénin, connu / pas besoin de consulter	323	60,7%
Alternative aux médicaments	23	4,3%
Autres	48	9,0%

La question 12 avait pour but de mettre en évidence les différentes raisons ayant conduit le patient à choisir le recours à l'automédication pour traiter son symptôme. C'était une question ouverte sans choix de réponse. Dans la plupart des résultats, il n'existait pas une seule et unique raison du recours à l'automédication, c'est bien souvent l'association de plusieurs idées qu'il a fallu catégoriser. Nous avons pu mettre en évidence 4 grandes raisons :

La première d'entre elle, très largement citée (57%) est la notion de situation bénigne et connue. A ceci nous pouvons ajouter la raison qui s'y approche, le non besoin de consulter. C'est le signe que le patient se sent en mesure de se soigner par lui-même pour des troubles mineurs et a suffisamment de réassurance face à la symptomatologie qu'il ressent comme bénigne.

Cette raison poussant l'individu à l'automédication se rapproche d'une des catégories décrite par Fainzang, [14] qui la définit comme des raisons pratiques, où pour des petits maux considérés comme bénins, l'individu considère qu'il sait ce qu'il faut faire, et va répéter des prescriptions antérieures avec ou sans avis extérieurs. Nous n'avons retrouvé dans aucun questionnaire la notion souvent décrite de non dangerosité des médicaments pris en automédication. Bien souvent, le médicament d'automédication et la façon dont il est utilisé sont jugés par les patients comme étant sans danger. Ces pratiques peuvent être considérées comme sécurisées.

La deuxième raison la plus souvent citée est le manque de temps pour consulter représentée par 14% des réponses. Elle est décrite subjectivement par Fainzang [14] comme étant une raison économique du recours à l'automédication, avec la volonté de gagner du temps.

La troisième raison énoncée est liée directement à la démographie médicale et au problème d'accès aux soins primaires avec des délais de consultation trop longs pour un peu moins de 9% des réponses.

23 patients ont répondu avoir eu recours à l'automédication dans le souci de choisir un traitement « plus naturel » pour éviter ainsi tout risque d'effets indésirables.

L'analyse des réponses « autres » a permis de mettre en évidence d'autres raisons moins citées:

- La rapidité d'action dans le soin et dans le résultat : « *prise rapide de médicaments* », « *urgence et confort* »
- L'apparition des symptômes un jour férié ou WE, jour où « *le médecin ne consulte pas* »
- Des raisons décrites par Fainzang [14] qui révèlent de l'évaluation critique du travail médical, ou les patients n'ont pas trouvé une réponse adaptée ou attendue de leur médecin. Ainsi certains ont eu recours à l'automédication car il existe « *une incompréhension avec les médecins* », ou « *une réticence du médecin à donner des séances de kinésithérapie* » ou bien encore « *une absence d'écoute de mon médecin* ».
-

1.3 Études des populations en fonction du symptôme ressenti

Il nous a paru intéressant de porter un regard sur les différentes caractéristiques des patients enquêtés en fonction du symptôme traité leur de la dernière automédication.

Tableau 4: caractéristiques sociodémographiques de la population et caractéristiques du problème de santé en fonction du symptôme traité

	Respiratoire	Digestif	Ostéomusculaire	Neurologique	Général
Variables					
Observant	45,9%	55,2%	43,2%	41,8%	50,0%
Non Observant	54,1%	44,8%	56,8%	58,2%	50,0%
Sexe de la personne					
Homme	77,7%	70,5%	72,3%	79,2%	60,6%
Femme	22,3%	29,5%	27,7%	20,8%	39,4%
Age					
18-24 ans	8,3%	14,7%	3,4%	8,9%	9,1%
25-34 ans	32,0%	31,2%	12,9%	21,8%	15,1%
35-44 ans	32,4%	31,2%	23,3%	38,5%	36,4%
45-54 ans	14,8%	9,8%	19,8%	23,1%	21,2%
55-64 ans	6,6%	9,8%	14,7%	5,1%	9,1%
> 65 ans	5,9%	3,3%	25,9%	2,6%	9,1%
Durée des symptômes					
7 jours et moins	74,9%	67,8%	36,6%	82,9%	53,3%
plus de 7 jours	25,1%	32,2%	63,4%	17,1%	46,7%
Idée du diagnostic					
oui	90,1%	74,6%	90,4%	77,2%	75,0%
non	9,9%	25,4%	9,6%	22,8%	25,0%
Recherche information					
oui	34,7%	47,5%	49,1%	28,7%	57,6%
non	65,3%	52,5%	50,9%	71,3%	42,4%
Antécédent du symptôme					
oui	93,8%	90,0%	78,3%	90,0%	75,0%
non	6,2%	10,0%	21,7%	10,0%	25,0%
Durée de soins					
7 jours et moins	78,4%	87,3%	62,6%	90,3%	52,0%
plus de 7 jours	21,6%	12,7%	37,4%	9,7%	48,0%
Efficacité du traitement					
un peu/pas du tout	23,3%	24,6%	44,4%	32,9%	38,7%
assez/très	76,7%	75,4%	55,6%	67,1%	61,3%
Situation familiale					
avec enfant	71,9%	60,3%	50,9%	74,8%	56,7%
sans enfant	28,1%	39,7%	49,1%	25,2%	43,3%
Diplôme					
pas de diplôme	45,4%	59,0%	67,6%	47,4%	42,4%
> bac +2	54,6%	41,0%	32,4%	52,6%	57,6%
Situation professionnelle					
actif	84,3%	81,4%	63,4%	82,5%	81,8%
inactif	15,7%	18,6%	36,6%	17,5%	18,2%
Homéopathie					
oui	23,9%	13,1%	12,1%	11,2%	27,3%
non	76,1%	86,9%	87,9%	88,8%	72,7%

1.3.1 Symptômes décrits

Comme le montre le tableau 4, les sujets ayant décrit des symptômes de type respiratoire, ostéomusculaire ou neurologique ont davantage eu recours à leur armoire à pharmacie pour traiter leur problème de santé. Les principaux problèmes de santé de ses grands systèmes pathologiques étaient la toux, les douleurs et les maux de tête.

En revanche, les patients ayant décrit des symptômes digestifs ont eu tendance à se rendre en pharmacie pour acheter leur traitement et probablement avoir un avis du pharmacien.

1.3.2 Sexe

Les femmes se sont davantage automédiquées pour des problèmes respiratoires et neurologiques, les hommes davantage pour des symptômes entrant dans le cadre du « général » principalement représentés par la fièvre.

1.3.3 Age

Il n'est pas surprenant de constater que plus les sujets vieillissent, plus leur dernière automédication s'est faite pour des problèmes ostéomusculaires représentés principalement par les douleurs articulaires. Ainsi 40% des enquêtés qui se sont automédiqués pour des douleurs rhumatologiques étaient âgés de plus de 55 ans. A l'inverse les sujets jeunes ont plutôt décrits des symptômes digestifs (77% des moins de 45 ans). Les symptômes neurologiques et généraux ont été soignés majoritairement par les sujets âgés de 25 à 54 ans (83% et 63%), les manifestations respiratoires par les 25-44 ans (64%).

1.3.4 Durée des symptômes

La durée des symptômes a été essentiellement de moins d'une semaine sauf pour les patients ayant décrit un problème de santé d'ordre ostéomusculaire. Cela laisse penser que ces symptômes sont chroniques et représentent autant de situations à risque de mésusage par surdosage de traitement antalgique. Il est intéressant de noter que cette durée représente la plupart des conditionnements des traitements en automédication.

1.3.5 Idée du diagnostic - antécédent du problème

Les sujets ayant décrit un problème respiratoire avaient à une très large majorité (plus de 9 patients sur 10) une idée du diagnostic et un antécédent du problème.

Les enquêtés ayant pratiqué une automédication pour des symptômes digestifs, neurologiques, généraux ont été moins nombreux (75%) à avoir une idée du diagnostic bien qu'ils déclarent davantage avoir eu un antécédent de ce problème (90%).

A l'inverse, les sujets ayant souffert de problème ostéo-musculaire déclarent davantage avoir une idée de diagnostic (90%) qu'un antécédent du problème (78%).

La même proportion (25%) de sujets présentant un problème d'ordre général avaient eu un antécédent du problème et avaient une idée du diagnostic.

1.3.6 Recherche d'informations

Les patients ont été plus nombreux à chercher ou à demander des informations sur leur problème de santé quand les symptômes étaient d'ordre général.

Pour les autres systèmes les patients ont été plus nombreux à ne pas rechercher d'information. Il est intéressant de constater que les patients ayant souffert de symptômes neurologiques ou respiratoires ont été les moins nombreux à rechercher une information. Il en est ainsi pour les sujets présentant un symptôme digestif qui, comme nous l'avons vu précédemment avaient une idée incertaine du diagnostic. Ils étaient 52% à ne pas avoir cherché d'informations.

1.3.7 Durée des soins – efficacité du traitement

Les patients se sont globalement soignés moins de 7 jours quel que soit leur problème de santé et ont été satisfaits du traitement pris.

Cependant il est intéressant de noter que les patients ayant souffert de problème ostéo-musculaire ont dans l'ensemble été plus nombreux que les autres à se soigner plus de 7 jours. Ce sont eux également qui ont présenté des symptômes pendant plus de 7 jours laissant supposer l'aspect chronique du problème de santé. Cela pose le problème du risque de surdosage, d'effet secondaire ou d'interaction des traitements antalgiques pris.

1.3.8 Caractéristiques sociologiques

Nous avons pu constater que les sujets ayant eu un problème de santé d'ordre ostéo-musculaire étaient moins nombreux à vivre avec des enfants (49%), mais nous avons également vu qu'ils étaient plus âgés.

Les personnes diplômées du supérieur se sont majoritairement soignées lors de leur dernière automédication pour des problèmes de santé respiratoires (55%), neurologiques (53%) et généraux (58%).

68% des sujets qui s'étaient soignés pour des problèmes ostéo-musculaires n'étaient pas diplômés du supérieur, ils étaient 59% quand les symptômes soignés ont été digestifs. Il est intéressant de constater que pour ce groupe ils ont davantage eu recours à une automédication « observante ». Est-ce le fait qu'ils étaient également plus nombreux à ne pas avoir d'idée du diagnostic ?

C'est dans le groupe des individus ayant souffert d'un problème de santé ostéo-musculaire que l'on retrouvait le plus d'inactifs (40%), mais ils sont représentés par une population plus âgées.

1.3.9 Traitement entrepris

Le recours à l'homéopathie semble privilégié lorsque les sujets décrivent des symptômes respiratoires et d'ordre général. Ces consommateurs représentent 24% et 27% dans chaque groupe respectivement.

2 Les « observants » et les « non observants » de l'automédication

L'enquête nous révèle que, face à un problème de santé, les individus ont eu deux comportements d'automédication qui, bien entendu, étaient susceptibles de coexister ou de varier pour un même individu au cours du temps.

A la question 8 relatant de la provenance du traitement entrepris pour se soigner par eux même, 319 individus déclarent s'être procurés leur traitement uniquement par un achat en pharmacie, ce sont les « observants » de l'automédication, et 320 déclarent avoir pris un médicament déjà en leur possession qu'ils aient ou non également fait un achat en pharmacie, ce sont les « non observants ». L'enquête réalisée ne permet pas de connaître les modes d'obtention des médicaments pris dans l'armoire à pharmacie.

Le tableau n°3 a pour but de caractériser ces deux populations, et d'identifier les variables pouvant influencer la probabilité du recours à l'une ou l'autre de ces deux pratiques d'automédication.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des deux populations étudiées dans leur comportement face à l'automédication

Tableau 5 : caractéristiques sociodémographiques des 2 populations étudiées

Variables	Observante		Non Observante		différences (p)
	Effectif	Pourcentage %	Effectif	Pourcentage %	
Sexe de la personne					
Homme	231	74,0%	244	77,5%	0,32
Femme	81	26,0%	71	22,5%	
Age					
18-24 ans	15	4,8%	31	9,7%	
25-34 ans	62	19,7%	98	30,7%	
35-44 ans	100	31,7%	98	30,7%	
45-54 ans	61	19,4%	48	15,0%	
55-64 ans	33	10,5%	27	8,5%	
> 65 ans	44	13,9%	17	5,4%	
Situation familiale					
seul ou en couple avec enfant(s)	195	63,3%	207	68,3%	0,19
seul ou en couple sans enfant	113	36,7%	96	41,7%	
Diplôme					
< bac + 2	177	57,1%	150	47,5%	0,015
> bac + 2	133	42,9%	166	52,5%	
Profession					
actifs	229	73,6%	257	82,6%	0,006
inactifs	82	26,4%	54	17,4%	
Maladie chronique					
oui	106	35,6%	83	27,8%	0,04
non	192	64,4%	216	72,2%	
Etat de santé					
mauvaise/moyenne	97	30,9%	80	26,6%	0,14
bon/très bon	217	69,1%	232	73,4%	
Distance pharmacie					
moins de 5 km	286	92,0%	268	85,1%	0,007
Plus de 5 km	25	8,0%	47	14,9%	
Distance médecin traitant					
< 10km	240	79,5%	232	75,6%	0,24
10Km et plus	62	20,5%	75	24,4%	
Médecin traitant					
oui	311	98,4%	313	98,1%	
non	5	1,6%	6	1,9%	

2.1.1 Répartition du recours à l'automédication en fonction du sexe

Dans cette enquête, le sexe des individus ne semble pas exercer d'effet sur l'un ou l'autre des comportements d'automédication ($p=0.32$).

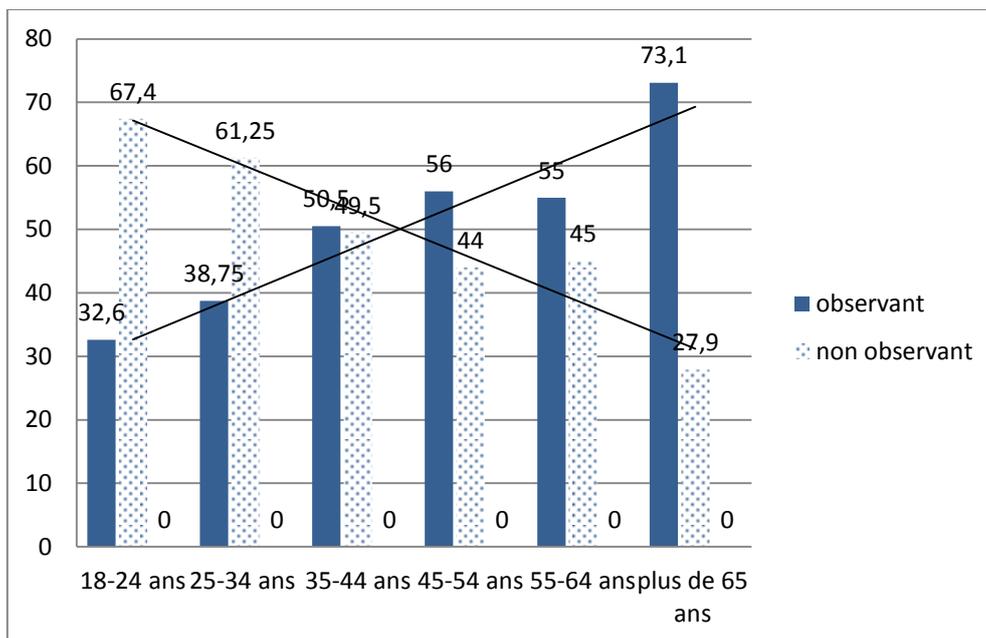
2.1.2 Répartition du recours à l'automédication en fonction de l'âge

Il est intéressant de constater que l'âge exerce un effet significatif sur la probabilité de recours à l'une ou l'autre des formes d'automédication.

Alors que pour la pharmacie familiale (« non observant »), la proportion de recours est importante avant 45 ans (56% des enquêtés), elle s'abaisse significativement après 45 ans (40% des enquêtés).

Le constat est inversé pour le nouvel achat en pharmacie pour se soigner. C'est à partir de 45 ans que ce recours paraît plus élevé avec un maximum à l'âge de la retraite. Plus la population vieillit, plus elle effectue un nouvel achat et se déplace en pharmacie pour se soigner [Figure 1].

Figure 1 : comportement d'automédication pour chaque classe d'âge. (%)



Test du Chi2 de tendance linéaire avec 1% de liberté = 25.4 avec un $p<0.001$

2.1.3 Comportement d'automédication en fonction de la situation familiale

Il n'existe pas de différence de comportement face à l'automédication que l'individu vive avec ou sans enfant ($p=0.19$).

2.1.4 Détermination de la catégorie socio professionnelle en fonction du mode de recours l'automédication

Les actifs (salariés, salariés à leur compte, en recherche d'emploi ou étudiants) pratiquaient majoritairement une automédication « non observante ». Ils représentent 83% des individus « non observants » et 74% des individus « observants ».

A l'inverse, les sujets étant inactifs, pouvant être définis par le fait qu'ils jouissent d'une liberté de temps, lorsqu'ils ont recours à l'automédication, se rendre en pharmacie pour se soigner et appartiennent donc à la catégorie des « observants » de l'automédication (26% vs 17%). Cette différence entre les actifs et inactifs est significative ($p=0,006$).

2.1.5 Répartition de l'automédication en fonction du niveau d'étude

Ainsi outre l'effet d'être actifs ou non, un effet « diplôme » apparaît également.

Les diplômés (bac +2) de l'enseignement supérieur ont davantage recours à l'automédication « non observante » (53% vs 43%).

A l'inverse, les non diplômés de l'enseignement supérieur s'avèrent davantage « observants » (57% vs 46%).

Cette différence apparaît significative ($p=0.015$).

2.1.6 Déclaration de l'état de santé

La perception par les individus de leur état de santé ne paraît pas exercer d'influence sur la pratique de l'automédication « observante » ou « non observante » ($p=0.14$). Très majoritairement dans les deux groupes, les sujets ont déclaré avoir un bon ou très bon état de santé. Les sujets déclarant un bon état de santé pourraient avoir tendance à avoir davantage recours à la pharmacie familiale.

2.1.7 Déclaration de maladie chronique

Il est constaté dans le tableau, que la présence d'une maladie chronique inciterait les patients à pratiquer l'automédication « observante » (36%).

A l'inverse, l'absence de maladie chronique et donc de traitement continu est plus propice à l'automédication « non observante » (72%). Cette différence est significative ($p=0.04$).

2.1.8 Distance de la pharmacie et déclaration médecin traitant

Nous rappelons qu'il était demandé de préciser la distance du domicile de la pharmacie considérée comme étant la pharmacie de référence des patients et non pas la pharmacie la plus proche de leur domicile

A cette question, 92% des « observants » et 85% des « non observants » avaient leur pharmacie à moins de 5 kilomètres de leur domicile.

La distance qui sépare le domicile de la pharmacie est un élément qui favoriserait le recours à l'une ou l'autre pratique de l'automédication, ainsi plus la pharmacie était proche du lieu d'habitation (moins de 5 km), plus la personne allait se déplacer faire un achat en pharmacie,

plus la pharmacie était distante (plus de 5 km) plus le recours à l'armoire à pharmacie était fréquente pour traiter le(s) symptôme(s) ressenti(s) ($p=0.007$).

A l'inverse, il n'existe pas d'effet distance du médecin traitant dans le mode de recours à l'une ou l'autre automédication. 80% des personnes « observantes » situent leur médecin à moins de 10 km de chez eux, ils sont 76% parmi les « non observants ».

2.1.9 Déclaration médecin traitant

La déclaration d'un médecin traitant n'influçait pas sur le comportement de l'une ou l'autre automédication, 98% des « observants » et des « non observants » ont déclaré avoir choisi un médecin traitant.

2.1.10 Principaux résultats

Parmi ces différents résultats, nous pouvons mettre en évidence que les individus « observants » en matière d'automédication dans notre enquête seraient :

- âgés de plus de 45 ans,
- inactifs,
- non diplômés du supérieur,
- présentant plus souvent une maladie chronique,
- habitant à proximité de leur pharmacie de référence.

Les « non observants » de l'automédication seraient des sujets plutôt jeunes, actifs, possédant un diplôme du supérieur, non atteint d'une maladie chronique et situant leur pharmacie habituelle à plus de 5 kilomètres de leur domicile.

2.2 Étude du problème de santé et choix de l'automédication

Tableau n° 6 : influence des différentes variables en fonction des deux pratiques de d'automédication

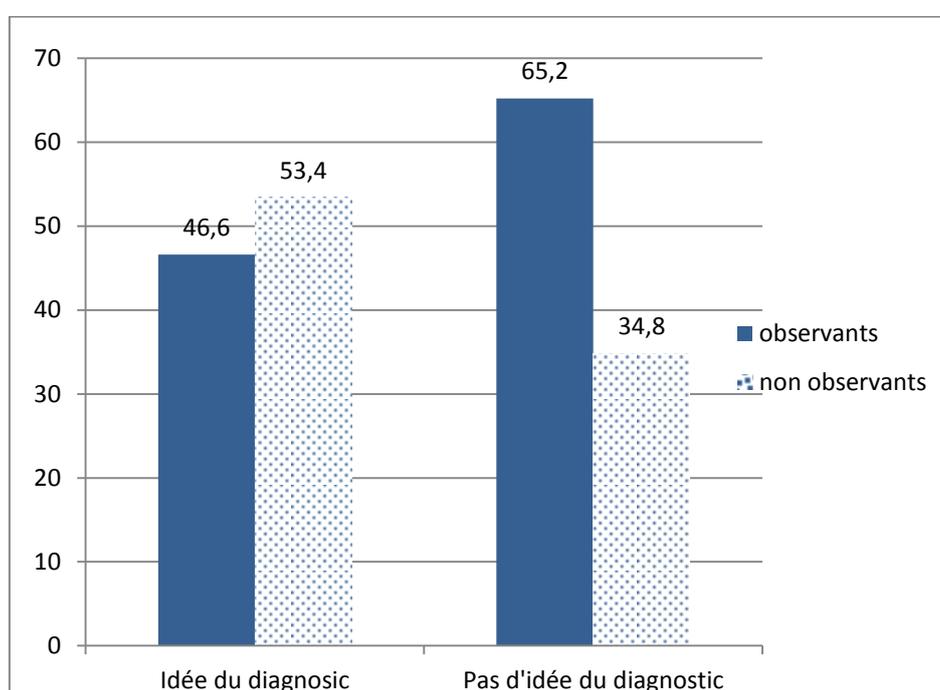
Variables	Observante		Non Observante		Différences (p)
	Effectif	Pourcentage %	Effectif	Pourcentage %	
Problème de santé					
affection ostéo-musculaire	41	14%	54	17,3%	
système digestif	32	10,9%	26	8,3%	
appareil respiratoire	135	46,1%	159	51%	
système neurologique	33	11,3%	46	14,8%	
général	14	4,8%	14	4,5%	
affection dermatologique	13	4,4%	7	2,2%	
autre	25	8,5%	6	1,9%	
Durée du problème					
< 7 jours	185	63,4%	218	69,2%	0,13
7 jours et plus	107	36,6%	97	30,8%	
Idée du diagnostic					
oui	250	80,6%	286	89,9%	0,01
non	60	19,4%	32	10,1%	
Antécédent du problème					
oui	261	83,1%	294	91,9%	0,001
non	53	16,9%	26	8,1%	
Discussion du problème					
oui	152	50,2%	151	47,5%	0,557
non	153	49,8%	167	52,5%	
Si oui					
Sphère privée	128	72,3%	125	76,7%	0,35
Sphère professionnelle	49	27,7%	38	23,3%	
Recherche information					
oui	152	47,7%	117	36,6%	0,005
non	167	52,3%	203	63,4%	
Si oui					
proche	60	25,0%	60	33,0%	0,053
pharmacien	97	41,6%	60	33,0%	0,039
média	76	32,6%	62	34,0%	
Homéopathie					
oui	79	24,8%	54	16,9%	0,014
non	240	75,2%	266	83,1%	
Plante, tisane, décoction					
oui	45	14,1%	46	14,4%	0,923
non	274	85,9%	274	85,6%	
Médicament					
Oui	236	74,9%	254	97,0%	p<0.0001
Non	83	25,1%	38	13,0%	
Durée du soin					
1 à 7 jours	192	69,1%	242	80,4%	0,004
plus de 7 jours	82	29,9%	59	19,6%	
Consultation autre praticien					
oui	57	19,3%	60	19,4%	0,976
non	238	80,7%	249	80,6%	
Efficacité traitement entrepris					
pas du tout/ un peu efficace	96	30,8%	84	26,7%	0,267
assez/très efficace	216	69,2%	230	73,3%	

2.2.1 Idée du diagnostic

Nous pouvons mettre en évidence un lien significatif entre l'idée d'un diagnostic et le recours à une automédication « non observante. » ($p=0.01$)

Comme nous le montre la figure 2, parmi les sujets ayant une idée de leur diagnostic, 53% ont pratiqué l'automédication familiale, « non observante », 47% l'automédication officinale, « observante ». Parmi les sujets n'ayant pas d'idée sur le diagnostic la différence est plus importante puisque 65 % se sont rendus en pharmacie pour trouver leur traitement, et 34,8% ont eu recours à leur propre pharmacie.

Figure 2 : comportement d'automédication en fonction de l'idée du diagnostic (%)

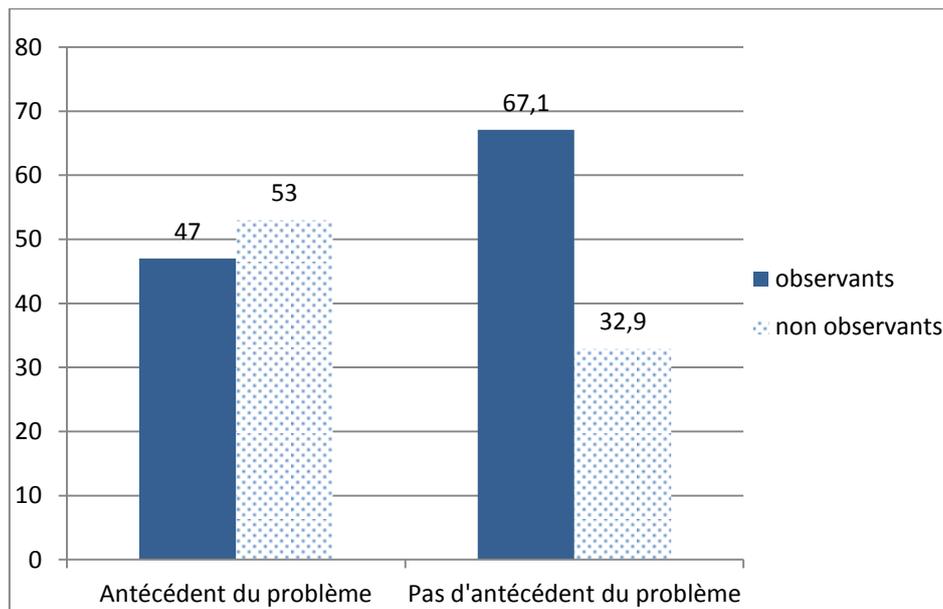


2.2.2 Antécédent du problème

Nous pouvons également mettre en évidence un lien significatif entre un antécédent du problème et le recours à une automédication « non observante » ($p=0.001$)

La figure 3 permet de voir que parmi les sujets ayant déjà eu le problème de santé auparavant et qui ont pratiqué une automédication pour ce même problème, 53% ont eu un comportement « non observant », 47% ont été « observants ».

Figure 3 : comportement d'automédication en fonction de l'antécédent du problème (%)



2.2.3 Symptômes ayant motivé le recours à l'automédication

Lorsque les individus ont eu recours à une automédication, qu'elle soit « observante » ou non, c'était majoritairement pour des symptômes touchant l'appareil respiratoire (44% et 50%), puis les affections ostéo-musculaires (14% et 17%), ensuite le système neurologique (11% et 15%) et le système digestif (10% et 8 %).

Les problèmes respiratoires, ostéo-musculaires et neurologiques paraissaient plus souvent auto-traités par les pharmacies familiales que les autres problèmes de santé perçus.

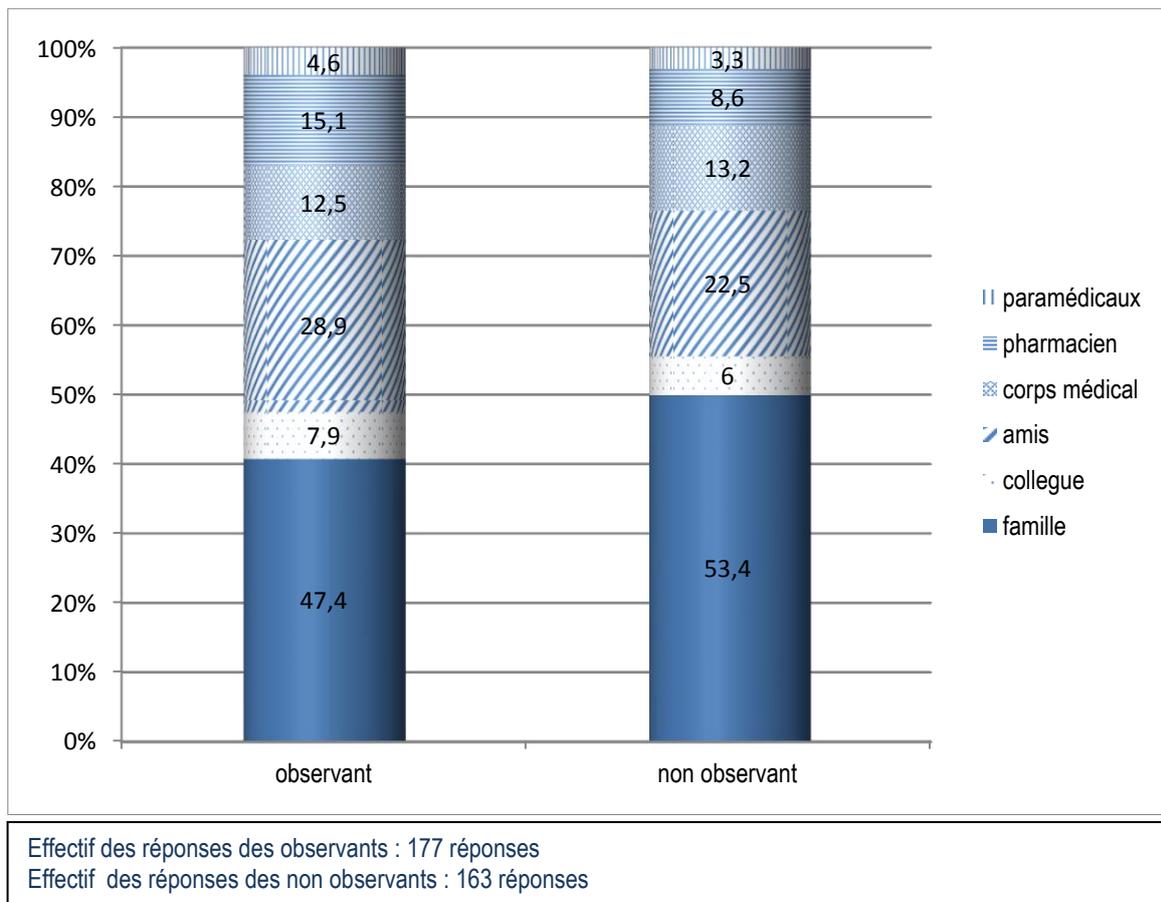
2.2.4 Discussion autour du problème de santé

La discussion autour du problème de santé concernait 1 patient sur 2 (50%) des individus du groupe des « observants », et 47 % des individus du groupe des « non observants ». il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes d'individus.

Quand il y avait discussion autour du problème de santé, les « non observants » allaient davantage l'entreprendre dans la sphère « privée » (77%)

Le pharmacien n'était sollicité que par 15% des individus effectuant un achat en pharmacie pour se soigner et 9% des patients ayant eu recours à leur armoire à pharmacie lors de leur dernière automédication (figure 4). C'est dans la famille que la discussion était principalement faite autour du problème de santé vécu dans les deux groupes enquêtes.

Figure 4 : discussion du problème chez les « observants » et « non observants de l'automédication »



2.2.5 Recherche d'informations

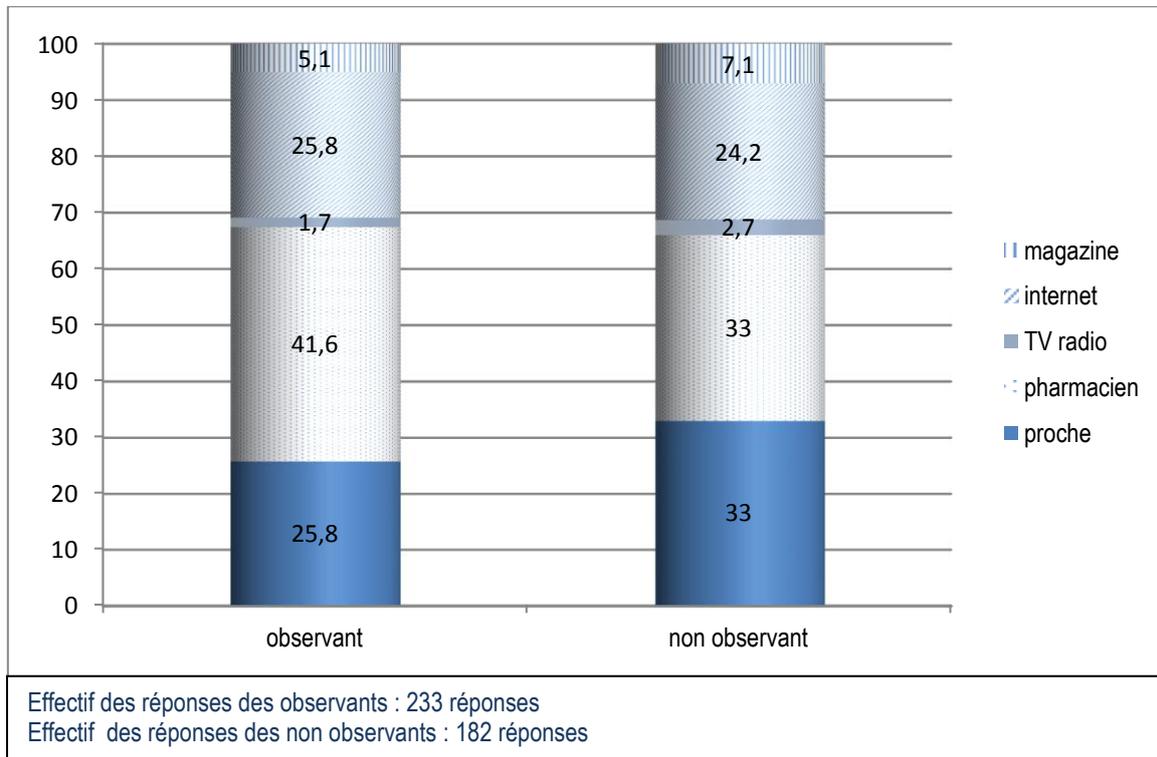
48% des « observants » et 37% des « non observant » ont cherché une information concernant le problème de santé pour lequel ils se sont automédiqués.

Cette différence est significative ($p=0.005$), c'est-à-dire que les patients ayant eu recours à leur armoire à pharmacie étaient moins nombreux à aller chercher une information sur leur problème de santé, que les personnes qui se sont déplacées en pharmacie pour se procurer un traitement.

Quand l'information était recherchée, les patients « observants » se sont dirigés principalement vers le pharmacien (41%) probablement pour choisir le traitement à prendre, ce qui correspond bien à leur mode de recours à l'automédication.

Les médias sont une source d'information pour près d'un patient sur 3 (33%).

Figure 5: sources d'informations en première intention chez les « observants » et « non observants » de l'automédication.



Il apparait de manière significative ($p=0,039$) que les individus recherchant une information auprès du pharmacien, allaient plus souvent acheter un traitement en pharmacie pour se soigner.

Une autre tendance se profilait ($p=0,053$); les proches sont plus souvent sollicités pour trouver une information quand le comportement d'automédication est « non observant ».

2.2.6 Traitement entrepris pour se soigner

La question n°7 permettait de renseigner le traitement pris pour se soigner.

Deux différences significatives apparaissaient : les personnes s'étant soigner avec de l'homéopathie étaient plus nombreuses à pratiquer l'automédication « observante » ($p=0,014$).

Lorsque le traitement entrepris était un médicament dits « allopathiques », le comportement d'automédication était significativement « non observant » ($p<0,001$).

2.2.7 Durée de la dernière automédication

La durée de la dernière automédication a été de moins de 2 jours pour 22% des «non observants » et 16% des « observants ».

Elle a été de 3 à 7 jours pour 59% des « non observants » et 54% des « observants » et de plus de 7 jours pour 30% des « observants » et 20% des « non observants ».

En choisissant de regrouper la durée de soin avec un seuil à 7 jours, il apparaît de manière significative que le soin était significativement plus court lorsque le mode de recours à l'automédication était « non observante » ($p=0.004$).

Il n'existe pas de seuil de durée limite pour une automédication sans danger mais il peut sembler étonnant de constater que les sujets « observants » se soient automédiqués plus longtemps que les autres.

2.2.8 Efficacité du traitement entrepris

Quel que soit le mode d'automédication choisi, les patients « observants » et « non observants » semblaient avoir la même impression d'efficacité globale (69% et 73% respectivement) de leur pratique d'auto-soin ($p=0.27$).

2.2.9 Principaux résultats

Parmi ces différents résultats, nous pouvons mettre en évidence le fait que les individus pratiquant une automédication « non observante » au cours de notre enquête:

- Se seraient soignés principalement pour des problèmes d'ordre respiratoire puis ostéo-musculaire, en privilégiant les médicaments « allopathiques ».
- Qu'ils avaient déjà rencontré ce problème de santé et étaient en capacité de faire un diagnostic,
- Qu'ils n'ont pas cherché d'informations sur le problème de santé et ont été nombreux à ne pas en discuter,
- Que la durée du problème de santé était principalement inférieure à 7 jours et que le traitement a été de plus courte durée que dans le groupe des « observants ».

3 Analyse multivariée

Le recours à l'armoire à pharmacie est fréquent dans notre étude, il nous a semblé intéressant d'étudier ce comportement d'automédication « non observant » de l'automédication.

Notre modèle multivarié comprend donc 12 variables (âge, niveau d'études, activité, maladie chronique, distance à la pharmacie, nature du problème de santé (6 modalités), idée du diagnostic, expérience du problème de santé, recherche d'information, durée d'auto-soin, réponse allopathique, réponse homéopathique). Le modèle final montre que 7 variables permettent d'expliquer de façon indépendante le recours à la pharmacie familiale (tableau 6). Le nombre de sujets analysés est de 498 (test de Chi² du rapport de vraisemblance=48,4 ; $p<0,001$).

Tableau 7 : facteurs associés à l'automédication « non observante » (analyse par régression logistique)

	Odds ratio	IC 95%	p
Variabes			
Age			
18 ans	1		
pour chaque année supplémentaire	0.97	0,95-0,98	<0,001
Niveau d'étude			
En deçà de Bac+2	1		
Au-delà de Bac+2	-		0,79
Activité professionnelle :			
sans activité	1		
En activité	-		0,89
Maladie chronique			
Sans affection chronique	1		
Avec une affection chronique	-		0,69
Distance à la pharmacie la plus proche du domicile			
Moins de 5 kms	1		
Plus de 5 kms	1.59	1,00-2,55	0,05
Nature du problème de santé			
Problème divers	1		
Problème respiratoire	1.60	1,00-2,55	0,05
Problème ostéo-musculaire	3.11	1,54-6,26	0,001
Problème neurologique	1.94	1,02-3,69	0,04
Problème digestif	-		0,38
Problème d'ordre général	-		0,14
Idée du diagnostic			
Pas d'idée	1		
Avec une idée	1.66	0,94-2,93	0,08
Expérience du problème de santé			
Sans antécédent	1		
Avec antécédent	-		0,25
Recherche d'information			
Pas de recherche	1		
Recherche d'information	-		0,9
Durée de l'auto-soin :			
Plus de 7 jours	1		
Moins de 7 jours	-		0,11
Réponse médicamenteuse pour ce problème			
Aucun médicament	1		
Prise de médicaments	2.23	1,32-3,78	0,003
Réponse homéopathique pour ce problème			
Pas d'homéopathie	1		
Prise d'homéopathie	-		0,86

Ainsi nous avons mis en évidence qu'il existait un lien significatif entre l'âge, la distance du domicile à la pharmacie considérée comme habituelle, des symptômes liés aux infections respiratoires aiguës, aux douleurs dorsolombaires et aux céphalées, le fait d'avoir une idée du diagnostic, le fait de prendre des médicaments pour se soigner et le recours à une automédication « non observante », familiale.

PARTIE 4

DISCUSSION

Nous sommes tous acteurs et/ou utilisateurs du système de santé. Néanmoins nous ne nous soignons pas tous de la même façon pour les mêmes symptômes.

C'est au final le patient qui décide de l'orientation qu'il va prendre pour se soigner : se rendre chez le médecin ou s'automédiquer. L'automédication est une pratique qui fait intervenir sa propre expérience de la maladie, du médicament, mais aussi le savoir médical profane.

La France figure au premier rang européen et au deuxième rang mondial pour la consommation des médicaments, avec une dépense de plus de 500 euro/an/habitant en 2008 [13].

La démarche d'automédication est un aboutissement de plusieurs facteurs : de la perception de la personne d'un symptôme d'aspect bénin, de la connaissance du malade de lui-même, de son vécu de maladies ou de douleurs, des influences extérieures d'origines diverses, et de la volonté et de la possibilité de soigner seul.

Le comportement individuel d'automédication est un usage qui a sûrement toujours existé. On parlait autrefois de « remèdes », qui résultaient d'un savoir empirique, immémorial, transmis de génération en génération. Il s'agissait de « recettes ». Ces « remèdes » sont d'ailleurs de nos jours parfois encore utilisés dans les familles. Les médicaments quant à eux sont d'apparition plus récente et sont issus de la recherche.

Dans ce contexte d'automédication, les médicaments sont des moyens de traitement de symptômes le plus souvent, et pas de maladie pour lesquelles un diagnostic aurait été posé. Ces médicaments sont achetés en pharmacie ou sont stockés dans la pharmacie familiale

Ainsi dans ce travail, nous avons voulu savoir si des variables influençaient l'une ou l'autre pratique de l'automédication :

- La pratique « observante » reprenant la définition officielle retenue par les pouvoirs publics, à savoir l'utilisation hors prescription médicale d'un médicament ou traitement acheté en pharmacie avec ou sans l'assistance et le conseil du pharmacien. Ce médicament ou traitement est pris par l'individu pour lui-même et de sa propre initiative. Cette définition exclut tout recours à l'armoire à pharmacie.
- La pratique « non observante », où pour s'auto-soigner, le patient va recourir à son armoire à pharmacie familiale, que le traitement ait été ou non prescrit ultérieurement.

1 Caractéristiques de notre échantillon d'étude

1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes ayant rempli le questionnaire appartenaient à une population plus féminine (75.8% vs 51.2% dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée) et plus jeune que celle des 2 départements concernés. Cette répartition hommes-femmes semble concorder avec la fréquentation des cabinets des médecins généralistes.

Une étude de la DREES [61] de juin 2004 analysant les consultations et visites des médecins généralistes montrait que 55% des consultations concernaient les femmes et que les femmes médecins avaient une patientèle plus féminine. Dans notre panel de salle d'attente, nous comptabilisons 37 femmes médecins soit 40% des praticiens. Cette étude peut également laisser suggérer que les femmes ont tendance à parler plus facilement et plus spontanément de leur problème de santé, et donc peut être plus curieuses des enquêtes de santé.

Cette surreprésentation des femmes en consultation de médecine générale peut ainsi être expliquée par le suivi gynécologique et obstétrique, le recours plus fréquent à la consultation à but préventif, l'accompagnement des enfants lors des visites médicales. Elles ont également une espérance de vie plus longue.

Cependant, cette différence homme-femme n'apparaissait pas significative dans notre enquête. Il est intéressant de montrer qu'une prédominance féminine a été mise en évidence dans plusieurs enquêtes dans le département comme celle de Grare réalisée en 2010 [62] soulignant cette prédominance (68% des répondants) ou bien celle de Jouan en 2012 [63] réalisée en Loire Atlantique et en Vendée mettant en évidence la même proportion, 70% des enquêtés pratiquant l'automédication étaient des femmes. Nous pouvons également retenir les enquêtes de Laure [54] et de Raynaud [53] plus anciennes.

Lorsque l'on regarde les données de la littérature, il apparaît que les femmes s'automédiqueraient plus et seraient plus présentes dans l'histoire du soin. Dans *Mythologie et médecine*, Vons [64] souligne que, dès l'Antiquité, ce sont les femmes que l'on retrouvait au chevet des malades, elles pratiquaient les accouchements et usaient de « remèdes et potions ». Il déclare que les femmes seraient également plus nombreuses à pratiquer l'automédication. Selon Loux [65] « *quand on parle des pratiques en médecine populaire de la France rurale traditionnelle* », on utilise souvent le terme de « remèdes de bonne femme ». Bien qu'un peu méprisante et ironique cette expression est couramment employée de nos jours. Loux [55] considère même que ce terme place ce qui relève de la médecine domestique au sein de la vie quotidienne comme « *soigner les enfants, le jardin, la basse-cour, les petits maux de tous les jours* ». Elle précise enfin que « *ce n'est lorsque les choses s'aggravent que le spécialiste est appelé* ». Il serait donc bien du rôle de la mère de famille de soigner son mari et ses enfants lorsque les maux seraient jugés bénins.

Enfin Saillant [66] affirme que « *si les femmes, plus nombreuses que les hommes en tant que bénéficiaires, patientes ou clientes sont l'objet des formes de plus en plus sophistiquées de la médicalisation, elles sont aussi des actrices de premier plan quand il s'agit de prodiguer des soins de santé* ». Elles occuperaient par ces soins une place prépondérante dans la production de la santé (promotion, prévention, maintien, recouvrement).

La population étudiée semble aussi plus jeune que celle des départements de Vendée et de la Loire-Atlantique. Notre population d'enquête a une moyenne d'âge de 42.6 ans. Selon les données de l'INSEE, l'âge moyen en 2005 dans les régions des Pays de Loire était évalué à 38.9 ans. En Loire-Atlantique, il est de 38 ans et de 40.9 ans en Vendée. Il est important de souligner que ces valeurs concernent toute la population des départements de Loire Atlantique et de Vendée. Or, notre enquête ne concernait que les adultes majeurs, âgés de plus de 18 ans.

L'enquête réalisée par Laure en 1997 concernait 600 personnes, l'âge moyen des sujets ayant recours à l'automédication était de 42.7 ans (15-85 ans), très proche de la moyenne retrouvée dans notre échantillon.

La répartition selon l'âge des personnes ayant répondu au questionnaire ne correspond pas à celle de la fréquentation des cabinets de médecins généralistes. Selon la même étude de la DREES [61], dans 6 cas sur 10 le patient qui consultait le médecin généraliste avait plus de 45 ans, et plus de 70 ans dans 28%, 20% des patients étaient âgés de moins de 25 ans. Dans notre enquête, les plus de 45 ans étaient représentés par 36% des enquêtés et 10 % avaient plus de 65 ans, les moins de 25 ans étaient représentés par 7 % des individus.

L'enquête nous révèle que la grande majorité des patients qui avaient eu recours à une automédication dans les 6 derniers mois et qui avaient répondu au questionnaire avaient entre 25 et 54 ans (74%)

Plus d'un tiers des patients enquêtés avaient une maladie chronique. Cette proportion peut se rapprocher de cette même étude de juin 2004 [61] analysant les consultations et visites des médecins généralistes, qui montrait que 27% des consultations ou visites avaient lieu pour des patients présentant une affection longue durée (ALD).

Notre population était également plus active, plus diplômée. La majorité des enquêtés vivait principalement en famille, c'est-à-dire avec des enfants, elle représentait en effet 63% des personnes interrogées. Selon les chiffres de référence de l'INSEE, 35% des individus vivent en famille.

Peu d'étudiants ont participé à l'enquête alors qu'ils représentent 8,4% de la population générale [67]. Ce constat peut être dû au fait que les étudiants consultent moins leur médecin généraliste pour diverses raisons possibles : meilleure santé, accès aux soins moins facile, plus d'automédication.

Ses résultats suggèrent que l'échantillon de la population étudiée s'approche de celle qui peut être observée dans les patientèles des médecins généralistes en ce qui concerne le sexe mais pas pour l'âge.

1.2 Lieux de l'enquête

Pour faire référence à ce qui a été dit précédemment, l'étude a été menée par auto-questionnaire mis à disposition de patients présents en salle d'attente de cabinet de médecins généralistes, maitres de stage de la faculté de médecine de Nantes exerçants en Vendée ou en Loire Atlantique. Parmi ces 92 médecins généralistes, il y avait 37 femmes (40%).

Cette méthode donne lieu à un biais de recrutement de la population cible. En effet les individus ciblés étaient dans l'attente d'un rendez-vous médical. Ils ne sont pas représentatifs de la population générale qui pourrait pratiquer l'automédication en France.

Ce biais de recrutement est présent dans toutes les enquêtes ciblant une catégorie de population.

1.3 Le questionnaire

L'enquête s'intéressait à la dernière fois où le patient avait eu recours à l'automédication.

L'étude ne portait pas sur ses habitudes en matière d'automédication ni sur l'opinion qu'il en avait.

Il est en effet important de préciser que la façon de pratiquer l'automédication peut varier dans le temps, en fonction des situations et pour un même individu.

Nous n'avons pas mis de définition stricte de l'automédication. L'intitulé du questionnaire a été longuement réfléchi de façon à ce qu'il soit clair, précis et sans ambiguïté. Ainsi le terme automédication a été remplacé par « si vous avez souffert d'un problème de santé que vous avez soigné par vous-même ».

Ce n'est qu'à la question 8 que nous nous sommes interrogés sur la provenance des médicaments ou traitement entrepris. Ainsi nous avons pu définir nos deux groupes de population.

L'inconvénient de ce type de questionnaire « auto-administré » est de susciter une incompréhension de certains mots pouvant ainsi fausser les réponses. C'est pourquoi notre questionnaire ne comportait pas de termes médicaux spécifiques ou des situations pouvant présenter une ambiguïté dans la compréhension.

L'enquête portait sur la dernière situation d'automédication, ciblée sur les 6 derniers mois précédents l'enquête, couvrant ainsi les saisons hivernale et automnale. C'est un nouveau biais de sélection de la population. En effet nous ne sommes pas en mesure de préciser si des patients n'ont pas rempli le questionnaire du fait d'une automédication plus ancienne. Il n'était pas non plus demandé de préciser sur le questionnaire la date de la dernière automédication afin de ne pas alimenter le biais de la mémoire.

De même, il n'a pas été possible de connaître la population totale à laquelle le questionnaire a été proposé. En effet tous les patients ayant fréquentés les salles d'attente n'ont pas été comptabilisés. Parce que nous ne connaissions pas les « non-répondants » (illettrés, malvoyants, réfractaires, non utilisateurs, manque de temps...), nous avons renoncé à calculer une proportion de sujets pratiquant l'automédication.

Nos résultats ne sont donc pas extrapolables au reste de la population générale, ils ne peuvent s'appliquer qu'à la population fréquentant les cabinets médicaux, pratiquant une automédication et ayant accepté de répondre à notre enquête.

2 Description du comportement d'automédication

2.1 Les raisons du recours à l'automédication

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux patients les raisons qui les avaient conduits à se soigner par eux même, nous avons pu les classer selon la nature des raisons décrites par Fainzang [68].

Ostermann [69] définit des motifs conscients et inconscients de choix de recours à l'automédication ; parmi les raisons conscientes trois sont liées au système sanitaire et trois sont en relation étroite avec le niveau éducatif et le profil psychologique de l'individu.

Les raisons liées au système sanitaire :

- La difficulté d'obtenir un rendez-vous,
- Les conditions économiques du patient ne lui sont pas favorables,
- Le médicament est facile à obtenir.

Les raisons liées au niveau éducatif et au profil psychologique :

- La situation pathologique est jugée de peu d'importance par le patient,
- Le patient a déjà souffert d'une symptomatologie comparable,
- Il existe une crainte d'apprendre que le symptôme cache une maladie sérieuse, mais cette crainte n'élimine pas le désir de se soigner soi-même.

Les motivations à l'origine du recours à l'automédication sont très probablement déterminées par les représentations qu'ont les personnes à l'égard de la maladie, de la médecine et des médecins, ainsi que des médicaments.

Si l'on en juge par la littérature, la dimension psychologique qui sous-tend la conduite d'automédication n'a suscité, jusqu'à présent, qu'une très faible curiosité. Le pourquoi d'une telle conduite a été restreint aux aspects rationnels, conscients, plus aisés à quantifier, alors que les motivations affectives, irrationnelles et inconscientes, n'ont fait l'objet que d'études partielles.

2.1.1 Situation pathologique jugée bénigne, connue et ne nécessitant pas de consultation médicale

La sensation de « non gravité » sous-entend que le patient soit capable de se reconnaître des compétences médicales. Cette notion fait appel au « savoir profane » acquis et construit selon Barthe [70] en premier lieu sur les échanges avec les proches, puis sur les médias grand public et ensuite sur l'outil informatique par Internet. Ce savoir profane peut s'illustrer de différentes manières :

- Par expérimentation : le patient connaît la maladie parce qu'il l'a déjà vécue : « *j'ai des angines chroniques depuis ma petite enfance* », « *connaissances des symptômes* », « *habitudes des symptômes* », « *problèmes récurrents* », « *je souffre fréquemment de ces symptômes* », « *à chaque rhino-allergie...* ».

Il est souvent noté la notion de récurrences des symptômes témoignant des maintes expérimentations de ceux-ci : « *récurrent* », « *récidivante* », « *chronique* », « *saisonnière* », « *déjà eu* », « *fréquemment* », « *depuis de nombreuses années* », « *depuis des années* », « *à répétition* », « *depuis longtemps* », « *toute l'année* ». L'expérimentation de la maladie est tellement fréquente qu'elle peut devenir habituelle : « *habitudes des symptômes* ».

- Par déduction : certains patients nous confient leurs observations de leur symptômes : « *blessures similaires auparavant* » et on assiste parfois à de vrais

raisonnements médicaux où, au symptôme est associé une étiologie : « *céphalée liée à la fatigue* », « *toux matinale liée au tabac* », « *brulure liée au stress et au surpoids* », « *c'est un rhume donc c'est viral* », ou encore « *mal dû à un contexte familial fatigant* ».

- Par mimétisme du savoir professionnel : « *traitement identique si je vais chez le médecin* » ou encore « *pour un rhume, le médecin me donne toujours la même chose* ».

Il est important de souligner que le caractère « bénin » du problème de santé reste un jugement propre à chaque individu.

La plupart des travaux réalisés sur l'automédication, présentent des résultats qui corroborent les nôtres (Laure [54] ; Buclin et Ammon [101], Raynaud [53]): Les raisons les plus couramment évoquées étant que les troubles n'étaient pas assez graves pour déranger un médecin, ou que le conseil du pharmacien suffisait, ou encore que les patients se connaissaient assez pour se soigner eux-mêmes.

Toutefois, notre enquête ne demandait pas aux personnes qui ont choisi de s'automédiquer pour des symptômes bénins d'élucider ce qu'elles considéraient comme bénin. Cela laisse entier le problème de la frontière établie par les sujets entre pathologie bénigne et pathologie grave. C'est cette difficulté de la détermination du caractère bénin d'un symptôme qu'évoquent les médecins pour fonder leur position plutôt hostile à l'automédication [6] [14], considérant que l'automédication peut entraîner un retard de diagnostic préjudiciable à la santé des malades. Notre questionnaire ne nous a pas permis de répondre à cette question.

Dans une thèse sur les déterminants de l'automédication en 2012 [63], les patients différenciaient bien deux types de maladie : la bénigne et la maligne. C'est bien sur le caractère de bénignité que les patients s'autorisaient à pratiquer l'automédication. Le caractère bénin était considéré le plus souvent comme une situation éphémère et surtout connue de l'individu, influencée par ses conditions socioprofessionnelles, ses expériences, son histoire, sa culture. Les caractéristiques propres de l'individu (conditions socioprofessionnelles, expérience, histoire, culture) semblaient intervenir dans l'appréciation de la gravité du symptôme ressenti, ainsi, la distinction entre la bénignité et la malignité ou bien entre la norme et le pathologique est bien différente d'un individu à l'autre.

« *J'ai une bonne connaissance de moi et je sais ce qu'il faut faire* »

Canguilhem soutenait l'idée qu'il existe « une identité qualitative du normal et du pathologique », selon lui « *la maladie est une réalité individuelle qui se rapporte à un individu singulier, [...] il n'existe pas de pathologie objective* » [71]. C'est donc bien l'individu qui, par son histoire, sa profession, sa culture, son expérience, etc., définit sa normalité et le caractère bénin ou non d'un symptôme ressenti. Ainsi Fainzang rejoint Canguilhem en affirmant que la reconnaissance de la maladie « *mobilise un système de normes éventuellement propres au sujet* » [14].

2.1.2 Manque de temps ou difficulté de consultation médicale

Le temps est la deuxième raison du recours à l'automédication qui ait été évoquée par les individus de l'enquête. Cette raison du manque de temps est souvent associée à celle du

symptôme connu, évitant ainsi « *l'engorgement des salles d'attente pour un problème récurrent* ».

La notion de manque de disponibilité des praticiens est un autre motif de recours à l'automédication.

Ainsi nous pouvons voir une seule raison commune à ces deux motifs, que l'on se place face au manque de temps du patient ou face au manque de temps du médecin !

2.1.2.1 Le manque de temps lié au patient

La raison évoquée au recours à l'automédication est lié au patient lui-même : « *pas le temps de consulter* », « *manque de temps* », « *trop d'attente chez le médecin* », « *plus rapide* », « *urgence et confort* », « *par paresse* ».

On peut supposer que consulter un médecin demande de prendre du temps, ou du moins plus de temps que de se rendre en pharmacie ou de prendre un traitement dans son armoire à pharmacie. Nous pouvons émettre l'hypothèse dans cette situation que si le patient avait eu de la disponibilité il se serait rendu chez le médecin probablement pour obtenir des conseils ou par souci de se conformer aux normes et de se traiter sous l'approbation du médecin.

Avec l'automédication, nous sortons du modèle du médecin décideur, appelé aussi modèle paternaliste pour évoluer vers une forme plus autonome de soin : le modèle du patient-décideur.

Le modèle paternaliste repose sur le constat d'une dissymétrie entre médecin et patient. L'un a le savoir scientifique, la compétence pratique, la distance nécessaire pour juger, tandis que l'autre ne connaît de sa pathologie que ses symptômes et est perturbé par sa souffrance : « *face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement [...] l'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance [celle du patient] qui rejoint librement une conscience [celle du médecin]* » [72].

Développé en réaction au modèle paternaliste, le modèle du patient décideur [73][102] entend donner à ce dernier une souveraineté pleine et entière en matière de décision. De ce fait le modèle transpose à la relation médicale, le modèle plus général du contrat de prestataire de service : l'acteur central, principal, est le patient-client, le médecin assimilé à un prestataire au service de son client. Le principe de ce modèle repose sur l'autonomie et l'aptitude qu'aurait le patient à se soigner lui-même d'une part parce qu'il s'agit de sa vie, et d'autre part parce qu'il est le seul à bien connaître ses préférences de vie, son contexte personnel et social et serait donc le seul à pouvoir bien appréhender les retentissements des traitements dans sa vie quotidienne.

Nous pouvons également penser que l'évitement du recours à une consultation pour gagner du temps suggère également que les patients ont suffisamment de réassurance face à la symptomatologie qu'ils ressentent comme bénigne. Ils se réapproprient un savoir-pensé « médical ».

Certains nous confient que leur automédication est une façon de préserver le médecin : « *pas déranger le médecin pour un mal de gorge* », « *pas encombrer la salle d'attente* », « *pas de*

consultation pour un rhume», en exprimant que le pharmacien peut le conseiller tout autant « pas besoin de consulter, le pharmacien est là », «pour éviter d'aller chez le médecin».

Ce manque de temps peut sous-entendre que l'action de s'automédiquer est rapide, simple et pratique.

Il peut cependant paraître paradoxal, au temps des « trente-cinq heures », que le manque de temps puisse être évoqué comme un argument au recours à l'automédication. Pourtant, la sensation de manque de temps est très fréquente en milieu du travail et est décrite comme le principal élément à l'origine du « stress » moderne (pouvant aller jusqu'au fréquent syndrome de « burn out » [74].

Dans ce contexte, l'automédication peut alors correspondre à la recherche du bien-être rapide ou encore à la recherche d'une augmentation de compétences : une sorte de « dopage social » [75].

L'automédication peut aussi être vécue comme une médecine de confort, dans une volonté d'autorégulation de la santé. Cette autorégulation garantirait la productivité des individus au sein de la société. En parlant d'automédication, il est nécessaire de sortir du strict cadre de la maladie afin de l'envisager comme un acte de prévention comme le souligne Bernard-Harlaut [107].

Dans cette période de crise économique et du temps qui passe, nombreux sont les patients qui éprouvent le besoin de répondre à des dérèglements. Ce besoin est doublé de celui d'efficacité et d'immédiateté. L'automédication peut alors devenir plus subjectivement une demande du patient souhaitant « se maintenir en forme » en tout lieu et en tout temps

On peut ainsi définir la notion de la « performance en permanence » afin de garantir une productivité, pour ne pas être pénalisé économiquement, en maintenant un état de santé compatible avec une activité professionnelle. On assiste là à une automédication dans le but de faire l'« économie du temps » par l'accès plus rapide aux soins et donc aux résultats espérés.

2.1.2.2 Le manque de temps liée au médecin

Ce manque de temps reflète un problème très actuel et semble résonner à deux niveaux :

Le premier à un niveau temporel basique. Les médecins généralistes sont amenés à être de moins en moins nombreux et travaillent entre 52 et 60h par semaine [76]. Depuis notamment la notion de parcours coordonné, ils semblent être de plus en plus sollicités alors qu'ils sont de moins en moins nombreux [77]. Une démographie médicale basse et la notion de difficulté pour obtenir un rendez-vous chez le médecin sont ainsi clairement exprimées : *« rendez-vous trop long à avoir », « en attente de rendez-vous », « en attente de consultation », « difficulté pour avoir un rendez-vous », « pas de rendez-vous immédiat », « manque de médecins » et « manque de place », « médecin surchargé ».*

Ainsi un certain nombre de plaintes doivent donc se prendre en charge autrement et l'automédication paraît être le chemin à suivre, dans le sens d'un véritable transfert de compétence vers le patient.

Là, est probablement le deuxième niveau de manque de disponibilité du médecin généraliste. Il n'a pas le temps ni les moyens de parfaire cette Education à la Santé qui permettrait bien sur des économies budgétaires mais surtout des économie de stress, de fatigue, de pathologie fonctionnelle, qui représentent pour certains auteurs, le seul moyen qu'a le corps de « matérialiser » le mal-être de l'ensemble du sujet [78].

Nous savons que la France subit actuellement une désertification médicale. Nous comptons de moins en moins de médecins généralistes en particulier dans les zones rurales et reculées et en parallèle une population plus âgée, plus exigeante en termes de santé et donc de plus en plus sujette à consulter.

En 2012, Il y avait en activité régulière 9353 médecins dans la région Pays-de-la-Loire [79] Avec une densité moyenne de 272.7 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région se situe dans la catégorie des régions en faible densité de médecins. Nous comptons, en 2012, 1297 médecins en Vendée dont 39% de femmes, et 3963 médecins en Loire Atlantique (47% de femmes), département au sein duquel se concentre le plus grand nombre de médecins généralistes.

Il est intéressant de noter que parmi les 92 médecins sollicités pour la réalisation de l'enquête, ils se répartissent de la façon suivante : 75 médecins exercent en Loire-Atlantique et 17 en Vendée.

2.1.2.3 L'envie d'une alternative

L'automédication permet aux patients de s'autonomiser dans leur soin et de décider des traitements à suivre pour améliorer leur symptôme. L'alternative qu'ils ont prise alors était de se tourner vers l'homéopathie. Ils sont cependant peu nombreux (4.3% des réponses) mais nous pouvons y voir le besoin de s'éloigner du « médical » pour envisager le soin de manière plus naturel ; « *recherche de soin plus naturel* ». L'éloignement des médicaments dits « *allopathiques* » peut avoir une origine idéologique « *premiers symptômes = homéopathie* », « *pour prendre le moins de médicaments possible* » « *pour ne pas prendre de médicaments* », ou par défiance des médicaments « *manque de confiance dans les médicaments* », « *peur des médicaments trop forts* », « *réticence aux médicaments* », ou par conviction « *je fais confiance aux plantes* » préférant parfois « *la parole et la réflexion* », « *produit naturel pour éviter tous risques d'effets secondaires* », ou bien par déception de la médecine dite allopathique : « *pas de résultats avec la médecine traditionnelle* »

2.1.2.4 Incompétence médicale ?

Pour certain enquêtés, le médicament tend à être déprécié, mais tout autant que le médecin, son prescripteur tend à l'être également. Si le médicament ne marche pas, c'est la faute de son prescripteur « *mon médecin donne toujours la même chose et ça ne marche pas* », « *aucune efficacité des traitements prescrits* ». L'article 28 du code de déontologie médicale stipule bien une obligation de moyens pour le médecin, sans pour autant qu'il y ait une obligation de résultats. Or dans la société de consommation dans laquelle nous vivons, il peut apparaitre inconcevable de ne pas être satisfait du service pour lequel on a payé.

Certains médecins n'ont pas su identifier ou bien expliquer le problème de santé et pour ce patient « *le médecin me dit qu'il n'y a rien à faire, qu'il faut prendre du paracétamol* ». Nous pouvons également citer la réponse de cet individu qui pour une précédente « *erreur de*

diagnostic avec une dose trop importante de médicament » remet en cause la compétence et la confiance envers le professionnel de santé pour répondre à son problème de santé.

Malgré des études longues et difficiles, une obligation de formation continue prévue par l'article 11 du code de la santé publique, aucun doute sur la compétence de médecin ne devrait exister pour le patient, toutefois ce dernier semble encore parfois en douter : « *à chaque problème, le médecin dit que ce n'est pas grave* », « *pas de réponses à mes questions* », « *mon médecin est réticent à me prescrire des séances de kiné* », « *précédemment erreur de diagnostic* », « *une incompréhension avec les médecins* ». Ainsi certains patients considèrent que la relation médecin-malade n'est plus tout à fait la rencontre d'une conscience et d'une confiance, comme jadis avec le médecin de famille. Si l'on en juge par les plaintes citées ci-dessus, elles sous-entendent qu'une distance s'est installée entre le médecin et son patient, celle-ci ne pouvant qu'inciter à pratiquer l'automédication.

2.1.2.5 Aspect financier

La prise en compte du rôle et des difficultés de la protection sociale a peu à peu, fait progresser l'idée que le « petit risque » à savoir le petit symptôme devait être de la responsabilité de chacun et non du domaine de la solidarité collective. Ainsi pour certains patients enquêtés, l'automédication est un combat économique-sociétal : « *raisons économiques* » « *économie pour la sécurité sociale* », « *pour ne pas creuser le trou de la sécurité sociale* », bien que cette raison financière n'ait pas beaucoup été évoquée.

Pour d'autres personnes l'automédication est une nécessité : « *pas de complémentaire* » « *médicament non remboursé donc pas besoin de voir le médecin* », « *éviter un déplacement* », « *manque de moyens financiers* ». Le recours à l'automédication apparaît ainsi comme subi plutôt que choisi.

2.2 Les facteurs influençant les comportements d'automédication

Dans notre échantillon, il existe une répartition égale des patients pratiquant une automédication « observante » (319 individus) de ceux pratiquant une automédication « non observante » (320 individus).

Une enquête de l'IFOP pour le groupe PHR (groupement des pharmaciens d'officine) d'octobre 2011 [1] montrait que 50% des personnes achetaient des médicaments sans consulter de professionnels de santé. Une autre enquête de TNS Sofres pour les entreprises du médicament de mai 2011 [80] montrait que 75% des personnes achetaient des médicaments sans ordonnance.

2.2.1 Répartition en fonction de l'Âge

Les résultats nous ont montré qu'il y avait une différence significative entre l'âge et le type de recours à l'automédication. Plus le sujet vieillissait plus il se dirigeait vers une automédication « observante ».

Plus les personnes étaient âgées plus elles se rendaient en pharmacie pour se soigner et obtenir leur traitement sous couvert du pharmacien. C'était également une population qui

déclarait davantage de maladies chroniques et donc étaient susceptibles d'avoir au quotidien un traitement pouvant faire craindre des interactions médicamenteuses en cas de recours isolé à l'automédication.

Ce résultat est à moduler avec les observations réalisées par Jouan [63] qui a montré que les plus de 65 présentaient deux comportements d'automédication : d'une part le comportement de se rendre, par habitude et comme ils l'ont toujours fait, chez leur médecin pour tout problème de santé, et d'autre part, le comportement d'autonomie dans le soin mettant en avant leur âge comme une grande expérience.

Selon un sondage Publimétrie [81], on est acheteur de produits sans ordonnance d'autant plus que l'on est « actif » et que l'on est jeune : il y a 85% d'acheteurs chez les moins de 34 ans contre 75% chez les 35-64 ans et 65% chez les plus de 65 ans ».

Nous pouvons penser que nos aînés transfèrent la compétence et le savoir en matière de soin et d'automédication vers le pharmacien, ils sont restés dans une vision patriarcale de celui qui sait. Ainsi si le patient a le premier rôle dans le processus d'automédication, c'est bien le pharmacien qui détient le second rôle. Son diplôme reconnu et l'existence d'un monopole pharmaceutique font qu'aujourd'hui, il est le seul à détenir le droit de commercialiser des médicaments. C'est le seul intermédiaire entre le malade et le médicament. A cela s'ajoute qu'il soit facilement consultable et sans rendez-vous.

2.2.2 Répartition selon la situation socioprofessionnelle et le diplôme

Au-delà des interprétations liées aux incitations économiques, le recours à l'une ou l'autre automédication s'explique aussi par des facteurs éducatifs. Notre enquête a montré qu'il existait des différences significatives du mode de recours à l'automédication en fonction du niveau du diplôme et de la situation professionnelle. Ainsi, il ressortait que les pratiquants de l'automédication « non observante » étaient plutôt des actifs diplômés du supérieur tandis que les « observants » de l'automédication étaient davantage des inactifs non diplômés. Ces résultats semblent en partie se confondre avec l'effet âge décrit précédemment.

L'automédication « observante » est globalement coûteuse pour les individus, mais elle permet d'éviter le coût et surtout le temps d'une consultation médicale.

Les actifs salariés ont davantage recours à l'automédication « non observante » probablement jugée plus rapide. Ainsi nous pouvons également interpréter ces résultats non pas par un problème d'accès au soin mais un problème de délai au soin : le patient est impatient. Ainsi les individus travaillant préfèrent se tourner vers l'automédication « non observante » pour agir au plus vite et gagner du temps pour recouvrer leur bonne santé : rester en bonne santé semble primordial aux patients pour se garantir une meilleure productivité dans la société.

L'automédication « *n'est pas une réponse spontanée de l'individu, mais le fait d'un apprentissage ou interviennent largement le social et le culturel [...]* » comme le souligne Molina [103], co-directrice du MBA Marketing management de la santé et des produits de santé chez le groupe ISCAE.

Le mécanisme qui conduit un individu à faire appel à l'automédication, en fonction notamment de la représentation qu'il a de la maladie en général et de son propre état de santé en particulier, est fort complexe en raison de nombreux déterminants et de diverses

médiations qui interviennent dans le processus , en particulier ce que Freidson appelle le « *système référentiel profane* » définit d'une part par la culture et le savoir particuliers qu'ont les individus en ce qui concerne la santé et les agents de la santé et, d'autre part, par les relations qu'ils entretiennent entre eux dans la vie sociale [82].

Une enquête du CREDES en 1996 montrait qu'il existait des disparités très nettes de dépenses médicales en fonction des catégories socioprofessionnelles individuelles. Ainsi, les « milieux favorisés » (cadre supérieur et cadre moyen) avaient davantage recours aux soins peu ou mal remboursés et achetaient davantage de médicaments dits de « pharmacie non prescrite » que les milieux dits « populaires ». Pour les milieux favorisés, le coût de la santé n'était pas un obstacle pour se soigner. Il s'agissait là d'une automédication choisie.

2.2.3 Recherche d'informations

Les résultats de l'enquête montraient qu'une différence existait entre les deux groupes s'étant automédiqués. Les individus « observants », s'étant rendu en pharmacie ont été les plus nombreux à rechercher une information. Pour ce groupe d'individus la première source d'information avant de prendre un médicament en automédication a été le pharmacien, cela correspond bien à leur choix de soin.

La constatation que les individus « non observants » aient significativement moins cherché une information sur leur problème de santé et de son traitement peut laisser penser qu'ils ont une grande confiance dans le médicament qu'ils jugent ainsi inoffensif, ne le considérant peut être pas comme un « vrai » médicament à ce moment-là.

Notre enquête ne nous a pas permis de dépister un risque de mésusage par rapport à l'utilisation systématique d'un médicament quel que soit le problème de santé. Notamment leur de son utilisation sans avis spécialisé pour des symptômes qui se répètent ou durent, la croyance en l'innocuité des traitements dit « d'automédication » utilisés seul ou avec un autre traitement ou leur utilisation prolongé. Dans sa thèse sur le comportement d'automédication, Chazaud [83] met en évidence que parmi des sujets interrogés sur leur pratique d'automédication, près de la moitié avait donné une réponse indiquant un risque de mésusage. Les notions d'innocuité et de moindre efficacité apparaissaient alors confondues.

Ce résultat pourrait aussi témoigner de la volonté du patient de modifier sa relation médecin-patient. Ainsi, le médecin mais également et généralement les professionnels de santé ne semblent plus avoir le privilège thérapeutique pour certains patients. Leur conseil n'est plus exclusif, les influences extérieures sont tellement nombreuses de nos jours que le patient semblerait avoir l'embarras du choix.

Les résultats d'une thèse [84] de pharmacie réalisée en Loire-Atlantique et Vendée en 2013 montrait qu'un tiers de patients se rendant en officine pour s'automédiquer n'avait aucune idée du médicament à acquérir et s'adressait directement au pharmacien. Dans les deux tiers des situations, ils se rendaient à la pharmacie avec une idée du traitement en le demandant au pharmacien ou en le choisissant directement dans le rayon libre accès dédié. Cette thèse mettait aussi en évidence que plus de huit patients sur dix considéraient l'automédication officinale sécurisée par les conseils du pharmacien et bien encadrée.

Nous n'avons pas mentionnés dans les choix de réponses proposées à la question de la recherche d'informations concernant le problème de santé les sources d'informations mis à disposition du grand public dans les pharmacies pour accompagner l'automédication telles que

les dépliants et les brochures élaborés par l'ANSM. Ils précisent les règles d'or d'une automédication responsable et bien maîtrisée et apportent une information pédagogique pour les pathologies courantes de l'adulte (telles que la douleur, l'herpès labial, le rhume, la rhinite allergique, la constipation occasionnelle, la diarrhée passagère).

Dans sa thèse de médecine générale [83] sur le comportement d'automédication et son abord en consultation, Chazaud a montré qu'aucune personne interrogée ne semblait connaître et avoir eu connaissance de ces outils. Il se peut que ces dépliants soient confondus avec de la publicité et que le peu de temps probable passé en pharmacie ne permettaient pas de porter suffisamment son attention à une information sous cette forme.

2.2.4 Automédication et idée du diagnostic/antécédent du problème

L'enquête a révélé un recours accru à l'automédication « non observante » lorsque que l'individu avait une idée du diagnostic ou un antécédent du problème de santé. Dans ces situations, en effet, ils s'affranchissent du recours à l'officine pour se soigner.

Nous pouvons trouver l'explication dans la présence au domicile de reliquats de traitements prescrits sans doute antérieurement par le médecin. Le conditionnement de ces derniers favorisant souvent l'automédication familiale. La littérature rapporte que 97% des foyers français gardent les médicaments restants après la fin du traitement prescrit par leur médecin [62]. Ils sont réutilisés le plus souvent en cas de symptômes identiques, non seulement du patient pour lesquels ils avaient été prescrits initialement, mais aussi en cas de symptomatologie « proche », ou encore de cas similaire d'un autre membre de la famille. Un travail de thèse réalisé en 1987 et cité par Jouan rapporte, dans le même sens, l'importance de la consommation de produits de santé, en dehors du circuit pharmaceutique habituel [63].

L'automédication « non observante » est une pratique autonome d'automédication, elle implique une autonomie d'action, une autonomie de volonté correspondant à l'autodétermination et une autonomie de pensée déterminée par le fait de savoir reconnaître les symptômes et avoir une idée de diagnostic.

Pour comprendre les attitudes et comportements des individus dans le domaine de l'automédication, on ne peut pas, selon Aiach et Cèbe, « *faire l'économie de l'analyse du symptôme* » lequel « *se trouve, sauf rares exceptions, à l'origine de tout processus de prise de conscience que « quelque chose ne va pas » et qu'il convient ou non, d'en faire part à d'autres personnes [...]* » [85]. Ils rapportent que l'examen attentif des conduites à partir de symptômes spécifiques révèle des attitudes très complexes qui peuvent certes, se différencier selon le milieu socio-culturel d'appartenance et conduire à des actes de consommation médicale différents, mais que ces actes n'ont rien de systématique.

Ce schéma intègre la prise en charge d'un symptôme jugé bénin, passager dont le remède est connu de l'individu ou de sa famille. Par ses antécédents du problème, l'individu acquiert un savoir « expérimental » afin qu'il puisse être capable de se traiter lui-même. Il y a dans certaine situation un transfert du savoir médical pour lequel l'éducation permet au patient de gérer son traitement et sa prise en charge.

Cette réflexion est en accord avec Fainzang [68] qui distingue plusieurs stade de maturation à l'autonomie du soin : l'auto-examen, autodiagnostic avec la reconnaissance de la maladie, et la décision de s'automédiquer, ce qu'elle nomme l'automédicalisation. L'automédicalisation

fait référence à la décision personnelle de médicaliser un problème ou un phénomène, et donc de considérer que ce problème ou ce phénomène doit être soigné.

Haas dans sa thèse traitant sur l'automédication et la médication officinale [84] a mis en évidence que 52% des personnes interrogées qui venaient soigner un problème de santé en pharmacie, avaient préalablement eu recours à leur armoire à pharmacie.

Grare [62] dans son enquête menée en 2010 a posé la question « utilisez-vous des médicaments pris dans une armoire à pharmacie familiale ? ». 45% déclaraient y avoir recours pour se soigner eux même et 28% pour soigner un autre adulte.

Concernant ce recours important à l'armoire à pharmacie, l'APIPA révèle que 91% des personnes utiliseraient leur armoire à pharmacie comme premier geste d'automédication et que 70% utiliseraient un produit de prescription antérieure.

2.2.5 Automédication et maladie chronique

Les personnes ne présentant pas de maladie chronique s'automédiquent plus fréquemment de manière « non observante ». Ce résultat peut être lié au fait que ces individus consultent moins souvent le médecin et n'ont peut-être aucune méfiance envers un médicament qui, pris ponctuellement et sans prescription ne peut pas nuire. Selon une étude IPSOS pour le compte du LEEM [104] en 2013, 87% des français interrogés font confiance aux médicaments, cette confiance est encore plus élevée (92%) quand il s'agit de leurs propres médicaments. Cette confiance ne cesse de progresser.

On peut penser que les patients présentant une pathologie chronique ont un traitement de fond pour lequel ils consultent régulièrement leur médecin, sont plus prudents vis-à-vis du médicament et peut être mieux éduqués quant aux risques liés à l'interaction médicamenteuse et donc plus susceptibles de se rendre chez le pharmacien pour y demander conseil. Ces patients peuvent aussi lors des rencontres périodiques avec leur médecin demander à ce qu'il ajoute sur l'ordonnance des produits d'auto-soin. C'est ce que Ostermann appelle les « ordonnances suggérées » [63].

D'ailleurs le facteur âge pourrait être en partie expliqué par cet effet « maladie chronique » car, on sait que plus les personnes vieillissent plus elles sont sujettes aux pathologies chroniques.

2.2.6 La place de l'homéopathie

Il est intéressant de constater que les personnes ayant eu recours à l'automédication « observante » l'ont aussi fait dans le but d'éviter la prescription d'une médecine « allopathique » et de ses médicaments « agressifs », se tournant préférentiellement vers l'homéopathie, un soin plus naturel pouvant être considéré comme moins nocif et sans effets secondaires. L'homéopathie est alors perçue comme une alternative naturelle aux médicaments « chimiques ».

Ainsi les patients enquêtés se soignaient plus souvent par des traitements homéopathiques lorsqu'ils se rendaient en pharmacie et lorsque qu'une information avait été recherchée.

Cette analyse fait écho à l'envie d'une « alternative » comme raison évoquées du recours à l'automédication.

L'homéopathie est une médecine globale [86] qui peut être utilisée à la fois en préventif avec cette recherche de performance évoquée antérieurement et en curatif. Elle peut également être utilisée en tant que thérapie adjuvante aux traitements « standards » de certaines pathologies. Elle présenterait de nombreux avantages car elle n'engendre pas d'effets secondaires et ne présente pas de contre-indication. Son efficacité n'a cependant pas encore été largement documentée. Elle trouve notamment sa place dans la prise en charge de pathologies récurrentes, des personnes poly-médicamentées, des mauvais répondeurs sous allopathie et dans le cadre de la prévention.

En 2012, 56% des français affirmaient avoir déjà consommé des médicaments homéopathiques contre 39% en 2004 et 36% des personnes interrogées se déclaraient utilisateurs réguliers. Le médicament homéopathique est particulièrement apprécié pour son innocuité et son efficacité [87].

Ce résultat peut aussi souligner un paradoxe. Le patient se soustrait du conseil du médecin pour se retrouver dans une situation de recherche de conseil auprès d'un autre professionnel de santé qu'est le pharmacien. Là où il estime que le recours au médecin est inutile dans la situation où il s'automédique, l'individu se soignant par homéopathie, sans doute parce qu'il connaît moins bien ce genre de traitement, recherche au contraire le conseil du pharmacien. Ce dernier se trouve cependant lié à l'industrie pharmaceutique, et pourrait influencer le choix de traitements alternatifs, peut-être plus intéressant financièrement.

Lorsque le sujet utilise l'homéopathie en automédication, il pose sa confiance auprès du pharmacien, qui se doit d'établir une démarche diagnostique, se concentrant sur les réactions du patient, les symptômes concomitants sans oublier pour autant les signes généraux d'une maladie sous-jacente.

2.2.7 Le symptôme traité

L'enquête nous a permis de connaître les principaux symptômes pour lesquels les patients avaient eu recours à l'automédication au cours de la période hivernale 2012.

C'était pour traiter des symptômes respiratoires (toux), ostéomusculaires (douleurs) ou neurologiques (céphalées) que les individus se sont tournés vers leur armoire à pharmacie afin d'y trouver leur traitement. L'analyse multivariée a permis d'établir un lien significatif entre ces symptômes décrit et le mode de recours à l'armoire à pharmacie pour se soigner.

Ce résultat fait probablement écho à la forte prévalence de ces troubles chez les individus connaissant leurs symptômes ou ayant déjà eu un antécédent du problème. D'ailleurs le fait d'avoir une idée du diagnostic apparaît significativement lié à la pratique « non observante » dans l'analyse multivariée.

Cette situation rejoint une des raisons évoquées par Fainzang [14] où l'automédication familiale est souvent pratiquée comme répétition d'une prescription antérieure, le sujet se fondant sur la compétence du professionnel pour reproduire le diagnostic et le traitement proposé en estimant qu'il n'a pas besoin de consulter une seconde fois pour un symptôme qu'il pense être analogue et auquel il attribue une étiologie identique. L'auteur signale ainsi un glissement entre « connu » et « bénin ».

Une enquête réalisée par l'institut Conseil sondage analyses-TMO (CSA-TMO) pour le compte de la Direction générale de la santé (DGS) en 2002, révèle que le premier recours face à une douleur ou à un symptôme est de se tourner vers l'armoire à pharmacie [16] [17].

Il paraît aujourd'hui peut concevable d'envisager un foyer sans une pharmacie familiale. Cependant il n'existe que très peu de données sur ce sujet.

Une étude [88] réalisée au premier semestre 2010 sur un échantillon de 207 foyers de la région aquitaine avait pour objectif d'étudier le contenu quantitatif et qualitatif des armoires à pharmacie de ces foyers. L'étude avait été menée par questionnaire. L'analyse des résultats avait permis de montrer que 95,7% des personnes avaient déclaré détenir une armoire à pharmacie où étaient stockés des médicaments. Elle avait permis de constater qu'un foyer détenait en moyenne 12 noms de spécialités différentes et 19 conditionnements différents, (28,4% des conditionnements étaient périmés). 76,3% des armoires à pharmacie contenaient au moins un conditionnement de médicaments PMO. Dans plus de 70% des pharmacies, il avait été retrouvé des médicaments des appareils digestifs et musculaires.

L'enquête a également mis en évidence une différence significative selon le genre du chef de famille, avec plus de médicaments lorsque celui-ci était une femme. Elle a également mis en évidence une relation inverse entre l'âge et le nombre de conditionnement retrouvés dans l'armoire à pharmacie.

La littérature rapporte que 97% des foyers gardent les médicaments restants après la fin du traitement prescrit par le médecin [89] le plus souvent conservés dans des conditions inadéquates. Ils sont réutilisés le plus souvent en cas de symptômes identiques, non seulement du patient pour lesquels ils avaient été prescrits initialement, mais aussi en cas de symptomatologie « proche », ou encore de cas similaire d'un autre membre de la famille.

Une autre étude rapportée par le CREDOC [90] d'après un travail de thèse réalisé en 1987 soulignait l'importance de la consommation de produits de santé, en dehors du circuit pharmaceutique habituel.

Le nombre élevé de médicaments en réserve dans les familles peut s'expliquer par la conséquence de la loi Talon qui interdit le déconditionnement des médicaments (il n'est autorisé que pour les stupéfiants). Les reliquats des traitements prescrits sont alors stockés dans l'armoire à pharmacie familiale et re-consommés facilement dans le cadre d'une automédication, bien que les laboratoires adaptent les conditionnements aux posologies usuelles de leurs spécialités.

Le stock de médicaments peut aussi s'expliquer par le comportement non rationnel des patients à l'égard des traitements. Ducourau [91] en 1995 dans sa thèse sur la non consommation des médicaments prescrits avait montré que seuls 15% des malades avaient suivi rigoureusement leur traitement. Le restant du traitement était alors souvent rangé dans l'armoire à pharmacie, ce qui peut expliquer que la moitié des sujets de l'enquête aient eu une pratique « non observante » lors de leur dernière automédication. Ainsi nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les symptômes ressentis étaient non seulement connus, expérimentés mais qu'ils avaient aussi déjà été soigné antérieurement.

Dans notre enquête, concernant le mode d'automédication pour des symptômes d'ordre digestif ou cutané, il semblerait que les patients aient plus souvent eu recours à l'officine qu'à leur armoire à pharmacie. Peut-on supposer que ce problème de santé était moins souvent expérimenté, moins souvent connu, avec une idée du diagnostic moins sûre, poussant alors

l'individu à se rendre en pharmacie prendre le conseil ou non du pharmacien avant de se soigner ?

Kassabi dans son travail de 2000 a montré que les céphalées, le rhume, la toux et la diarrhée représentaient les principales pathologies soignées en automédication (elle ne distinguait pas automédication « observante ou non »). Dans les médicaments consommés, venaient en tête les antalgiques-antipyrétiques, et plus particulièrement le paracétamol suivi ensuite de l'acide acétylsalicylique, puis des médicaments ORL et des voies respiratoires [92].

Dans sa thèse de 2012 portant sur le comportement d'automédication, Chazaud [83] a montré que les symptômes ayant motivé le recours à l'automédication étaient principalement les céphalées, le mal de gorge, le rhume, la fièvre, les douleurs puis la toux. Haas [84] a aussi mise en évidence une pratique de l'automédication pour des problèmes tout d'abord respiratoire puis digestif, général, neurologique et enfin cutané, et montrait que les systèmes pour lesquels les patients avaient le plus recours à leur armoire à pharmacie étaient les systèmes digestif, ostéo articulaire et psychologique.

Fainzang [68] a étudié à plusieurs reprises l'influence du savoir profane sur les conduites de soins. Ainsi, même dans les sociétés occidentales, ou dans les populations qui ont des connaissances médicales, les représentations des individus vis-à-vis de leur maladie et des traitements conduisent souvent à des comportements irrationnels [93]. Elle a par exemple montré que les patients possédaient un savoir sur la cause et sur le sens des maladies qui conduisait à une « réinterprétation de l'ordonnance », c'est-à-dire à un usage du médicament qui lui ait propre [94]. Ainsi, l'automédication fonctionne comme d'autres comportements dans la vie, c'est-à-dire qu'au-delà de la rationalité, tout ce qui construit une personne influence ses choix, de façon consciente ou inconsciente.

La connaissance des représentations populaires du corps et de la maladie est importante à considérer [95]. La physiopathologie populaire a une représentation mécanique du corps mais la « machine » profane n'est pas celle conçue par la biomédecine. Le « corps machine » est un corps morcelé dont chaque organe peut être isolé dans sa souffrance et son dysfonctionnement. L'épuration et la régénération du sang sont les deux principes physiologiques élémentaires assurant la santé de l'individu.

Barthe [70], dans une étude sur la connaissance profane des symptômes menant à une maladie montrait des différences importantes dans la qualité du rapport qu'ont les groupes sociaux à la maladie, à ses manifestations et à ses modes de traitement. Il apparaît aussi que l'interprétation profane des symptômes dépendait de leur contexte de surgissement, ce qui pose à terme la question de l'organisation cognitive de diagnostic profane.

Selon Canguilhem [96], La notion de maladie peut être définie comme une anomalie qui intervient comme une rupture brutale dans la vie d'un individu. Il existe des variations individuelles qui font que toutes les anomalies ne sont pas ressenties comme pathologiques. La pathologie implique « *un sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée* ». Ainsi le symptôme, la maladie est « *un état contre lequel il faut lutter pour pouvoir continuer de vivre* »

De nombreuses études [97] soulignent en effet que « les patients, à travers leurs perceptions donnent un sens au symptôme, et en fonction, déterminent leurs actions » permettant alors de comprendre les réactions émotionnelles et comportementales de ces patients.

Freidson [82] accordait une importance aux conceptions profanes. Il admettait qu'il y avait des médecines parallèles, savantes ou populaires, qui déterminaient ou influençaient les attitudes face à la maladie et les conduites de soins appropriées. Même dans une société où domine la médecine moderne à caractère libéral, la maladie n'est pas uniquement l'affaire de la médecine. En outre, il y a des maladies qui ne conduisent pas forcément chez le médecin et font l'objet d'automédication ou tout simplement ne sont pas considérées comme des maladies : même en se rendant chez le médecin, la maladie reste avant tout l'affaire du malade. Ce dernier a un vécu, une expérience et une interprétation spécifique de sa maladie lesquels peuvent déborder l'étiologie médicale moderne. Donc cette construction profane a sa logique propre qui est indépendante des modèles médicaux.

Tout en se situant dans la tendance freidsonienne, une nouvelle approche s'est constituée notamment en France, axée sur l'étude des représentations de la maladie et de la santé. Son mérite est de montrer la pertinence des représentations profanes en tant que révélatrices des conduites et des valeurs sociales. A travers ces représentations, c'est le rapport de l'individu à la société et à la culture qui est appréhendé. En ce sens, la maladie est étudiée comme un fait psychosocial.

Comme le souligne Herzlich,[98] bien que le fait d'être en bonne santé ou malade « *est une expérience individuelle qui ne peut être partagée...; on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société* » Elle développe ainsi l'aspect social de la maladie, elle parle de celle-ci comme de « *l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif* ». La maladie suscite donc un questionnement qui va plus loin que l'individu et que la prise en charge médicale. Autrement dit, « *les troubles peuvent être là, mais c'est ce que nous autres, êtres sociaux, pensons et faisons à leur égard qui détermine le cours de notre vie* ». La maladie a donc « *une définition sociale et est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent* »

Sendrail [105] démontre que les discours et les représentations profanes relatifs à la santé et à la maladie sont des entités autonomes. Ils ne sont, en aucun cas, réductibles aux concepts pathologiques de la médecine moderne. Dans cette perspective le malade n'est pas considéré comme un objet ou un sujet passif. Car, d'une part, il participe à la construction sociale du symptôme ou de la maladie et d'autre part, il contribue, plus ou moins activement selon la nature de la maladie au processus de soins par l'automédication.

2.2.8 Automédication et Déclaration de l'état de santé

De manière attendue, l'influence de l'état de santé général déclaré des individus est décisive dans le recours à l'automédication « non observante » ou « observante ».

L'automédication se limite en effet à des médicaments traitant des symptômes considérés comme bénins. Quand les personnes déclaraient un état de santé mauvais ou moyen, leur recours à l'automédication « observante » apparaissait supérieur (54,8%). Le mauvais état de santé peut être synonyme de traitement quotidien, (peut être nombreux), et devient un frein à l'automédication « non observante ». Pour des raisons de sécurité, le conseil du pharmacien est alors souhaitable quand le médecin n'est pas disponible pour répondre à une question ne serait-ce qu'au téléphone, pour surveiller la tension tous les jours ou toutes les semaines, ou encore apaiser les inquiétudes puisqu'un rendez-vous est impératif pour le voir.

Ceci n'est pas le cas du pharmacien d'officine qui est le seul professionnel de santé accessible par tous très facilement, sans rendez-vous, et sans honoraire de consultation...

Il apparaît important de renforcer la confiance qu'ont les sujets envers le pharmacien, afin qu'ils aient le réflexe de se tourner vers lui en cas de simple interrogation. Le pharmacien doit être un partenaire naturel du patient qui s'automédique. A ce titre la formation du pharmacien à l'éducation thérapeutique doit être renforcée et l'acte d'éducation reconnu. Dans le cas de pathologie chronique, le pharmacien doit également devenir un partenaire plus actif du médecin.

Face au vieillissement de la population et de l'augmentation de la part d'automédication dans la manière de nous soigner, l'Ordre des Pharmaciens [99] a été désigné pour mettre en place un outil permettant de sécuriser la santé des patients, et de diminuer ainsi les risques de iatrogénie : le dossier pharmaceutique défini dans l'article L-161-36-4-2 de code de sécurité sociale (loi du 30 janvier 2007). C'est un outil professionnel gratuit qui permet une vision globale des différents traitements des patients. En effet il reprend l'ensemble des traitements des quatre derniers mois qu'ils s'agissent de médicaments prescrits, remboursés ou non, mais aussi de tous les médicaments d'automédication. Les données sont collectées, centralisées chez une « hébergeur de données de santé » et reliées à la carte vitale. Le consentement du patient est obligatoire pour la consultation et l'alimentation du dossier. De plus c'est au patient de choisir les médicaments qu'il souhaite inscrire.

2.2.9 Durée du soin

La dernière automédication a duré significativement moins longtemps pour les individus ayant été « non observants » que pour les individus observant

La durée maximale recommandée par la majorité des médicaments en automédication est de 5 jours, [42] ce n'est pas ce que nous constatons dans nos résultats. Les patients s'étant rendu en pharmacie ont été plus nombreux à se soigner au-delà des 7 jours. Les résultats sont surprenants venant d'un groupe d'individus étant allé chercher une information auprès du pharmacien. Ont-ils bien reçu les conseils en question ou bien sont-ils devenus inobservants ?

2.2.10 Distance pharmacie

Les résultats ont montré dans l'analyse multivariée que la distance à la pharmacie dite « habituelle » influençait le mode de recours à l'automédication. En effet plus la distance séparant cette pharmacie du domicile du patient augmentait plus le risque du recours à la pharmacie familiale pour se soigner était importante.

Peut-on émettre l'hypothèse qu'un certain confort de vie recherché par les « non observants » en évitant de se déplacer à la pharmacie pourrait expliquer ce résultat ? Notre enquête n'a pas permis de connaître la distance de la pharmacie la plus proche du domicile qui n'est peut-être pas pour tout le monde la pharmacie de référence.

Dans sa thèse Haas [84] met en évidence que les cinq critères principaux (classés par ordre décroissant) concernant le choix d'une officine au cours d'une automédication étaient : la proximité de celle-ci ou sa situation dans un lieu régulièrement fréquenté, l'habitude et la fidélité à une officine, la compétence de l'équipe officinale et les conseils délivrés, puis l'officine pratiquant des prix intéressants et enfin le hasard.

Il ne nous a pas été possible de préciser la présence ou non dans la pharmacie dite « habituelle » d'un rayon libre accès. Ce bilan est difficile à dresser car peu d'études ont été réalisées. Suite à la parution du décret du 1^{er} juillet 2008, 29% des pharmacies présentaient un rayon accès libre en octobre 2008 [100], elles étaient près de 70% en 2013 [106]. Ainsi, cela pourrait justifier un certain nombre de comportement « non observants » de l'automédication.

Aujourd'hui le libre accès n'est pas encore mis en place dans toutes les officines. Certains pharmaciens refusent encore de développer le concept des médicaments en libre accès, afin de préserver leur rôle de conseil et de prise en charge. Ces pharmaciens, à la tête en général de petites structures ne souhaitent pas bousculer leur habitudes ni celle de leurs patients. De plus, certaines personnes ne connaissent pas encore cette notion de libre accès, d'autres s'y perdent un peu ne voyant pas l'intérêt de se servir eux même pour des médicaments qui ne sont peut-être pas perçus comme des produits comme les autres.

2.2.11 Comparaison des deux populations étudiées

Globalement, les deux populations qui ont recours à l'une ou l'autre automédication se distinguent sur certains points.

Plus les individus sont jeunes, les symptômes de type respiratoire, maux de tête ou douleurs dorsolombaires plus ils vont s'autonomiser dans le soin sans rechercher d'information sur leur problème de santé. Ils connaissent leur problème qu'ils jugent bénin, ne présentent pas de comorbidité apparente et vont s'automédiquer sur une courte période avec des reliquats de précédentes ordonnances ou de médication d'automédication trouvés dans leur armoire à pharmacie. Diplômés du supérieur et stabilisés dans une situation professionnelle, ils semblent avoir acquis un savoir, des connaissances et des croyances profanes en matière de maladie et ont une idée bien précise du diagnostic. Leur pharmacie habituelle est distante d'au moins cinq kilomètres du domicile, sans que nous puissions affirmer que cette seule distance soit décisive dans le mode de recours à une automédication « observante ». Leur choix de soin se porte significativement davantage sur des médicaments allopathiques.

A l'inverse, plus le sujet est inactif, âgé, non diplômé du supérieur, mais aussi retraités plus il se tourne vers une automédication « observante » en se rendant en officine. Cette pratique est peut être jugée plus dangereuse sans l'avis d'un professionnel de santé en raison d'un état de santé décrit moins bon et la présence de pathologies chroniques et de nombreux facteurs de risque qui accompagnent le vieillissement. Le recours à une médecine plus naturelle serait aussi recherché par la consommation plus importante de traitements homéopathiques.

Conclusion

L'automédication engage la responsabilité de patient vis-à-vis de lui-même, la responsabilité du traitement reposant habituellement sur celui qui l'a proposé : le pharmacien le plus souvent dans l'automédication « observante », et le patient lui-même quand il s'agit d'automédication « non observante ». Nous voyons bien qu'une collaboration pharmacien-patient, médecin-patient et pharmacien-médecin doit se construire afin d'éduquer les patients à une automédication raisonnée et sécurisée. La mise en place de la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES), préparant au concours d'entrée pour les études de médecine, dentaire, pharmacie et sage-femme, depuis la rentrée 2010 et établissant des compétences transversales communes, est une contribution à l'établissement d'une collaboration entre professionnels de santé, en particulier entre médecins et pharmaciens. Le pharmacien a une approche différente dans la relation avec le patient. Il n'a pas la prétention de faire un diagnostic, mais doit effectuer tout de même un entretien pharmaceutique [24] qui a pour objectif d'évaluer une situation décrite par le patient, et de repérer si celle-ci relève de l'urgence ou si elle nécessite une consultation médicale.

Afin d'assurer la sécurité des personnes s'automédiquant à la maison sans avoir eu recours à un professionnel de santé, il ne me paraît pas paradoxal d'impliquer les médecins dans ce phénomène, qui par définition s'en trouvent exclus. La généralisation du médecin traitant doit permettre de favoriser le suivi plus approfondi des patients et devrait permettre de faciliter la détection de comportement à risque en matière d'automédication. Encore faudrait-il s'assurer que tous les médecins traitants aient une bonne information des médicaments destinés à l'automédication. Une méthode d'éducation applicable en consultation pourrait être une brève intervention qui consisterait en la demande systématique de la prise de médicaments sans avis du médecin ou du pharmacien, accompagnée d'un rappel des règles simples du bon usage du médicament en insistant sur le fait qu'il s'agit de « vrais » médicaments avec un effet thérapeutique mais aussi des effets indésirables possibles. Les mesures hygiéno-diététiques pour des symptômes bénins devraient également être le plus souvent rappelées à l'instar des fiches info-patients de la revue Prescrire. Ce type d'intervention pourrait être mené conjointement avec les pharmaciens qui voient les patients dans d'autres circonstances. Ainsi un partage des compétences entre médecins et pharmaciens pour mener des actions communes de promotion du bon usage des médicaments d'automédication serait souhaitable.

Un certain nombre d'études tendent à constater que de nombreuses personnes considèrent que les médicaments vendus en pharmacie sont sans risque pour la santé. C'est aussi au pharmacien de jouer son rôle de prévention et d'information et de rappeler les bonnes pratiques d'utilisation d'un médicament.

Bibliographie

- [1] Les Français et le système de santé. Etude PHR/IFOP, 2011.
- [2] Michot-Cabas M. Automédication et libre accès aux médicaments, enjeux de la responsabilité et de l'éducation des patients. 2008 [Internet]. Disponible sur : <http://www.ethique.inserm.fr>
- [3] Décret n°2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments en accès direct dans les officines : *Journal Officiel* du 1^{er} juillet 2008: [Internet]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019103892>
- [4] OMS. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication, Geneva, 2000 [Internet]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medcinedocs/en/d/Js221e/>.
- [5] OMS. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. [Internet]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medcinedocs/en/d/Jwhozip32e/>
- [6] Pouillard J. Risques et limites de l'automédication. Rapport adopté lors de la session de Conseil National de l'Ordre des médecins. *Bulletin de l'ordre des médecins*, 2001. [Internet], Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication>.
- [7] Collège National des Généralistes Enseignants. L'automédication. In : *Médecine générale : Connaissance et pratique*. Edition Masson, Paris, 2009: 345.
- [8] Ordre National des Pharmaciens. Dossier-Automédication des patients : une conduite accompagnée par les pharmaciens. [Internet]. Disponible sur : <http://www.odre.pharmacien.fr/Le-metier-du-pharmacien/Dossiers-professionnels/Automedication-des-patients>
- [9] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes : Définition de l'automédication. [Internet]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/automedication.htm>
- [10] ANSM : Définition de l'automédication. [Internet]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/L-Afssaps-accompagne-la-mise-a-disposition-de-medicaments-devant-le-comptoir>
- [11] AFIPA, L'automédication responsable ; Qu'est-ce que l'automédication ? [Internet]. Disponible sur : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/304-qu-est-ce-que-l-automedication.aspx>
- [12] LEEM, Les Entreprises du Médicaments : Qu'est-ce que l'automédication ? [Internet], Disponible sur: <http://leem.org/article/l-automedication>
- [13] Rapport Coulomb et Baumelou. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, position des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale. 2007 [Internet]. Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/074000030/0000.pdf>

- [14] Fainzang S : L'automédication ou les mirages de l'autonomie. 2012 *Presses universitaires de France*, Paris, 1: 182.
- [14bis] Fainzang S. From self-diagnosis to self medication : constucting and identifying symptoms. In: Fainzang S, Haxaire C, editors. *Of bodies and Symptoms Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment. 1^oed. Tarragona: URV; 2011 :39-58.*
- [15] Lecomte T. la faiblesse de l'automédication en France. *Econ Stat E S- Paris Inst.* 1998; 312: 312-313.
- [16] Queneau P. Introduction « il y a automédication et ... automédication ». In Queneau P, editors, Camous JP, Casassus P, et al, Apnet. *Automédication Auto prescription Autoconsommation. 2^o colloque de l'APNET ; 1998 ; Palais du Luxembourg. Paris : John Libbey Eurotext ; 1999 ; 11-14.*
- [17] Barras V, Ducor P, et al. L'automédication pratique banale, motifs complexes. In Buclin T, Ammon C, editors, 1^oed. Genève : *Médecine et Hygiène* ; 2001 : 292.
- [18] Larousse. *Petit Larousse illustré* 2013.
- [19] Buchan G. *Médecine domestique ou traité complet des moyens de se conserver en santé.* Edimbourg, Paris : *Ed. Desprez* ; 1781 ; 604.
- [20] Carol A. Daniel Teyssiere, la médecine du peuple de Tissot à Raspail (1750-1850) Médecins et médecine des pauvres. *Annales. Histoire, Sciences Sociales* ; 2001 ; 56 : 221-222.
- [21] Wazaify M., Shields E., Hughes C-M. et al. Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines. *Family Practice*, 2005 ; 22 : 170-176.
- [22] ANSM : Liste des médicaments de médication officinale. [Internet]. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0)
- [23] ANSM, Médicaments en accès libre – les 7 règles d'or de la médication officinale, [Internet]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d1b5b7bbee022b6e59d3838c8367f0a5.pdf
- [24] Code de la santé publique : Article L.5125-33 et R.5125-70. [Internet]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026897505&dateTexte=&categorieLien=cid>

- [25] Site de l'Ordre national des pharmaciens : vente de médicaments sur Internet en France. [Internet]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-patient/Vente-de-medicaments-sur-internet-en-france>
- [26] Prescrire, Situations courantes d'automédication. *Revue Prescrire*, 2008 ; 299 : 300-301.
- [27] Code de la Santé Publique, Article L5111-1 modifié par Loi n°2007-248 du 26 février 2007. [Internet] ; disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689866&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [28] Ferry S. L'usage du Médicament. Paris: *Em Inter*; 1999 : 641.
- [29] ANSM, Définition et modalité des AMM. [Internet]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisation-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Definition-et-modalite-des-AMM>
- [30] Avis du 27 mai 2005 aux fabricants concernant les demandes d'A.M.M. des médicaments de prescription médicale facultative (PMF) - article 1.2. [Internet]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080032.htm>
- [31] Directive 2001/83/CE du Parlement Européen et du Conseil du 6 novembre 2001, article 71 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. [Internet]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol1/dir_2001_83_cons2009/2001_83_cons2009_fr.pdf
- [32] Eureka santé. Accueil : Médicament : la réglementation du médicament. [Internet]. Disponible sur : <http://www.eurekasante.fr/medicaments/regles-bon-usage.html>
- [33] Directive 2004/27/CE du Parlement Européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, article 72. [Internet]. Disponible sur : https://www.edqm.eu/site/Directive_200427CE-en-8116-2.htm
- [34] Liste des indications, pathologies, situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF. Annexe I de l'Avis aux Fabricants, Bulletin Officiel du 15 septembre 2005. [Internet]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/searchengine/general_search?SearchText=liste+des+situation+clinique+reconnue+comme+adapt%C3%A9a+%C3%A0+un+usage+en+PMF
- [35] Chabrol R. La démocratie sanitaire. *Revue Française des Affaires sociales*, 2000 ; 54 (2) : 163.
- [36] AFIPA, Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une automédication responsable. [Internet]. Disponible sur : <http://www.afipa.org>
- [37] Site internet doctissimo.fr dédié à la santé destiné au grand public. [Internet]. Disponible sur : <http://www.doctissimo.fr>

- [38] Fondation La Santé sur Internet. [Internet]. Disponible sur : http://www.hon.ch/home1_f.html
- [39] Fondation La Santé sur Internet. Certification HON Code. [Internet]. Disponible sur : http://www.hon.ch/honCODE/Patients/index_f.html
- [40] Dupagne D. J'arrête le HonCode. [Internet]. Disponible sur : <http://www.atoute.org/n/article/j-arrete-le-honcode-1>
- [41] HAS. Communiqué de presse ; juin 2013. [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601629/fr/presse-medicale-la-has-apporte-sa-contribution-au-debat-en-matiere-damelioration-des-pratiques-editoriales
- [42] Giroud J-P., Médicaments sans ordonnance, les bons et les mauvais !: guide d'automédication. Paris : *Editions de la Martinière*, 2011 : 571.
- [43] Ordre National des Pharmaciens ; les médicaments falsifiés. [Internet]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-patient/vente-de-medicaments-falsifies>
- [44] CDER Meeting Documents: Non Prescription Drugs Advisory Committee – FDA, Presentation de Parivash Nourjah, 2002. [Internet]. Disponible sur : <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/02/transcripts/3882T1.htm>
- [45] Health Protection Agency : National Poisons Information Service UK, annual report 2005-2006. [Internet]. Disponible sur: <http://www.npis.org/NPISAnnualReport2005-06.pdf>
- [46] Queneau P. L'automédication, source de danger ? Académie Nationale de Médecine, séance du 6 novembre 2007. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2007,191, (8) : 1535-1537.
- [47] Giroud J-P., Bauwens M., Rouveix B. Intérêt et limite de l'automédication. Un comportement à risque, in Queneau P. et al. Automédication, Auto prescription, Autoconsommation. *John Libbey*, Paris; 1999 : 134.
- [48] Shivo S., Ahonen R., et al. Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Family Practice*. 2000 , 17 (2): 145-149.
- [49] Chabot J-M., Rajaona H. et al. Iatrogénie observée en milieu hospitalier. A propos de 109 cas colligés à partir d'une enquête transversale de l'APNET. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1992,176 (4): 511-529.
- [50] Asseray, N., Ballereau, F., Trombert-Paviot, B.,et al. Frequency and Severity of Adverse Drug Reactions Due to Self-Medication: A Cross-Sectional Multicentre Survey in Emergency Departments. *Drug Safety*, 2013; 36(12) :1159-1168.
- [51] Queneau P. l'Automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine*. 2008 ; 4(5) : 206-206.

- [52] Ordre des Pharmaciens. Le dossier pharmaceutique. [Internet]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/presse/index.htm>
- [53] Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication, *Revue Française des Affaires Sociales*. 2008 ; 1(1) :81-94.
- [54] Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie. EDP Sciences*. 1998 ; 53(2) : 127-135.
- [55] Parrot J. De l'autodiagnostic à l'automédication : risques et impact sur la relation pharmacien-patient. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. Paris, 2007 ; 191(8) : 1509-1515.
- [56] INSEE. Médecin suivant le statut et la spécialité en 2012,[internet]. Disponible sur [http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=\(0&ref_id=NATTEF06102](http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=(0&ref_id=NATTEF06102)
- [57] Ordre National des Médecins : Atlas régionaux de démographie médicale, un outil au service des décideurs locaux. [Internet]. Disponible sur <http://www:conseil-national.medecin.fr/node/1973>
- [58] AFIPA. Les chiffres du marché français de l'automédication 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. [Internet]. Disponible sur : <http://www.afipa.org/l-afipa-automedication/119-l-automedication-resp/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx>
- [59] ANSM. Modalité et contrôle : charte pour la communication et la qualité des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sur internet et le e-media. [Internet]. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Modalites-encadrant-la-publicite-pour-les-dispositifs-medicaux/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Modalites-encadrant-la-publicite-pour-les-dispositifs-medicaux/(offset)/0)
- [60] Insee. Première 1426 : situation de l'illettrisme, 2012. [Internet]. Disponible sur : <http://insee.fr/fr/publications-et-services>
- [61] Dress. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. *Etudes et résultats*, Juin 2004 :6(315) : 12.
- [62] Grare T. L'automédication. Enquête descriptive et comparative du comportement de personnes fréquentant une officine parisienne et une officine vendéenne. Thèse en pharmacie. Nantes ; 2011 : 138.
- [63] Jouan de Kervenoael M. Les déterminants de l'automédication. Enquête par entretiens de patients en Loire Atlantique et en Vendée en 2012.-96p. Thèse de Médecine générale. Nantes ; 2012 : 96.
- [64] Vons J. Mythologie et médecine. *Sciences humaines et médecine, Ellipse Marcketing* ; 2000 : 175.
- [65] Loux F. La médecine familiale dans la France rurale. *Anthropologie et Sociétés*, 1990. 14(1) :83-92.

- [66] Saillant F. Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches Féministes*. 1991 ; 4(1) :11-29.
- [67] INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2010. Enquête emploi 2010. [Internet]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135
- [68] Fainzang S. l'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 2010 ; 34(1) : 115-133.
- [69] Ostermann G. Aspects psychologiques de l'automédication, in Queneau P : Automédication, Autoprescription, Autoconsommation ; 2^e colloque de l'Apnet. Paris ; 1999 : 33-38.
- [70] Barthe JF. Connaissances profane des symptômes et recours thérapeutique. [Article]. *Revue Française de Sociologie* .1990 ; 31 (31-2) : 283-296.
- [71] Canguilhem G. Le normal et le Pathologique, Paris, *Bibliothèque Idéale Sciences Humaine.*;1966 ; 1(1) :65-65.
- [72] Portes L. « Du consentement à l'acte médical », Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, in A la recherche d'une éthique médicale ; Paris, *Masson et PUF*, 1955 : 163.
- [73] Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants : La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder, [Internet]. Disponible sur : <http://www.clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>
- [74] Niezborola M. Travailler sans dérouiller : le bien-être au travail est-il encore possible ? Toulouse ;. *Broché*. 2007 : 136.
- [75] Eysseric H., Vincent F., Mallarent M., et al. Conduite addictive en milieu professionnel : problèmes posés par les médicaments psycho-actifs. *Annales de toxicologie analytique* ; 2002 : 14(1) : 74-82.
- [76] Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une Synthèse des données disponibles. *Question d'économie de la santé* n°144 ; 2009. [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
- [77] Savary F., Roger M-A. Un médecin généraliste sur deux à remplacer dans les 10 ans à venir : défi pour la région centre, 2013. [Internet] Disponible sur : http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=21&ref_id=2014#i1
- [78] Cathebras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris, *Bulletin amades* ; 2006 : 240.
- [79] Conseil National de l'Ordre des Médecins ; La démographie médicale en région pays de Loire, situation en 2013. [Internet]. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/sites/pays_de_la_loire_2013_0.pdf)

- [80] Leem. Observatoire sociétal du médicament. Enquête TNS sores pour les entreprises du médicament ; 2011 [communiqué de presse][internet]. Disponible sur : <http://www.leem.org/sites/default/files/Communique%20de%20presse%2024%20mai.pdf>
- [81] Anonyme : « Le profil type de l'acheteur de produit sans ordonnance ». *Les dossiers du Quotidien du Pharmacien*.
- [82] Friedson E. La profession médicale, Paris, *Revue Française de Sociologie* ; 1985, 26(26-4) : 289.
- [83] Chazaud C. Le comportement d'automédication et son abord en consultation, à partir d'une enquête auprès de patientèle de neuf médecins généralistes des Yvelines. Thèse de Médecine. Paris ; 2002 : 31.
- [84] Haas C. l'automédication et la médication officinale. Etude quantitative des déterminants du choix des médicaments d'automédication : enquête par questionnaires au sein des officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2013. Thèse en Pharmacie ; Nantes, 2014 : 197.
- [85] Aiach P., Cebe D. Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteur socio-culturels et méthodologie de différenciation. Paris ; *les éditions INSERM* : , 1991 : 117.
- [86] Sarembaud A. L'homéopathie : Pratiques et bases scientifiques, Paris : *abrégés Masson* ; 1999 : 308.
- [87] Ipsos : L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes- *Ipsos Marketing*. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ipsos-marcketing/actualites/2012-02-23-1-homeopathie-fait-de-plus-en-plus-d-adeptes>
- [88] La pharmacie familiale : enquête auprès d'un échantillon de patients en Midi-Pyrénées ; 2011, *Société Française de Pharmacologie et de la Thérapeutique. Thérapie*; 66(2) : 131.
- [89] <http://actualite.aol.fr/conservations-des-medicaments-a-la-maison>
- [90] Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation, centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (France), centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie-1984. L'automédication. [Internet]. Disponible en ligne. Numérisé le 24 jan 2008. Book.google.com
- [91] Collet C. Etude descriptive de 152 pharmacies familiales. Thèse de pharmacie. Dijon ; 2004 : 20-43.
- [92] Kassabi-Borowiec L. Facteurs et modalités de l'automédication. Enquête auprès de la patientèle de médecins généralistes de l'Est parisien.-153p. Thèse de médecine : Paris: 2001 : 153.

- [93] Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences Sociales Santé*. 2001 ; 19(2) :5-28.
- [94] Fainzang S. Of Malady and Misery: An Africanist Perspective on European Illness. *Social Scientist* ; Paris, 2000 ; 30(5) : 106-108.
- [95] Sarradon-Eck A. les représentations de la maladie et de ses causes. Recherche en médecine générale, *Revue Pratique médecine Générale*. 2002 ; 16(566) :358-63.
- [96] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : *Presses universitaires de France*, 1966 : 224.
- [97] Chateaux V., & Spitz E. Perception de la maladie et adhérence thérapeutique chez des enfants asthmatiques. *Pratiques psychologiques*, 2006 ; 12 : 1-16.
- [98] Herzlich C. Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale. Paris ; *Annales. Economies, Sociétés, Civilisation*. 1969, 24 (6) : 1519-1521.
- [99] Ordre des Pharmaciens. Le dossier pharmaceutique. [Internet]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/presse/index.htm>
- [100] AFIPA. Suivi de la mise en place du libre accès des médicaments d'OTC. [Internet] Disponible sur : <http://afipa.org/1-afipa-automedication/137-nos-actions/153-etudes-enquetes.aspx>
- [101] Buclin T., Ammon C. L'automédication. Pratique banale, motifs complexes. Genève, *Médecine & Hygiène*. Cahier médicaux sociaux, 2001 : 288.
- [102] Portes L. Du consentement à l'acte médical. Communication à l'Académie des Sciences Morales et politiques in A la recherche d'une éthique morale. Paris, *Masson et Presse universitaire Française* .1955 : 163.
- [103] Molina N. L'automédication. *Presse Universitaire Française*, collection les champs de la santé. 1988 : 262.
- [104] IPSOS. Les Français, les médecins et le médicament : observatoire 2013 pour le compte du Leem. [Internet]. Disponible sur : <http://www.leem.org/les-francais-les-medecins-medicaments-resultats-2013>
- [105] Sendrail M. Histoire culturelle de la maladie, *Revue Belge de philosophie et d'histoire*. Toulouse, 1980 ; 62(4) : 864.
- [106] Afipa. Baromètre sur le libre accès 2013 ; actualités libre accès : étude quantitative auprès du grand public. [Internet] disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20130619160506_Etude_sur_le_libre_acces_en_pharmacie__AFIPA_UPMC__27_mai_2013.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patients

Annexe 2 : Classification CISP



ENQUETE : SE SOIGNER PAR SOI-MEME

Cabinet médical de : _____

Au cours des 6 derniers mois, si vous avez souffert d'un problème de santé que vous avez soigné par vous-même, sans avoir besoin de consulter votre médecin, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

1) Quel était ce problème de santé ?

2) Combien de temps en avez-vous souffert ? 1 à 2 jours 3 à 7 jours plus d'1 semaine

3) Aviez-vous une idée du diagnostic ? oui non

4) Aviez-vous déjà eu ce problème de santé auparavant ? oui non

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

5 bis) Si oui, lesquelles ? (Précisez)

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

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

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

7) Avec quoi vous êtes-vous soigné ? (Plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> De l'homéopathie <input type="checkbox"/> Des plantes, des décoctions ou des tisanes	<input type="checkbox"/> Un/Des médicaments sur prescription antérieure <input type="checkbox"/> Un/Des médicaments en autoprescription <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) :.....

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

- Je les ai achetés en pharmacie Quelqu'un d'autre me les a donnés
- Je les avais déjà en ma possession (armoire à pharmacie) Je les ai achetés sur internet
- Autres (Précisez) :.....

9) Combien de temps vous êtes-vous soigné ? Pendantjours

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

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

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

Très efficace Assez efficace Un peu efficace Pas du tout efficace

12) Si vous vous-êtes soigné sans prescription médicale (automédication), pouvez-vous, nous dire pour quelles raisons ?

.....

.....

oui non

13) Avez-vous un médecin traitant ?

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

13 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

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

15) Selon vous, votre santé est : mauvaise moyenne bonne très bonne

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

17) Parmi les pratiques suivantes, lesquelles vous concernent plutôt ? (Plusieurs réponses possibles)

Je fais attention à mon alimentation J'ai une activité physique régulière

18) Quel est votre âge ? |_|_| ans

19) Etes-vous un(e) ? femme homme

20) Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire Marié(e)
 Pacsé(e) en concubinage

21) Vous vivez :

seul(e) en couple sans enfant
 en couple avec enfant seul(e) avec enfant
 autre :

22) Vous vous sentez plutôt :

bien entouré(e) isolé(e)

22) 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, ...)

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

	Vous	Conjoint(e)
Actif salarié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actif à son compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En recherche d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congé longue maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congé maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, Précisez :		

24) Quelles sont vos professions respectives ?

Vous :

Votre conjoint :

25) Quelle est votre couverture sociale ?

régime général assurance maladie étudiante
 CMU AME
 autres :

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

27) Dans quelle commune habitez-vous ?

(en ville, précisez le nom du quartier)

28) Dans quelle commune travaillez-vous ?

29) Etes-vous propriétaire de votre logement ?

oui non

30) Décrivez votre logement : Surface |_|_|_| m²

|_|_| chambres

31) En vous incluant, combien de personnes vivent à votre domicile ?

|_|_| personnes

32) 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		

33) Quelle est votre nationalité ?

34) Si vous êtes né à l'étranger, depuis quand êtes vous installé durablement en France ?

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC) 	Sang, syst. hématop/immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire
-30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologique/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/prescription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cauté/débridement -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil therap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex./procéd autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures	Syst. Digestif D	Oreille H	Neurologique N
Général et non spécifié A	D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anae D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécytite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Préoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite d'eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbyacousie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralyse/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
	CODES PROCÉDURE	Cardio-vasculaire K	
	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d' de l'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	
	INFÉCTIONS		
	NÉOPLASMES		
	TRAUMATISMES		
	ANOMALIES CONGÉNITALES		
	AUTRES DIAGNOSTICS		

RESUME

L'automédication se décline sous diverses définitions qui ont pour point commun, l'utilisation par une personne malade d'un médicament sans avis médical. Ce médicament est accessible soit dans l'armoire à pharmacie familiale, soit auprès du rayon libre accès des officines. La définition d'une automédication « observante » était celle d'effectuer un nouvel achat en pharmacie pour se soigner, que ce soit avec ou sans le conseil du pharmacien. Les « non observants » de l'automédication ont été définis comme ceux ayant eu recours à leur armoire à pharmacie familiale pour se soigner. L'objectif principal de cette thèse était de déterminer quel comportement avait été adopté par la population enquêtée lors de leur dernier recours à une automédication. L'enquête a été réalisée dans les salles d'attente de cabinets de médecin généralistes maitres de stage des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, à l'aide d'un questionnaire, de mai à juin 2012. L'analyse quantitative des données recueillies a été effectuée sur un échantillon de 639 personnes. Les principales motivations des patients à l'automédication sont la bénignité des maux présentés, le gain de temps, le non-besoin de consulter leur médecin. Le profil type de la personne ayant recours à l'automédication de façon « non observante » est le suivant : une personne plutôt jeune, diplômée du supérieur et active. Elle connaît ses symptômes, principalement des troubles respiratoires, dorso-lombaires et des céphalées, qu'elle juge bénins et qu'elle a déjà expérimenté. Elle se soigne sur une courte durée et utilise davantage des médicaments dits « allopathiques ». Les médicaments achetés par les « observants » de l'automédication sont majoritairement destinés à soulager des troubles digestifs et leurs choix se portent davantage vers l'homéopathie. L'encadrement de cette pratique vers une automédication responsable et sécurisée nécessite une information claire et appropriée. Les médecins et les pharmaciens en sont les acteurs essentiels.

MOTS-CLES

Automédication – libre accès – armoire à pharmacie familiale – Cabinets de médecine générale