UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2014 N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Camille HAAS

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2014

**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.**

Président : **M. Jean-Michel ROBERT**, Professeur de Chimie organique et thérapeutique, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Nantes.

Membres du jury : **M. Laurent BRUTUS**, Docteur en Médecine
M. Christophe LEPAGE, Docteur en Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur Jean-Michel ROBERT, Professeur de chimie organique et thérapeutique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur Laurent BRUTUS, Médecin généraliste et Directeur de cette thèse,

Merci pour vos précieux conseils, vos critiques, votre patience et votre accompagnement tout au long de ce travail de recherche ainsi que pour votre grande disponibilité et vos encouragements. J'espère avoir été à la hauteur et avoir contribué à votre projet sur l'automédication.

A Monsieur Christophe LEPAGE, Pharmacien d'officine,

Merci de m'avoir accueillie chaleureusement lors du stage de 6ème année et de m'avoir fait partager vos connaissances et votre expérience. Merci pour votre disponibilité, vos encouragements et votre gentillesse. Votre présence au sein de ce jury me touche particulièrement.

A toute l'équipe de la pharmacie LEPAGE,

Merci de m'avoir formée lors de mes premiers pas dans le monde de l'officine. Merci pour votre accueil et votre sympathie.

A toutes les personnes ayant accepté de donner un peu de temps et d'énergie pour ce travail,

Aux pharmaciens, aux préparateurs et aux étudiants en 6ème année ayant participé à cette enquête et sans qui la réalisation de nombreux questionnaires n'aurait été possible.

A mes parents,

Merci à Mutti pour sa relecture méticuleuse, pour ses précieux conseils et pour ses excellents petits plats qui m'ont toujours accompagnée pendant les périodes de révision.

Merci à Papou de toujours trouver le mot pour me faire rire.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES MATIERES 4
LISTE DES TABLEAUX 8
LISTE DES FIGURES 9

INTRODUCTION 11

PARTIE 1 : L'AUTOMEDICATION, NOTIONS FONDAMENTALES 13
1.1 Le médicament 13
1.1.1 Définition du médicament 13
1.1.2 Catégories juridiques de médicaments 14
1.1.3 Le médicament générique 15
1.1.4 Rappels sur le nom d'un médicament 15
1.1.5 Cas des dispositifs médicaux, produits cosmétiques et éléments issus du corps humain 16
1.1.5.1 Les dispositifs médicaux 16
1.1.5.2 Les produits cosmétiques 16
1.1.5.3 Les éléments issus du corps humain 16
1.1.6 Cas particuliers des compléments alimentaires 17
1.1.7 Rappels sur l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) 17
1.1.8 Statuts de médicaments : PMO et PMF 19
1.1.8.1 Les produits de prescription médicale obligatoire (PMO) 19
1.1.8.2 Les produits de prescription médicale facultative (PMF) 20
1.2 L'automédication : généralités 21
1.2.1 Définition 21
1.2.2 Encadrement de l'automédication par le Conseil national de l'ordre des médecins 23
1.2.3 Facteurs favorisants et freins à la pratique de l'automédication 23
1.3 Etat des lieux de l'automédication 24
1.3.1 Le marché de l'automédication en France selon l'AFIPA 24
1.3.1.1 L'évolution du marché de l'automédication en France au cours des dix dernières années 24
1.3.1.2 Bilan de l'automédication en 2013 30

1.3.2 Les différences en Europe 31
1.3.2.1 Rapport du ministère 31
1.3.2.2 Premier observatoire européen sur l'automédication : juin 2013 32
1.4. Le libre accès 33
1.4.1 Définition 33
1.4.2 Généralités 33
1.4.3 La liste des médicaments en libre accès 34
1.4.4 Le libre accès : avantages/risques 34
1.4.5 Bilan du libre accès en 2013 35
1.4.6 Aides/Outils destinés à l'usage des médicaments en libre accès 36
1.4.6.1 Pour le public 36
1.4.6.2 Pour les professionnels de santé 38
1.5. Pratiques et acteurs de l'automédication 39
1.5.1 Aspect comportemental de l'automédication 39
1.5.2 Les acteurs de l'automédication 41
1.5.3 Avantages de l'évolution de cette pratique 44
1.5.4 Risques liés à l'automédication 45
1.5.5 Recommandations du bon usage de l'automédication 47
1.6. L'avenir de l'automédication 48
1.6.1 Surveillance de l'automédication 48
1.6.1.1 L'ANSM 48
1.6.1.2 L'AFIPA 48
1.6.1.3 La pharmacovigilance 49
1.6.2 Réformes actuelles en France : médicaments sur internet 51

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE 55
2.1 Etablissement du questionnaire de l'enquête 55
2.2 Le questionnaire 58
2.3 Echantillonnage et modalités de réalisation du questionnaire 60
2.4 Recueil des données 61
2.5 Saisie et exploitation des données 62

PARTIE 3 : LES RESULTATS 72
3.1 La population de l'enquête 72
3.2 Pratiques et comportements du jour présent 75
3.2.1 Deux pratiques distinctes : l'automédication et la médication officinale 75
3.2.2 L'utilisation en préventif ou en curatif 75

3.2.3 Le recours à l'armoire à pharmacie 78
3.2.4 Pour traiter quels symptômes les patients ont-ils recours à cette pratique ? 79
3.2.5 Quels sont les médicaments achetés ? 82
3.2.6 La moyenne des produits achetés 83
3.2.7 L'homéopathie et la phytothérapie : quelle proportion des achats représentent-elles ? 84
3.2.8 Les destinataires des produits achetés 84
3.2.9 Le choix du médicament d'automédication 84
3.2.10 Le choix de l'officine 87
3.2.11 Les raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale 88
3.2.12 La proportion des femmes enceintes et des personnes allergiques au sein de l'enquête 90
3.2.13 Les raisons d'une consultation médicale ultérieure 90
3.2.14 Les intervieweurs de l'enquête 91
3.3 Le cadre de l'enquête : les pharmacies recrutées 91
3.3.1 Les caractéristiques des officines participant à l'enquête 92
3.3.2 L'environnement des pharmacies enquêtrices 94
3.3.3 Les critères de comparaison 95
3.4 Etude des déterminants du choix des médicaments d'automédication 98
3.4.1 Facteurs liés aux pratiques d'automédication et de médication officinale 98
3.4.2 Facteurs liés au recours à l'armoire à pharmacie 104

PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION 110
4.1 Validité interne de l'étude : discussion de la méthode 110
4.1.1 Le type d'étude 110
4.1.2 Le lieu de l'enquête 111
4.1.3 Les enquêteurs 113
4.1.4 La population interviewée 114
4.1.5 Les modalités de recueil des données 115
4.1.6 L'analyse des données 116
4.2 Validité externe de l'étude : discussion des résultats 117
4.2.1 La population de l'enquête 117
4.2.2 Les pratiques et comportements du jour présent 125
4.2.2.1 Analyse des pratiques d'automédication et de médication officinale 125
4.2.2.2 Analyse des déterminants du recours à l'armoire à pharmacie 135
4.2.3 L'utilisation en préventif ou en curatif 142
4.2.4 Les critères de choix du médicament d'automédication et les réseaux d'information 147

4.3 Les trois principaux déterminants du recours à l'achat de médicaments sans ordonnance....149
4.4 Le pharmacien d'officine : l'acteur au cœur des pratiques d'automédication et de médication officinale....153
4.4.1 Ses missions....153
4.4.2 Les rôles du pharmacien d'officine mis en évidence par l'enquête réalisée....155

CONCLUSION....159

BIBLIOGRAPHIE....166

GLOSSAIRE....173

ANNEXES....179
Fiche CERFA de déclaration d'effet indésirable....180
Questionnaire administré aux patients....183
Questionnaire (dit « interne ») administré aux pharmaciens....186
Modalités de réalisation du questionnaire....188
Classification CISP....191

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée 72
Tableau 2 : Modes d'obtention des médicaments achetés à titre préventif 76
Tableau 3 : Usages des médicaments achetés en automédication 76
Tableau 4 : Usages des médicaments issus de la médication officinale 76
Tableau 5 : Usages du médicament acheté en préventif 77
Tableau 6 : Proportion d'achats d'antalgiques, d'antipyrétiques et/ou d'anti-inflammatoires .. 78
Tableau 7 : Proportion d'achats concernant uniquement des antalgiques, des antipyrétiques et/ou des anti-inflammatoires 78
Tableau 8 : Caractéristiques des officines participant à l'enquête 92
Tableau 8 bis : Caractéristiques des officines participant à l'enquête 93
Tableau 9 : Environnement des officines participant à l'enquête 94
Tableau 10 : Principaux critères de comparaison entre officines 95
Tableau 11 : Influence des différentes variables en fonction des pratiques d'automédication et de médication officinale 98
Tableau 11 bis : Influence des différentes variables en fonction des pratiques d'automédication et de médication officinale 101
Tableau 12 : Influence des différentes variables en fonction du recours à l'armoire à pharmacie familiale 105
Tableau 12 bis : Influence des différentes variables en fonction du recours à l'armoire à pharmacie familiale 107

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modes d'obtention des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie 78
Figure 2 : Classification des symptômes selon la CISP (classification par grands systèmes) 79
Figure 3 : Classement des médicaments achetés (enquête hivernale) 81
Figure 4 : Destinataires des produits achetés 83
Figure 5 : Critères de choix du médicament d'automédication 84
Figure 6 : Réseaux d'information 84
Figure 7 : Critères de choix du médicament d'automédication 85
Figure 8 : Critères de choix de l'officine 86
Figure 9 : Raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale 87
Figure 10 : Raisons de non-consultation médicale 89
Figure 11 : Représentation des 4 critères principaux en fonction des types d'officines ... 96
Figure 12 : Critères de venue en fonction des catégories d'officines 101

INTRODUCTION

L'automédication est le fait, pour un non-médecin, d'utiliser, sans prescription médicale, un médicament, quelle qu'en soit son origine. Cette pratique existe depuis la nuit des temps. Elle représenterait 40 % de la consommation pharmaceutique dans notre pays[1].

Utile dans certaines pathologies fréquentes et bénignes, elle expose néanmoins à des risques non négligeables.

Quelles sont les pratiques actuelles en terme d'automédication dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée ?

Comment et sous quelles influences ces pratiques ont-elles évolué depuis quelques années ? Est-ce le résultat de changements économiques actuels (déremboursement de certaines spécialités, mise en place du libre accès et dernièrement vente de médicaments sur internet etc.) ou la volonté des français de prendre personnellement en charge leur santé ?

Il semble intéressant d'évaluer les différents facteurs intervenant lors d'un achat de médicament sans ordonnance. C'est pourquoi nous avons décidé d'entreprendre la réalisation d'une enquête au sein de différentes officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée afin d'étudier au mieux le comportement des patients.

Nous aborderons tout d'abord quelques notions fondamentales au sujet de l'automédication, puis nous exposerons les modalités ainsi que les résultats de cette enquête. Enfin, nous discuterons de la place du pharmacien d'officine lors de l'achat de médicaments sans ordonnance, ainsi que de l'évolution des pratiques d'automédication en comparant les résultats obtenus avec ceux d'enquêtes antérieures.

PARTIE 1 : L'AUTOMEDICATION, NOTIONS FONDAMENTALES

1.1 Le médicament

1.1.1 Définition du médicament

La définition précise du médicament, inscrite à l'article L5111-1 du Code de la santé publique (CSP), est la suivante :

« 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 toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Sont notamment considérés comme des médicaments, les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve.

Les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire ne sont pas considérés comme des médicaments.

Lorsque, eu égard à l'ensemble de ses caractéristiques, un produit est susceptible de répondre à la fois à la définition du médicament prévue au premier alinéa et à celle d'autres catégories de produits régies par le droit communautaire ou national, il est, en cas de doute, considéré comme un médicament »[2].

Dans le contexte réglementaire français on distingue donc les médicaments listés, nécessitant une prescription médicale pour leur obtention et les médicaments non listés, ne nécessitant 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 : les médicaments d'automédication.

Le médicament d'automédication s'obtient sans prescription médicale. Il n'est pas listé. L'enquête réalisée ici comprend tous les médicaments qu'un patient peut obtenir à la

pharmacie sans ordonnance (elle inclut donc les médicaments non listés situés derrière le comptoir et les médicaments d'automédication).

Il est important de rappeler que « la préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine (...) ainsi que la vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets appartiennent au monopole des pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code (Article L4211-1 du CSP) »[3].

1.1.2 Catégories juridiques de médicaments

Il existe une grande diversité de produits existant dans le secteur pharmaceutique et obéissant à la définition générale du médicament. Leurs définitions sont établies soit au regard de leur mode de préparation, soit au regard de leur composition particulière.

On distingue ainsi plusieurs catégories de médicaments au regard de leur mode de préparation. On différenciera ainsi la spécialité pharmaceutique (« On entend par spécialité pharmaceutique, tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale »), les préparations officinales (« Tout médicament préparé en pharmacie (...) et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie »), les préparations magistrales (« Tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé (...) »), les préparations hospitalières (« Tout médicament préparé selon les indications de la Pharmacopée (...) en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé (...) »), les produits officinaux divisés, les préparations de thérapie génique et les préparations de thérapie cellulaire[4].

Les médicaments peuvent aussi être définis selon leur composition ou leur nature particulière. On différenciera ainsi les médicaments homéopathiques (« Tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne »), les médicaments à base de plantes (« Tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association d'une ou de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes »), les médicaments radiopharmaceutiques (« Tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ») et les médicaments biologiques (« Tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite [...] »)[4].

Généralement, ces médicaments sont des spécialités pharmaceutiques, c'est-à-dire fabriquées industriellement et commercialisées sous une dénomination spéciale (= nom de marque).

1.1.3 Le médicament générique

« On entend par spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché » Article L5121-1 du CSP[4].

Notre enquête a bien évidemment inclus les médicaments génériques pouvant être obtenus sans ordonnance.

1.1.4 Rappels sur le nom d'un médicament

Le nom d'un médicament peut être soit un nom de fantaisie (le plus souvent une marque), soit une dénomination commune (DC) ou une dénomination scientifique (le nom chimique) assortie d'une marque ou du nom du laboratoire. Le nom de fantaisie (nom commercial) ne peut se confondre avec la DC (nom universel). La dénomination commune est en principe la dénomination commune internationale (DCI) établie et recommandée par l'OMS. Il peut donc y avoir plusieurs noms de marque pour une même dénomination commune.

Exemple :

- Nurofen® correspond au nom de fantaisie.
- ibuprofène correspond à la dénomination commune. Cette dénomination commune correspond également au nom du générique.
- acide 2-[4-(2-methylpropyl)phenyl]propanoïque correspond au nom scientifique (chimique).

L'existence de différents noms pour un même médicament peut parfois être à l'origine de confusions et d'accidents graves. En effet, il arrive que l'ibuprofène soit consommé avec le Nurofen® par exemple (contenant de l'ibuprofène) ou avec une spécialité comportant en partie de l'ibuprofène (ex : Spifen®). Les effets peuvent être très graves, surtout pour cette catégorie de médicaments (AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens).

1.1.5 Cas des dispositifs médicaux, produits cosmétiques et éléments issus du corps humain

1.1.5.1 Les dispositifs médicaux

La définition est donnée à l'article L5211-1 du CSP. Il s'agit de « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine ou animale, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les logiciels et accessoires nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens »[5].

Les dispositifs médicaux constituent l'autre grande catégorie de produits de santé, à côté de celle des médicaments. Cette catégorie comprend un vaste champ de produits et d'articles qui sont utilisés couramment par les professionnels de santé. Il est important de rappeler que les dispositifs médicaux suivent un régime juridique différent de celui des médicaments (pas d'AMM, pas de monopole professionnel sauf quelques exceptions notables : opticiens, audioprothésistes…).

1.1.5.2 Les produits cosmétiques

L'article L5131-1 du CSP fournit la définition suivante : « Toute substance ou préparation destinée à être mise en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain, notamment l'épiderme, les systèmes pileux et capillaires, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes, les dents ou les muqueuses buccales, en vue exclusivement ou principalement de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles »[6]. Ils ne relèvent d'aucun monopole.

Les ingrédients entrant dans leur composition sont contrôlés (liste d'ingrédients interdits) et ils font l'objet de règles spécifiques en matière d'étiquetage pour les consommateurs.

1.1.5.3 Les éléments issus du corps humain

Les tissus, cellules et organes d'origine humaine peuvent être utilisés à des fins thérapeutiques (transplantations, greffes…). Ils font l'objet d'un traitement juridique particulier (loi de bioéthique) notamment.

Les dispositifs médicaux, les produits cosmétiques et les éléments issus du corps humain ont été exclus de notre enquête.

1.1.6 Cas particuliers des compléments alimentaires

Les compléments alimentaires sont « des denrées alimentaires dont le but est de compléter un régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés (...) »[7]. Ces produits, destinés à être pris par voie orale, sont conditionnés sous forme de comprimés, gélules, pastilles et ampoules.

Leur fabrication et leur commercialisation sont régies par une réglementation européenne.

Les compléments alimentaires ne sont pas des médicaments. En effet, ils n'exercent pas d'action thérapeutique et n'ont pas vocation à guérir une maladie.

Ils peuvent contenir des nutriments (vitamines et minéraux), des plantes (sont exclues de ce cadre les plantes destinées à un usage exclusivement thérapeutique), des substances à but nutritionnel ou physiologique (substances chimiquement définies, à l'exception des substances pharmacologiques), des ingrédients traditionnels (ex : la gelée royale…), des arômes, des additifs et des supports d'additifs dont l'emploi est autorisé en alimentation humaine.

Les compléments alimentaires sont vendus sans ordonnance et sont distribués dans les pharmacies, les grandes surfaces, les magasins spécialisés en diététique ou bien sur internet.

Bien que ne disposant pas d'AMM (Autorisation de mise sur le marché), les compléments alimentaires ont été inclus dans cette enquête. Leur dispensation est en pleine augmentation selon l'AFIPA (cf. glossaire).

1.1.7 Rappels sur l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

Dix à quinze ans de recherche sont nécessaires au développement d'un médicament, de la découverte de la molécule jusqu'à sa commercialisation.

Durant ces dix années, de nombreux travaux, tests précliniques, essais cliniques ainsi qu'une longue étape de développement industriel ont lieu et sont strictement encadrés par la loi.

Une autorisation, délivrée par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (cf. glossaire)) est nécessaire à la réalisation de ces essais cliniques. Cette dernière vérifie les lieux de la réalisation des essais cliniques et les modalités des tests de tolérance effectués sur des sujets volontaires non malades (phase 1) puis sur un nombre restreint de malades (phase 2) et sur des centaines voire des milliers de malades (phase 3).

Des essais relatifs au développement industriel ainsi qu'au mode d'administration et de conditionnement ont également lieu.

L'ensemble de ces informations seront regroupées dans un dossier appelé dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Tout médicament doit faire l'objet d'une AMM délivrée par les autorités compétentes européennes ou nationales que sont la Commission européenne, après avis de l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA), ou l'ANSM, afin d'être commercialisé.

C'est donc l'ANSM qui évalue le produit selon des critères scientifiques de qualité, de sécurité et d'efficacité. Lorsque des produits de même indication thérapeutique sont déjà commercialisés, il est essentiel que le nouveau produit présente un rapport bénéfice/risque au moins équivalent à ces produits.

Après l'évaluation scientifique, les commissions de l'Agence évaluent le dossier. Trois issues sont alors possibles : avis favorable, demande de complément d'information ou avis non favorable.
La décision d'autoriser la mise sur le marché d'un médicament est prise par le directeur de l'ANSM.

L'AMM est accompagnée du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) (qui précise notamment la dénomination du médicament, la composition qualitative et quantitative, la forme pharmaceutique, les données cliniques, etc.) ainsi que de la notice pour le patient qui présente l'essentiel des informations du RCP dans un vocabulaire plus accessible[8].

Il est important de souligner qu'à tout moment, l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament peut être suspendue ou retirée si (article R5139 du CSP) « il apparait que la spécialité pharmaceutique est nocive dans les conditions normales d'emploi, si l'effet thérapeutique fait défaut, si la spécialité n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée, si il apparaît que les renseignements fournis sont erronés, si les conditions prévues lors de la demande de mise sur le marché ne sont pas ou plus remplies ou encore si l'étiquetage ou la notice du médicament ne sont pas conformes aux prescriptions générales ou spécifiques prévues »[8].

Une fois commercialisés, tous les médicaments restent sous surveillance. C'est la pharmacovigilance qui est en charge du suivi d'un médicament après sa commercialisation (phase 4). Elle permet de prendre notamment la mesure des effets indésirables connus ou nouvellement identifiés.

Des plans de gestion des risques (PGR) sont mis en place depuis 2005. Ils permettent de mieux connaître la sécurité d'emploi de certains médicaments, dès leur mise sur le marché, en les étudiant en situation réelle de consommation.

De nouvelles indications thérapeutiques peuvent également être explorées par le laboratoire et déclencher ainsi une nouvelle demande d'AMM.

Le brevet du médicament expire après vingt ans de vie. Le laboratoire perd alors son monopole de fabrication et le médicament peut être copié par d'autres industriels pour éventuellement donner lieu à un générique.

1.1.8 Statuts de médicaments : PMO et PMF

1.1.8.1 Les produits de prescription médicale obligatoire (PMO)

Il n'existe pas de spécialités dites d'automédication reconnues par le Code de la santé publique.
Dans le contexte réglementaire actuel, français et européen, deux statuts sont possibles pour les spécialités pharmaceutiques. Ces statuts sont définis par la nécessité ou non d'une prescription médicale pour les obtenir.

D'après la réglementation européenne en vigueur, (directive 2004/27/CE, modifiant la directive 2001/83/CE, article 71, §1), les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

- sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des 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

- contiennent des substances ou des préparations à base de ces 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[9].

En France, la prescription est obligatoire pour toute spécialité qui contient une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, liste II, stupéfiants).

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

> « 1°. Les substances dangereuses mentionnées au 1° de l'article L5132-1 qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects ;
>
> 2°. Les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;

3°. Les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;

4°. Les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;

5°. Tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé. Les risques sont moindres pour les médicaments inscrits sur la Liste II »[10].

Les médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants sont des médicaments susceptibles d'entraîner des toxicomanies.

Cette directive définit les médicaments non soumis à prescription médicale comme « ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés précédemment ». C'est en délivrant l'autorisation de mise sur le marché que l'autorité d'enregistrement décide du statut du médicament.

Il est important de noter que même si les médicaments de prescription médicale obligatoire nécessitent une prescription médicale pour leur obtention, il n'en reste pas moins qu'ils peuvent faire l'objet d'une automédication. Ces médicaments peuvent, en effet, être stockés par les patients au sein des armoires à pharmacie familiales, afin d'être utilisés ultérieurement par tout individu souhaitant se soigner par lui-même.

1.1.8.2 Les produits de prescription médicale facultative (PMF)

Les produits de prescription médicale facultative (PMF) 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 »[11].

Il n'y a donc pas de définition spécifique des spécialités de PMF : elles représentent, par défaut, toutes les spécialités ne présentant pas les critères d'inscription sur une des listes précédentes.

De plus, la directive 2004/27/CE prévoit dans son article 88 point 2 que « les médicaments qui, par leur composition et leur objectif, sont destinés à être utilisés sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, la prescription ou la surveillance du traitement, au besoin avec le conseil d'un pharmacien, et conçus dans cette optique, peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du grand public (contrairement aux spécialités de PMO) »[11].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) 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 etc.

Ces médicaments de prescription médicale facultative constituent la majorité des médicaments d'automédication. Ils correspondent le plus souvent aux médicaments dits de médication officinale (cf. glossaire), c'est-à-dire délivrés à la suite d'un conseil pharmaceutique.

Il est important de préciser qu'un médicament de PMF peut être remboursé, s'il est remboursable et s'il est prescrit (médicament dit semi-éthique (cf. glossaire)).

De plus, certains médicaments de PMF peuvent être exposés au sein des pharmacies d'officine dans un rayon appelé libre accès situé devant le comptoir, à condition d'appartenir à la liste officielle des médicaments en libre accès.

Les médicaments de PMO et de PMF sont soumis aux mêmes contrôles qualité et font l'objet des mêmes attentions de la part des fabricants et des autorités sanitaires[12].

1.2 L'automédication : généralités

1.2.1 Définition

La première étape clé de ce travail consiste en l'adoption d'une définition claire et précise de l'automédication.

Cependant, il n'existe pas de définition officielle dans le Code de la santé publique. Selon les organismes et les auteurs, la définition diffère. En effet, certaines définitions englobent l'utilisation des médicaments de l'armoire à pharmacie, d'autres non. De même, certains considèrent l'automédication uniquement par le fait de se soigner par soi-même, sans avoir recourt à un professionnel de santé.

Sylvie Fainzang, anthropologue et directrice de recherche à l'INSERM (cf. glossaire), considère au sens littéral du terme, l'automédication comme l'acte de consommation de médicaments décidé par soi-même[13].

Lecomte (1999) 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 » (Lecomte 1999 : 49)[13].

De nombreux travaux ont cependant montré que le choix d'un médicament à un moment donné peut être le résultat d'une prescription antérieure (Laure 1998). L'automédication peut donc être comprise de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament[13].

D'autres auteurs (Coulomb et Baumelou (2007)) quant à eux, suggèrent de ne pas exclure de l'automédication le recours à des médicaments présents dans la « fameuse » armoire à pharmacie et consommés de la propre initiative des patients[13].

L'OMS, en 2000, fournit la définition suivante : « l'automédication responsable consiste, pour les individus, à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées avec le conseil du pharmacien »[14]. Cette définition est également celle adoptée par l'AFIPA. Elle inclut donc les pharmaciens dans cette pratique. Le ministère des affaires sociales et de la santé a également choisi cette définition[15].

L'AFIPA précise que « l'automédication responsable est un des aspects du self-care qui désigne en anglais la prise en charge de sa santé par l'individu lui-même et incluant prévention, environnement, hygiène de vie, hygiène alimentaire et donc automédication responsable ».

Elle souligne également 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 : ce sont des pratiques dangereuses pour la santé »[14].

La définition adoptée par le LEEM (cf. glossaire) 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 préalable, mais avec le conseil du pharmacien d'officine ». Le pharmacien d'officine est également inclus dans cette pratique[16].

La définition de l'automédication adoptée par le Conseil national de l'ordre des médecins est la suivante : « Il s'agit de l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. 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 »[10].

Cette définition n'inclut pas systématiquement le recours au conseil du pharmacien. Elle souligne la « possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ».

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens intègre la notion de « se soigner eux-mêmes [les patients] pour des pathologies qu'ils estiment bénignes, en prenant conseil auprès d'un pharmacien d'officine »[17].

Nous avons choisi d'inclure au sein de cette enquête la consommation de « substances de bien-être », dites d'accompagnement ou de performance physique, qui appartiennent à la

catégorie des compléments alimentaires (vitamines, créatinine, acides aminés...), l'intérêt porté à ces produits étant en augmentation.

Reste à bien séparer l'automédication de la médication officinale. L'automédication consiste en une initiative du consommateur. Celui-ci choisit son médicament dans le rayon libre accès ou bien demande un médicament précis à son pharmacien. En revanche, la médication officinale est une proposition du pharmacien vis-à-vis d'un symptôme ou d'une maladie décrite par le patient. Les deux précédentes définitions sont celles que nous avons retenues pour notre enquête, la distinction entre les deux termes étant importante pour la suite de notre étude.

Quelle est la proportion de chacune de ces pratiques ? Les patients viennent-ils directement à la pharmacie pour avoir un conseil de leur pharmacien ou bien pour acheter un médicament qu'ils veulent choisir par eux-mêmes ?

Au sein de cette enquête, nous avons choisi d'analyser la proportion de ces deux pratiques : l'automédication et la médication officinale (évaluation par une question spécifique au sein du questionnaire).

1.2.2 Encadrement de l'automédication par le Conseil national de l'ordre des médecins

L'automédication doit permettre la prise de médicaments adaptés à l'utilisateur. Le Conseil national de l'ordre des médecins insiste sur la nécessité d'une information suffisante de la part du fabricant ainsi que du distributeur. Cette information doit permettre d'assurer la plus grande sécurité d'utilisation, la plus grande efficacité des soins et le meilleur service rendu aux patients.

1.2.3 Facteurs favorisants et freins à la pratique de l'automédication

L'élément déterminant lors de la pratique de l'automédication correspond principalement à la connaissance que le malade peut avoir des symptômes ressentis. Ainsi, le milieu socioculturel, les connaissances, l'âge, la faculté d'observation ainsi que les antécédents sont des facteurs qui vont influer sur la pratique des différents individus ayant recours à l'automédication ou à la médication officinale.

Quelles sont les facteurs qui encouragent la pratique de l'automédication ?

- Le développement des secteurs « grand public » de l'industrie pharmaceutique,
- l'accessibilité croissante des ouvrages et revues de vulgarisation médicale,
- le développement de la publicité dans tous les médias,
- le développement des informations médicales audiovisuelles,
- le développement des sources d'information et d'échanges tels que les sites sur internet et les forums,

- la santé qui reste une préoccupation et une aspiration constante de la population,
- la nature anxieuse de l'être humain (peur de vieillir, de souffrir, de mourir, d'être malade),
- la nature magique du médicament, permettant d'envisager toute liberté de respirer, maigrir, dormir, manger, boire, courir... ressentie parfois à tort sans contrainte ni danger.

La volonté de faire des choix, de maitriser sa propre santé par les patients est une démarche d'autonomie, d'autodétermination.

L'encouragement des organismes d'Assurance Maladie et de l'Etat vers la pratique d'une automédication responsable (c'est-à-dire encadrée par le pharmacien) est un facteur favorisant également cette pratique. La pratique de l'automédication transfère en effet la responsabilité de l'acte de soin ou de traitement du médecin ou du pharmacien vers le patient lui-même (si par exemple celui-ci décide de se soigner seul).

L'automédication peut également apparaître comme l'une des solutions permettant de résorber le déficit des comptes de la caisse d'Assurance Maladie en faisant prendre en charge ces médicaments par les patients plutôt que par l'Assurance Maladie.

Quels sont les freins à cette pratique d'automédication ?

- La nature « chimique », « dangereuse » du médicament d'où l'engouement des médecines alternatives douces, le retour à la nature,
- la perte de confiance envers les professionnels de santé et les produits de santé suite à de nombreuses affaires telles que l'affaire du Médiator®, du sang contaminé, du Furosémide TEVA, des prothèses PIP, etc.[10],
- l'erreur de diagnostic ainsi que l'aggravation d'une pathologie potentielle,
- l'absence de remboursement des médicaments d'automédication,
- le discours de certains professionnels de santé sur les risques de mésusage.

1.3 Etat des lieux de l'automédication

1.3.1 Le marché de l'automédication en France selon l'AFIPA

1.3.1.1 L'évolution du marché de l'automédication en France au cours des dix dernières années[18,19,20]

L'AFIPA publie chaque année les chiffres de l'évolution du marché de l'automédication. Ces données permettent d'évaluer les différents facteurs, évènements ayant pu influencer le marché de l'automédication. Ce rapport annuel est basé sur les données d'enquêtes de l'IMS Health.

L'IMS Health est une société fournissant des services d'information à l'industrie pharmaceutique. Elle se base sur des informations collectées auprès des professionnels de santé ainsi que d'autres acteurs du système de soin.

IMS Health met en œuvre son expertise statistique pour publier des études de marché de référence. Ces informations sont notamment utiles aux laboratoires pharmaceutiques dans la prise de décisions tactiques et stratégiques.

En 2003, le marché total du médicament est évalué à 3 milliards d'unités (de médicaments) (soit une augmentation de 0,5 % par rapport à 2002). Le nombre d'unités vendues dans le cadre de l'automédication est évalué à 374 millions d'unités, ce qui est stable par rapport à l'année 2002. L'automédication représente alors 12,5 % du marché des médicaments (en unités vendues). Les trois classes de médicaments les plus vendues en automédication sont (de façon décroissante en volume) : les médicaments destinés au traitement des troubles des voies respiratoires, les antalgiques (=antidouleur) et les médicaments destinés au traitement des troubles des voies digestives.

En 2004, le marché total du médicament diminue de 3,3 % (il est évalué à 2,9 milliards d'unités). Le nombre d'unités vendues dans le cadre de l'automédication est évalué à 359 millions d'unités, soit 4 % de moins qu'en 2003. Cette valeur représente 12,4 % du marché des médicaments.

2004 représente une année difficile dans le secteur de l'automédication.

Les quatre classes de médicaments les plus vendues (en volume) en automédication sont alors les antalgiques, les médicaments destinés au traitement des troubles des voies respiratoires, les médicaments destinés à améliorer la circulation sanguine, ex aequo avec les médicaments destinés au traitement des troubles des voies digestives.

L'année 2005 est représentée par une vente de 351 millions d'unités dans le domaine de l'automédication, soit une baisse de 2,2 % par rapport à l'année 2004. La vente totale de médicaments est évaluée à 2,95 milliards d'unités. Les trois classes les plus vendues sont alors les antalgiques, les médicaments destinés à améliorer la circulation sanguine puis les médicaments destinés au traitement des troubles des voies respiratoires. L'AFIPA souligne également qu'un écart de prix entre les produits de PMF remboursables et non remboursables existe et qu'il est assez conséquent.

En septembre 2002, le déremboursement de nombreux médicaments avait été annoncé en trois étapes.

La première année (2003) a concerné les médicaments dont la commission avait jugé, d'une part que le SMR ((Service Médical Rendu (cf. glossaire))[21] était insuffisant, et d'autre part qu'ils n'avaient pas de place dans la stratégie thérapeutique (d'autres moyens de prise en

charge leur étant préférables). Ce plan prévoyait, durant l'année 2004, de dérembourser des produits qui relevaient d'un choix d'automédication. Les industriels concernés par ces médicaments disposaient ainsi d'environ 2 ans pour se préparer au passage à l'automédication. Enfin, en 2005, le déremboursement a concerné des produits médicalement peu efficaces mais sans alternative thérapeutique.

La première vague de déremboursement (août 2003) a concerné 72 spécialités. Il s'agissait essentiellement de « vieux » produits, dont certains pouvaient être dangereux. Beaucoup d'entre eux furent alors retirés du marché. L'impact sur le marché de l'automédication n'a donc pas été remarquable. Durant cette année 2003, l'écart de prix entre les médicaments de PMF remboursables et les médicaments de PMF non remboursables s'est creusé. Cet écart a pu expliquer la réticence des Français à s'automédiquer.

En 2006, 3,2 milliards d'unités de médicaments sont vendues et 406 millions d'unités, dans le domaine de l'automédication, ce qui représente une hausse de 13,5 % en volume par rapport à l'année 2005. Pour la première fois depuis quelques années, le marché évolue de façon positive. Le prix moyen public reste stable.

Cette évolution du marché de l'automédication s'explique par la vague massive de déremboursement durant 2005-2006. En effet, cette deuxième vague de déremboursement a concerné 282 spécialités pharmaceutiques : des expectorants, des fluidifiants bronchiques, des produits de phytothérapie ainsi que des oligoéléments et des médicaments contre les troubles digestifs. Pour 105 médicaments veinotoniques, les pouvoirs publics ont alors créé un taux de prise en charge provisoire de 15 % (au lieu de 35 %) destiné à préparer leur déremboursement total.

L'AFIPA explique également cette hausse par « la persistance des médecins à prescrire des médicaments non remboursés ainsi que l'investissement des pharmaciens sur des « marques fortes » qui entrainent le marché ». Enfin, l'AFIPA note un accroissement de l'intérêt porté à l'automédication par les patients.

On note une dynamisation réelle du domaine de l'automédication en 2006.

Les catégories de médicaments qui ont le plus bénéficié des reports vers les ventes d'automédication sont les hypnotiques et les sédatifs, les expectorants et de nombreux médicaments des voies respiratoires, les suppléments minéraux, ainsi que de nombreux médicaments du système digestif. Notons que pour les produits leaders (ex : Euphytose®, Ultra-levure®, Bronckokod®, Oligosol Mg® et Efferalgan vit C®), les laboratoires ont opté pour un positionnement de prix raisonnable, ce qui a permis aux patients de rester « fidèles » à leurs anciens traitements remboursables.

Les antalgiques, les médicaments destinés à soulager les troubles des voies respiratoires et des voies digestives restent les trois classes de médicaments les plus vendues en automédication.

En 2007, le marché total du médicament est évalué à 3,2 milliards d'unités vendues. Le marché de l'automédication reste en augmentation et est évalué à 423 millions d'unités, soit une évolution de 4 % en volume. Le prix public moyen reste stable et est évalué à 4,56 euros (4,54 euros en 2006).

Les trois classes de médicaments les plus vendues en automédication restent les mêmes mais l'AFIPA souligne que le marché des médicaments destinés au traitement des troubles des voies respiratoires est celui qui se développe le plus (13,4 % d'évolution contre 4,6 % pour les antalgiques). Le poids du semi-éthique (PMF remboursable) est en pleine évolution (7,4 % entre 2006 et 2007 et 4,5 % entre 2005 et 2006). Le semi-éthique représente 32 % du marché de l'automédication contre 68 % pour les produits de PMF non remboursables.

Le dynamisme du marché de l'automédication est marqué, en 2007, par le lancement de 95 produits en OTC[9] (cf. glossaire).

Le poids de ces nouveautés représente alors 2,3 % en unités mais surtout 61 % de l'évolution stricte en chiffre d'affaire. Les nouveautés sont représentées notamment par : les comprimés effervescents Efferalgan vit C 500mg®, les gommes à mâcher Nicorette® 2mg en boîte de 105 et la crème Lamisilate® monodose à 1 %.

Le marché de l'automédication en 2007 confirme donc sa dynamique grâce notamment aux nouveautés dans le domaine et grâce à l'investissement important des marques leaders en OTC dans la communication auprès du patient et du pharmacien. L'AFIPA note aussi une hausse de prix moyen qui reste très raisonnable en OTC (+1,1 %).

En 2008, le marché de l'automédication est un secteur toujours en dynamique et les prix sont stables. En effet, tandis que le secteur du médicament dans sa globalité connaît des difficultés et que son chiffre d'affaire chute de 0,3 % par rapport à 2007 (3 milliards d'unités vendues), le marché de l'automédication continue sa dynamique avec 426,8 millions d'unités vendues et affiche une stabilité des prix qui confirme la tendance déjà observée en 2007.

Une importante part de ce maintien du marché de l'automédication est due aux déremboursements des veinotoniques. L'AFIPA souligne un succès particulier pour les marques de forte notoriété et note le maintien de l'investissement en communication auprès des pharmaciens et des patients/consommateurs.

Le 1er juillet 2008 est une date clé dans le marché de l'automédication. Il s'agit en effet de la date de mise en place du libre accès (voir paragraphe 4.) dans les officines. Fin 2008, un premier bilan s'établit : le taux de pénétration du libre accès représente 26 % des pharmacies.

Le libre accès n'en est donc qu'à ses débuts.

2009 est une année mitigée. Globalement meilleure que prévu (+0,7 % en chiffre d'affaire), le nombre d'unités de médicaments vendues s'élève à 3 milliards d'unités. Ce maintien est

fortement imputable à la pathologie hivernale « classique » et à la grippe A. Oscillococcinum® a, en grande partie, permis le maintien de chiffres convenables.

Cependant, c'est une année qui a tout de même été économiquement difficile pour les officines (impact de la MDL (marge dégressive lissée, voir glossaire) , pénétration des génériques en baisse, etc.).

On enregistrera en 2009 la plus forte baisse du nombre d'officines depuis des années. Il apparaît que la crise financière a vraisemblablement influencé les comportements et les choix des consommateurs (44 % des français indiquent qu'ils vont changer leurs pratiques d'achat (moins d'achats et moins chers)).

Le marché de l'automédication se chiffre à 424,8 millions d'unités vendues ce qui représente une involution en volume de 0,5 % et une évolution en valeur de 0,6 %. La dynamique de ce marché est donc plus faible que les deux dernières années. Le prix moyen reste stable.

Le marché des semi-éthiques retrouve une bonne dynamique (évolution de 3 % en valeur et de 2,2 % en volume) qui est en grande partie portée par la dermatologie et le marché des pathologies hivernales (antalgie et respiratoire). Le marché des voies respiratoires est en hausse importante et est dû essentiellement aux sirops (Toplexil®, Helicidine®, Biocalyptol®).

En revanche le marché de l'OTC strict présente une involution de 2,1 % en volume et une évolution de 0,2 % en valeur. Le prix moyen est en hausse de 2,3 % mais il est dû essentiellement à l'impact du lancement d'Alli® (+1,1 % hors lancement Alli®).

Il reste important de souligner que le libre accès tarde à démarrer dans la plupart des officines.

2010 est une année en décroissance sur le marché total du médicament (-0,3 %). 3 milliards d'unités de médicaments sont vendues. Cette décroissance est due essentiellement à une épidémie grippale moins importante et intervenue plus tard.

Le marché de l'automédication est en baisse : 419,9 millions d'unités vendues soit une involution de 1,2 % en volume et de 0,8 % en valeur. Le marché du semi-éthique est en baisse de 1,3 % en volume et en valeur et le marché OTC strict en baisse de 1,1 % en volume et 0,7 % en valeur.

Le marché des compléments alimentaires (sans AMM) confirme quant à lui sa dynamique (+2,2 % en valeur).

L'année 2011 est caractérisée par une progression des ventes en automédication en valeur de +1,9 %. Il s'agit d'un des rares marchés de la pharmacie qui se développe dans un contexte difficile pour l'activité officinale. Ce dynamisme s'explique notamment par les innovations, les délistages (cf. glossaire) de molécules, les investissements des laboratoires et le

développement du libre accès. Enfin, les prix des médicaments d'automédication sont à la baisse depuis janvier 2008, témoignant ainsi des engagements pris par les pharmaciens et l'AFIPA auprès des autorités de santé en 2008.
Le marché de l'antalgie et celui des voies respiratoires sont les plus gros contributeurs de croissance. Oscillococcinum® représente la meilleure progression. Parmi les médicaments pour les maux de gorge, Lysopaïne®, par exemple, progresse de 18 %.

Le libre accès est en nette progression. En effet, 71 % des pharmacies ont alors mis en place un espace libre accès.

Selon l'AFIPA, 60 % des Français ont eu recours au libre accès en 2011 contre 31 % en 2010 et 60 % apprécient de choisir seuls leurs médicaments tout en prenant conseil auprès du pharmacien.

Dans un contexte pourtant délicat pour le secteur du médicament (-2,4 % pour le marché de prescription), le marché de l'automédication continue ainsi son développement (croissance de 3,2 % en valeur) en **2012**.

Ce marché reste cependant encore modeste par rapport à ce qu'il représente dans les autres pays européens.

Le principal facteur à l'origine de cette croissance correspond au déremboursement de nombreux médicaments.

Trois segments principaux représentent cette croissance du marché : le marché de l'antalgie, le marché des médicaments destinés au traitement des troubles des voies respiratoires ainsi que le marché des médicaments destinés à améliorer la circulation sanguine. En effet, ce dernier affiche la progression des ventes en valeur la plus importante par rapport aux autres segments de l'automédication (+10,9 %). Le déremboursement des vasodilatateurs en mars 2012 explique en grande partie l'augmentation de ces médicaments en automédication.

Le nombre d'officines ayant mis en place le libre accès reste stable depuis un an : environ 70 %. En 2012, le fait d'avoir un espace libre accès développerait le chiffre d'affaire en automédication de 4 %. Le prix de vente des références de libre accès a significativement baissé.

Le bilan de la mise en place du libre accès dans le marché de l'automédication depuis 5 ans montre que les prix des médicaments en automédication sont en baisse (en euros constants (cf. glossaire)[22]) depuis 5 ans.

De plus, une grande vigilance des officines dans leur politique de prix est à souligner ; l'AFIPA constate en effet que les écarts entre les officines se sont réduits de moitié depuis 10 ans.

1.3.1.2 Bilan de l'automédication en 2013

2013 est une mauvaise année pour le marché de l'automédication (465 millions d'unités vendues). Ce marché apparait en décroissance et fragilisé. On note une baisse de 3 % en valeur et de 4 % en volume malgré une baisse des prix en euros constants (depuis six ans pour l'automédication) et une dispersion des prix qui se réduit entre les officines.

Le marché du médicament sur prescription (en baisse depuis 2010) est également en baisse de 3,5 % en valeur (versus -2,4 % en 2012). Le marché total du médicament s'élève à 2,964 milliards d'unités vendues.

Pour la première fois depuis 5 ans le marché du médicament sur prescription ainsi que le marché de l'automédication sont tous deux en baisse.

Cette inversion de la courbe de l'automédication s'explique selon l'AFIPA par une baisse de la fréquentation des officines ainsi que par une épidémie grippale en 2013 très importante (augmentation de 49 % des cas de grippe) à l'origine d'une hausse de consultation chez les médecins généralistes (et donc des prescriptions).

Contrairement au marché du médicament, le marché du dispositif médical est en nette évolution (+4,3 % hors prescription et +1,5 % sur prescription en valeur).

De même, 2013 représente une année en pleine croissance pour le marché du complément alimentaire (+6,2 % hors prescription en valeur et +7,4 % en volume). Les évolutions les plus importantes dans ce secteur sont représentées par les sédatifs et les tranquillisants (+20 % en valeur), les produits administrés dans les troubles des voies respiratoires (+16 %) ainsi que les vitamines et minéraux (12,3 %).

Ces deux derniers marchés apparaissent comme plus dynamiques que jamais.

Les chiffres précédents traduisent une situation plus qu'inégale entre les médicaments d'automédication et les dispositifs médicaux et compléments alimentaires vendus à l'officine. Cette baisse significative du marché de l'automédication représente un réel danger pour l'organisation et l'efficience du système de soins (hausse des consultations chez les médecins généralistes, augmentation des coûts pour la Sécurité sociale...). L'AFIPA souligne l'importance de la mise en place de mesures d'accompagnement de l'automédication par les pouvoirs publics.

L'AFIPA mentionne qu'internet représenterait moins de 0,1% du marché de l'automédication.

1.3.2 Les différences en Europe

1.3.2.1 Rapport du ministère[9,15]

Le marché de l'automédication en France se distingue de celui des pays voisins européens. Il est caractérisé par sa faible importance, en valeur comme en volume, et par sa faible dynamique.

Les médicaments de prescription médicale facultative non remboursables délivrés sans ordonnance représentent 8 % du marché pharmaceutique en valeur et 17 % en unités.

En France, l'immense majorité des produits de PMF est remboursable (80 % en unités et 75 % en valeur) alors que de nombreux pays assimilent totalement ou largement prescription médicale facultative (PMF) et médicaments non remboursables.

Au niveau européen, la France est située en dernière position après l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne dans le marché de l'automédication. Au total, alors que les dépenses de médicaments en France sont parmi les plus élevées de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique (cf. glossaire)), celles-ci concernent peu les produits d'automédication et relativement moins que dans les autres pays d'Europe.

Les éléments structurant le marché des PMF font l'objet de réglementations nationales. Ainsi, aux Etats-Unis, en Allemagne et aux Pays-Bas, le remboursement des spécialités de PMF constitue une dérogation à la règle. Dans les autres pays, certains médicaments de PMF sont remboursables. Contrairement à la situation française, cela ne semble néanmoins pas constituer un frein au développement de l'automédication.

Dans la plupart des pays, le réseau de distribution est limité au circuit officinal. Cependant, aux Pays-Bas et en Suisse, les « drogueries » (drugstores) sont également autorisées à vendre des médicaments de PMF. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, les médicaments de PMF peuvent aussi être commercialisés dans un commerce quelconque. La situation est identique en Allemagne et en Italie, sous réserve de la présence d'un pharmacien.

La vente en libre accès est différente selon les pays. En effet, elle est autorisée aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, interdite en Allemagne, Belgique et France notamment, restreinte à certains médicaments en Suisse (rapport 2006). Elle est parfois légale mais peu développée (Italie) voire inexistante (Grèce, Espagne).

La publicité est autorisée et les prix sont libres (sauf pour les spécialités prises en charge).

La part des médicaments de PMF dans le marché total varie fortement d'un pays à l'autre. Ceci est en partie dû à des différences de réglementation. Par ailleurs, le marché des médicaments de PMF est inégal selon les pays : en France, seuls 27 % du CAHT (chiffre

d'affaire hors taxe) des médicaments de PMF sont réalisés par demande directe du patient (automédication) alors que cela représente environ 89 % aux Pays-Bas par exemple.

Dans les pays où l'automédication est développée, il apparait que le succès de l'automédication soit en partie dû à des habitudes de consommation médicale : dans les pays anglo-saxons, la responsabilisation du patient est mise en valeur, il est en effet considéré comme apte à se traiter pour des pathologies mineures.

En France, au contraire, la consultation d'un praticien pour des pathologies bénignes est plus systématique (surtout quand elle permet le remboursement des médicaments prescrits). L'implication croissante des médecins dans l'éducation des patients ainsi qu'une meilleure communication sur le sujet, valorisant notamment le rôle de conseil des pharmaciens, sont des facteurs favorables à l'automédication.

1.3.2.2 Premier observatoire européen sur l'automédication : juin 2013[23]

Le 25 juin 2013, l'AFIPA a rendu public le premier observatoire européen sur l'automédication, réalisé par Celtipharm (Celtipharm.com est une société d'information, de services et de commercialisation par Internet, dédiée exclusivement aux pharmaciens d'officine et aux professionnels de la santé (cf. glossaire)). Afin de rendre compte de la situation française de l'automédication au regard des autres pays européens étudiés (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Unis et Suède), cette étude inédite compare différents indicateurs.

Les données de cette étude sont issues de questionnaires réalisés auprès de l'AESGP (L'association européenne des spécialités grand public) et des associations représentatives des industries de l'automédication dans les huit pays analysés.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- L'automédication est un marché en croissance en Europe : +2,1 % en 2012 en valeur.

- Le développement de l'automédication en France est inférieur à la moyenne européenne.

  La part de marché en volume de l'automédication en France est de 15,9 % et de 23,3% en Europe* (*moyenne des autres pays participant à l'étude). La dépense moyenne annuelle en produits d'automédication par habitant est de 34,5 euros en France et en moyenne de 39 euros en Europe*.

- Le prix moyen des spécialités en automédication est plus faible que la moyenne des 8 pays concernés. En effet, il est de 4,5 euros en France pour une moyenne de 5,2 euros (6 euros en Espagne).

- Le nombre de molécules actuellement commercialisées en automédication est le même que dans les autres pays. 95 molécules sont commercialisées en France contre 94 pour la moyenne des 8 pays européens. L'AFIPA souligne cependant un potentiel de délistage (cf. glossaire) important (53 molécules éligibles).

- La pharmacie reste le canal de distribution majoritaire par les patients européens. La vente en ligne est globalement peu utilisée.

- L'organisation de notre système de soins et le recours très fréquent au médecin généraliste pour les pathologies bénignes expliquent le retard de la France en matière d'automédication.

1.4. Le libre accès

1.4.1 Définition

« Depuis le 1er juillet 2008, les pharmaciens peuvent mettre à la disposition de leurs patients des médicaments de prescription médicale facultative (PMF) - dont les listes sont établies par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) - dans un espace réservé, clairement identifié et situé à proximité immédiate du comptoir dans leur officine »[24].

1.4.2 Généralités[25]

C'est l'ANSM qui définit la liste des médicaments pouvant être présentés en accès direct dans les pharmacies (selon des critères choisis pour garantir la sécurité sanitaire et la sécurité des patients). Ont donc été exclus de cette liste, les médicaments qui présentent des contre-indications majeures ou un risque important d'interactions médicamenteuses ainsi que les médicaments destinés aux populations dont le niveau de sécurité ne serait pas suffisant pour une utilisation en automédication (pédiatrie, gériatrie...).

Ainsi, ces médicaments peuvent être directement choisis par les patients dans un espace dédié.
Le 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. La mise à disposition devant le comptoir des médicaments nouvellement ajoutés intervient uniquement après publication de la décision au Journal Officiel.

La dernière mise à jour date du 15 mai 2013.

1.4.3 La liste des médicaments en libre accès

Cette liste est disponible sur le site de l'ANSM. On distingue quatre listes différentes à la date du 15 mai 2013 : une liste pour les médicaments allopathiques, une liste pour les médicaments homéopathiques et une autre pour les médicaments phytothérapiques. La dernière liste représente les médicaments retirés de la liste des médicaments en libre accès suite à l'arrêt de commercialisation de ces spécialités/conditionnements ou bien suite à son relistage (cf. glossaire).

Dans la cadre de cette thèse, nous nous sommes inspirés de cette liste afin de regrouper les médicaments par indication. En revanche, nous ne nous sommes pas uniquement intéressés à ces médicaments en libre accès mais à tous les médicaments que le patient peut se procurer en pharmacie, qu'ils soient situés devant ou derrière le comptoir.

1.4.4 Le libre accès : avantages/risques[13, 26]

La mise en place du libre accès, tout comme l'automédication en général, fait l'objet de discussions entre les pouvoirs publics et les professionnels de la santé.

Cette pratique est en effet plutôt encouragée par les premiers pour des raisons essentiellement économiques tandis que la plupart des professionnels de santé émettent quelques réserves concernant principalement la sécurité des patients. L'automédication soulève des questions pour le malade qui se retrouve dans une situation où il doit apprendre un nouveau comportement.

Au sein des professionnels de santé, la mise en place du libre accès ne fait pas l'unanimité. En effet, le nombre de pharmacies ayant mis en place le libre accès reste stable (70 %).

La mise en place du libre accès permet une « responsabilisation » de l'acte de soin. En effet, le patient devient maître du choix du médicament qu'il souhaite utiliser pour soulager ses symptômes. Cette mise en place offre la possibilité au patient de comparer les prix des médicaments d'une officine à une autre, l'affichage des prix étant obligatoire en officine. Cette mise en concurrence des prix d'une officine à une autre permet en partie de faire baisser le prix des produits.

Avec le libre accès, le patient choisit lui-même le produit qu'il souhaite utiliser, dans un espace adapté.

L'opposition soulignera les risques engendrés par cette pratique. Il apparait donc essentiel et indispensable que le pharmacien vérifie les produits choisis par le patient, en insistant sur les possibles interactions médicamenteuses avec les traitements habituels, les effets secondaires possibles, les risques de mésusages médicamenteux (indication inappropriée, non respect des contre-indications, erreur de posologie, durée excessive...), les risques de retard de diagnostic ainsi que de iatrogénie médicamenteuse. Le rôle du pharmacien est donc primordial lors de

l'installation d'un rayon libre accès. Il faut, en effet, encadrer une consommation inadaptée d'un patient pressé et mal renseigné, se dispensant du conseil du pharmacien.

1.4.5 Bilan du libre accès en 2013[27]

Selon une enquête quantitative réalisée par l'AFIPA auprès du grand public, près de 70 % des officines possèdent une zone de libre accès.

La présence de cette zone permettrait à une officine de faire progresser de 4 % en volume ses ventes de produits d'automédication.

Le prix des produits en libre accès a baissé en 5 ans de 5,2 % en euros courants et 12,9 % en euros constants.

La liste des médicaments disponibles devant le comptoir compte aujourd'hui 455 spécialités.

Cette enquête révèle que « 70 % des individus achètent au moins une fois dans l'année des médicaments sans ordonnance et que 81,6 % des répondants déclarent réutiliser les médicaments dont ils disposent ».

Les mêmes produits (dits produits « stars ») conservent la première position depuis 2009 : Doliprane® pour traiter les maux de tête, Strepsils® pour traiter les maux de gorge et Spasfon® pour traiter les maux de ventre. L'importance du rôle du pharmacien semble être renforcée par rapport à 2012 ; en effet, l'enquête révèle que « le conseil du pharmacien est utile voire indispensable pour plus de 8 français sur 10 et qu'en absence d'ordonnance, son conseil est sollicité dans 62% des cas ».

2013 est une année qui constitue une véritable évolution dans l'utilisation du libre accès avec « plus de 40 % d'utilisateurs en 2013 soit plus de 2 fois plus qu'en 2012 », malgré une involution du marché de l'automédication.

On note une très forte utilisation du libre accès avec plus de 75 % des répondants. La tendance pour l'avenir est positive car plus de 50 % des répondants envisagent de réutiliser le libre accès.

Cette enquête a également permis de mettre évidence les points négatifs du libre accès.

En effet, il apparait que les consommateurs ne se sentent pas assez informés. De plus, la mise en place du libre accès est à l'origine de certains risques aux yeux des consommateurs. En effet, ceux qui n'envisagent pas ou plus d'utiliser le libre accès sont freinés par le risque de consommation inadaptée ou risquée.

Afin d'encourager cette tendance et d'encadrer au mieux cette pratique, l'AFIPA fournit quelques recommandations :

- Communiquer sur le libre accès , comment s'en servir , quelles sont ses utilités , quels sont les médicaments qu'on y trouve et pourquoi.
- Sensibiliser plus le pharmacien sur l'importance de son rôle dans le conseil et la nécessité de la mise en valeur de l'aspect pédagogique du libre accès.
- Inciter au premier essai pour enclencher une adoption du libre accès.

1.4.6 Aides/Outils destinés à l'usage des médicaments en libre accès

1.4.6.1 Pour le public[28]

Les patients souhaitant recourir à l'automédication peuvent trouver de nombreuses aides et outils afin d'être bien encadrés.

Sur le site de l'ANSM, une fiche intitulée « Questions/Réponses » permet de répondre aux principales questions que peut se poser le grand public.

L'ANSM publie également les 7 règles d'Or de la médication officinale à télécharger sous la forme de dépliants ou sous la forme d'affiches. Ces dépliants rappellent le rôle essentiel du pharmacien ainsi que les principales mises en garde de cette pratique. Ces 7 règles d'Or rappellent les précautions à prendre avant d'acheter un médicament, avant de consommer un médicament et au cours d'un traitement médicamenteux. 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. Enfin, elles insistent sur la nécessité de consulter son médecin en cas de persistance des symptômes ou d'apparition d'effets indésirables. Elles permettent ainsi une meilleure approche, encadrée, de l'automédication.

Des dépliants, destinés à accompagner la délivrance des antalgiques les plus utilisés en automédication, sont également disponibles en ligne. Ils font bien évidemment échos aux conseils du pharmacien.

Une dernière catégorie d'aides intitulée « Fiches : bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance » est mise à disposition de tous. Classées par symptômes, ces brochures 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 de son pharmacien.

Ces fiches concernent des pathologies courantes comme par exemple le reflux gastro-œsophagien occasionnel de l'adulte, la constipation occasionnelle de l'adulte, la diarrhée passagère de l'adulte, le mal des transports, le rhume de l'adulte etc.

De nombreux autres dépliants sont également mis à la disposition des patients au sein des officines. Ces dépliants peuvent être fournis par les laboratoires commercialisant le médicament d'automédication (Biogaran® et ses fiches de médication officinale) ou bien par les groupements d'officines.

On notera aussi l'existence d'un site : MEDDISPAR (Médicaments à dispensation particulière). Ce site, créé par l'Ordre national des pharmaciens, répertorie l'ensemble des textes sur la prescription ainsi que sur la dispensation des médicaments concernés, avec une recherche possible par nom de spécialité, de DCI ou par code CIP. La nouvelle version du site ouverte début 2011, « accessible à tous, sans inscription et gratuitement », comprend six rubriques : médicaments à prescription restreinte, médicaments d'exception, substances vénéneuses, médicaments dérivés du sang, médicaments délivrés à titre gratuit et médicaments en libre accès, avec près de 1 500 produits référencés. Ce site est donc un outil essentiel mis à la disposition du public et des professionnels de la santé.

Enfin, à partir du 1er octobre 2013, la première base de données publique sur le médicament est mise 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. Elle est accessible à l'adresse suivante : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/ et est accessible par tous de façon gratuite et illimitée.

Cette base de données publique des médicaments est « le résultat d'une collaboration entre l'ANSM, la Haute autorité de santé (HAS), l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la Direction générale de la santé (DGS) ».

Les données qui y figurent ont été adaptées pour les rendre accessibles et compréhensibles par tous. Il est nécessaire de rappeler que cette base ne peut se substituer aux professionnels de santé ainsi qu'à leurs conseils.

Cette base de données est comme un « 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 comme le prix, le taux de remboursement, le SMR et l'ASMR ainsi qu'à des informations réglementaires, comme les conditions de prescription et de délivrance, l'appartenance à un groupe générique et des informations de sécurité.

Cette base sera en permanence enrichie des nouvelles données relatives à chaque médicament y figurant.

Les patients sont informés de l'existence de cette base accessible en ligne sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que sur le site de l'ANSM. Afin de promouvoir l'existence de cette base site auprès du grand public, certains journaux lui ont consacré un article (disponibles sur lemonde.fr, francetvinfo.fr...).

1.4.6.2 Pour les professionnels de santé

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

Les groupements d'officines ainsi que les laboratoires concernés fournissent également des dépliants et des fiches, destinés aux professionnels de santé.

Certains modules de e-learning (modules de formation en ligne) sont mis à la disposition des professionnels de santé dans ce domaine.

Les documents et sites évoqués précédemment sont également mis à la disposition des professionnels.

Certaines revues, payantes, sont destinées uniquement aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants concernés. L'abonnement à la revue *Prescrire*, par exemple, permet d'avoir recours à un nouveau numéro tous les mois, à des numéros spéciaux et à des guides (« Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses » d'environ 600 pages). Les inscrits ont également accès à tous les textes sur www.prescrire.org (dans la limite de 15 téléchargements de textes par période de 24h) et à tous les numéros de *Prescrire* publiés depuis le premier numéro. De plus, ils ont accès à un programme d'amélioration des pratiques professionnelles intitulé « Eviter l'Evitable » ainsi qu'à des fiches Infos-Patients. Les rédacteurs de *Prescrire* sont médecins (généralistes ou spécialistes, exerçant en cabinet libéral ou à l'hôpital), pharmaciens (officinaux ou hospitaliers), infirmiers ou dentistes. Certains sont économistes ou journalistes, particulièrement compétents dans le domaine de la santé. Tous les rédacteurs sont formés selon des protocoles internes à *Prescrire*. L'absence de lien financier direct ou indirect avec une firme pharmaceutique est une condition sine qua non d'appartenance à l'équipe *Prescrire*[29].

Les grossistes-répartiteurs, par l'intermédiaire de magazines papiers ou accessibles en ligne sur leur site, fournissent également des outils et aides destinés aux pharmaciens d'officine. Ils mettent à la disposition des pharmaciens des formations e-learning ainsi que des magazines (ex : *Pharmag*® fourni par l'OCP, *Asteramag*® par la CERP, *Phoenix Pharma*® par Phoenix etc.).

Pharmag®, par exemple, est gratuit et accessible en ligne. Ce magazine, créé par l'OCP (cf. glossaire), un grossiste-répartiteur pharmaceutique, permet d'accompagner les étudiants en pharmacies. Pharmag.fr est un espace d'échange et de dialogue entre les étudiants et les professionnels. On peut y découvrir des portraits de pharmaciens, des reportages sur les enjeux de l'industrie pharmaceutique, des conseils pratiques pour les études mais également des informations utiles sur les métiers du pharmacien.

Le Quotidien du Pharmacien et *Le Quotidien du Médecin* sont des titres du *Groupe Profession Santé.* Le *Quotidien du Pharmacien* est adressé chaque lundi et jeudi à 22 000 pharmaciens. Les professionnels de santé y trouvent des informations nécessaires à la pratique de leur activité : la formation thérapeutique, des dossiers mensuels, le conseil à l'officine mais aussi des articles sur les actualités. *Le Quotidien du Médecin* est adressé chaque jour à près de 73 000 médecins, généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers. Ce magazine livre une information au cœur de l'actualité professionnelle, de la recherche et de l'actualité scientifique.

Certains articles de ces deux magazines sont accessibles en ligne gratuitement après inscription. En revanche, ces deux magazines sont payants sous la forme papier.

1.5. Pratiques et acteurs de l'automédication

1.5.1 Aspect comportemental de l'automédication[13]

Afin de décrire au mieux ce comportement, nous nous sommes appuyés sur l'étude de Sylvie Fainzang réalisée en 2010. Cette étude présente les résultats d'une enquête évaluant les conduites d'automédication en France en 2010.

Elle a été réalisée à partir de récits d'individus sur leurs épisodes de maladies et leurs parcours thérapeutiques.

« L'acte de consommation de médicaments décidé par soi-même » : c'est la définition au sens littéral de l'automédication.

« L'automédication consiste donc à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis du médecin » est une définition plus large de l'automédication adoptée par Lecomte (1999). C'est donc « l'acquisition d'un produit sans ordonnance », que l'on appelle automédication, au sens plus restreint.

Le recours à cette pratique suppose l'adoption de comportements avec en premier lieu l'auto-examen clinique et l'autodiagnostic puis dans un second temps le choix du médicament adapté. Ces deux étapes sont bien distinctes.

C'est la connaissance ou la reconnaissance « supposée » d'un symptôme qui guide le recours du sujet à l'automédication plutôt qu'à la consultation médicale.

Certains patients expliquent la manière dont ils s'auto-examinent en palpant ou en appuyant sur la partie douloureuse, comme le témoigne ce récit recueilli lors de cette enquête :

« Lorsqu'il ressent une douleur, Richard essaie d'identifier le symptôme pour faire son propre diagnostic. Ainsi, il a récemment eu des maux de ventre. Il a « appuyé sur son ventre », pensant à une appendicite, mais sa douleur ne s'en est pas trouvée accrue. « Rassuré », il n'a « rien fait » (entendre : il n'a pas médicalisé sa douleur).

Cependant, il a eu par la suite un arrêt des selles. Il a alors craint une occlusion intestinale, ce qui l'a décidé à consulter son médecin, lequel a estimé que c'était le stress qui lui donnait des coliques. Désormais, lorsqu'il ressent des maux de ventre ou qu'il note une absence de selles, Richard se tourne vers l'automédication (en l'occurrence, il prend des médicaments homéopathiques contre le stress), estimant qu'il connaît maintenant cette douleur et qu'il n'a plus besoin de consulter si elle réapparaît ».

L'autodiagnostic comporte donc l'auto-examen permettant ainsi l'identification du problème. Puis le patient auto-évalue la situation basée essentiellement sur l'auto-évaluation de la gravité.

Il apparaît que les sujets pratiquant l'automédication identifient des symptômes à priori jugés « bénins » ainsi que des symptômes connus (déjà vécus). La reconnaissance de ces symptômes déjà soignés par le passé retire, à leurs yeux, leur caractère de gravité. D'autre part, la notion de « bénin » semble s'appliquer à la fois aux maux traités et aux médicaments utilisés. Les patients utilisent ainsi des spécialités qui parfois ne sont pas anodines à partir du moment où ils estiment la situation connue. Il apparaît donc que la traduction de « symptôme connu » en « symptôme bénin » conduise à l'utilisation de médicaments dans des situations qui ne sont pas nécessairement bénignes.

La réalisation de l'auto-examen clinique ainsi que de l'autodiagnostic peut être très variable d'un individu à l'autre.

La seconde étape du comportement du patient s'automédiquant est celle du choix du médicament adapté.

L'enquête souligne que la connaissance d'un médicament choisi en automédication est généralement transmise par l'expérience antérieure (ex : le médicament est présent dans l'armoire à pharmacie et correspond au reste d'un traitement antérieur destiné au patient lui-même ou à une personne de son entourage). Mais elle s'appuie également sur les conseils de l'entourage, au point que l'expérience des proches semble prendre une place très importante aux yeux de la personne s'automédiquant. Il arrive parfois même qu'un sujet déclare ne pas connaître un médicament qu'il a décidé de prendre, mais en avoir « entendu parler » par un proche. Enfin, ce médicament d'automédication peut avoir été acheté en pharmacie, en libre accès ou bien lors du conseil du pharmacien.

L'ensemble de cette analyse nous amène à nous poser cette question : par quels modes l'usager acquiert-il une information sur les spécialités consommées en automédication ? Car l'automédication suppose aussi l'auto-information (entourage, internet...).

1.5.2 Les acteurs de l'automédication[9, 30]

Le patient est bien évidemment le principal acteur de cette pratique.

Après avoir autodiagnostiqué son problème, il sera face à plusieurs situations. En effet, il pourra soit se soigner lui même sans aucun recours à un quelconque professionnel de santé - c'est le cas quand le patient choisit son médicament dans l'armoire à pharmacie (la responsabilité de son acte ne reposera que sur lui-même et sur sa propre pratique d'automédication) - soit il pourra alors s'adresser à un autre acteur de l'automédication : un ami, un collègue, un membre de sa famille.

Mais il pourra également s'adresser à son pharmacien d'officine. Au sein de la pharmacie, il aura alors la possibilité de choisir son propre médicament si l'officine dispose d'un rayon libre accès ou bien de s'adresser à son pharmacien en lui demandant un médicament précis ou bien un conseil.

Quelle est la proportion de patients qui choisit son médicament lui-même (automédication) et celle qui demande conseil à son pharmacien (médication officinale) ?

Le pharmacien correspond sans aucun doute au professionnel de santé le plus accessible : il est rapidement et facilement consultable (sans rendez-vous et à proximité) et ses conseils sont gratuits.

Il correspond au dernier maillon de la chaine de délivrance des médicaments. Dans ce cas-là, la responsabilité de la délivrance des médicaments lui incombe totalement.

Lors de la délivrance de médicaments sans ordonnance, le pharmacien se doit de respecter certains devoirs définis par :

- le CSP Article R4235-48 : « Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

  1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
  2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;
  3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.
  Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.
  Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient ».

En toutes circonstances, la dispensation nécessite un commentaire et un échange d'informations avec le patient pour un bon usage du médicament. Cette exigence s'applique tout particulièrement au cas des médicaments dont la délivrance n'est plus soumise à prescription : substituts nicotiniques, contraception d'urgence..., ainsi qu'aux médicaments de médication officinale – médicaments en accès direct »[30].

- L'article 1 du protocole d'accord « Etat / Officine » souligne que : « Dans l'exercice quotidien de leur profession, les pharmaciens d'officine s'engagent à renforcer la qualité de la dispensation des médicaments, notamment : en développant le conseil personnalisé et le suivi auprès des patients, dans les conditions de confidentialité adéquates, en favorisant le bon usage des médicaments ainsi que l'observance des traitements, en garantissant la validation des prescriptions dont ils assurent l'exécution afin de rechercher, en collaboration avec les médecins, la meilleure qualité des soins et la maîtrise de la consommation pharmaceutique »[30].

- D'après L'OMS, « l'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité » ; elle parle ainsi d'automédication responsable qui « 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 »[30].

  Cette notion de « responsabilité individuelle » a été reprise par l'AFIPA comme devise phare dans la promotion de l'automédication.

- Le pharmacien doit aussi connaître les limites de son conseil et selon l'article R4235-61 du CSP « lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament [...]». La possibilité pour l'officinal de refuser de dispenser un médicament qui ne doit pas s'opposer au devoir de « porter secours à toute personne en danger immédiat »[30] (Art. R4235-7 du CSP), est le corollaire de la responsabilité personnelle qu'il engage dans tous ses actes professionnels.
  Cette faculté et cette responsabilité appartiennent au pharmacien, que le médicament soit prescrit ou non, et sont indépendantes de la validité de l'ordonnance et de la responsabilité propre du prescripteur.

- « Lors de la délivrance d'un médicament sur ordonnance ou non, le devoir de vigilance des officinaux vis à vis des effets indésirables graves ou inattendus des médicaments et des cas de pharmacodépendance graves ou d'abus graves de médicaments contribue

à justifier leur place dans la chaîne du médicament (cf. obligations de déclarations prévues par les articles R5121-170 et R5132-114 du CSP) »[30].

- « Lorsqu'un malade, qui a recourt à l'automédication ou à la médication officinale, choisit de se faire accompagner par son pharmacien dans le choix du médicament adapté à ses maux, la responsabilité du pharmacien est donc engagée tant sur le plan déontologique, civil et pénal »[30].

Au sein de notre enquête, il nous a semblé important de nous intéresser à la question suivante: avant de venir à la pharmacie, quelle est la proportion de patients ayant essayé de se soigner par soi-même ? Les patients utilisent-ils des médicaments présents dans leurs armoires à pharmacie ? Si oui, comment les ont-ils obtenus ?

Le médecin peut, dans certains cas, être un acteur du processus d'automédication. Certes, la définition de l'automédication inclut de ne pas avoir recours au médecin mais dans certains cas les médecins jouent tout de même un rôle non négligeable.

En effet, certains auteurs cités par Sylvie Fainzang vont même jusqu'à considérer que « l'automédication doit donc être comprise de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament ». « Lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace (à titre curatif ou préventif, dans une situation « au cas où »), c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin»[13]. Nous n'irons cependant pas jusqu'à cette extrémité, et nous envisagerons ici l'automédication comme « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne ».

Au sein de notre enquête, nous avons choisi de nous intéresser aux questions suivantes : pour quelle(s) raison(s) les patients ont-il recours à l'automédication ? Est-ce parce que rendre visite à leur médecin leur est impossible (celui-ci est indisponible, le cabinet médical est situé trop loin, les patients n'ont pas de temps/d'argent pour la consultation...) ou bien parce qu'ils ne jugent pas nécessaire de consulter leur médecin pour des maux qu'ils estimeraient « bénins » ?

Les industriels de la santé sont aussi considérés comme acteurs, quant à eux indirects, dans le processus d'automédication.

Les médicaments utilisés dans ce cadre sont majoritairement des médicaments de prescription médicale facultative, qui sont accessibles sans ordonnance et peuvent dans certains cas faire l'objet de publicité.

Ce marché de l'automédication est un secteur du médicament nouveau qui intéresse donc fortement les industriels de la santé pour lesquels il représente un nouveau marché. Le

laboratoire Biogaran® (filiale du laboratoire Servier®, spécialisé dans les médicaments génériques) a même récemment créé un conditionnement spécifique dédié à la gamme conseil (Biogaran Conseil®), permettant de faciliter l'usage de ces médicaments avec « des conditionnements plus clairs donc plus sûrs ». On remarque depuis quelques années une augmentation du nombre de campagnes d'information ainsi que de publicités dans ce domaine grand public.

Les industriels de la santé sont aujourd'hui conscients que le choix de ces médicaments ne dépend plus de la seule prescription du médecin mais également du choix du conseil du pharmacien ou même du choix de gamme proposée/exposée dans le rayon libre accès (dépendant là encore du pharmacien). Ils s'intéressent donc au grand public mais également de plus en plus aux pharmaciens d'officine, afin que ces derniers exposent leurs gammes.

A l'aide d'une question posée aux personnes interviewées, nous essayerons d'étudier par quels moyens de communication actuels (publicités sur internet, télévision...) les patients sont influencés, lors du choix d'un médicament en libre accès.

Enfin, les derniers acteurs de l'automédication sont **les pouvoirs publics** (le Ministère de la santé ainsi que l'Assurance Maladie). Ces derniers encouragent cette pratique pour des raisons essentiellement économiques.

Ils ont tout d'abord procédé au déremboursement massif de nombreux médicaments, puis ont établi un décret favorisant le libre accès à 217 d'entre eux, tout en encourageant les patients à prendre en charge leurs maux « dans des situations bénignes ».

Il apparait de plus en plus que la population souhaite réellement prendre en main sa santé. Soucieux de réduire les coûts de santé supportés par la Sécurité sociale, les pouvoirs publics ont ainsi adopté diverses mesures afin de favoriser le recours à l'automédication.

Les pouvoirs publics, conscients des risques potentiels de l'automédication, restent cependant vigilants quant à cette pratique.

L'automédication doit, en effet, être contrôlée et encadrée afin de ne pas nuire à la santé des consommateurs et de ne pas observer l'effet inverse à celui souhaité avec la survenue d'incidents consécutifs à l'automédication entraînant des hospitalisions ou arrêts de travail couteux pour notre système de soin actuel.

1.5.3 Avantages de l'évolution de cette pratique

Les avantages de cette pratique concernent principalement les pouvoirs publics. Cette pratique apparaît avantageuse pour la collectivité. Effectivement, ces médicaments sont achetés à l'initiative des consommateurs, sans prescription médicale, leur coût n'est donc pas supporté par les organismes sociaux.

Les avantages soulignés par les consommateurs de médicaments d'automédication sont de pouvoir mieux choisir les médicaments, de faire baisser les prix et de découvrir de nouveaux produits. Le fait de prendre en charge rapidement ses « petits maux », sans attendre de consultation médicale fait aussi partie des principaux avantages de l'automédication[31].

1.5.4 Risques liés à l'automédication

Dans un de ses articles consacrés aux accidents médicamenteux et à leur prévention, Patrice Queneau, médecin français membre de l'Académie nationale de médecine, mentionne que l'automédication ne serait pas une pratique sans danger. Les accidents de l'automédication seraient bien connus. Cependant, leur prévalence serait mal précisée faute de travaux adéquats. Il souligne qu'en pratique, elle semblerait sous-estimée, tout comme celle de l'ensemble des accidents médicamenteux[32].

Un certain nombre de travaux ont étudié la fréquence et les modalités des accidents médicamenteux dans les départements d'urgences médicales, y compris en pédiatrie, cependant, peu d'entre eux ont abordé quantitativement le rôle de l'automédication comme cause de survenue de certains de ces accidents. Deux études récentes ont permis de rechercher spécifiquement le rôle de l'automédication comme facteur unique ou complémentaire des accidents médicamenteux observés en milieu hospitalier.

On peut citer, notamment, deux circonstances d'accidents[32] :

- Les hémorragies, pouvant être graves voire mortelles, provoquées par l'aspirine (même à doses faibles), mais aussi par les AINS. Les exemples sont à type d'hémorragies graves à l'aspirine et aux AINS, pris isolément ou en association avec un traitement par antivitaminique K (AVK) ou antiagrégant plaquettaire[33, 34].

- Les « céphalées quotidiennes chroniques par abus médicamenteux » affectant environ 300 000 personnes en France[35], avec une part conséquente de poly-automédications nombreuses et variées en antalgiques. Une hospitalisation au coût élevé doit parfois être nécessaire avec des chances de succès inconstantes ne dépassant pas 60 % des cas.

5 types de risques (référencés et documentés au sein des articles cités en référence [[32,36]]) existent lors d'une pratique d'automédication :

- <u>Les risques sans mésusage du médicament</u>[32,36]

L'automédication par aspirine ou par les anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés comme antalgiques peut, même en prise unique, être à l'origine d'une hémorragie (digestive, cérébrale...).

Les médicaments ne sont pas des produits sans danger, même utilisés correctement. Ces risques d'effets dits « secondaires » sont inhérents à toute prise médicamenteuse.

- Les risques par mésusages médicamenteux[32,36]

Ils sont représentés par une indication inappropriée, le non-respect des contre-indications, des erreurs de posologie, une durée excessive de traitement, etc.

Nous noterons notamment le risque de perte de vigilance lors de la conduite automobile en cas de prise inappropriée de médicaments dépresseurs du système nerveux central (antidépresseurs, anxiolytiques...). Il est aussi important de mentionner le risque de potentialisation de cet effet par la consommation l'alcool ou d'autres toxiques.

Ce risque potentiel iatrogène est plus important avec certaines classes de médicaments comme les AINS notamment.

- Les risques par interactions médicamenteuses[32,36]

C'est principalement chez les personnes dites « à risques » ainsi que chez les malades poly-médicamentés qu'ils sont les plus fréquents.

L'association d'aspirine à un traitement bien équilibré par AVK ou à la prise d'un antiagrégant plaquettaire est un exemple classique. Il est connu que la simple prise, même ponctuelle, d'aspirine peut accentuer fortement les effets anticoagulants des AVK et entraîner des hémorragies graves, voire mortelles.

La présence de différents noms commerciaux (=noms de fantaisie, comme par exemple : Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan®) pour une même dénomination commune internationale (DCI, comme par exemple : paracétamol) constitue un facteur supplémentaire d'interaction potentielle avec une automédication en cours. L'existence de plusieurs noms différents pour désigner le même médicament peut être à l'origine de confusion pour certains patients. Le risque de prises additives de molécules identiques ou voisines, avec ainsi la possibilité de surdosages peut être important.

- Les risques de retarder le diagnostic de la maladie en cause et le risque d'erreur de diagnostic[32,36]

A partir du moment où l'automédication est prolongée au-delà de quelques jours ou de quelques semaines, ce risque devient plus important.

Ce risque de retard de diagnostic d'une pathologie sous-jacente pouvant être grave ou urgente à traiter est important à souligner. Dans ce cas, l'automédication retarde la prise en charge thérapeutique efficace et peut être responsable de la survenue de complications. La perte de temps engendrée par l'automédication laisse la pathologie sous-jacente se développer d'avantage.

L'erreur de diagnostic, quant à elle, est réalisée lorsque le patient assimile son problème de santé à une pathologie bénigne qu'il croit reconnaître. Elle entraine alors un retard de diagnostic et donc les mêmes conséquences que précédemment.

- Les risques liés aux patients[36]

Certaines catégories de patients présentent des risques plus fréquents lors de la pratique d'automédication. Il s'agit des enfants, des personnes âgées, des femmes enceintes et/ou allaitantes ainsi que des patients présentant un terrain particulier tels que les insuffisants rénaux chroniques, hépatiques et les patients présentant une immunodépression (ex : SIDA, mucoviscidose...).

D'une façon générale, il n'est pas conseillé à ces catégories de patients de pratiquer l'automédication. Elles présentent des risques plus importants de surdosage dus, par exemple, à une mauvaise élimination du médicament, des variations importantes de distribution des médicaments dans l'organisme et peuvent même parfois être source d'accumulation de médicaments à l'origine d'intoxications graves.

L'énumération de ces risques réels permet de souligner l'importance d'une automédication encadrée et informée. L'information, voire l'éducation des usagers doit constituer un objectif primordial des professionnels de santé ainsi que des pouvoirs publics. L'ensemble des informations mises à la disposition des patients doit les aider à adopter de façon responsable, libre et éclairée, des attitudes leur permettant de protéger leur santé.

1.5.5 Recommandations du bon usage de l'automédication[1, 32]

Les recommandations essentielles sont :

- d'utiliser les médicaments sur des courtes durées ; toute persistance ou aggravation des symptômes doit nécessiter une consultation médicale,
- d'utiliser des médicaments conçus, conditionnés et adaptés à l'automédication,
- de lire et respecter les notices d'utilisation,
- de respecter la posologie,
- de suivre les conseils d'un pharmacien,
- de se méfier de tout recours aux médicaments de la pharmacie familiale, des informations données sur internet ainsi que des médicaments proposés par des proches,
- d'éviter au maximum cette pratique chez les sujets à risques (petits enfants, personnes âgées, femmes enceintes, immunodéprimés etc.),
- d'éviter toute poly-médication et d'informer le médecin de l'existence d'une automédication lors d'une prescription.

1.6. L'avenir de l'automédication

1.6.1 Surveillance de l'automédication

1.6.1.1 L'ANSM

Lors de la mise en place du libre accès, l'AFSSAPS (actuellement ANSM) a accompagné la mise à disposition des médicaments devant le comptoir. En juillet 2008, elle a été chargée de définir la liste des médicaments concernés, selon des critères visant à garantir la sécurité sanitaire et la sécurité des patients. L'ANSM actualise régulièrement cette liste couvrant de nombreux domaines thérapeutiques et regroupant médicaments allopathiques, homéopathiques et phytothérapiques. La dernière mise à jour date du 15 mai 2013.

Pour des raisons de sécurité, certains médicaments ont été exclus de cette liste notamment certains médicaments destinés à la population pédiatrique.

C'est en fonction des nouvelles demandes de mise à disposition en accès direct que feront les industriels que cette liste sera amenée à être complétée ou modifiée.

Par ailleurs, l'ANSM et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens ont produit conjointement un ensemble de documents d'information avec le concours de professionnels de santé, d'industriels et de représentants d'associations de patients, afin d'accompagner la mise en œuvre de cette mesure.

Ces documents « grand public » ont ainsi été élaborés afin de préciser les règles d'or d'une automédication responsable et bien encadrée.

Ces documents, disponibles en pharmacie, sont complétés par des cartes-mémos également destinées au public, reprenant les messages essentiels concernant les trois antalgiques les plus utilisés en automédication, le paracétamol, l'ibuprofène et l'aspirine. Trois fiches d'aide à la dispensation ont également été élaborées pour les équipes officinales.

L'ANSM rappelle que comme pour tout médicament, « le médicament en accès direct est susceptible de provoquer un effet indésirable grave et/ou inattendu et qu'il doit obligatoirement être immédiatement déclaré par les professionnels de santé aux centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) »[37].

1.6.1.2 L'AFIPA

Les industriels qui produisent et commercialisent des produits de santé disponibles en pharmacie sans ordonnance (médicaments, dispositifs médicaux et compléments alimentaires d'automédication) sont représentés par l'AFIPA.

Cette association 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 »[14].

Avec 35 laboratoires pharmaceutiques adhérents, l'AFIPA est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour toutes les questions concernant l'automédication. Dans le cadre de cette thèse, nous avons d'ailleurs contacté l'AFIPA afin de savoir si une liste regroupant tous les médicaments qu'un patient pouvait se procurer à l'officine sans ordonnance, existait. Nous avons ainsi appris qu'aucune liste officielle de ce type n'existait.

L'AFIPA réalise des études et des enquêtes pour son propre compte (sans lien avec l'ANSM ou le ministère de la santé). Celles-ci permettent d'évaluer au mieux les pratiques d'automédication afin d'en faire un état des lieux des plus précis. Des argumentaires et positions sur des sujets généraux ainsi que des sujets d'actualités (actuellement par exemple sur le statut des cigarettes électroniques, la vente en ligne des médicaments de PMF etc.) sont également publiés par l'AFIPA.

L'AFIPA défend également le monopole du pharmacien. En réponse aux attaques de la grande distribution, elle a envoyé une lettre ouverte à Madame la Ministre de la Santé pour réaffirmer son soutien au monopole de la pharmacie.

L'AFIPA reste donc au cœur de l'actualité du médicament.

1.6.1.3 La pharmacovigilance

La pharmacovigilance a pour objet « la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré » [38].

Elle recueille des informations nécessaires à la surveillance des médicaments. Son champ d'action s'étend également jusqu'aux effets indésirables présumés.

Tout au long de sa vie, tout médicament sera surveillé par la pharmacovigilance.

Elle repose sur :

- le recueil des effets indésirables par les professionnels de santé, les patients et associations agréées de patients et les industriels, avec l'appui du réseau des 31 centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV),
- l'enregistrement et l'évaluation de ces informations,
- la mise en place d'enquêtes ou d'études pour analyser les risques, la participation à la mise en place et au suivi des plans de gestion des risques,
- l'appréciation du profil de sécurité d'emploi du médicament en fonction des données recueillies,

- la prise de mesures correctives (précautions ou restrictions d'emploi, contre-indications, voire retrait du produit du marché),
- la communication et la diffusion de toute information relative à la sécurité d'emploi du médicament vers les professionnels de santé et le public,
- la participation à la politique de santé publique de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse[39].

La pharmacovigilance s'appuie sur une base législative et réglementaire européenne et nationale : règlements, directives, lois, décrets, bonnes pratiques de pharmacovigilance publiées par arrêtés.

Ainsi, « les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens ainsi que tout autre professionnel de santé doivent déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit de santé dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance (Articles L5121-25 et R5121-161 du Code de la santé publique ».

« Les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer les effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament ou à un produit de santé dont ils ont connaissance au centre régional de pharmacovigilance (Articles L5121-25 et R5121-161 du Code de la santé publique) ».

Le champ d'action de la pharmacovigilance porte donc également sur les médicaments d'automédication.

C'est l'ANSM qui est l'autorité compétente en matière de pharmacovigilance. Elle veille à la sécurité de l'emploi des médicaments.

Il y a différents « stades » dans la définition d'un effet indésirable associé à la prise d'un médicament :

« Un effet indésirable est une réaction nocive et non voulue à un médicament en cas d'utilisation conforme aux termes de son autorisation de mise sur le marché ou lors de toute autre utilisation (surdosage, mésusage, abus de médicaments, erreur médicamenteuse).

Un effet indésirable grave est un effet indésirable mortel ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale.

Un effet indésirable inattendu est un effet indésirable dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations réglementaires du médicament »[40].

L'annexe 1 correspond à la fiche CERFA permettant la déclaration d'un effet secondaire au centre régional de pharmacovigilance. Cette fiche est également disponible au lien suivant : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_10011.do.

1.6.2 Réformes actuelles en France : médicaments sur internet [38,41,42]

Depuis le 2 janvier 2013, les pharmaciens établis en France, titulaires d'une pharmacie d'officine, gérants 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 (Articles L5125-33 et suivants, et R5125-70 et suivants). Les bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique sont définies en annexe de l'arrêté du 20 juin 2013, paru au journal officiel du 23 juin 2013, qui entre en vigueur le 12 juillet 2013.

Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a choisi d'encadrer ce mode particulier de distribution. L'objectif principal étant d'éviter qu'il ne soit la porte ouverte à la contrefaçon ainsi que de préserver le conseil du pharmacien (notamment en créant une liste officielle des sites autorisés (voir ci-dessous)).

Des conditions strictes de vente ont été définies afin de garantir une sécurité optimale pour les patients :

- seuls peuvent être autorisés par l'agence régionale de santé compétente (ARS) les sites exploités par des pharmacies physiques,
- seuls les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire sont autorisés à la vente par internet.

La liste des sites autorisés figure sur le site du ministère ainsi que sur celui de l'Ordre national des pharmaciens. Les internautes doivent donc vérifier que le site sur lequel ils naviguent correspond bien à un site autorisé. Cette vérification reste donc entièrement à la charge du consommateur. Il n'existe pas d'autres moyens de savoir si le site sur lequel une personne navigue est autorisé que celui de consulter cette liste (pas d'existence de logo ou de label).

Les internautes peuvent également s'assurer que figurent clairement sur le site les nom et prénom du pharmacien, les coordonnées de l'officine, son numéro de licence de même que le nom et l'adresse de l'Agence régionale de santé dont dépend la pharmacie.

La ministre de la santé rappelle que « les achats de médicaments sur des sites non autorisés exposent les patients à des risques sanitaires » et que « les médicaments contrefaits, principalement vendus sur internet, sont dangereux car ils peuvent contenir des principes actifs en surdosage, sous-dosage ou des substances toxiques ».

Le 24 septembre 2013, une campagne d'information a été lancée par le Ministère de la santé et vise à alerter les patients sur les consignes à suivre lors de l'achat de médicaments sur internet.

Ainsi, jusqu'au 20 octobre 2013, les sites de l'Ordre des pharmaciens, de l'ANSM, ceux de tous les ministères, ainsi que des sites commerciaux et des sites consacrés à la santé, diffusaient une bannière web véhiculant les messages suivants :

« Sur internet, pas facile de reconnaître un faux médicament ».

« Attention aux contrefaçons ».

« Attention aux contrefaçons, elles sont dangereuses pour votre santé ».

« Consultez les pharmacies autorisées à vendre des médicaments sur Internet ».

Cette bannière renvoyait ensuite sur le nouveau site consacré au médicament.

Le principal objectif de cette thèse consiste à évaluer le premier comportement des patients décidant de se soigner suite à l'apparition d'un trouble de santé. Lorsqu'ils franchissent le seuil d'une officine, les patients ont-ils une idée précise du produit qu'ils souhaitent obtenir ou au contraire, demandent-ils directement conseil à leur pharmacien afin de soulager leurs maux ?

De plus, quelle utilisation est faite de l'armoire à pharmacie familiale ? Les patients ont-ils déjà essayé de se soigner avec des médicaments pris dans leur armoire à pharmacie familiale avant de venir à la pharmacie ? Si oui, comment ont-ils obtenu les médicaments qui y sont présents ?

Cette thèse a de nombreux objectifs secondaires.

Nous essayerons, en effet, de connaître les principaux symptômes pour lesquels les patients ont recours à ces deux pratiques que sont l'automédication et la médication officinale.

Nous évaluerons également les catégories de médicaments les plus souvent achetées.

Quelles sont les raisons pour lesquelles les patients choisissent un médicament d'automédication plutôt qu'un autre. S'orientent-ils vers un médicament qu'ils ont déjà pris ? Sont-ils attachés au nom du médicament ? Le prix du médicament est-il un critère de choix important ? Quels sont les principaux critères guidant le choix des patients ayant recours à l'automédication ?

Nous essayerons également d'évaluer les raisons pour lesquelles les patients se rendent dans une officine plutôt que dans une autre. Quelles sont les critères conditionnant la venue dans une officine ? La fidélité ? La proximité de l'officine avec le domicile ou avec un lieu souvent fréquenté (travail, courses, loisirs...) ? Les conseils du pharmacien ? Les prix attractifs ? La présence ou non d'un rayon libre accès ? Quelles sont les principales raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale actuellement ? Selon les patients, pour quelles raisons ont-ils recours à l'automédication ou à la médication officinale plutôt qu'à la consultation médicale ?

Les pratiques d'automédication et de médication officinale sont-elles dépendantes de certains critères (l'âge ? le sexe ? la couverture sociale ? la profession ? etc.) ?

Les pratiques de soins en fonction des différentes officines sont-elles identiques ? Nous regrouperons les officines ayant participé à cette enquête selon leur activité (localisation, nombre de FSE (Feuille de soins électronique (cf. glossaire)) par jour, nombre d'heures d'ouverture par semaine etc.) afin d'évaluer s'il existe différents comportements d'automédication selon la localisation ou le type d'officine fréquenté.

Quels sont les principaux critères permettant de différencier, de classer et de regrouper les différentes officines enquêtrices ? Les proportions des pratiques d'automédication et de médication officinale observées sont-elles différentes ?

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

2.1 Etablissement du questionnaire de l'enquête

L'automédication est un thème très actuel qui est au cœur de nombreux débats.

La 6ème et dernière année du cursus d'un étudiant en pharmacie d'officine est divisée en deux périodes : la première période, du mois de septembre à mi-novembre est constituée de cours à la faculté, la seconde période consiste en un stage de 6 mois à l'officine. C'est durant cette période de stage qu'il nous a semblé propice de réaliser cette enquête.

L'objectif de cette enquête est d'effectuer un état des lieux des pratiques d'automédication dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. L'idée principale est donc de décrire le comportement des patients et d'évaluer s'il existe des différences entre les différents lieux, les différents types d'officines (selon leur localisation, leur patientèle) afin de mieux connaître cette pratique.

51 pharmacies ont été sélectionnées pour réaliser l'enquête. 35 pharmacies au sein desquelles des étudiants en 6ème année officine à Nantes effectuent leur stage de 6 mois dans les départements de Loire-Atlantique ou de Vendée (ont donc été exclus les étudiants effectuant leur stage en dehors de ces départements ainsi que ceux n'ayant pas souhaité participer à l'enquête dès le départ) ainsi que 16 autres pharmacies ayant accepté de participer à cette enquête.

L'objectif étant d'évaluer ces pratiques de la façon la plus précise, il a donc fallu que des officines différentes (au niveau de la localisation, du nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine, du nombre d'employés...) participent au projet afin que les résultats soient les plus représentatifs possibles. Très peu d'étudiants effectuant leur stage dans des pharmacies de centres commerciaux, nous avons donc décidé d'en solliciter 3 appartenant à cette catégorie.

L'établissement du questionnaire a été effectué de novembre 2012 à février 2013. Il est le fruit de nombreuses collaborations.

Courant décembre, un premier questionnaire a été établi ainsi que les modalités de réalisation de l'enquête.

Ce premier questionnaire a été testé dans deux officines. Celle au sein de laquelle la thésarde réalise son stage de 6 mois de pratique officinale ainsi qu'une autre pharmacie.

Cette pharmacie n'a pas été choisie au hasard : il s'agit de la pharmacie d'un professeur intervenant à la faculté de sciences pharmaceutiques et biologiques en 6ème année et ayant accepté de nous aider à tester le questionnaire. Cette première phase de test a permis de mettre en évidence que le questionnaire était beaucoup trop long à réaliser au comptoir et que certaines questions pouvaient apparaître comme trop personnelles voire trop indiscrètes à poser aux patients. Après de nombreux échanges d'idées et de nombreuses réflexions entre les intervieweurs des deux pharmacies-tests (et les équipes officinales ayant participé à ce premier test), le directeur de cette thèse, ainsi qu'un professeur de pharmacie clinique et de santé publique de la faculté de Nantes, un nouveau questionnaire a été mis au point, plus court et plus ciblé sur l'automédication du jour présent (plutôt que sur les habitudes en général de cette pratique).

Des modifications au niveau des modalités de réalisation ont aussi été apportées afin de limiter au maximum le nombre de biais et d'établir des modalités les plus reproductibles possibles entre les différentes personnes administrant le questionnaire et les différentes officines participant à l'enquête.

Un second questionnaire a donc été testé dans ces deux mêmes officines durant le mois de janvier.

Les dernières modifications ont été apportées afin d'affiner au mieux les questions et de faciliter la réalisation de l'enquête.

La conception du questionnaire est une partie très complexe. En effet ce dernier constitue la base de l'analyse future. Un bon questionnaire doit contenir tous les éléments nécessaires à un traitement pertinent des données dans une organisation visant à optimiser le recueil de réponses sincères de la part des personnes interrogées.

On distingue ainsi deux catégories de questions : les questions ouvertes et les questions fermées. Lors de questions fermées, les personnes interrogées doivent choisir une ou plusieurs réponses dans les « réponses-types » formulées à l'avance par le rédacteur du questionnaire. En revanche lors de questions ouvertes, l'interviewé répond comme il le désire et ce qu'il dit est, en général, intégralement enregistré par l'enquêteur. Les questions fermées présentent les avantages de simplifier l'expression de la réponse, de fixer le sens de la réponse et de faciliter la saisie ainsi que l'analyse. En revanche, ces questions limitent les possibilités d'expression du répondant et influencent nécessairement le choix de réponse. Elles provoquent des effets dits d'ancrage.

On distingue différents types de questions fermées :

- Les questions fermées dichotomiques : le choix de réponses est restreint à « oui » ou « non » (par exemple la question 6). Elles présentent l'avantage de simplifier le questionnement et le traitement statistique, le choix étant limité. Nous avons utilisé ce

type de questions principalement pour décrire les caractéristiques socio-démographies des répondants.

- Les questions fermées à choix multiples : elles laissent au répondant la liberté de choisir une ou plusieurs réponses qui figurent dans une liste préconstituée. Selon le nombre de réponses possibles, nous distinguons les questions à choix multiples et à réponse unique (par exemple les questions 4a et 4b) et les questions à choix multiples et à réponses multiples (par exemple les questions 15, 16, 17 et 20).

  Les questions à choix multiples et à réponse unique permettent de simplifier le traitement statistique tandis que les questions à choix multiples et à réponses multiples présentent l'avantage d'obtenir des réponses plus riches. Nous avons utilisé ces deux premiers types de questions fermées au sein de notre questionnaire.

- Les questions fermées avec classement hiérarchique. Elles présentent l'avantage d'obtenir le classement des réponses. Cependant le traitement de ces données est difficile. Nous avons choisi de ne pas utiliser ce type de questions.

- Les questions fermées avec échelle d'attitude. Elles permettent de quantifier les informations d'ordre qualitatif au moyen d'une échelle de nuances chiffrée. Ce type de questions est fréquemment utilisé en marketing pour mesurer l'intensité de l'attitude à l'égard d'un stimulus (produit, marque, messages publicité...). Ce type de questions ne nous a pas paru utile pour notre questionnaire.

La majorité de notre questionnaire est composé de questions fermées. Celles-ci présentent l'avantage de pouvoir administrer un questionnaire plus rapide au comptoir. En effet, le questionnaire étant posé au comptoir, il a fallu que le temps d'administration du questionnaire soit le plus court possible afin d'obtenir un maximum de volontaires et afin de faciliter le travail des enquêteurs.

Cependant, les questions fermées, certes plus faciles à administrer et à traiter, présentent le sérieux inconvénient de limiter considérablement le choix des réponses. Elles supposent, en effet, d'avoir anticipé toutes les réponses possibles. Afin de laisser tout de même la possibilité au répondeur de donner une réponse différente des propositions, nous avons choisi d'introduire à la fin de la plupart de ces questions, une catégorie « autre » permettant ainsi de renseigner une nouvelle réponse qui n'aurait pas été proposée.

Pour certains items, nous avons tout de même opté pour des questions ouvertes. Il s'agit des questions 7 (quelle est votre profession ?), 10 (pour traiter quel(s) symptôme(s) utilisez-vous ce médicament ?), 11 (quel(s) est(sont) les médicament(s) acheté(s) ?), 13 (quel(s) est (sont) le(s) médicament(s) pris dans l'armoire à pharmacie ?). Ces questions ont fait l'objet de nombreuses réflexions et ont suscité de nombreux débats entre les différents intervenants

réalisant le questionnaire. Nous avons finalement opté pour ce mode de recueil afin d'obtenir les réponses les plus spontanées, les plus libres et les plus complètes possibles. Cependant, ce type de questions introduira nécessairement un biais : le biais du codeur, lors notamment du reclassement des réponses en catégories. Lorsque la réponse donnée est complexe et longue (par exemple lors de récits d'expériences vécues), des biais liés à l'interview interviennent en plus. Il faut en effet interpréter ces réponses.

Au sein de ce questionnaire, les questions ouvertes ne permettent pas d'obtenir des réponses longues et complexes. Elles permettent l'énumération par exemple de symptômes ou de médicaments (questions 10 et 11).

Le choix du type de questions ainsi que l'élaboration du questionnaire sont des étapes cruciales pour la faisabilité et pour l'analyse de l'enquête.

2.2 Le questionnaire (cf. annexe 2)

Le questionnaire regroupe 20 questions regroupées en 2 axes.

Le premier axe étant celui des caractéristiques sociodémographiques. Il permet d'identifier précisément la personne interrogée. Cet axe regroupe 7 questions et permet d'obtenir les informations suivantes : le sexe, l'âge, l'environnement familial, la situation de vie actuelle, le type de couverture sociale, la présence ou non d'une complémentaire santé (=mutuelle) ainsi que la profession de la personne interrogée (questions 1 à 7).

Ce premier axe permettra d'établir un profil type de la personne s'automédiquant. On pourra éventuellement établir un lien entre profil social et recours à l'automédication et évaluer la présence ou non de complémentaire santé prenant ou non en charge les médicaments d'automédication. Qui a davantage recours à l'automédication ? Quel est son profil ?

Le second axe consiste en un état des lieux de la pratique d'automédication du jour présent.

Il s'agit de recueillir le maximum d'information sur la pratique du jour J.

La première question de cette partie permet d'évaluer le type de demande (il s'agit d'automédication, c'est-à-dire la personne a choisi elle-même son médicament dans un rayon libre accès ou demande un médicament précis à son pharmacien, ou bien il s'agit de médication officinale, dans ce cas le patient ne demande pas de médicament précis mais souhaite obtenir un médicament sur les conseils de son pharmacien en réponse à un problème de santé (question 8)).

Le patient préfère-t-il d'emblée se servir, choisir son médicament lui-même (volonté de responsabilisation et d'indépendance) ou bien a-t-il plus souvent recours aux conseils de son

pharmacien afin de soigner ses maux ? Quelle est la proportion de chacune de ces demandes en officine ? Il s'agit de la première question centrale de cette enquête.

La seconde question centrale est celle de l'usage des médicaments de l'armoire à pharmacie : les patients réutilisent-ils des traitements antérieurs obtenus par exemple sur prescription médicale et destinés à soigner une pathologie identifiée pour un patient déterminé ?

Il nous est apparu intéressant de savoir si la personne se rendant à la pharmacie avait auparavant essayé de se soigner par elle-même (question 13). Ainsi le questionnaire permet de renseigner si la personne a utilisé des médicaments pris dans son armoire à pharmacie, par exemple, avant de se rendre à l'officine. Une autre question (n°14) permet également au patient de renseigner la manière dont il a obtenu ce médicament (situé dans son armoire à pharmacie).

Les deux questions 8 et 13 constituent la base de notre enquête.

Une autre pratique nous a semblé intéressante à évaluer. II s'agit de celle de la médication : préventive ou curative (question 9). C'est-à-dire, le patient choisit-il un médicament en réponse à un problème de santé actuel (pour se soigner aujourd'hui) ou bien pour usage futur (achat « au cas où ») ?

Les questions suivantes concernent les symptômes/pathologies ainsi que les médicaments achetés. Cette partie du questionnaire est ouverte et laisse l'entière liberté au répondeur (questions 10 et 11).

La question 12 permet de savoir à qui est réellement destiné le médicament acheté. Cette question permet également d'évaluer si des populations à risques sont concernées par cette pratique (majoritairement les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes).

La question 15 permet d'identifier les raisons pour lesquelles les patients choisissent un médicament plutôt qu'un autre. Quels sont les principaux facteurs qui interviennent dans le choix d'un médicament ?

Enfin, pour quelles raisons les patients se rendent-ils dans une officine précise (question 16) ? Quelles sont les raisons de la venue dans une officine plutôt que dans une autre ? Est-ce principalement la proximité ou la facilité d'accès qui conditionnent ce choix ? Les patients sont-ils attachés au conseil de leur pharmacien ? La présence d'un rayon libre accès est-elle un facteur déterminant ?

Une autre question a été posée aux patients afin de connaître leurs motivations propres à se soigner par eux-mêmes plutôt que de rendre visite à leur médecin. La question 17 permet en effet de déterminer les intérêts principaux des personnes s'automédiquant. Est-ce majoritairement pour gagner du temps ou bien parce que leur médecin n'est pas disponible ? Comment sont perçus les médicaments d'automédication ? Sont-ils perçus comme anodins et

dénués de risques ? Les conseils du pharmacien occupent-t-ils une place importante aux yeux des patients s'automédiquant ?

L'automédication est-elle à risque dans certaines situations ? Les patients sont-ils conscients que des interactions peuvent intervenir avec leurs potentiels traitements en cours ? Sur les patients s'automédiquant, quelle est la proportion des personnes prenant un traitement chronique ? Les femmes enceintes s'automédiquent-elles ? Les questions 18 et 19 permettent d'évaluer les situations potentiellement à risques.

Enfin, la dernière question a pour but d'évaluer les principales raisons pour lesquelles le patient arrêtera de s'automédiquer et décidera de consulter son médecin (question 20). Quelles sont les « sonnettes d'alarme » pour les patients ? A partir de quel stade déterminent-ils qu'il est temps de consulter ?

A travers ces nombreuses questions, un profil type de la personne s'automédiquant pourra être établi ainsi que les symptômes et pathologies pour lesquels les patients décideront de se soigner eux-mêmes. De plus, les classes de médicaments les plus utilisées dans le domaine de l'automédication seront mises en évidence. Enfin, ce questionnaire permettra d'évaluer si les patients essayent tout d'abord de se soigner chez eux avant de venir à la pharmacie.

Le questionnaire pouvant être administré par un pharmacien, par une préparatrice ou par un étudiant en pharmacie, un emplacement prévu à cet effet à la fin questionnaire, a permis l'identification du statut de la personne administrant le questionnaire. A noter que ce facteur peut correspondre à un biais. En effet, nous pouvons imaginer que, selon le grade/la connaissance ou non par le patient de la personne administrant le questionnaire, les réponses données peuvent varier. Ainsi entre un questionnaire administré par le titulaire de l'officine bien connu de son patient fidèle et un questionnaire administré au même patient mais cette fois-ci par un étudiant en 6ème année inconnu du patient, les réponses peuvent varier surtout quant aux raisons principales de sa venue (question 16).

2.3 Echantillonnage et modalités de réalisation du questionnaire

Les modalités de réalisation du questionnaire ainsi que les différents questionnaires (deux) ont été présentés aux étudiants de 6ème année lors d'une réunion d'information fin janvier 2013. Les étudiants formés étaient alors responsables de la formation de l'équipe officinale. L'étudiante-thésarde s'est ensuite personnellement déplacée au sein des officines (recrutées en plus des étudiants) afin de les former au mieux sur les modalités et les questionnaires.

Trois documents ont donc été distribués : un questionnaire dit « externe », il s'agit du questionnaire en annexe 2 destiné à être posé aux patients s'automédiquant au comptoir, un questionnaire dit « interne » (annexe 3), il s'agit d'un questionnaire permettant de recueillir des informations propres à l'officine en question (il sera rempli par le titulaire de l'officine) et

un troisième document regroupant l'ensemble des modalités de réalisation du questionnaire (annexe 4), afin d'obtenir la meilleure reproductibilité entre toutes les officines.

Une cinquantaine d'officine sur les départements de Loire-Atlantique et de Vendée ont été inclues à l'enquête. L'objectif donné à chacune a été de remplir environ cinquante questionnaires.

La période durant laquelle le questionnaire a été administré s'est étendue du 11 février au 8 avril 2013 (soit 8 semaines).

Nous pouvons d'ores et déjà déterminer deux biais possibles de sélection : les personnes interrogées sont des clients de l'officine (de passage ou réguliers) achetant aujourd'hui des médicaments sans ordonnance en pharmacie. De plus, ce sont principalement les personnes disposant de temps qui ont accepté de répondre au questionnaire. Certaines personnes n'ayant « pas trop le temps » n'ont peut être pas accepté de répondre au questionnaire demandant environ 5 minutes.

2.4 Recueil des données

La première constatation a été la difficulté des étudiants à administrer les questionnaires. En effet, durant cette période, de nombreux travaux sollicitaient les étudiants et les examens approchant à la faculté ont rendu difficile la réalisation de cette enquête.

Devant le peu de questionnaires récoltés dans le délai donné, la date de recueil des questionnaires a été modifiée : elle s'est prolongée jusqu'au 6 mai 2013 (soit 4 semaines de plus qu'initialement prévu).

De plus, pour certaines pharmacies recrutées de façon parallèle (ex : certaines pharmacies de centres commerciaux), l'étudiante-thésarde s'est elle-même rendue quelques après-midi au sein de ces officines, afin d'y administrer le questionnaire aux patients après qu'ils aient achetés des produits (afin de ne pas perturber le fonctionnement de ces officines). Tous les titulaires des pharmacies sollicitées ont accepté la réalisation de ce questionnaire au sein de leur officine.

Ce mode de recueil, peut être considéré comme un biais. En effet, l'étudiante n'appartenant pas à l'équipe officinale, nous pouvons supposer des réponses plus franches des interviewés (peut être parce qu'aucune de leurs réponses ne pourraient être connues par un membre de l'équipe) plutôt que lorsque le questionnaire était administré par le pharmacien titulaire de l'officine à son propre patient qu'il connait bien par exemple. S'agissant cependant du seul moyen d'obtenir ces questionnaires, nous les avons inclus dans notre étude.

Le recueil des questionnaires auprès des étudiants a été effectué chaque lundi lors de cours communs à l'ensemble des étudiants. Très rapidement, la difficulté de réalisation de ces

questionnaires a été évoquée par certains étudiants invoquant le manque de temps au sein des officines pour réaliser ce questionnaire, la réticence de patients dans certains quartiers et la présence parfois de questions jugées trop personnelles par les étudiants-enquêteurs.

Ce fut donc un long travail de motivation et d'accompagnement des étudiants-enquêteurs qui eut lieu pendant ces 12 semaines d'enquête. Les pharmacies n'ayant pas d'étudiant en 6ème année et ayant accepté de participer à l'enquête étaient contactées toutes les 2 semaines afin d'évaluer la participation des patients au questionnaire, de répondre à leurs questions éventuelles et de motiver les équipes.

2.5 Saisie et exploitation des données

612 questionnaires ont finalement été recueillis sur 19 officines ayant rendu des questionnaires. Le taux de participation des pharmacies recrutées à l'enquête est donc de 37,2 % (19 pharmacies sur 51 recrutées). Les questionnaires dont les produits n'étaient pas des médicaments ou des compléments alimentaires ont été supprimés (ex : questionnaires n°199 et n°257 (Saphorelle® pour l'hygiène intime), n°355 (Hydralin® pour l'hygiène intime), un questionnaire qui avait été administré à un enfant de 9 ans (n°162) ainsi que deux questionnaires pour lesquels les médicaments d'automédication étaient destinés à des animaux (n°143 pour un chien et n°406 pour un chat).

606 questionnaires réalisés sur 19 officines ont finalement été retenus pour l'analyse.

L'ensemble des données collectées ont été saisies grâce au logiciel EXCEL®, sous la forme d'une base (=feuille de données).

L'organisation de la base est la suivante : les colonnes représentent les différentes variables obtenues à partir du questionnaire. Certaines colonnes ont aussi été créées en fonction des informations que nous avons jugées pertinentes pour être intégrées ainsi que pour la bonne organisation des données et la meilleure identification des questionnaires. Nous pouvons ainsi distinguer une colonne destinée à l'identification par un numéro de chaque pharmacie, une colonne destinée à l'identification par un nom de chaque pharmacie, une colonne destinée à l'identification de chaque questionnaire réalisé par une pharmacie précise et une colonne destinée à l'identification par un numéro unique de chacun des questionnaires.

Les colonnes suivantes reprennent les différentes questions dans leur ordre d'apparition du questionnaire. Par exemple pour la question 1, la variable sexe a été codée de la manière suivante : nous avons établi que le sexe masculin serait codé 1, tandis que le sexe féminin serait codé 0 (parfois une autre case « ne sait pas » a été introduite, celle-ci a toujours été codée 9).

Pour les questions fermées dichotomiques (ex : question 6) nous avons choisi d'attribuer le codage suivant : « oui » a toujours été codé 1 et « non » codé 0.

Pour les questions fermées à choix multiples et à réponse unique (ex : questions 4a et 4b), les différentes réponses possibles ont été codées de façon croissante de 1 à 5 si par exemple 5 réponses étaient possibles.

Pour les questions fermées à choix multiples et à réponses multiples (ex : question 12), nous avons choisi de séparer les différentes réponses possibles en différentes colonnes. Ainsi chaque réponse possible apparait dans une colonne différente et selon la réponse donnée le codage attribué a été 0 (si la personne n'a pas sélectionné cette réponse) ou 1 (si la personne a sélectionné cette réponse). Donc par exemple pour la question 12 « A qui est destiné ce médicament ? », plusieurs réponses pouvaient être cochées (voir parfois toutes).

Exemple : si la personne a indiqué que le médicament était destiné à elle-même et à un enfant, les réponses ont été codées de la manière suivante :

- 1 dans la colonne intitulée « à destination de vous-même »,
- 1 dans la colonne intitulée « à destination d'un enfant »,
- 0 dans les colonnes intitulées « à destination d'une femme enceinte », « à destination d'un autre adulte », « à destination d'une personne âgée ».

Lorsque le médicament était destiné à une autre « catégorie » de personne, une dernière colonne a permis de coder cette réponse par un 1 et d'y renseigner à quelle « catégorie » elle correspondait (réponse libre).

Ce type de codage a été réalisé pour toutes les questions fermées. Il présente l'avantage de faciliter ensuite l'analyse des données.

En revanche, pour les questions ouvertes (questions 10 et 11), les données ont été saisies de manière différente.

La question 10 permettait de renseigner le symptôme ou la pathologie pour lesquels le patient souhaitait obtenir un médicament sans ordonnance.

Les réponses obtenues ont donc été nombreuses et diverses. Afin de pouvoir les analyser, nous avons choisi de les regrouper en utilisant la classification CISP (ICPC-2- ie International Classification of Primary care-2nd Edition) établie par le WICC (Wonca International Classification Commitee) (cf. annexe 5). Ce tableau est séparé en 17 catégories correspondant à des grands systèmes. On distingue entre autre le système digestif, le système neurologique, le système hématologique/immunologique, le système urinaire etc.

A chacun de ces grands systèmes est attribué une lettre. Par exemple la lettre D pour le système digestif, la lettre F pour le système oculaire etc.

Au sein de chacun de ces systèmes, plusieurs catégories d'information y sont retrouvées (à noter qu'elles apparaissent toujours dans cet ordre-là au sein de chaque système) : les symptômes et plaintes, les infections, les néoplasmes, les traumatismes, les anomalies congénitales puis les autres diagnostics. Un code couleur permet d'associer chaque catégorie à une couleur. Ainsi les symptômes et plaintes apparaissent toujours sur fond vert et les infections sur fond jaune. Ce code couleur est le même à tous les systèmes. De plus, chacun de ces symptômes, néoplasmes, traumatismes etc. correspond à un chiffre.

Nous avons ainsi pu coder chaque symptôme cité à la question 10 sous la forme d'une lettre et d'un chiffre, à l'aide de la classification CISP.

Exemple :

- « Mal de gorge » a été codé R (lettre associée au système respiratoire) 21 (symptôme ou plainte de la gorge).
- « Diarrhée » a été codé D (lettre associée au système digestif) 11 (diarrhée).

Au sein de notre base EXCEL, chaque symptôme a été associé à deux variables représentées par deux colonnes. La première colonne a permis d'identifier le grand système concerné et la seconde, le symptôme.

Nous pourrons ainsi connaître le système le plus souvent concerné par l'automédication/la médication officinale ainsi que les maux/symptômes les plus fréquemment pris en charge.

La question 11 permettait de renseigner le (ou les) médicament(s) acheté(s).

Pour classer/regrouper ces médicaments, nous avons cherché à nous procurer une liste regroupant les médicaments accessibles sans ordonnance à l'officine. Après de nombreuses recherches et de nombreux appels passés (l'AFIPA, l'ANSM...), il apparait qu'aucune liste officielle de ce type n'existe. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe des listes regroupant les médicaments listés (liste I, II et stupéfiants). Les autres médicaments étant non listés, ils sont accessibles avec et/ou sans ordonnance. De plus, dans le cadre de cette thèse, nous ne souhaitions pas uniquement nous limiter aux médicaments accessibles en libre accès (pour lesquels il existe une liste sur le site de l'ANSM) ou destinés à la médication officinale mais bien à tous les médicaments qu'un patient pouvait obtenir au comptoir.

C'est donc à partir de la liste officielle des médicaments de médication officinale fournie par l'ANSM ainsi qu'à partir du site VIDAL accessible en ligne et répertoriant les différents médicaments selon leurs indications, que nous avons choisi de classer les médicaments. Les différents médicaments ont été regroupés selon leurs indications (par exemple : troubles de la sphère ORL (rhume), troubles de la sphère ORL (maux de gorge), douleur, fièvre, inflammation etc.). Il est important de souligner que, lorsqu'un même médicament pouvait

être utilisé pour différentes indications, nous avons choisi de le classer tout en tenant compte du symptôme cité par le patient.

Exemple : Nurofen®. Ce médicament peut être utilisé pour traiter la douleur, la fièvre ainsi que l'inflammation. Si ce médicament était utilisé pour un mal de tête, il aura été classé dans la catégorie « douleur », en revanche s'il était utilisé pour une inflammation au niveau du genou, il aura été classé dans la catégorie « inflammation ».

Lorsqu'aucun symptôme n'avait été associé à un médicament (ex : Doliprane® utilisé dans le cas du rhume), nous avons « par défaut » décidé de le classer dans la catégorie « douleur ». Ce type de classement constitue un biais (de classement), ne sachant réellement à quoi ce médicament était précisément destiné.

Afin d'obtenir le maximum d'informations à partir de ces questionnaires, certaines colonnes ont ensuite été rajoutées/créées.

Par exemple :

- Une colonne avec le code INSEE (cf. glossaire) correspondant au code officiel géographique (COG) de résidence du patient. Ce code a été fourni par le site de l'INSEE à l'adresse suivante : www.insee.fr[43]. Il est utile pour observer les mouvements de population et est couramment utilisé par les géographes.

- Une colonne destinée à connaître le nombre de symptômes/pathologies à traiter et le nombre de médicaments achetés.

- Une colonne permettant de connaître si, au sein des médicaments achetés, l'un de ces produits est un médicament de phytothérapie ou d'homéopathie. Pour classer les médicaments de phytothérapie et d'homéopathie, nous avons utilisé les listes fournies par l'ANSM et le site VIDAL accessible en ligne. Cette case apporte l'intérêt de connaître la proportion de personnes achetant des médicaments d'homéopathie et de phytothérapie.

Les 606 questionnaires recueillis ont été saisis, de la même manière, reproductible, par une seule et même personne, l'étudiante-thésarde.

Par commodité pour les analyses, certaines recodifications ont été adoptées :

- Question 4a : les personnes « divorcées » ont, par défaut, été classées dans la catégorie « célibataire ».

- Les médicaments d'homéopathie ainsi que les huiles essentielles sont des médicaments possédant de nombreuses indications. Ils ont donc été classés dans la catégorie correspondant à l'indication évoquée à la question 10.

- Question 7 : les femmes en congé maternité ont été affectées à la catégorie à laquelle elles appartiennent c'est-à-dire si elles sont actives, chômeuses ou étudiantes.

- Question 12 (concernant le destinataire du médicament acheté) : nous avons automatiquement coché la catégorie « personnes âgées » (correspondant aux personnes de plus de 65 ans) lorsque la personne concernée par l'achat du médicament appartenait à cette catégorie et que le médicament choisi lui était destiné. Il est apparu que dans plusieurs questionnaires, uniquement la case « à vous même » avait été cochée (il s'agit d'oublis de la part des enquêteurs).

Après avoir apporté ces modifications, nous avons filtré chacune des variables (=des colonnes) afin de repérer et traiter les informations aberrantes pouvant avoir été introduites lors de la saisie des données.

Une première série de vérifications a été effectuée. Nous avons sélectionné 10 questionnaires au hasard au sein des 606 et avons vérifié s'ils correspondaient bien aux informations codées dans la base EXCEL. Aucune erreur de codage n'a été décelée.

Une deuxième puis une troisième phase de vérification de 10 questionnaires sélectionnés au hasard ont été effectuées. Aucune erreur de codage n'est apparue.

C'est à partir de cette base EXCEL que les données ont ensuite été exploitées.

Pour faciliter l'analyse statistique des données, nous avons utilisé le logiciel Stata®. Il s'agit d'un logiciel de statistique, intégrant dans un environnement unique un jeu complet de fonctions statistiques et graphiques et de gestion de données. Les capacités de Stata® conviennent à la recherche académique ainsi qu'aux professionnels dans de nombreux domaines (épidémiologie, biostatistique, économie, sociologie...).

Nous avons donc tout d'abord réalisé des tris à plat afin de connaître les pourcentages de réponses obtenus à chacune des questions et sous-questions, les moyennes de certaines variables (par exemple l'âge) ainsi que les médianes. C'est à partir de cette base EXCEL que de nouvelles modifications ont été apportées. Les variables inutiles et n'apportant pas une information intéressante à l'enquête ont alors été masquées, d'autres regroupées ou modifiées.

Le traitement de ces données, l'organisation de la base ainsi que l'analyse de ces premières valeurs ont été le sujet de nombreuses discussions, de débats et d'échanges d'idées entre le directeur de cette thèse et la thésarde.

Nous avons ainsi choisi d'introduire de nouvelles variables afin d'obtenir des informations complémentaires. Voici les différentes étapes successives :

- Afin de pouvoir analyser les mouvements des populations, nous avons jugé intéressant de classer les différentes communes d'habitation des patients en séparant les communes d'habitation rurales et urbaines. Ceci a été réalisé à partir des codes INSEE disponibles sur le site de l'INSEE[44].

- Différents classements/regroupements des âges ont été pensés afin de pouvoir analyser au mieux notre population. Tout d'abord en regroupant les âges tous les 4 ans : 15-19/20-24/25-29/30-34 etc. Ce premier classement nous a permis d'obtenir les classes d'âges les plus importantes afin de les regrouper. Après analyse, nous les avons regroupées en deux grandes catégories : <50 ans et >= 50 ans.

- A partir de la question 4b, nous avons recréé une nouvelle variable : la situation de vie familiale actuelle. Les différentes possibilités de réponses ont alors été regroupées pour obtenir le codage suivant :

    - 1 : la personne vit seul(e),
    - 2 : la personne vit en couple (sans enfant),
    - 3 : la personne vit en famille (c'est-à-dire avec des enfants mais n'est pas forcément en couple).

- A partir de la question 7, nous avons choisi de regrouper nos données de manière à mettre en évidence la population active au sein de notre enquête.

  La définition de la population active « au sens du BIT (Bureau international du travail) » regroupe la population active occupée (=ceux qui ont un emploi) et les chômeurs (ces deux concepts étant entendus selon les définitions BIT). Le Bureau international du travail est un organisme rattaché à l'ONU (cf. glossaire) et est chargé des questions générales liées au travail dans le monde. Il harmonise les concepts et les définitions relatives au travail et à l'emploi, en particulier celles relatives à la population active occupée et aux chômeurs.
  La population active ne concerne que la population âgée de 15 à 64 ans.

C'est en tenant compte de l'ensemble de ces caractéristiques que nous avons choisi de reclasser la population de notre enquête, afin de pouvoir la comparer à la population française (source INSEE).

Les questions 15, 16 et 17 permettaient d'évaluer les raisons du choix d'un médicament précis (lorsque la personne réalise de l'automédication), les raisons de la venue dans une officine précise, ainsi que les raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale.

Après une première analyse des résultats obtenus lors des tris à plat pour chacune de ces trois questions, plusieurs grands axes se sont dessinés au sein de chacune des questions. Nous avons ainsi choisi de les regrouper (et donc par la suite de les analyser) de la manière suivante :

- Les réponses données à la question 15 ont permis de mettre en évidence 7 axes guidant le choix du recours à un médicament :

    - l'expérience personnelle (réponse « vous avez déjà pris ce médicament »),
    - le nom du médicament (réponses « pour son principe actif » + « parce que vous êtes attaché à son nom »),
    - le réseau regroupant les conseils de la famille, des amis ainsi que la consultation de forums sur internet (réponses « une personne vous l'a conseillé -> qui ? » + « vous en avez entendu parler sur internet »),
    - le conseil d'un professionnel (réponse « une personne vous l'a conseillé -> qui ? »),
    - le prix (réponses « parce qu'il est moins couteux » + « pour son prix élevé gage de qualité »),
    - la publicité (réponse « vous avez vu une publicité »),
    - la forme galénique (issue de la réponse « autre »).

Après une nouvelle analyse, il nous est apparu que le nom, le prix ainsi que la forme galénique étaient des critères inhérents au médicament lui-même. Ainsi, l'ensemble de notre analyse sur cette question se portera donc sur ces 5 axes principaux :

- l'expérience personnelle,
- les critères inhérents au médicament,
- le conseil d'un professionnel,
- le réseau,
- la publicité.

- De même, l'analyse des réponses données à la question 16 a permis de mettre en évidence 5 critères principaux guidant le choix de la venue dans une officine :

    - la proximité de l'officine avec le domicile ou avec un lieu souvent fréquenté (réponse « elle est située près d'un lieu que vous fréquentez souvent (courses, travail, loisirs...) « + « c'est l'officine la plus proche de chez vous »),
    - la fidélité, l'habitude (réponse « vous venez toujours ici »),

- la compétence de l'équipe officinale (réponse « pour les conseils de votre pharmacien »),
- les prix intéressants et le large choix de gammes et de produits (réponse « parce que les prix sont attractifs » + « autre »),
- le passage par hasard devant la pharmacie (issu de la réponse « autre »).

➢ Enfin, le traitement de la question 17 a permis de souligner 5 axes principaux regroupant les raisons du recours actuel à l'automédication ou à la médication officinale :

- la notion de temps, de rapidité souhaitée (réponse « pour être soulagé rapidement »),
- la confiance/le conseil sécurisant du pharmacien (réponse « vous considérez que les conseils de votre pharmacien vous assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité »),
- la pathologie (ou le symptôme) et l'utilisation médicamenteuse jugées bénignes (réponses « selon vous, la pathologie dont vous souffrez est bénigne » + « vous estimez que la façon dont vous utilisez le médicament ne présente aucun risque »),
- la consultation médicale impossible (réponse « rendre visite à votre médecin vous est impossible »),
- la notion de coût de la consultation (23 euros) et l'absence fréquente de remboursement des médicaments prescrits (et de plus, souvent accessibles sans ordonnance) ainsi que la présence d'un ticket modérateur sur les consultations médicales ainsi que sur les médicaments (issues de la réponse « autre »).

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Le ticket modérateur est de 1 € par consultation médicale et de 0,5 € par boîte de médicaments[45].

Chacun de ces nouveaux axes constitue une nouvelle variable. Ainsi, de nouvelles colonnes ont été introduites dans notre base EXCEL. Le système de codage de chacune de ces colonnes a été le même que précédemment : 1 pour une réponse positive et 0 pour une réponse négative.

Après ces différentes étapes, nous avons de nouveau réalisé une opération de contrôle afin de repérer et traiter les données aberrantes ou mal saisies. Cette étape a été réalisée à l'aide de l'outil de filtre sur la base EXCEL. Aucune erreur n'a été décelée.

Pour analyser les données saisies dans cette base EXCEL, nous avons de nouveau utilisé le logiciel Stata®.

Les résultats obtenus lors de cette enquête seront, au sein de la partie suivante, présentés sous la forme de moyennes, de tris à plat et de tris croisés.

Pour la comparaison de moyennes, nous avons choisi d'utiliser (par l'intermédiaire du logiciel Stata®) le test de Mann-Whitney. Il s'agit d'un test non paramétrique (pas d'hypothèse sur la distribution sous-jacente contrairement au test de Student) qui permet de tester si la différence observée entre deux moyennes est significative ou non (test réalisé à un niveau de signification de 5% (α ou p=0,05)).

Pour la comparaison de pourcentages, nous avons choisi d'avoir recours au test du Chi^2 (également Khi2 ou X^2). Le Chi^2 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 tiré cet échantillon. Autrement dit, le Chi^2 nous aide à déterminer si une relation observée dans un échantillon est généralisable à l'ensemble de la population. Pour que l'on puisse affirmer qu'il existe une relation entre les variables étudiées, il faut que la p-value soit inférieure à 0,05 (p=0,05).

Un tri à plat restitue la distribution des différentes réponses obtenues à une question unique dans le cadre d'un questionnaire d'étude (cf. l'ensemble des résultats donnés dans les parties 3.1 et 3.2).

Par exemple, un tri à plat sur une question restitue le fait que 69,45 % des répondants sont des hommes et 30,55 % des femmes.

Le terme « tris à plat » s'oppose au terme « tris croisés ».

Un tri croisé correspond à ce qu'on appelle en statistique, un tableau de contingence : c'est un tableau statistique dans lequel sont confrontées les réponses à deux questions (ou deux variables) différentes, l'une étant figurée en lignes et l'autre en colonnes. Un tel tableau permet de tester l'existence d'une relation statistique entre deux variables, et le cas échéant d'établir la forme de cette relation.

Les analyses croisées consistent donc à traiter simultanément deux variables afin de mettre en évidence comment les réponses apportées à l'une coïncident ou dépendent des réponses apportées à l'autre. On parle parfois de variable indépendante et de variable dépendante.

En d'autres termes, un tri croisé résulte du croisement des résultats obtenus sur deux questions (ou variables) d'un questionnaire.

PARTIE 3 : LES RESULTATS

3.1 La population de l'enquête

L'enquête réalisée a concerné les personnes se présentant au comptoir à l'officine et souhaitant obtenir un ou plusieurs médicament(s) sans ordonnance, soit par automédication (la personne choisit initialement (d'emblée) le produit qu'elle souhaite obtenir), soit par médication officinale (elle demande directement conseil à son pharmacien).

Nous avons donc cherché à savoir si la population de notre enquête était différente de la population de référence (population de Loire-Atlantique et de Vendée, de Pays de la Loire ou de France selon les données disponibles).

Il est important de préciser que les pourcentages de référence suivants prennent plutôt une valeur indicative et nous permettent surtout de pouvoir situer la population de notre enquête par rapport à une population dite de référence.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Catégories		Population enquête	Population de référence
		Effectifs	Pourcentages
Sexe	**masculin**	185 (30,53 %)[1]	48,80 %[6]
	féminin	421 (69,47 %)[1]	51,20 %[6]
Âge	**<50 ans**	411 (67,82 %)[1]	53,41 %[6]
	>=50 ans	195 (32,18 %)[1]	46,59 %[6]
Commune de résidence	**rurale**	47 (7,76 %)[1]	24,65 %[7]
	urbaine	559 (92,24 %)[1]	75,35 %[7]
Situation de vie familiale			
seul(e)		140 (23,26 %)[2]	33,80 %[8]
en couple (sans enfant)		185 (30,73 %)[2]	25,90 %[8]
en famille (avec enfant)		277 (46,01 %)[2]	35,10 %[8]
Complémentaire santé	**oui**	540 (89,55 %)[3]	93 %[9]
	non	54 (8,96 %)[3]	7 %[9]
Actif	**oui**	412 (79,08 %)[4]	73,25 %[10]
	non	109 (20,92 %)[4]	26,75 %[10]
Traitement au long cours	**oui**	222 (36,75 %)[5]	43,06 %[11]
	non	374 (61,92 %)[5]	56,94 %[11]

Remarques :

[1]pourcentage calculé sur 606 réponses.
[2]pourcentage calculé sur 602 réponses.
[3]pourcentage calculé sur 603 réponses (dont 9 « ne sait pas »).

[4]pourcentage calculé sur 521 réponses (cf. : la définition de la population active concerne uniquement la tranche d'âge des 15-64 ans or 85 des 606 interviewés ont plus de 64 ans).

[5]pourcentage calculé sur 604 réponses (dont 8 « ne sait pas »).

[6]source : INSEE le 01/01/12. Ce pourcentage correspond à la situation moyenne des départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

[7]source : INSEE (population municipale de 2007). Ce pourcentage correspond à la situation moyenne des départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

[8]source : INSEE (nombre de ménages en 2010). Lors du recensement, l'INSEE a introduit une autre catégorie intitulée « ménages complexes ». Un « ménage complexe », au sens du recensement, est un ménage composé de deux familles, de plusieurs personnes isolées qui ne constituent pas une famille, ou de personnes isolées et de famille(s). Ces « ménages complexes » représentent 5,2 % des ménages. Il ne nous est pas possible de réintroduire ce chiffre dans l'une des trois catégories : seul(e), en couple (=sans enfant) et en famille (=avec enfant). De plus, 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 de ménages complexes. Il est donc important de préciser que les pourcentages inscrits prennent plutôt une valeur indicative, approximative et permettent surtout de pouvoir comparer la population de notre enquête à une population dite de référence.

[9]source : CNLE (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (cf. glossaire). L'INSEE publie une valeur de 94 % de personnes possédant une complémentaire santé.

[10]source : INSEE le 01/01/10. Ce pourcentage correspond à la situation moyenne des départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

[11]source : ADSP (Actualité et dossier en santé publique (cf. glossaire)) rapport France 2010. Il est très difficile d'obtenir une valeur précise du pourcentage de personnes possédant un traitement chronique en France. En effet, la définition de base diffère nettement entre les différents rapports.

Le tableau n°1 nous permet de comparer la population de notre enquête à la population totale des départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Lorsque nous n'avons pu trouver des données de références à l'échelle de ces départements, nous avons recherché successivement des données disponibles pour la région Pays de la Loire puis pour la France.

Ce tableau permet de mettre en évidence que la population de notre enquête est majoritairement féminine (69,6 % des répondants), alors que le pourcentage de femmes au sein des départements de Loire-Atlantique et de Vendée est de 51,2 % (source INSEE le 1er janvier 2012).

Sur l'ensemble de notre population, 67,8 % des personnes interrogées ont moins de 50 ans (vs 53,4 % au sein des départements de Loire-Atlantique et Vendée selon l'INSEE).

Les personnes interviewées au sein de notre enquête sont donc majoritairement des femmes âgées de moins de 50 ans.

75,3 % des habitants des départements de Loire-Atlantique et de Vendée vivent dans des communes urbaines selon l'INSEE (en 2007). Cependant, la population de notre enquête réside à 92,2 % dans une commune urbaine.

De plus, ce sont majoritairement des personnes vivant en famille (c'est-à-dire avec des enfants, mais pas nécessairement en couple) qui achètent des produits d'automédication ou de médication officinale. Elles représentent 46 % de la population de notre enquête. Viennent

ensuite les personnes vivant en couple sans enfant (30,7 %) puis enfin les personnes vivant seules (23,3 %).

Les valeurs fournies par l'INSEE (nombre de ménages en 2010) sont les suivantes : parmi les habitants de Loire-Atlantique et de Vendée, 35,1 % vivent en famille (c'est-à-dire avec enfants mais pas nécessairement en couple), 33,8 % vivent seuls et 25,9 % vivent en couple sans enfant.

Cependant, lors du recensement, l'INSEE a introduit une autre catégorie intitulée « ménages complexes ». Ces ménages complexes représentent 5,2 % des ménages. A partir des réponses obtenues, il ne nous est pas possible de réintroduire ce chiffre dans l'une des trois catégories : seul(e), en couple (=sans enfant) et en famille (=avec enfant(s)).

Concernant la couverture sociale de notre population d'enquête, 90,1 % des interrogés possèdent une Sécurité sociale (Régime Général, MSA, RSI etc.), 7,4 % possèdent une assurance maladie étudiante et 1,6 % bénéficient de la CMU (la couverture maladie universelle) (cf. glossaire).

Le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU en Loire-Atlantique est évalué à 6,08 % (CMU de base + CMU complémentaire). Il existe en effet deux types de CMU : la CMU de base et la CMU complémentaire (cf. glossaire). Nous n'avons pas fait la distinction entre ces deux types de CMU lors de notre enquête, ainsi lors de l'analyse de nos résultats, nous n'avons pas non plus différencié ces deux types de CMU.

89,5 % des personnes interrogées possèdent une complémentaire santé contre 93 % selon le CNLE (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (cf. glossaire)). Cependant 54,9 % déclarent ne pas savoir si cette complémentaire prend en charge ou non les produits non remboursés (avec ou sans ordonnances). Seuls 36,3 % savent que leur complémentaire ne prend pas en charge ces produits contre 8,8 % (qui savent qu'elle les prend en charge). Parmi ces 8,8 %, presque la moitié des répondants (48,9 %) ne connaissent pas le plafond de ce remboursement et 34 % évaluent ce plafond de remboursement entre 30 et 60 euros par personne et par an.

La population ayant recours à l'achat de médicaments sans ordonnance est majoritairement active à 79,1 % (versus 73,2 % de population active dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée).

61,9 % des personnes interrogées ne possèdent pas de traitement au long cours (vs 56,9 % de la population de référence). Ce chiffre est à prendre à titre indicatif. En effet, nous verrons par la suite que la définition de traitement au long cours (parfois dit « traitement chronique ») ainsi que de pathologie chronique n'est pas unanime et ces différences de définitions peuvent avoir des conséquences notables sur les estimations.

Au vu de ces premiers résultats, nous remarquons que la population de patients recrutée dans notre enquête est différente de la population des départements de Loire-Atlantique et de Vendée. En effet, elle apparait plus féminine, plus jeune, vivant principalement dans des communes urbaines et appartenant à la catégorie de « population active ». Ce premier état des lieux nous permet d'identifier la population de patients ayant participé à notre enquête, venant se fournir en médicaments sans ordonnance.

3.2 Pratiques et comportements du jour présent

3.2.1 Deux pratiques distinctes : l'automédication et la médication officinale

L'enquête nous révèle que dans 1/3 des cas (n=202 (33,3%)), le patient se présente à l'officine sans aucune idée du médicament qu'il souhaite obtenir et s'adresse donc directement à son pharmacien (il s'agit de médication officinale). Dans 2/3 des cas (n=404 (66,7%)), il vient à la pharmacie avec une idée de ce qu'il souhaite obtenir. Ainsi il demande un médicament précis à son pharmacien ou le choisit directement dans un rayon libre accès dédié (il s'agit donc d'automédication).

Il est nécessaire de préciser que la réponse à cette question a été appréciée et renseignée par l'enquêteur. En effet, selon l'attitude du patient, c'est lui qui cochait la case correspondante sans poser la question au patient. Cette première question a permis de mettre en évidence l'attitude première du patient lorsqu'il se rend à la pharmacie. Il est évident que lorsque le patient souhaitait obtenir un médicament non adapté à sa pathologie, le pharmacien réorientait le patient vers le produit adapté. Cette pratique n'a pas été évaluée par notre enquête, l'idée étant de distinguer la proportion de patients recherchant d'emblée le conseil du pharmacien et celle adoptant un comportement plus autonome (automédication).

3.2.2 L'utilisation en préventif ou en curatif (ie en réponse à un problème de santé actuel ou non)

Les médicaments achetés sont principalement prévus pour un usage curatif, c'est-à-dire en vue de soulager un symptôme présent le jour de l'achat. En effet, dans 8 cas sur 10 (n=481 (79,3%)), il s'agit d'automédication ou de médication officinale en réponse à un problème de santé présent le jour J (=jour de l'achat).

Dans 20,7 % des cas, il s'agit d'achat de médicaments à titre préventif (n=125).

Tableau 2 : Modes d'obtention des médicaments achetés à titre préventif

	Préventif (n=125)
Automédication	107 (85,6 %)
Médication officinale	18 (14,4 %)

85,6 % des achats préventifs sont réalisés en automédication et 14,4 % sont issus d'une pratique de médication officinale.

Tableau 3 : Usages des médicaments achetés en automédication

	Automédication (n=404)
Préventif	107 (26,48 %)
Curatif	297 (73,52 %)

1/4 des achats d'automédication sont effectués à titre préventif (26,5 %) et 3/4 (73,5 %) à titre curatif.

Tableau 4 : Usages des médicaments issus de la médication officinale

	Médication officinale (n=202)
Préventif	18 (8,91 %)
Curatif	184 (91,09 %)

Parmi ceux choisissant directement de demander conseil à leur pharmacien, dans plus de 9 cas sur 10 (91,1 %) ils souhaitent répondre à un problème de santé actuel. L'achat préventif ne représente que 8,9 % des cas de médication officinale.

Afin de réaliser une analyse complète, nous avons choisi de nous intéresser aux médicaments utilisés en prévention.

Au sein de notre questionnaire le terme « achat préventif » a concerné deux situations bien différentes : l'achat de médicaments destinés à un usage « au cas où » ou « en cas de besoin » et qui suppose que les médicaments achetés ne seront pas utilisés aujourd'hui particulièrement mais plutôt lors de l'apparition du symptôme chez le patient, ainsi que l'achat de médicaments destinés à être utilisés sous peu et pour une durée plutôt déterminée afin de prévenir l'apparition d'une pathologie.

Nous avons jugé intéressant d'évaluer la proportion de médicaments achetés pour un usage ultérieur (« au cas où » ou « si besoin ») par rapport à la proportion de médicaments achetés « en vue de prévenir une maladie ». De ces deux types d'achats en prévention, lequel est le plus fréquent ?

Nous avons donc repris chacun des (125) questionnaires concernés par un achat « préventif » (question 9) et avons créé trois nouvelles variables :

- Une première permettant de distinguer l'achat préventif destiné à soulager un symptôme non présent le jour de l'achat (achat « au cas où »), de l'achat préventif destiné à être utilisé « en vue de prévenir une pathologie ou un symptôme ». (Tableau 5)

- Une deuxième permettant de renseigner si cet achat préventif comprend au moins un médicament antidouleur, antipyrétique et/ou anti-inflammatoire (médicaments contenant du paracétamol ou de l'ibuprofène comme Doliprane®, Migralgine®, Nurofen® etc.). (Tableau 6)

- Une troisième variable permettant de renseigner la situation suivante : lorsque l'achat préventif « au cas où » concernait au moins un antalgique, antipyrétique et/ou anti-inflammatoire, quelle proportion de ces médicaments ne concernait que des médicaments antalgiques, antipyrétiques et/ou anti-inflammatoires. (Tableau 7)

Les résultats obtenus sont les suivants :

Tableau 5 : Usages du médicament acheté en préventif

	Préventif (n=125)
Usage 1 : "au cas où", "en cas de besoin"	100 (80 %)
Usage 2 : "en prévention d'une pathologie"	25 (20 %)

80 % des produits achetés en prévention sont destinés à être utilisés « au cas où le symptôme ou la pathologie se manifesteraient ». Les médicaments achetés dans cette situation sont destinés à traiter la douleur, la fièvre ou l'inflammation (ex : Doliprane®, Efferalgan®, Migralgine®, Nurofen®, aspirine etc.), les pathologies de la sphère ORL (ex : pastilles et collutoires en cas de maux de gorge, Fervex® en cas de rhume, Prospan® ou Drosetux® en cas de toux etc.), les contusions et hématomes (ex : Arnica Montana 5 CH®), les troubles digestifs (ex : Imodium® en cas de diarrhées, Contalax® en cas constipation), les piqûres d'insectes (ex : Onctose®, cetirizine), l'herpès (ex : aciclovir) etc.

La proportion de médicaments achetés en vue de prévenir l'apparition d'une pathologie ou d'un symptôme (prévention primaire) correspond à 20 % des achats préventifs. On retrouve principalement les médicaments utilisés en vue de prévenir le mal des transports (ex : Cocculine®), la grippe (ex : Oscillococcinum®), le stress et les troubles du sommeil (ex : Gelsemium®), la chute des cheveux (ex : Cystine-vitamine B6®), le risque de fracture (ex : Orocal®) ou de prévenir l'apparition de troubles ou de pathologies (ex : Supradyn Intensia®) etc.

La grande majorité des médicaments achetés en prévention concerne donc un usage non déterminé dans le temps, en vue de soulager un symptôme ou une pathologie apparaissant à un moment donné.

Tableau 6 : Proportion d'achats d'antalgiques, d'antipyrétiques et/ou d'anti-inflammatoires

	Préventif « au cas où » (n=100)
Achat d'au moins un médicament antalgique, antipyrétique et/ou anti-inflammatoire	68 (68 %)

Le tableau 6 permet de mettre en évidence que, lorsque les patients achètent des médicaments destinés à un usage « au cas où », cet achat concerne dans 68 % des cas au moins un médicament antalgique, antipyrétique et/ou anti-inflammatoire.

Tableau 7 : Proportion d'achats concernant uniquement des antalgiques, des antipyrétiques et/ou des anti-inflammatoires

	Préventif « au cas où » (n=100)
Achat d'antalgique(s), d'antipyrétique(s) et/ou d'anti-inflammatoire(s) uniquement	48 (48 %)

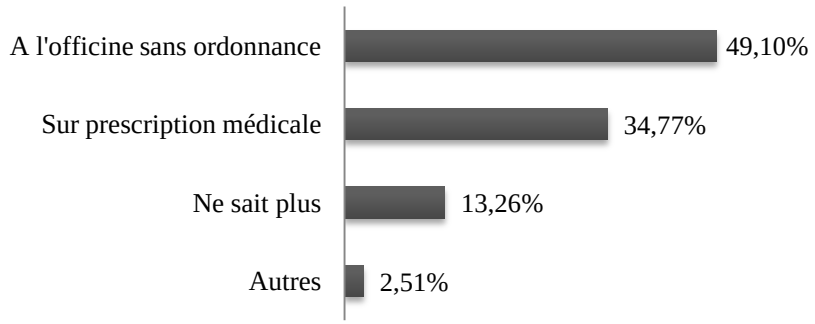
Dans presque un cas sur deux (48 %), le patient n'achète que des médicaments antalgiques (antidouleur), antipyrétiques et/ou anti-inflammatoires (paracétamol, ibuprofène, Migralgine®, Prontalgine®, aspirine, etc.).

L'achat de médicaments antalgiques, antipyrétiques et/ou anti-inflammatoires correspond donc à la majorité des achats en prévention.

3.2.3 Le recours à l'armoire à pharmacie

52,2 % des personnes achetant un médicament afin de traiter un symptôme présent le jour de l'achat, déclarent avoir utilisé des médicaments pris notamment dans leur armoire à pharmacie familiale, avant de venir à la pharmacie.

Figure 1 : Modes d'obtention des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie (n=481)



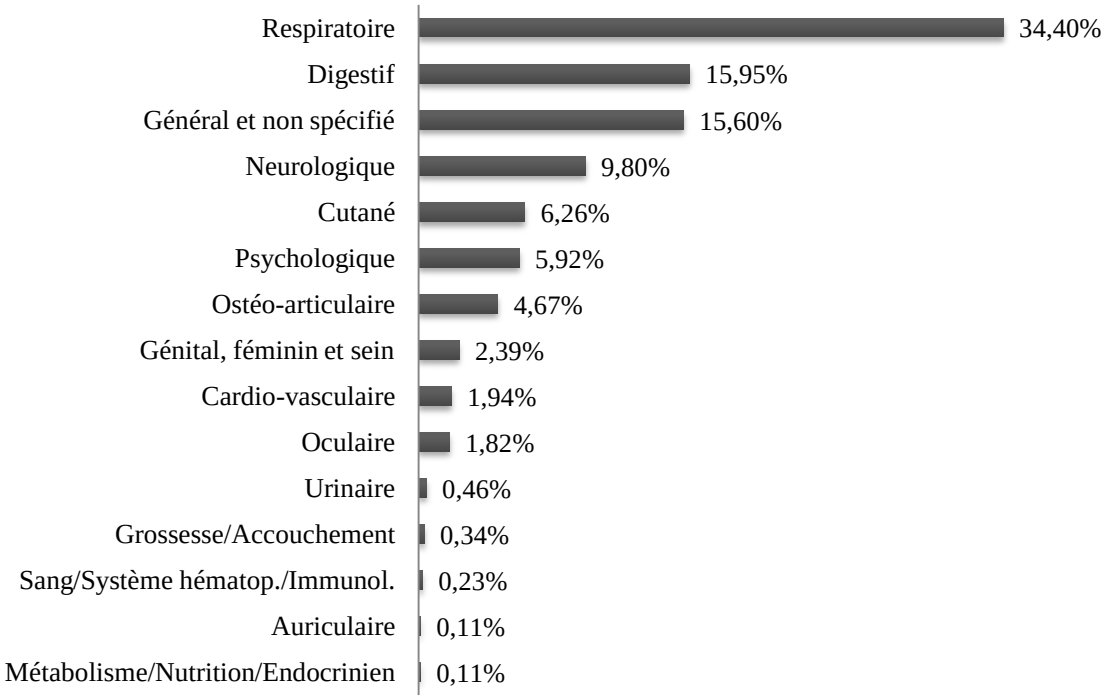
L'enquête réalisée permet de connaître les modes d'obtention de ces médicaments pris dans l'armoire à pharmacie ainsi que les proportions d'utilisation de ces médicaments. Ainsi, dans presque 1 cas sur 2 (49,1 %), le médicament utilisé, issu de l'armoire à pharmacie, provient d'un achat fait directement à la pharmacie, c'est-à-dire sans ordonnance. Parmi ces achats à l'officine sans ordonnance, 55,5 % sont issus d'une pratique d'automédication et 44,5 % de médication officinale. Enfin, dans un peu plus d'un tiers des cas, ces médicaments proviennent d'une précédente ordonnance (34,8 %).

3.2.4 Pour traiter quels symptômes les patients ont-ils recours à cette pratique ?

L'enquête nous a permis de connaître les principaux symptômes et/ou pathologies pour lesquels les patients achètent des médicaments sans ordonnance. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est grâce à la classification CISP que les symptômes et plaintes évoqués ont été classés.

Il est important de préciser que l'enquête s'est déroulée du 11 février au 6 mai 2013. Il s'agit d'une enquête représentant les troubles ressentis pendant la période hivernale.

Figure 2 : Classification des symptômes selon la CISP
(classification par grands systèmes)



La classification CISP permet de regrouper les symptômes/plaintes évoqués par les patients par grands systèmes (cf. annexe 5).

La figure n°2 permet de mettre en évidence que la majorité des symptômes pour lesquels les patients achètent des médicaments sans ordonnance sont de type respiratoires. En effet, 34,4 % des patients ont achetés des médicaments en réponse à ce type de plaintes.

Les trois principaux symptômes cités par les interviewés, au sein de ce système respiratoire sont : la congestion ou les écoulements du nez et les éternuements à 34,8 %, les symptômes ou plaintes localisés au niveau de la gorge (=maux de gorge) à 30,1 % et la toux à 18,9 %.

La deuxième catégorie de symptômes la plus citée par les interviewés concerne le système digestif. Ce type de plaintes est évoqué par 15,9 % des répondants. 15 % de ces réponses concernent des douleurs et/ou des crampes abdominales, 15 % des diarrhées, 12,9 % des problèmes de dyspepsie/indigestion, 12,9 % des problèmes de constipation et 11,4 % des brûlures d'estomac. 10,7% des réponses citées concernent également des symptômes et plaintes des dents ou des gencives.

La catégorie intitulée « général et non spécifié » comprend 4 principaux symptômes : les douleurs générales ou de sites multiples, la fièvre, la fatigue ou faiblesse générale ainsi que les allergies ou réactions allergiques NCA (=non classées ailleurs). 15,6 % des symptômes

cités par les personnes interrogées concernent l'un de ces 4 symptômes. Au sein de cette catégorie : 40,9 % des plaintes concernent de la douleur, 27,7 % un état de fatigue ou de faiblesse, 22,6 % de la fièvre et enfin 8,8 % des réactions allergiques.

Représentant 9,8 % des plaintes évoquées par les patients, le système neurologique apparaît en 4ème position de ce classement. Le symptôme le plus cité (dans plus de 90 % des cas) par les interviewés correspond au mal de tête.

6,4 % des symptômes cités concernent le système cutané. Les plaintes à type d'ecchymoses et de contusions sont les plus couramment citées (21,8 % des réponses). 10,9 % des patients souhaitent traiter une tuméfaction ou un gonflement de la peau, 9,1 % un herpes simplex, 7,3 % un prurit et également 7,3 % une égratignure, éraflure ou ampoule. La dermatite atopique, les piqûres d'insectes ainsi que les coupures ou lacérations représentent chacune 5,4 % des réponses.

Le système psychologique représente 5,9 % de l'ensemble de symptômes cités par les patients souhaitant se soigner par eux-mêmes. 65,4 % d'entre eux souhaitent trouver un remède à leur sommeil perturbé et 23,1 % à un stress ressenti. Il est important de souligner que 11,5 % des demandes concernent une situation de dépendance au tabac.

4,7 % des plaintes concernent le système ostéo-articulaire. 31,7 % de ces plaintes concernent des symptômes localisés au niveau du dos et 14,6 % des douleurs musculaires.

Le système « génital, féminin et sein » (cité dans 2,4 % des cas) regroupe principalement les douleurs menstruelles, citées dans 57,1 % des cas, et les candidoses génitales chez la femme, qui représentent 33,3 % de ces plaintes.

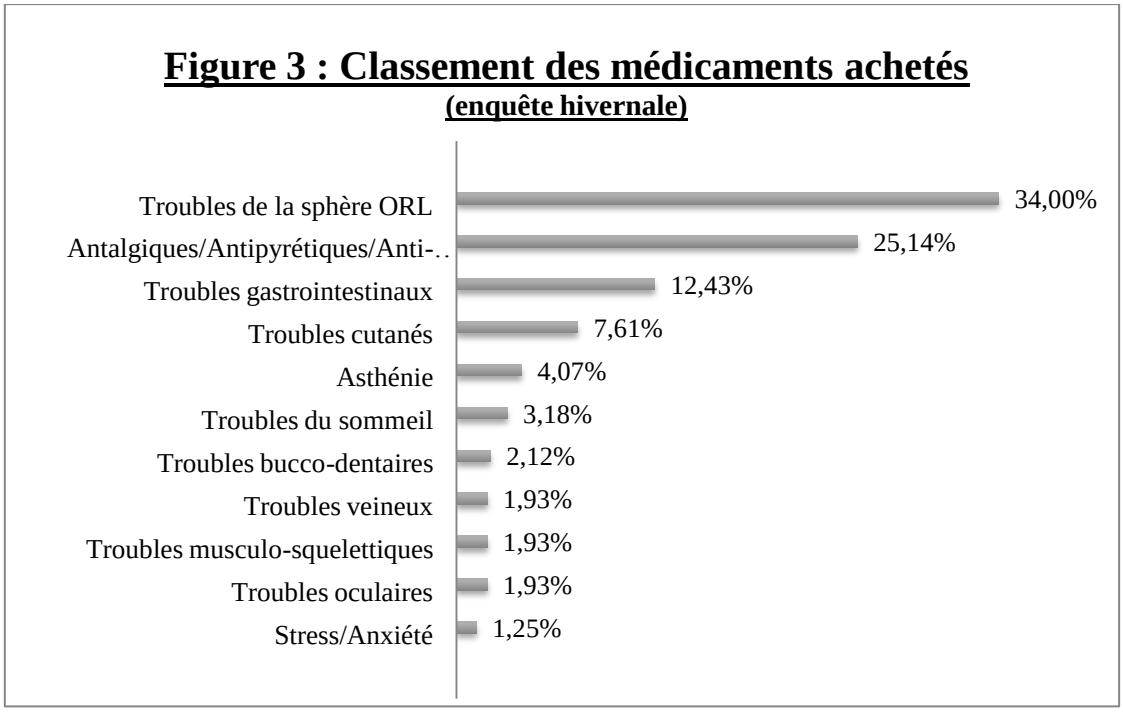
1,9 % des symptômes cités par les patients sont classés dans le système cardio-vasculaire. Les principaux symptômes cités sont les problèmes de retour veineux et la présence d'œdèmes au niveau des membres inférieurs.

Parmi les symptômes les plus cités du système oculaire (qui représente 1,8 % de l'ensemble des plaintes), 50 % concernent une conjonctivite (infectieuse ou allergique).

Les derniers systèmes, dont les symptômes sont les moins évoqués par les patients sont les suivants : le système urinaire, le système « grossesse et accouchement », le sang et le système hématopoïétique et immunologique, le système auriculaire et enfin le système « métabolisme, nutrition et endocrinien ». Chacun de ces systèmes représente moins de 1 % des demandes.

3.2.5 Quels sont les médicaments achetés ?

Figure 3 : Classement des médicaments achetés
(enquête hivernale)



Les médicaments les plus souvent délivrés, au cours de notre enquête, sont ceux destinés au traitement de la sphère ORL. Au sein de cette catégorie, les médicaments pour les maux de gorge (les pastilles (Lysopaïne®, Strepsil®...), les collutoires (Hexaspray®, Colludol®, Angispray®...), les comprimés (Maxilase®...) ...) apparaissent en première position et représentent environ 30 % de ces achats. Les médicaments utilisés par voie orale dans le traitement du rhume (ex : Actifed J/N®, Fervex®...) représentent presque 23 % des achats tandis que les produits locaux (ex : les lavages de nez (Sterimar®, Prorhinel®...), les décongestionnants (Vicks®, Perubore®...), les sprays locaux (Dolirhume HE®...)) représentent 18,4 % des achats. Enfin, les médicaments utilisés pour traiter la toux représentent 15,9 % des achats (ex : toux sèche (Tussidane®, Clarix toux sèche®...), toux grasse (Bronchokod®, Mucomyst®...).

Les produits appartenant à la catégorie des Antalgiques/Antipyrétiques/Anti-inflammatoires représentent 25,1 % des achats médicamenteux. Dans 86,2 % des cas ce sont des médicaments antalgiques (=antidouleur) qui sont achetés (ex : Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan®...).

Les médicaments destinés à soigner des troubles gastro-intestinaux représentent 12,4 % des demandes. Au sein de cette catégorie, les médicaments destinés à soigner les maux de ventre (ex : Spasfon®...) concernent 22,5 % des achats, à soigner les diarrhées (ex : Imodium®, Smecta®...), 20,3 % et à traiter la constipation (ex : Dulcolax®, Suppositoire à la glycérine, Forlax®...), 13,2 %.

Les médicaments destinés à soigner des troubles cutanés sont achetés dans 7,6 % des cas. Les médicaments contre les hématomes/contusions (ex : Arnica®, Hémoclar®, Synthol®...) sont les plus concernés (20,2 %) suivis des médicaments destinés au traitement des mycoses (Econazole ®crème, ovule, lotion...) (16,4 %). Les produits destinés au soin des irritations cutanées (ex : Bepanthen®, Mytosyl®...) représentent 8,9 % des achats.

Les médicaments destinés à traiter l'asthénie sont délivrés dans plus de 4 % des cas. Les produits concernés sont essentiellement les compléments alimentaires tels que : Bion 3®, Alvityl®, Supradyn®, le magnésium etc.

Les médicaments destinés à favoriser un meilleur sommeil représentent 3,2 % des demandes. Ils concernent majoritairement des achats de Donormyl®, un médicament hypnotique (somnifère) (antihistaminique H1).

2,1 % des achats sont destinés à soulager des troubles bucco-dentaires. Les médicaments destinés à soulager les poussées dentaires des nourrissons représentent environ 32 % de ces achats et sont représentés notamment par Pansoral®et Camillia®. Les irritations ainsi que les aphtes représentent successivement 23 et 27 % des achats. Les bains de bouche (Hextril®, Eludril®...) sont les principaux traitements délivrés dans ces indications.

Les médicaments destinés au soulagement des troubles veineux, des troubles musculo-squelettiques ainsi que des troubles oculaires représentent chacun 1,9 % des achats.

Les jambes lourdes ainsi que les hémorroïdes sont les indications pour lesquelles les médicaments sont les plus fréquemment achetés au sein de la catégorie « troubles veineux ». Nous retrouvons notamment Ginkor Fort®, Daflon®, Diosmine® ainsi que les gels locaux tels que Le gel Jouvence® dans le soulagement des jambes lourdes.

Décontracyl®, Kamol® , le baume Saint Bernard® ainsi que la crème Lumbalgine® font partie des médicaments destinés à soulager les troubles musculo-squelettiques.

Enfin, la majorité des médicaments achetés pour le traitement des troubles oculaires correspond au soin des conjonctivites. On trouve notamment des lavages oculaires (ex : Dacryosérum®, le sérum physiologique...) ainsi que des antiseptiques oculaires (ex : Desomédine®, Biocidan®...).

Enfin, les médicaments destinés à soulager des situations de stress et/ou d'anxiété représentent 1,2 % des achats médicamenteux. Ils sont notamment représentés par les achats d'Oligosol Lithium®, Sedatif PC® , Gelsemium®, Zenalia®, etc.

3.2.6 La moyenne des produits achetés

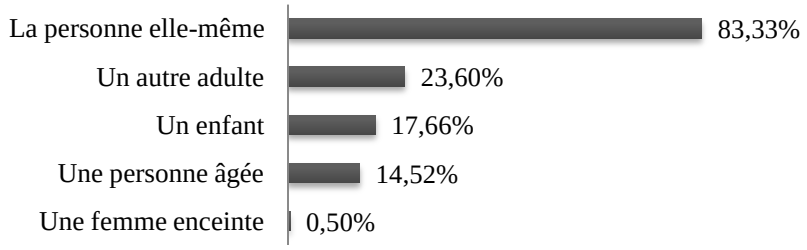
L'enquête révèle que le nombre de produit acheté est en moyenne de 1,71 produit (entre 1 et 7 produits).

3.2.7 L'homéopathie et la phytothérapie : quelle proportion des achats représentent-elles ?

Dans 16 % des cas, au moins un produit d'homéopathie est acheté et dans 9,1 % des cas, l'achat concerne au moins un produit de phytothérapie.

3.2.8 Les destinataires des produits achetés

Figure 4 : Destinataires des produits achetés (n=606)



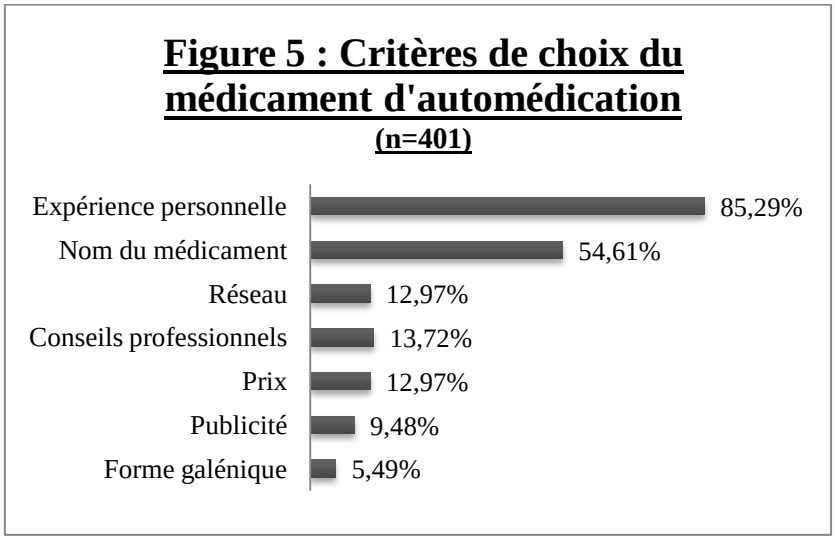
Au sein de notre enquête, 83,3 % des personnes interrogées déclarent acheter le médicament pour elles-mêmes. Dans 23,6 % des cas, cet achat est destiné à un autre adulte et dans 17,7 % des cas, à un enfant. Enfin, les personnes âgées, c'est-à-dire de plus de 65 ans, ne sont concernées que dans 14,5 % des cas.

Remarque : lorsqu'une personne de 71 ans par exemple effectuait un achat pour elle-même, cet achat apparait dans les catégories « la personne elle-même » et « une personne âgée », le but étant d'évaluer si les personnes âgées sont des potentiels destinataires des médicaments achetés, et si oui dans quelle proportion.

3.2.9 Le choix du médicament d'automédication

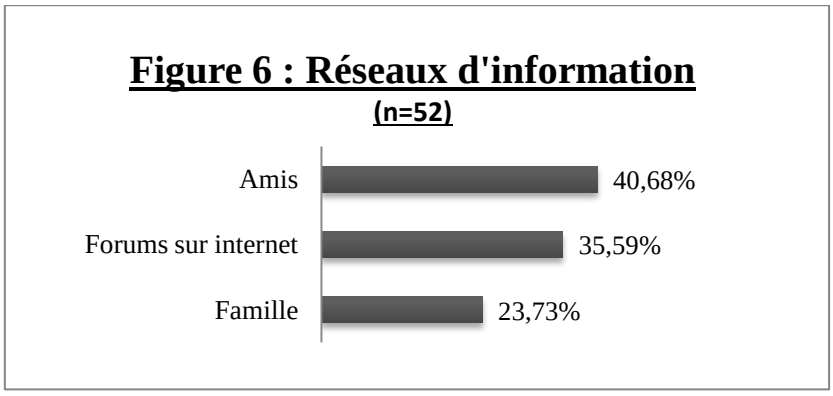
Sept critères de choix du médicament d'automédication (hors cas de médication officinale car dans ce cas, le patient ne choisit pas son médicament) se détachent lors de l'analyse de nos résultats. Cette dernière a donc été réalisée sur les 404 personnes achetant un produit en automédication. Cependant, 3 personnes n'ont pas répondu à cette question donc n=401.

Ces critères sont résumés dans la figure 5.



L'expérience personnelle apparait très nettement comme la principale raison guidant le choix du patient vers un médicament (85,3 % des répondants).

Viennent ensuite le nom du médicament à 54,6 % puis le réseau (dans 13 % des cas) qui est constitué de la famille, des amis ainsi que des forums sur internet.



Les principales sources d'information citées par les patients sont les amis à 40,7 %, les forums sur internet à 35,6 % et la famille à 23,7 % (n=52 réponses sur 59 répondants).

Les conseils donnés auparavant par un professionnel de la santé représentent 13,7 % des cas. Dans plus de 9 cas sur 10 ces conseils ont été donnés par des pharmaciens et par des médecins. Les conseils des pharmaciens apparaissent en première place. Le reste correspond à des conseils délivrés par des sages-femmes, dentistes, tabacologues etc.

Le prix apparaît en 5ème position de ce classement. Il est cité dans 13 % des cas et 98 % des réponses citées mettent en évidence que le produit choisi est moins coûteux qu'un autre. Un prix élevé n'apparait pas comme gage de qualité ou d'efficacité du médicament aux yeux des interviewés.

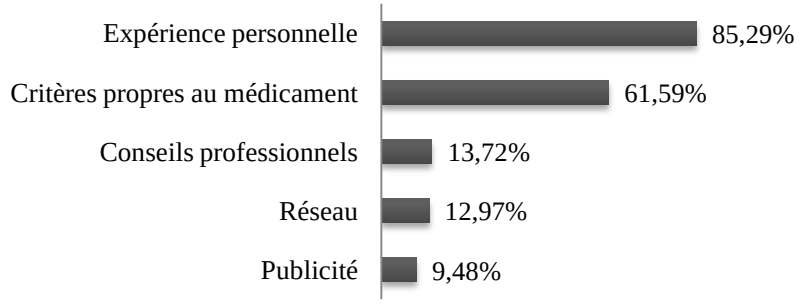
La publicité intervient dans 1 cas sur 10 (9,5 %). C'est la publicité diffusée à la télévision qui apparaît comme très nettement majoritaire (plus de 90 % des réponses).

Enfin, 5,5 % de la population interrogée déclare que la forme galénique a son importance dans le choix du médicament. Il est important de souligner que cette réponse est très probablement sous-estimée par rapport aux autres réponses. En effet, cette proposition de réponse ne faisait pas partie des choix de réponses proposés à la personne interrogée. Son importance a été mise en évidence grâce à la catégorie dite « autre » (permettant aux patients de citer d'autres raisons) au sein de laquelle elle a été citée dans 50 % des cas.

Les principaux critères galéniques évoqués sont le goût qui est cité dans 63,6 % des cas et la forme, dans 36,4 %.

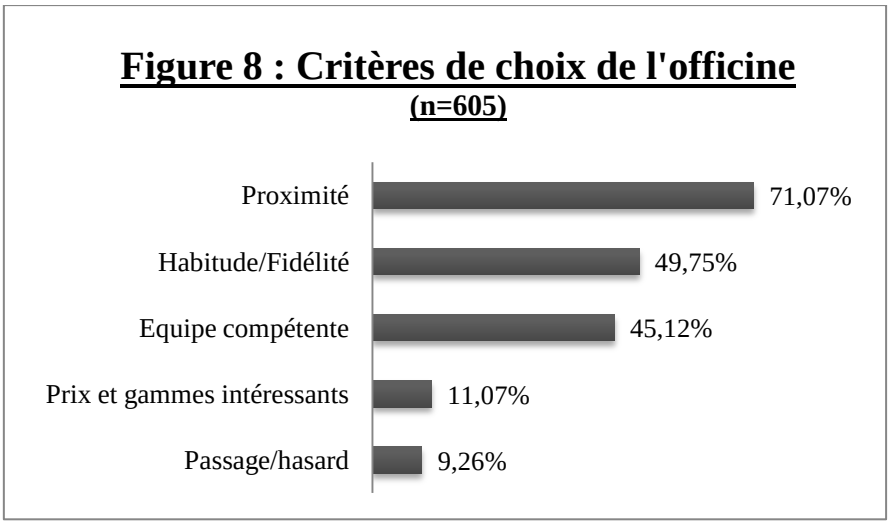
En analysant ces données, il apparait que le nom, le prix ainsi que la forme galénique sont des critères inhérents au médicament lui même. Si l'on regroupe ces trois critères pour former un axe principal, nous obtenons la figure 7, regroupant les principaux axes utilisés ultérieurement dans notre analyse et notamment lors de la réalisation des tris croisés.

Figure 7 : Critères de choix du médicament d'automédication (n=401)



Les critères propres au médicament apparaissent alors en deuxième position des réponses données et représentent plus de 6 cas sur 10 (61,6 %).

3.2.10 Le choix de l'officine



Cinq critères principaux se distinguent concernant le choix de l'officine. Tout d'abord la proximité de l'officine par rapport au domicile ou à un lieu souvent fréquenté (courses, travail, école des enfants, loisirs etc.). En effet, il s'agit du critère le plus est cité (dans plus de 7 cas sur 10 (71,1 %)). Parmi ces réponses, 56,7 % des patients se rendent dans cette officine car elle est située près d'un lieu qu'ils fréquentent souvent et 43,3 % car c'est l'officine la plus proche de chez eux. La notion de proximité apparaît comme la première raison de la venue dans une officine.

C'est ensuite par habitude ou fidélité que les patients se rendent dans une officine. Effectivement, dans 1 cas sur 2 (49,7 %), les patients déclarent « venir toujours ici ».

La compétence ainsi que les conseils délivrés par l'équipe officinale apparaissent en troisième place de ce classement. C'est en effet à 45,1 % qu'ils déclarent venir ici « pour les conseils de leur pharmacien ».

Nous constatons ensuite qu'une personne interrogée sur 10 (11,1 %) cite la notion de « prix intéressants et de gammes intéressantes (large choix de produits au sein d'une gamme ainsi que nombreuses gammes présentes). Cette notion de large choix de produits n'était pas mentionnée dans les différentes propositions de réponses. Parmi ces 11,1 % de réponses, le prix représente 81,3 % et la notion de « large choix de gammes et de produits », 18,7 %. Sans avoir été proposé dans le questionnaire, ce dernier critère a certainement été sous-estimé. Soulignons également que sur l'ensemble des questionnaires posés, la notion de « venue dans une officine parce que les prix sont attractifs » ne représente que 10,1% des réponses.

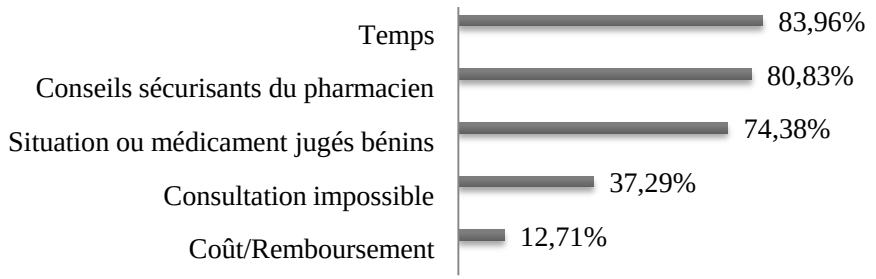
La dernière catégorie est celle du passage dit « par hasard » dans cette officine. Elle représente 9,3 % des réponses. Là-encore, cette proposition de réponse n'étant pas mentionnée dans le questionnaire, elle peut avoir été sous-estimée. Notons cependant que lorsque la

personne venait ici « par hasard ou était de passage », elle ne pouvait citer que cette réponse parmi les autres.

Nous remarquons également que la présence du libre accès dans une officine ne représente pas un critère majeur quant à la venue du patient dans une officine. Cette notion, proposée dans le questionnaire, ne représente que 1,5 % des réponses.

3.2.11 Les raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale

Figure 9 : Raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale (n=480)



La question 17 a pour but de mettre en évidence les différentes raisons guidant le patient à choisir son médicament lui-même ou à aller demander conseil à la pharmacie plutôt qu'à aller consulter son médecin.

Cette question ne pouvait être posée que lorsqu'il s'agissait d'automédication ou de médication officinale curative. En cas de prévention, il n'était pas possible d'y répondre. Il y a 481 cas curatifs d'automédication et de médication officinale et une personne n'a pas répondu à cette question donc n=480.

Cinq raisons principales se démarquent nettement.

Tout d'abord le temps, qui apparait comme la principale raison d'avoir recours à l'automédication ou à la médication officinale. En effet, près de 84 % des personnes interrogées déclarent avoir recours à l'automédication afin d'être rapidement soulagées.

La notion d'une utilisation jugée sécurisée par les conseils d'un pharmacien est citée dans 8 cas sur 10 (80,8 %). L'automédication ou la médication officinale apparaissent, aux yeux des interviewés comme bien encadrées au sein de la pharmacie. Ces pratiques leurs semblent donc sécurisées.

A 74,4 %, la notion de situation ou de médicament jugés sans danger, est citée par les interviewés. Dans 6 cas sur 10 (63,3 %), ils considèrent que les maux dont ils souffrent sont bénins et dans un peu plus de 4 cas sur 10 (44,6 %), les personnes interrogées déclarent qu'elles estiment que la façon dont elles utilisent le médicament ne présente aucun risque.

Les trois principales raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale sont donc la nécessité de rapidité de soulagement, la situation jugée bénigne et l'utilisation sans risque du médicament, bien encadrée par le pharmacien.

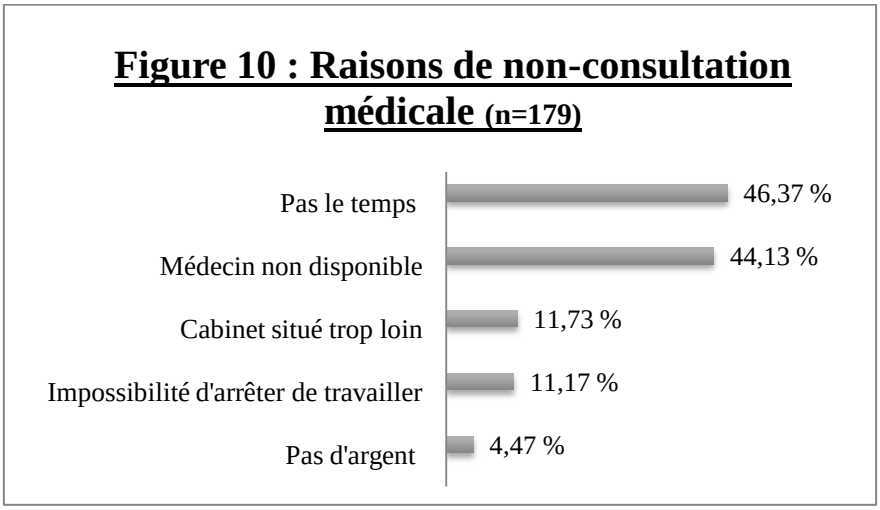
Cette question sur les raisons du recours à cette pratique a permis de mettre en évidence un dernier facteur, très certainement sous-évalué car non proposé dans les choix de réponses (cf. figure 9). Il s'agit de la notion de coût et d'absence de remboursement pour la plupart des médicaments prescrits pour ces indications (12,7 %). Plus de 72 % des réponses citées par les patients dans la catégorie « autre » font appel à cette notion. Certains évoquent l'absence de remboursement de la plupart des spécialités actuellement prescrites pour ces symptômes-là, d'autres le fait que la plupart des médicaments prescrits pour ces indications ne nécessitent plus d'ordonnance (délistage de médicament (cf. glossaire)). Enfin, d'autres vont jusqu'à mentionner que la participation forfaitaire d'1 € pour la consultation ainsi que de 0,5 € par boîte de médicaments aboutissent à un coût non négligeable associé à une perte de temps lors de la consultation.

Ces notions sont très largement citées dans la partie libre d'expression donnée aux patients. N'ayant pas été proposées comme items au sein du questionnaire, elles ne peuvent être que sous-estimées par rapport aux autres réponses.

L'analyse des réponses « autre » a permis de mettre en évidence d'autres raisons pour lesquelles les patients ont recours à cette pratique. Ils citent notamment :

- l'absence de prescription par les médecins de médicaments jugés efficaces par les patients et donc le désir de se soigner soi-même,
- la volonté de ne pas communiquer au médecin la prise de certains médicaments (ex : cas du Donormyl® souvent cité dans ce cas).

Dans presque 4 cas sur 10 (37,3 %), les patients déclarent que la consultation médicale leur est impossible. Quelles sont les principales raisons évoquées par ces patients ?



Dans 46,4 % des cas, c'est en raison d'un manque de temps que les patients ne vont pas consulter leur médecin. Cette raison rejoint bien la notion de temps mentionnée précédemment et apparaissant comme la première raison de non consultation.

C'est ensuite parce que leur médecin n'est pas disponible qu'ils sont 44,1 % à avoir recours à cette pratique d'automédication ou de médication officinale.

La notion de « cabinet situé trop loin » ainsi que « d'impossibilité d'arrêter de travailler » sont chacune citées dans 1 cas sur 10 (respectivement 11,7 et 11,2 %) et l'absence d'argent pour la consultation n'est citée que dans 4,5 % des cas.

3.2.12 La proportion des femmes enceintes et des personnes allergiques au sein de l'enquête

L'enquête a identifié seulement 9 femmes enceintes interviewées sur 421 femmes concernées par un achat d'automédication ou de médication officinale (soit 2,1 %) et 16,3 % des répondants se savent allergiques à un médicament (ou savent que la personne à qui est destiné ce médicament l'est).

3.2.13 Les raisons d'une consultation médicale ultérieure

Enfin, la dernière question posée aux interviewés, la question 20, nous a permis de connaître les raisons pour lesquelles les patients décideraient d'arrêter de se soigner par eux-mêmes et décideraient de consulter leur médecin.

Plus de 72 % des personnes interrogées déclarent qu'elles consulteront leur médecin en cas d'aggravation. De plus, si la pathologie ou leurs symptômes ressentis venaient à durer trop longtemps, 59,2 % d'entre eux iraient consulter. Consulter en vue d'obtenir un arrêt de travail ne représente qu'une très faible partie d'entre eux : seuls 4 % des répondants ont retenu cette proposition.

L'enquête révèle que 64,8 % des personnes ayant cité une réponse « autre » déclarent qu'ils « n'iront pas consulter de toute façon ». 14,8% déclarent qu'ils sont dans l'attente d'une consultation médicale (et qu'il s'agit donc de la raison de leur achat, en attendant) et enfin 13 % estiment qu'ils consulteront lorsqu'ils jugeront nécessaire d'obtenir des médicaments plus efficaces que l'on ne peut obtenir que sur ordonnance (ex : les antibiotiques). 3,7 % d'entre eux déclarent qu'ils consulteront en cas d'apparition d'effets secondaires.

3.2.14 Les intervieweurs de l'enquête

3/4 des questionnaires ont été administrés par des étudiants en pharmacie, 17,66 % par des pharmaciens et le reste par des préparateurs en pharmacie.

3.3 Le cadre de l'enquête : les pharmacies recrutées

606 questionnaires ont été collectés sur 19 pharmacies. Ces 19 pharmacies participant à l'enquête sont différentes les unes des autres de par leurs caractéristiques propres et leur localisation.

Ainsi, le questionnaire dit « questionnaire interne » (cf. annexe 3), rempli (à l'écrit ou par voie orale lors d'un entretien téléphonique) par les titulaires des pharmacies (ou par un pharmacien lorsque le titulaire n'était pas disponible), nous permet de connaître de nombreux critères.

Les caractéristiques de la pharmacie, telles que le nombre moyen de clients par jour, le nombre moyen de dossiers FSE par jour, le nombre d'employés, le nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine, la présence ou non d'un rayon libre accès ainsi que le nombre de mètres linéaires destinés à cet espace libre accès, y ont été renseignés.

L'environnement de la pharmacie a également été évalué. Il nous est apparu effectivement intéressant de connaître la localisation des officines au sein desquelles les enquêtes ont été réalisées (centre-ville, centre commercial, quartier ou rurale). Certaines questions ont également permis de connaître la distance séparant l'officine-enquêtrice de l'officine la plus proche ainsi que la distance séparant cette officine du médecin généraliste le plus proche.

L'ensemble de ces informations nous permettra par la suite d'évaluer s'il existe différentes pratiques d'automédication selon les lieux, les pharmacies, la présence ou non d'un rayon en libre accès etc.

3.3.1 Les caractéristiques des officines participant à l'enquête

Tableau 8 : Caractéristiques des officines participant à l'enquête

Ident[3]	Dép[1]	Type de commune selon l'INSEE	Nb[2] de clients par jour	Nb[2] de FSE par jour	Nb employé (s)	Nb pharmacien(s)	Nb préparateur (s)
A	85	Urbaine	175	115	3	2	2
B	44	Urbaine	190	150	8	4	3
C	44	Urbaine	140	110	4	2	2
D	85	Rurale	180	140	5	2	4
E	44	Urbaine	120	80	4	3	3
F	44	Urbaine	350	116	11	4	5
G	44	Urbaine	300	160	7	3	4
H	44	Urbaine	275	220	6	3	5
I	44	Urbaine	90	77	2	2	2
J	44	Urbaine	185	120	4	3	3
K	85	Urbaine	120	90	3	2	2
L	44	Urbaine	250	200	5	3	4
M	44	Urbaine	500	220	9	4	5
N	85	Urbaine	80	62	1	2	1
O	44	Urbaine	250	162	7	2	5
P	85	Rurale	150	115	5	2	3
Q	85	Urbaine	130	90	6	3	4
R	44	Urbaine	550	225	9	4	5
S	44	Urbaine	220	187	6	2	6

[1]Dép=département dans laquelle l'officine est installée
[2]Nb=nombre moyen
[3]Ident=identification des pharmacies par une lettre

Sur 19 officines ayant participé à notre enquête, 6 sont situées en Vendée et 13 en Loire-Atlantique. La classification de la commune urbaine/rurale est la même que celle utilisée dans la partie 3.1. Il s'agit de la classification selon les sources de l'INSEE[44]. D'après cette classification, seules deux pharmacies enquêtrices sont situées dans une commune rurale. Les autres sont toutes situées dans des communes urbaines.

Le nombre moyen de clients par jour est très variable selon les officines. Il est important de préciser que ce chiffre est approximatif (il s'agit d'une valeur approximative, d'une tendance donnée (parfois de tête) par le pharmacien). Il s'étend de 80 à 550 patients par jour.

FSE correspond au terme Feuille de soins électronique. La feuille de soins est un document administratif (papier ou numérique (=électronique)) servant de preuve d'un acte médical accompli. Ce document consiste en la preuve comptable de facturation et doit être expédiée à la Sécurité sociale dont le patient dépend. Après réception du document par la Sécurité sociale, celle-ci transmet une copie conforme informatisée à la mutuelle santé du patient, si ce dernier en a une. La FSE permet donc d'éviter l'utilisation de la feuille de soins papier

classique. Elle est utilisée dans le cadre de la carte vitale. Au sein de cette enquête, ces données nous permettent de connaître environ la proportion de médicaments délivrés sur ordonnance par rapport à la proportion de produits délivrés sans ordonnance (et de produits de parapharmacie) au sein de chacune des officines.

Le nombre de FSE réalisé s'étend de 62 à 225 par jour selon les officines.

La composition de l'équipe officinale nous a également semblé être un critère intéressant à connaître. Cette donnée nous permet principalement d'évaluer de façon approximative la taille de l'officine enquêtrice.

La colonne « Nb employé(s) » comprend tous les employés de l'officine : pharmaciens, préparateurs, esthéticiens, conditionneurs etc. L'enquête a été réalisée au sein de pharmacies possédant de 1 à 11 employés.

La colonne intitulée « Nb pharmacien(s) » regroupe les pharmaciens employés ainsi que les titulaires.

Tableau 8 bis (suite) : Caractéristiques des officines participant à l'enquête

Ident[3]	Nb d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine	Heures extra	Présence d'un rayon libre accès	Nb de mètres linéaires destinés au rayon libre accès	Date d'installation du titulaire
A	53,5	Non	Non	-	01/09/1996
B	53,5	Non	Oui	7,5	1983
C	53	Non	Oui	1,4	01/10/1990
D	52,5	Non	Non	-	2006
E	65,5	Oui	Non	-	01/07/2000
F	66	Oui	Oui	42	-
G	53	Non	Oui	12	2003
H	52,5	Non	Oui	16	01/02/2005
I	56,25	Non	Non	-	01/11/2001
J	53,5	Non	Non	-	1998
K	53,25	Non	Oui	7	01/02/2002
L	56,5	Non	Oui	30	02/09/1992
M	66	Oui	Oui	10	2006
N	46	Non	Oui	5,5	01/08/2004
O	43,5	Non	Oui	0,9	1982
P	46	Non	Non	-	01/05/1982
Q	55	Non	Non	-	1990
R	72	Oui	Oui	20	1998
S	56	Non	Oui	11,2	1985

Le tableau 9 permet de mettre en évidence que le nombre d'heures d'ouverture par semaine entre les différentes officines enquêtrices est très variable. En effet, il s'étend de 43,5 heures par semaine pour la pharmacie O à 72 heures par semaine pour la pharmacie R.

Sur l'ensemble des pharmacies recrutées, quatre sont considérées comme réalisant des « heures extra » (c'est-à-dire qu'elles sont ouvertes en continu (sans interruption le midi) ou bien qu'elles restent ouvertes après 20 heures le soir (ex : au sein des centres commerciaux les pharmacies ferment généralement à l'heure de fermeture de la galerie commerciale)).

Sur l'ensemble des pharmacies, 12 sur 19 possèdent un rayon libre accès (soit 63,2 %) s'étendant de 0,9 à 42 mètres. Actuellement, environ 70 % des pharmacies sont équipées d'un espace libre accès en France (cf. première partie). La présence de ce rayon modifie-t-il le type de pratique (automédication ou médication officinale) au sein des officines ? Le nombre de mètres linéaires destiné à ce rayon encourage-t-il l'automédication plutôt que médication officinale ? Afin d'évaluer cela, nous regrouperons les officines en 4 groupes en fonction de critères communs.

3.3.2 L'environnement des pharmacies enquêtrices

Tableau 9 : Environnement des officines participant à l'enquête

Ident[3]	« Types d'officine » selon le titulaire	Distance de l'officine la plus proche (km)	Distance du médecin généraliste le plus proche (km)
A	Rurale	0,4	0,8
B	De centre-ville	0,05	0,1
C	De centre-ville	1,5	0,25
D	Rurale	8	0,15
E	De centre commercial	0,2	0,01
F	De quartier	0,9	1
G	De centre commercial	0,7	0,5
H	De centre commercial	1	0,2
I	De centre-ville	0,5	0,03
J	De centre commercial	0,8	0,05
K	De centre commercial	0,5	0,002
L	De centre-ville	3	0,01
M	De quartier	0,8	0,5
N	Rurale	6	0,01
O	Rurale	10	0,2
P	Rurale	10	0,25
Q	De centre-ville	0,5	0,2
R	De quartier	4	2
S	De centre-ville	0,3	0,2

Au sein du questionnaire interne, nous avons choisi de poser une question particulière, permettant au pharmacien interrogé de renseigner à quel « type d'officine (ou catégorie) » sa propre officine se rapprochait le plus (selon lui). La question posée était la suivante : « Si vous deviez classer votre officine dans une de ces quatre catégories, dans laquelle la classeriez-vous ? ». Le questionnaire proposait quatre possibilités de réponses : une officine de centre-ville, de quartier, de centre commercial ou rurale. Cette réponse est subjective et propre à l'activité et la localisation de l'officine (évaluées par le pharmacien interrogé).

C'est à partir de ces 4 « catégories » d'officine que nous avons regroupé les 19 officines enquêtrices et que nous avons évalué si des différences ou des ressemblances, notamment en terme de pratique d'automédication ou de médication officinale, se distinguaient.

La distance entre l'officine enquêtrice et l'officine la plus proche permet d'évaluer les critères d'isolement de la pharmacie, de concurrence potentielle etc. Au sein de l'enquête, cette distance s'étend de 50 mètres à 10 kilomètres.

La distance au médecin généraliste le plus proche nous permet d'évaluer la proximité officine-cabinet médical. Au sein de l'enquête, cette distance est apparue être sensiblement peu différente. En effet, la plupart des officines enquêtrices sont situées à moins de 1 kilomètre (18 officines sur 19) et une seule est située à 2 kilomètres du médecin généraliste le plus proche.

3.3.3 Les critères de comparaison

Nous avons choisi de sélectionner quatre principaux critères afin de pouvoir comparer les différentes pratiques selon les « catégories d'officine » (centre-ville, quartier, centre commercial et rurale).

Tableau 10 : Principaux critères de comparaison entre officines

Ident[3]	« Types » d'officine selon le titulaire	Médicaments obtenus sur ordo[4] (%) ([4]ordo = ordonnance)	Produits obtenus sans ordo[4] (%)	Nb d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine	Présence d'un rayon libre accès
A	4	65,71	34,29	53,5	0
B	1	78,95	21,05	53,5	1
C	1	78,57	21,43	53	1
D	4	77,78	22,22	52,5	0
E	3	66,67	33,33	65,5	0
F	2	33,14	66,86	66	1
G	3	53,33	46,67	53	1
H	3	80	20	52,5	1
I	1	85,56	14,44	56,25	0
J	3	64,86	35,14	53,5	0
K	3	75	25	53,25	1
L	1	80	20	56,5	1
M	2	44	56	66	1
N	4	77,5	22,5	46	1
O	4	64,8	35,2	43,5	1
P	4	76,67	23,33	46	0
Q	1	69,23	30,77	55	0
R	2	40,91	59,09	72	1
S	1	85	15	56	1

La compréhension de la colonne intitulée « types » d'officine suppose la connaissance d'un codage qui est le suivant :

- 1 = officines de centres-villes
- 2 = officines de centres commerciaux
- 3 = officines de quartiers
- 4 = officines rurales

Les valeurs de la colonne intitulée « médicaments obtenus sur ordonnance (%) » ont été obtenues à l'aide du tableau 8. Elles correspondent au nombre de clients par jour auquel on soustrait le nombre de FSE (donc de médicaments obtenus sur ordonnance) par jour.

Les valeurs obtenues ont été rapportées sous la forme de pourcentages. Elles nous permettent d'évaluer, de façon approximative, la proportion de médicaments obtenus sur ordonnance par les patients.

La colonne « produits obtenus sans ordonnance (%) » correspond au pourcentage restant. Ce pourcentage inclut donc les médicaments obtenus sans ordonnance mais également les produits de parapharmacie. Or, selon le « type » d'officine, ce pourcentage peut beaucoup varier. En effet, les pharmacies situées dans des centres commerciaux présentent souvent beaucoup plus de gammes et de produits par gamme, à des prix souvent plus avantageux, par rapport aux pharmacies rurales par exemple.

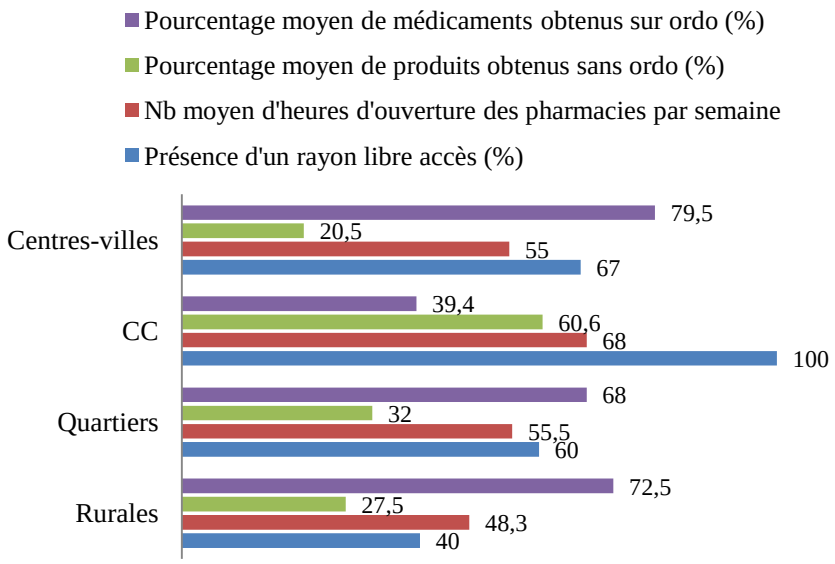
Il est donc important de souligner que ces valeurs obtenues sont très approximatives mais permettent tout de même de différencier les 19 officines, tant les valeurs obtenues sont différentes.

La compréhension de la colonne « présence d'un rayon libre accès » nécessite également la connaissance du codage suivant :

- 0 = absence d'un rayon libre accès à l'officine
- 1 = présence d'un rayon libre accès à l'officine

A partir de ce tableau 10 , nous avons regroupé les officines appartenant aux mêmes types (centre-ville, centre commercial, quartier et rurale) et avons calculé les résultats moyens pour chaque type d'officine. Les résultats obtenus sont présentés au sein de la figure 11 suivante.

Figure 11 : Représentation des 4 critères principaux en fonction des types d'officines



*CC=centres commerciaux

Nous remarquons que, pour les pharmacies situées dans des centres-villes, au sein de quartiers et en milieu rural, les proportions de médicaments obtenus avec ou sans ordonnance sont du même ordre de grandeur. En revanche, pour les pharmacies situées dans des centres commerciaux, ces proportions sont nettement différentes. En effet, la proportion de produits (médicaments + produits de parapharmacie) obtenus sans ordonnance est de 60,6 % alors que pour les pharmacies de centres-villes, de quartiers et rurales elle est respectivement de 20,5 %, 32 % et 27,5 %.

Le nombre moyen d'heures d'ouverture est également très différent entre les quatre types d'officine. Les pharmacies rurales sont en moyenne ouvertes 48,3 heures par semaine. Les pharmacies de centres-villes et de quartiers, respectivement 55 heures et 55,5 heures. En revanche, les pharmacies situées dans des centres commerciaux sont ouvertes en moyenne 68 heures par semaine. Toutes les pharmacies situées dans des centres commerciaux sont ouvertes en continu toute la journée et/ou ferment après 20 heures le soir.

La présence d'un rayon libre accès est également un critère de comparaison. Toutes les pharmacies de centres commerciaux en possèdent un (100 %). 4 pharmacies sur 6 situées dans des centres-villes en possèdent également un (soit 67 %) et 3 officines sur 5, situées dans des quartiers (soit 60 %). Enfin, 2 pharmacies rurales sur 5 (soit 40 %) ont un rayon libre accès.

Les proportions des pratiques d'automédication et de médication officinale sont-elles différentes entre les différents types d'officines ? Si oui, ces différentes proportions obtenues peuvent elles s'expliquer par ces critères qui sont très différents selon les officines ?

3.4 Etude des déterminants du choix des médicaments d'automédication

Cette étude a été réalisée grâce à la mise en œuvre de tris croisés.

3.4.1 Facteurs liés aux pratiques d'automédication et de médication officinale

L'automédication et la médication officinale étant deux pratiques bien distinctes, nous avons réalisé des tris croisés afin de connaître les principales caractéristiques influençant le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre.

La mise en place de deux tests (le test du Chi^2 et le test de Mann-Whitney) nous a permis d'évaluer que certaines variables ne semblent pas influer sur le recours à la pratique d'automédication plutôt qu'à la pratique de médication officinale et qu'au contraire, d'autres, semblent y être associées.

Tableau 11 : Influence des différentes variables en fonction des pratiques d'automédicationet de médication officinale

Variables		Médication officinale	Automédication	Différences (p)
Sexe	**masculin**	70 (37,8 %)	115 (62,2 %)	0,12
	féminin	132 (31,4 %)	289 (68,6 %)	
Age	**< 50 ans**	137 (33,3 %)	274 (66,7 %)	1
	≥ 50 ans	65 (33,3 %)	130 (66,7 %)	
Actif (population totale)	**oui**	139 (33,7 %)	274 (66,3 %)	0,8
	non	63 (32,6 %)	130 (67,7 %)	
Urbain	**oui**	186 (33,3 %)	373 (66,7 %)	0,91
	non	16 (34 %)	31 (66 %)	
Complémentaire santé	**oui**	179 (33,1 %)	361 (66,9 %)	0,98
	non	18 (33,3 %)	36 (66,7 %)	
Nombre de motifs		1,46 (0,82)	1,44 (0,79)	0,91
Nombre de produits		1,90 (1)	1,62 (0,95)	<0,001
Achat homéopathie	**oui**	35 (36,1 %)	62 (63,9 %)	0,54
	non	167 (32,9 %)	341 (67,1 %)	
Achat phytothérapie	**oui**	25 (45,4 %)	30 (54,6 %)	0,047
	non	177 (32,2 %)	373 (67,8 %)	
Destinataire : moi-même	**oui**	169 (33,5 %)	336 (66,5 %)	0,88
	non	33 (32,7 %)	68 (67,3 %)	
Destinataire : enfant	**oui**	30 (28 %)	77 (72 %)	0,2
	non	172 (34,5 %)	327 (65,5 %)	
Destinataire : autre adulte	**oui**	42 (29,4 %)	101 (70,6 %)	0,25
	non	160 (34,6 %)	303 (65,4 %)	
Destinataire : PA* (*PA=personnes âgées)	**oui**	29 (32,9 %)	59 (67,1 %)	0,93
	non	173 (33,4 %)	345 (66,6 %)	
Motifs	**A**	26,2 %	73,8 %	
	D	27,5 %	72,5 %	
	L	38,2 %	61,8 %	
	N	10,6 %	89,4 %	<0,001
	P	24,4 %	75,6 %	
	R	40,1 %	59,9 %	
	S	38,5 %	61,5 %	

Le tableau 11 permet de mettre en évidence qu'il n'y a pas de différences significatives observées entre les taux de recours à une pratique plutôt qu'à l'autre en fonction des critères suivants : le sexe (p=0,12), l'âge (p=1), le fait d'être actif ou non (p=0,8), la résidence dans une commune urbaine ou rurale (p=0,91) ainsi que le fait d'avoir une complémentaire santé ou non (p=0,98).

Le test de Mann-Whitney permet de faire ressortir que le nombre de motifs ne varie pas de manière significative (p=0,91) en fonction des deux attitudes (automédication et médication officinale).

Ce même test nous a également permis de comparer les moyennes des médicaments achetés selon ces deux pratiques. Il apparaît alors de manière significative (p<0,001) que le patient semble acheter plus de produits lorsqu'il demande d'emblée conseil à son pharmacien (moyenne=1,9) plutôt que lorsqu'il choisit lui-même son médicament (moyenne=1,6).

Nous remarquons également que les patients achètent plus souvent des produits de phytothérapie lorsqu'ils demandent d'emblée conseil à leur pharmacien (p=0,047).

En revanche, lorsque l'achat concerne un médicament homéopathique, il ne semble pas y avoir de différence significative entre le recours aux deux pratiques (p=0,54).

Aucunes différences significatives entre les deux pratiques n'ont été mises en évidence lorsque le produit acheté était destiné à la personne elle-même, à un enfant, à un autre adulte ou à une personne âgée.

Parmi les différents systèmes présents au sein de la classification CISP, nous avons choisi de nous intéresser aux systèmes (=ensemble de symptômes regroupés par localisation dans le corps humain) les plus fréquemment cités (n>30) au sein de cette enquête : les motifs de la classe A (général et non spécifié (représentés très majoritairement par les symptômes à type de douleur, fièvre et fatigue)), de la classe D (symptômes digestifs), de la classe L (symptômes ostéo-articulaires), de la classe N (symptômes neurologiques (représentés très majoritairement par les maux de tête)), de la classe P (troubles psychologiques), de la classe R (troubles respiratoires) ainsi que de la classe S (symptômes cutanés).

Pour quels grands systèmes, les patients ont-ils recours à l'automédication plutôt qu'à la médication officinale et inversement ?

Les résultats traduisent que pour les systèmes A (la douleur, la fatigue, la fièvre), D (les troubles digestifs), N (les maux de tête principalement) et P (les troubles du sommeil, le stress), les patients ont, en moyenne, plus recours à l'automédication. Les pourcentages de recours à l'automédication pour chacun des précédents motifs sont respectivement de 73,8 % (système A), 72,5 % (système D), 89,4 % (système N) et 75,6 % (système P). Il faut comparer ces résultats obtenus à la moyenne générale des patients ayant recours d'emblée à

l'automédication. Comme nous l'avons vu précédemment, dans 2/3 des cas (66,7 %), le patient vient à la pharmacie avec une idée de ce qu'il souhaite obtenir (automédication). C'est donc pour ces quatre ensembles de symptômes (A, D, N et P) qu'il pratique le plus l'automédication d'emblée.

Les systèmes A et N regroupent en grande majorité des symptômes à type de douleur générale ou localisée (les maux de tête très majoritairement). Les achats concernent essentiellement des antalgiques (ex : Doliprane®, Efferlagan®, Dafalgan® etc.). Le système D regroupe différents symptômes du système digestif à type de dyspepsie, ballonnements, spasmes divers, constipation et diarrhées. Enfin, le système P est majoritairement représenté par les troubles à type de sommeil perturbé, de stress et de dépendance tabacologique.

Pour les systèmes L (troubles ostéo-articulaires), R (troubles respiratoires), S (troubles cutanés), les patients semblent avoir davantage recours au conseil de leur pharmacien. Les pourcentages de recours à la médication officinale pour chacun des précédents motifs sont respectivement de 38,2 % (système L), 40,1 % (système R) et 38,5 % (système S). La moyenne de la pratique de médication officinale (d'emblée) au sein de notre enquête est de 33,3 %. Les troubles du système respiratoire (R) représentent la plus grande part de patients s'adressant d'emblée au pharmacien (40,1 %).

Tableau 11 bis (suite) : Influence des différentes variables en fonction des pratiques d'automédication et de médication officinale

Variables		Médication officinale	Automédication	Différences (p)
Recours armoire pharmacie	**oui**	78 (28 %)	201 (72 %)	0,01
	non	124 (38 %)	202 (62 %)	
Achat	**curatif**	184 (38,2 %)	297 (61,8 %)	<0,001
	préventif	18 (14,4 %)	107 (85,6 %)	
Proximité	**oui**	138 (32,1 %)	292 (67,9 %)	0,29
	non	64 (36,6 %)	111 (63,4 %)	
Habitude/Fidélité	**oui**	105 (34,9 %)	196 (65,1 %)	0,44
	non	97 (31,9 %)	207 (68,1 %)	
Compétence pharmacien	**oui**	93 (34,1 %)	180 (65,9 %)	0,75
	non	109 (32,8 %)	223 (67,2 %)	
Prix/Gamme	**oui**	14 (20,9 %)	53 (79,1 %)	0,02
	non	188 (34,9 %)	350 (65,1 %)	
Passage	**oui**	35 (44,6 %)	31 (55,4 %)	0,06
	non	177 (32,2 %)	372 (67,8 %)	
Libre accès	**oui**	1 (11,1 %)	8 (88,9 %)	0,15
(questionnaire patient)	**non**	201 (33,7 %)	395 (66,3 %)	
Types d'officines	**centre-ville**	63 (29,9 %)	148 (70,1 %)	
	CC	46 (24,1 %)	145 (75,9 %)	<0,001
	quartier	46 (45,1 %)	56 (54,9 %)	
	rurale	47 (46,1 %)	55 (53,9 %)	
Présence libre accès	**oui**	122 (29,8 %)	288 (70,2 %)	0,01
(questionnaire pharmacien)	**non**	80 (40,8 %)	116 (59,2 %)	
Rempli par un étudiant	**oui**	139 (30,3 %)	319 (69,7 %)	0,01
	non	63 (42,6 %)	85 (57,4 %)	

Les proportions de recours à l'armoire à pharmacie en première intention sont-elles les mêmes selon le type de pratique (automédication et médication officinale) ? Une différence statistiquement significative est observée (p=0,01). Les proportions de recours à l'armoire à pharmacie diffèrent selon ces deux pratiques. En effet, le recours en premier lieu à l'armoire à pharmacie est significativement plus important pour les personnes ayant recours ensuite à l'automédication. En effet, lorsqu'ils choisissent un médicament eux-mêmes, les patients sont significativement plus nombreux à avoir précédemment eu recours à leur armoire à pharmacie (72 % vs 62 %).

Le test du Chi^2 nous a également permis de mettre en évidence des différences selon l'usage auquel était destiné le médicament acheté (achat préventif ou curatif). En effet, les patients s'adressent plus souvent à leur pharmacien lorsqu'ils sont en présence d'un trouble de santé présent le jour J (38,2 % vs 14,4 %). La différence observée est statistiquement nettement significative (p<0,01).

Nous avons également choisi d'évaluer si les raisons motivant le recours à la pratique d'automédication ou de médication officinale pouvaient être à l'origine de différences significatives. Ni la proximité de l'officine avec le domicile ou avec un lieu souvent fréquenté,

ni l'habitude ou la fidélité, ni la compétence du pharmacien ne sont significativement liées à ces deux pratiques (p>0,05).

En revanche, il apparait que les patients ont plus recours à l'automédication lorsqu'ils se rendent dans une pharmacie pour ses prix attractifs ou pour sa plus grande variété de produits ou de gammes de produits (79,1 % vs 65,1 %). La différence observée est statistiquement significative (p=0,02).

De plus, parmi les patients ayant recours à la médication officinale, ils sont (et de manière statistiquement significative) plus nombreux à être de passage ou bien à être venus ici par hasard (44,6 % vs 32,2 %) contrairement aux patients ayant recours à l'automédication qui sont proportionnellement plus nombreux à ne pas être venus ici par hasard (67,8 % vs 55,4 %). Lorsque les patients sont de passage ou se présentent dans une pharmacie par hasard, ils demandent plus souvent conseil au pharmacien. Reste à souligner que le test du Chi^2 n'est pas strictement significatif pour cette variable (p=0,06) mais reste cependant très proche de p=0,05.

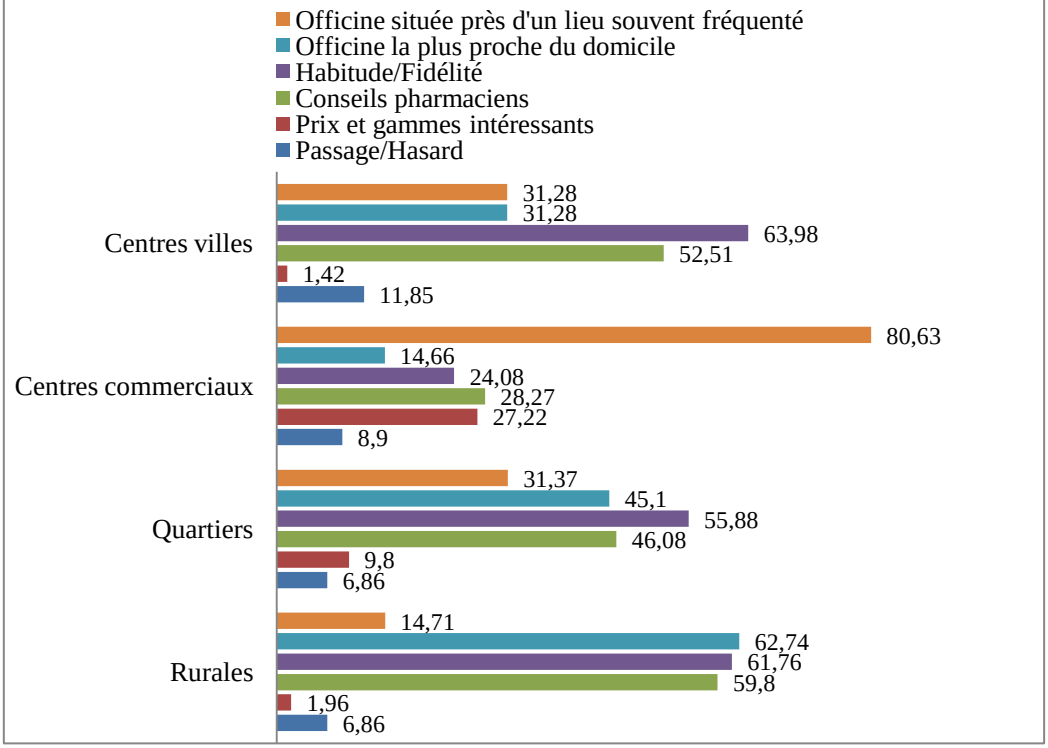
Selon l'analyse des réponses données par les patients, la présence d'un rayon libre accès n'influerait pas, de manière statistiquement significative, sur le recours à une pratique plutôt qu'à une autre. Tout du moins la présence de ce rayon ne conditionnerait pas la venue de patients (p=0,15). Cependant, l'analyse des deux pratiques de soin, en fonction de la présence ou non d'un rayon libre accès (renseignée par les pharmaciens), est la suivante : les patients ont nettement plus recours à l'automédication (et donc ils choisissent eux-mêmes leur médicament) lorsqu'un rayon en libre accès est présent au sein de l'officine (70,2 % vs 59,2 %). La présence d'un rayon en libre accès influencerait donc de manière significative (p=0,01) le recours à l'automédication.

Enfin, la comparaison des pourcentages, à l'aide du test Chi^2 , nous a permis d'évaluer si, selon les différents types d'officines, une des pratiques était plus fréquente que l'autre. Les différences observées sont statistiquement significatives. En effet, le recours d'emblée au conseil du pharmacien est plus important au sein des officines de quartiers et des officines rurales (45,1 % pour les officines de quartiers et 46,1 % pour les officines rurales pour une moyenne de 33,3 % sur l'ensemble des questionnaires) qu'au sein des officines de centres commerciaux et de centres-villes (p<0,001). De même, la pratique d'emblée d'automédication est plus importante au sein des pharmacies de centres-villes et principalement des centres commerciaux (respectivement 70,1 % et 75,9 % pour une moyenne de 66,6 % sur l'ensemble des questionnaires).

Afin de pouvoir comparer au mieux les différentes pratiques au sein des différentes « catégories (=types) » d'officines, nous avons choisi de regrouper les résultats obtenus à la question 16 (« Pour quelle(s) raison(s) venez-vous dans cette officine ? Plusieurs réponses

possibles ») en fonction des quatre « catégories » d'officines. Les résultats obtenus sont représentés par la figure suivante :

Figure 12 : Critères de venue en fonction des catégories d'officines (%)



Remarque : afin de pouvoir analyser au plus près les raisons de la venue des patients au sein des quatre catégories d'officines, nous avons volontairement distingué les résultats compris au sein du critère « proximité » de la figure 8. En effet, ce critère « proximité » regroupe deux attitudes bien distinctes : le patient vient ici car la pharmacie est située près d'un lieu qu'il fréquente souvent (courses, travail, loisirs...) ou bien parce qu'il s'agit de l'officine la plus proche de son domicile.

Cette figure 12 permet de mettre en évidence les principaux critères évoqués par les patients se rendant dans les quatre différents types d'officines : centres-villes, centres commerciaux, quartiers et rurales.

Elle montre que les patients se rendant dans les pharmacies de centres-villes déclarent s'y rendre principalement par habitude, fidélité (près de 64 % des répondants) et également pour obtenir les conseils de leur pharmacien (52,5 % des répondants). Les prix et la diversité des gammes ne correspondent pas à un critère de venue (seuls 1,4 % des répondants). Enfin, ils sont autant à venir au sein de ces officines parce qu'elles sont situées près d'un lieu qu'ils fréquentent souvent que parce que ce sont les officines les plus proches de chez eux (31,3 % pour chacune des réponses).

Les patients se rendent principalement dans les pharmacies de centres commerciaux parce qu'elles sont situées près d'un lieu qu'ils fréquentent souvent (80,6 % des répondants). C'est moins souvent l'officine la plus proche de leur domicile (14,7 % des interviewés). Ils sont 28,3 % à déclarer y venir pour les conseils de leur pharmacien et 24,1 % par habitude, fidélité (il s'agit des deux pourcentages les plus bas obtenus pour ces réponses entre les quatre types d'officines). Enfin 27,2 % des répondants se rendent au sein des pharmacies de centres commerciaux parce que les prix et les produits y sont intéressants. Lorsque l'on compare les différents pourcentages obtenus à cet item entre les quatre types d'officines, nous remarquons qu'il s'agit du pourcentage le plus élevé. La réponse « je viens ici pour les grandes diversités de produits et de gammes de produits », n'ayant pas été initialement proposée, elle peut avoir été sous-estimée par rapport aux autres réponses.

Les pharmacies de quartiers sont principalement fréquentées par habitude/fidélité des patients (55,9 %), parce qu'elles situées près du domicile (à 45,1 %) et pour obtenir les conseils du pharmacien (46,1 %).

Enfin, les pharmacies rurales se distinguent des autres types d'officines par les forts pourcentages de réponses obtenus pour 3 critères. Il s'agit de l'officine la plus proche du domicile des patients (62,7 % des réponses), les patients s'y rendent par habitude/fidélité à 61,8 % et c'est à 59,8 % que les patients déclarent y aller pour les conseils de leur pharmacien. En revanche, l'intérêt d'y venir pour des prix intéressants ou pour un large choix de gammes ou de produits est très faible (1,96 %).

Les résultats présentés dans le tableau 11 permettent de mettre en évidence une dernière variable, semblant être à l'origine de différences significatives entre les deux pratiques d'automédication et de médication officinale. En effet, en fonction du statut de l'enquêteur, une différence statistiquement significative ($p=0,01$) entre les moyennes des deux pratiques est observée. Il semblerait que lorsque les étudiants ont rempli le questionnaire, la déclaration de la pratique d'automédication soit apparue plus importante que lorsque ce sont des pharmaciens qui l'ont rempli (69,7 % vs 57,4 %).

Nous verrons ensuite, lors de l'analyse, les différentes raisons pouvant expliquer l'ensemble des résultats obtenus.

3.4.2 Facteurs liés au recours à l'armoire à pharmacie

Le recours fréquent à l'armoire à pharmacie, nous a également semblé intéressant à étudier. C'est pourquoi nous avons réalisé des tris croisés afin d'évaluer l'influence des différentes variables de notre enquête sur le recours à l'armoire à pharmacie familiale.

Les mêmes tests que précédemment utilisés (Mann-Whitney et Chi^2) nous ont permis d'évaluer si le recours à l'armoire à pharmacie était plus lié à certains critères qu'à d'autres.

Tableau 12 : Influence des différentes variables en fonction du recours à l'armoire à pharmacie familiale

Variables		Recours à l'armoire à pharmacie Oui	Non	Différences (p)
Sexe	**masculin**	73 (29,1 %)	76 (33 %)	0,35
	féminin	178 (70,9 %)	154 (67 %)	
Age	**< 50 ans**	180 (71,7 %)	148 (64,3 %)	0,08
	≥ 50 ans	71 (28,3 %)	82 (35,7 %)	
Actif (population totale)	**oui**	164 (65,3 %)	157 (68,3 %)	0,5
	non	87 (34,7 %)	73 (31,7 %)	
Urbain	**oui**	237 (94,4 %)	206 (89,6 %)	0,049
	non	14 (5,6 %)	24 (10,4 %)	
Complémentaire santé	**oui**	220 (89,8 %)	203 (90,6 %)	0,76
	non	25 (10,2 %)	21 (9,4 %)	
Nombre de motifs		1,52 (0,85)	1,30 (0,6)	0,004
Nombre de produits		1,81 (1,02)	1,57 (0,80)	0,02
Achat homéopathie	**oui**	37 (14,7 %)	33 (14,3 %)	0,90
	non	214 (85,3 %)	197 (85,7 %)	
Achat phytothérapie	**oui**	27 (10,8 %)	21 (9,1 %)	0,55
	non	224 (89,2 %)	209 (90,9 %)	
Destinataire : moi-même	**oui**	205 (81,7 %)	194 (84,3 %)	0,44
	non	46 (18,3 %)	36 (15,7 %)	
Destinataire : enfant	**oui**	35 (13,9 %)	32 (13,9 %)	0,99
	non	216 (86,1 %)	198 (86,1 %)	
Destinataire : autre adulte	**oui**	54 (21,5 %)	38 (16,5 %)	0,16
	non	197 (78,5 %)	192 (83,5 %)	
Destinataire : PA	**oui**	41 (16,3 %)	34 (14,8 %)	0,64
	non	210 (83,7 %)	196 (85,2 %)	
Motifs*	**A**	36,8 %	63,2 %	
	D	55,7 %	44,3 %	
	L	64,5 %	35,5 %	0,03
	N	47,2 %	52,8 %	
	P	67,6 %	32,4 %	
	R	54,6 %	45,4 %	

Nous ne relevons pas de différences significatives en ce qui concerne le sexe (p=0,35), le fait d'être actif ou non (p=0,5) ou de posséder une complémentaire santé (p=0,76). De même en ce qui concerne l'achat de produits d'homéopathie (p=0,9) ou de phytothérapie (p=0,55).

L'âge est une variable pour laquelle il n'y a de différence strictement significative entre les deux pratiques (p=0,08). Aussi nous ne pouvons pas conclure à une différence strictement significative mais tout de même à la mise en évidence d'une tendance : les moins de 50 ans semblent avoir plus recours à leur armoire à pharmacie familiale (71,7 %) que les plus de 50 ans (64,3 %).

Le fait que le produit soit destiné à la personne elle-même, à un enfant, à un autre adulte ou à une personne âgée ne semble pas être à l'origine de différences significatives quant au recours à l'armoire à pharmacie (p>0,05).

En revanche, nous remarquons une différence significative (p=0,049) en ce qui concerne la commune de résidence. Les personnes vivant au sein de communes urbaines ont significativement plus souvent recours à leur armoire à pharmacie (94,4 % vs 89,6 %).

Le test de Mann-Whitney a permis de mettre en évidence d'autres différences significatives. En effet, lorsque le patient a eu recours à son armoire à pharmacie avant de venir, il se présente à la pharmacie avec plus de motifs (p=0,004) et il achète significativement plus de produits (p=0,02) que celui n'ayant pas eu recours à celle-ci.

Les patients ont-ils plus souvent recours à leur armoire à pharmacie pour certains motifs et donc pour traiter certains symptômes ? Si oui, quels sont les grands systèmes pour lesquels les patients ont le plus recours à leur armoire à pharmacie ?

Nous avons choisi d'étudier les grands systèmes les plus fréquents (n>30 et en vue d'un traitement curatif uniquement). Ces systèmes sont : le système A (général et non spécifié regroupant principalement des symptômes à type de douleur, fièvre et fatigue), le système D (digestif), le système L (ostéo-articulaire), le système N (neurologique représenté essentiellement par les maux de tête), le système P (psychologique) ainsi que le système R (respiratoire).

Rappelons qu'en moyenne, 52,2 % des personnes achetant un médicament afin de soulager un symptôme présent le jour de l'achat (achat curatif) déclarent avoir utilisé des médicaments pris notamment dans leur armoire à pharmacie familiale, avant de se présenter à la pharmacie.

Les systèmes pour lesquels les patients ont le plus recours à leur armoire à pharmacie sont les systèmes digestif (D), ostéo-articulaire (L) et psychologique (P). Les pourcentages de recours à leur armoire à pharmacie pour chacun des motifs précédents sont respectivement de 55,7 % (système D), 64,5 % (système L) et 67,6 % (système P).

En revanche pour les systèmes « général et non spécifié (A) » et neurologique (N), les patients ont moins souvent eu recours à leur armoire à pharmacie avant de venir à la pharmacie. Les pourcentages de recours à leur armoire à pharmacie pour chacun des motifs précédents sont respectivement de 36,8 % (système A) et 47,2 % (système N).

Enfin, pour le système respiratoire (R) les résultats sont équilibrés (54,6 % de recours vs 45,4 % de non recours).

Tableau 12 bis (suite) : Influence des différentes variables en fonction du recours à l'armoire à pharmacie familiale

Variables		Recours à l'armoire à pharmacie Oui Non		Différences (p)
Pratiques	**automédication**	176 (70,1 %)	121 (52,6 %)	<0,001
	médication officinale	75 (29,9 %)	109 (47,4 %)	
Raisons : temps	**oui**	216 (53,6 %)	187 (46,4 %)	0,19
	non	35 (45,4 %)	42 (54,6 %)	
Raisons : conseils pharmaciens sécurisants	**oui**	200 (51,5 %)	188 (48,5 %)	0,50
	non	51 (55,4 %)	41 (44,6 %)	
Raisons : médicaments ou situations bénins	**oui**	186 (52,1 %)	171 (47,9 %)	0,9
	non	65 (52,8 %)	58 (47,2 %)	
Raisons : consultation impossible	**oui**	107 (59,8 %)	72 (40,2 %)	0,01
	non	144 (47,8 %)	157 (52,2 %)	
Raisons : coût/remboursement	**oui**	35 (57,4 %)	26 (42,6 %)	0,39
	non	216 (51,5 %)	203 (48,5 %)	
Types d'officines	**centre-ville**	86 (54,8 %)	71 (45,2 %)	
	CC	98 (62,8 %)	58 (37,2 %)	<0,001
	quartier	36 (43,9 %)	46 (56,1 %)	
	rurale	31 (36 %)	55 (64 %)	
Présence libre accès (questionnaire pharmaciens)	**oui**	180 (54,9 %)	148 (45,1 %)	0,08
	non	71 (46,4 %)	82 (53,6 %)	
Rempli par un étudiant	**oui**	202 (56 %)	159 (44 %)	0,004
	non	49 (40,8 %)	71 (59,2 %)	

Les résultats obtenus précédemment (en 3.4.1) nous ont permis de constater qu'il existe un lien entre recours à l'armoire à pharmacie et raisons du recours à l'automédication ou à la médication officinale. Nous observons au sein du tableau 12 de nouveau une différence significative ($p<0,001$). En effet, les patients ayant recours à l'automédication ont significativement plus souvent eu recours à leur armoire à pharmacie avant de venir (70,1 % vs 52,6 %).

La bénignité de la situation et/ou du médicament utilisé, la considération ou non que les conseils du pharmacien assurent une utilisation des médicaments en toute sécurité, la volonté de rapidité de traitement ainsi que la notion de remboursement trop faible sur les médicaments d'automédication ou de médication officinale ne semblent pas être liés au recours à l'armoire à pharmacie ($p>0,05$). L'analyse de ces variables n'a pas permis d'établir de relations avec le recours à l'armoire à pharmacie.

En revanche, nous observons une différence significative ($p=0,01$) en ce qui concerne l'impossibilité de rendre visite au médecin. En effet, lorsqu'ils sont en présence d'un trouble de santé, les patients ont davantage recours à leur armoire à pharmacie lorsqu'il leur est impossible de rendre visite à leur médecin (59,8 % vs 47,8 %). C'est à 37,3 % qu'ils déclarent

avoir recours à l'automédication ou à la médication officinale en raison de l'impossibilité de rendre visite à leur médecin. Les deux principales raisons évoquées (de l'impossibilité de consulter le médecin) sont : le manque de temps pour aller le consulter ainsi que l'indisponibilité des médecins.

Enfin, le recours à l'armoire à pharmacie semble être corrélé, de manière significative, aux différents types d'officines au sein desquels les patients se rendent ($p<0,001$). En effet, les personnes se rendant dans les pharmacies de centres commerciaux ont nettement plus recours à leur armoire à pharmacie (62,8 %) que les personnes se rendant dans des officines rurales (36 %). Par ordre de décroissance de fréquence, le recours à l'armoire à pharmacie est le suivant : pharmacies de centres commerciaux (62,8 %), pharmacies de centres-villes (54,8 %), pharmacies de quartiers (43,9 %) et enfin pharmacies rurales (36 %). L'influence de cette variable sur le recours ou non à l'armoire à pharmacie semble être importante.

Enfin, nous remarquons une dernière différence significative lors de la comparaison des pourcentages obtenus à l'aide du test du Chi^2. Il apparait donc que lorsque le questionnaire a été administré par un étudiant, la proportion de déclaration de recours à l'armoire à pharmacie augmente de manière significative ($p=0,004$).

Nous verrons également lors de l'analyse, les différentes raisons pouvant expliquer l'ensemble des résultats obtenus.

PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

4.1 Validité interne de l'étude : discussion de la méthode

Une différence observée peut être soit réelle, soit due au hasard. Les tests statistiques, et plus particulièrement les tests du Chi^2 et de Mann-Whitney utilisés ici, permettent d'évaluer la réalité statistique de la différence. Le risque de conclure à tort à un effet devant une différence en réalité due au hasard est le risque alpha (risque de faux positif). Un résultat statistiquement significatif limite ce risque à moins de 5 % ($\alpha<0,05$ ou $p<0,05$).

Pour conclure à la réalité statistique d'un résultat, il convient que la différence observée soit statistiquement significative.

Il est aussi nécessaire d'écarter une situation d'inflation du risque alpha résultant de la présence de biais. En statistique ou en épidémiologie, un biais est un procédé qui engendre des erreurs dans les résultats d'une étude. Nous discuterons au sein de cette partie de la validité de notre méthode selon les différents critères de l'étude.

4.1.1 Le type d'étude

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de Nantes avec une pluridisciplinarité médecins-pharmaciens-sociologues-géographes. Plusieurs études sont réalisées au sein de ce projet. En médecine, une étudiante a réalisé, en 2012, une étude qualitative sur les déterminants de l'automédication. Cette étude[49] a consisté en l'analyse de récits issus d'entretiens de patients. Elle a été réalisée au sein de cabinets de médecins généralistes et a permis de recueillir leur dernière pratique d'automédication.

L'étude que nous avons réalisée est une étude quantitative. Ce type d'étude a pour but de décrire, en les quantifiant, les attitudes, les comportements ou les opinions d'une population ou d'un échantillon représentatif de cette population. Nous avons fait appel à la sociologie pour élaborer le questionnaire et à la statistique pour le traitement et l'analyse des informations recueillies.

Afin de réaliser cette étude quantitative, nous avons réalisé un questionnaire composé de 20 questions. Différents types de questions composent le questionnaire : les questions fermées ainsi que les questions ouvertes. Les principaux avantages d'utiliser des questions fermées sont la rapidité d'administration du questionnaire ainsi que la facilité de l'analyse. Comme

nous l'avons vu précédemment dans la méthodologie, le questionnaire étant posé au comptoir, il a fallu que le temps d'administration du questionnaire soit le plus court possible afin d'obtenir un maximum de volontaires et afin de faciliter le travail des enquêteurs. L'inconvénient de ce type de questions est de limiter le choix des réponses possibles. En effet, cela suppose d'avoir préalablement anticipé toutes les réponses existantes. Afin de laisser tout de même la possibilité au répondeur de donner une réponse différente des propositions, nous avons choisi d'introduire à la fin de la plupart des questions, une catégorie « autre » permettant ainsi de renseigner une nouvelle réponse qui n'aurait pas été proposée. Cette dernière catégorie permet donc de limiter les biais trop sélectifs. Reste à souligner que pour les questions à réponses et à choix multiples, il apparait souvent que plus il y a de choix possibles, moins les réponses des interviewés sont biaisées, mais qu'en revanche, trop de choix tue le choix car il crée l'embarras. La possibilité de réponse « autre » est souvent omise dans les questionnaires mal conçus. Elle permet pourtant le sérieux avantage de se garantir des oublis qu'il n'est jamais possible d'éviter totalement dans un questionnaire, surtout lorsqu'on ne connaît pas toutes les réponses possibles.

Nous avons également opté pour l'utilisation de questions ouvertes. Cela a concerné 4 questions. L'usage de ce type de questions pour certains items présente l'avantage d'obtenir des réponses plus spontanées, libres et complètes. Ces questions ouvertes ont permis l'énumération de symptômes ou de médicaments (questions 10 et 11) mais elles ne permettaient pas de susciter un long récit de la part de la personne interviewée. En règle générale, les questions ouvertes sont plus difficiles à quantifier et nécessitent une opération de regroupement intermédiaire assez longue réalisée par les initiateurs de l'enquête.

4.1.2 Le lieu de l'enquête

Plusieurs lieux de déroulement de l'enquête ont initialement été discutés. Dans la rue ? Au sein des officines ? Au sein des salles d'attente des cabinets médicaux ? Dans un tout autre lieu de passage ?

Initialement, cette enquête comportait plusieurs objectifs : décrire la population ayant recours à l'achat de médicaments sans ordonnance mais également connaître la proportion de patients choisissant d'emblée de demander conseil à son pharmacien vis-à-vis de ceux souhaitant initialement choisir leur médicament. Nous souhaitions également connaître la proportion de patients achetant des médicaments en prévention. Une autre volonté était d'évaluer le cadre principal de ces pratiques : à qui sont destinés les médicaments achetés ? Quels sont les principaux symptômes pour lesquels les patients choisissent de se rendre à la pharmacie ? Quelles catégories de médicaments sont les plus couramment achetées sans ordonnance ? Nous avions pour objectif d'évaluer les déterminants du recours à l'automédication ainsi qu'à la médication officinale. Pour quelles raisons les patients décident-ils de se soigner par eux-mêmes ? Pour quelles raisons les patients se rendent-ils dans une officine plutôt que dans une autre ? Et enfin, lorsque les patients décident de choisir eux-mêmes leur médicament, quels

sont les différents critères guidant leur choix ? Nous souhaitions obtenir de nombreuses informations, afin que cette enquête soit la plus complète possible et évalue toutes les pratiques de soin possibles, y compris celles réalisées en dehors de l'officine. Lorsqu'un patient est en présence d'un trouble de santé qu'il estime être bénin, quelle est sa première intention ? A-t-il tout d'abord recours à son armoire à pharmacie ? Se rend-il directement dans une officine ? Pour obtenir les réponses à ces questions, administrer le questionnaire au sein des cabinets médicaux aurait fatalement sélectionné en majorité les patients se rendant chez leur médecin généraliste.

Afin de collecter le maximum d'informations quant à la pratique d'achat de médicaments sans ordonnance, il apparait que de poser le questionnaire dans la rue ou sur un lieu de passage nous aurait permis d'interroger la plus grande diversité de population. En revanche, l'un des objectifs principaux de cette étude était d'évaluer la première attitude du patient se rendant à l'officine. Nous avions donc le choix entre deux possibilités : poser une question dédiée au sein du questionnaire telle que « Lorsque vous décidez de vous rendre à la pharmacie pour obtenir un médicament, quelle est votre attitude première ? Demander conseil à votre pharmacien ou choisir vous-même les médicaments que vous souhaitez obtenir ? » ou bien, observer le comportement des patients concernés. L'inconvénient de la première possibilité est qu'il s'agit du recueil d'une attitude, décrite par l'interviewé lui-même, et non d'une observation. Afin d'obtenir la plus proche réalité de cette situation, il nous a semblé plus judicieux d'administrer le questionnaire au sein des officines et de réaliser une observation des comportements.

Nous avions également pensé à déposer ce questionnaire en ligne, sur les réseaux sociaux par exemple. Cela aurait permis d'obtenir un grand nombre de réponses. L'inconvénient de ce type de pratique est l'inconvénient de tous les questionnaires auto-administrés. Répondus par les individus eux-mêmes, ils ont pour inconvénients de susciter une incompréhension de certains mots et donc de fausser les réponses. Ce type de questionnaire ne doit pas faire appel à des termes médicaux ou à des situations peu connus du grand public ou présentant une ambiguïté dans la compréhension. Or, c'était le cas de la question 8 par exemple, la nuance entre automédication et médication officinale pouvant ne pas être connue du grand public. De plus, ces questionnaires auto-administrés laissent le temps à la personne interviewée de réfléchir. Les réponses collectées sont donc moins spontanées.

Nous souhaitions également observer l'automédication (ou la médication officinale) réalisée un jour précis plutôt que connaître les opinions en général.

Le fait d'avoir choisi d'administrer le questionnaire au sein des officines constitue un biais de recrutement de la population cible. En effet, les personnes sondées ne sont pas représentatives de la population générale de la France, de la région des Pays de la Loire ou encore des départements de Loire-Atlantique ou de Vendée. Le comportement de la population que nous

avons choisi d'étudier correspond donc à celui des personnes se présentant à l'officine. Ce biais de recrutement est présent dans toutes les enquêtes ciblant une catégorie de population.

En plus d'être administré au sein des officines, nous avons décidé que les questionnaires devraient être administrés par des enquêteurs.

4.1.3 Les enquêteurs

A qui confier cette mission d'administrer les questionnaires au sein des officines ? Aux pharmaciens ? Aux préparateurs en pharmacie ? Aux étudiants ? A d'autres personnes ?

Afin de recueillir le maximum de questionnaires durant la période donnée, nous avons choisi d'élargir le plus possible la qualification des différents intervieweurs parmi les professionnels de santé présents au sein des officines. Ainsi, le questionnaire a pu être renseigné par tout le personnel de l'officine (pharmaciens, préparateurs et étudiants). Seule condition préalable : que l'intervieweur soit formé au questionnaire et en connaisse l'ensemble des modalités de réalisation. Une dernière question située à la fin du questionnaire permettait à l'intervieweur d'y mentionner son statut : pharmacien, préparateur en pharmacie ou étudiant.

Ce choix de l'enquêteur est un parti pris. Nous avons préféré recueillir un maximum de questionnaires afin que notre étude soit la plus représentative possible de la situation réelle.

Bien que les enquêteurs aient tous été formés de la même manière et qu'ils aient tous été confrontés aux mêmes modalités de réalisation du questionnaire, leurs différents statuts ont pu introduire un biais (non pas par la réalisation du questionnaire qui, après formation et lecture des modalités de réalisation du questionnaire, a dû sensiblement être identique à tous les enquêteurs, mais par la différence des statuts qu'ils occupent).

Les chiffres révèlent que plus de 75 % des questionnaires ont été administrés par des étudiants. Environ 18 % par des pharmaciens et le reste par des préparateurs en pharmacie. Sur 35 étudiants en 6ème année initialement sollicités, 9 ont rendu des questionnaires (soit 25,7 %).

La participation des étudiants en 6ème année de pharmacie présente des avantages ainsi que des inconvénients. Tout d'abord, le statut d'étudiant apparaît comme propice au recueil de données. Ce statut lui permet d'évoquer la notion d'apprentissage qui le caractérise. Spontanément, les gens ont envie d'aider les étudiants, en participant notamment à une enquête, à un projet. Il était d'ailleurs demandé aux enquêteurs d'expliquer aux personnes interviewées le cadre de l'enquête : « étudiante réalisant une thèse ayant pour but d'évaluer les pratiques d'automédication et de médication officinale au sein des départements de Loire-Atlantique et de Vendée ».

Cependant, il existe un biais interne lié aux caractéristiques personnelles de chaque enquêteur (étudiant ou non) et de chaque interviewé. Certaines réponses déclarées peuvent-elles avoir été (involontairement, inconsciemment) influencées par le statut de l'enquêteur ?

La déclaration par les patients de leurs caractéristiques sociodémographiques auprès des enquêteurs ne semblerait pas (ou peu) comporter de biais. Il s'agit de recueil d'informations sociodémographiques. Certaines réponses, telles que la déclaration de la profession ou de la situation familiale (divorcé, veuf) par exemple, semblent cependant avoir pu faire l'objet de biais de déclaration. Un patient possédant anciennement un travail et étant depuis peu au chômage le déclarera-t-il aisément à l'enquêteur, et notamment au pharmacien de l'officine qu'il connait depuis longtemps ? Bien qu'étant anonyme (pas d'identification du patient au sein du questionnaire), lorsque le patient interviewé connait l'intervieweur, le risque de réponses biaisées peut augmenter (ex : lorsque les questionnaires étaient administrés par les pharmaciens titulaires par rapport à ceux posés par les étudiants en pharmacie). Un questionnaire rempli par un patient sur internet aurait, semble-t-il, pu limiter ce type de biais (tout en en induisant d'autres).

Concernant la déclaration par les patients de leur pratique d'achat de médicaments sans ordonnance, certains items peuvent également faire l'objet d'une réflexion particulière. On pense notamment à la question 16 « Pour quelle(s) raison(s) venez-vous dans cette officine ? ». Cette question fermée présentait plusieurs possibilités de réponses. On s'intéressera plus particulièrement aux possibilités de réponses telles que « vous venez toujours ici », « parce que les prix sont attractifs » et « vous venez pour les conseils de votre pharmacien ». Nous pouvons aisément comprendre que, selon le statut de l'intervieweur, les réponses données peuvent avoir différé. En effet, entre l'étudiant en 6ème année et le pharmacien titulaire de l'officine, le rapport établit avec le patient n'est pas le même. Un patient est-il à l'aise pour déclarer au pharmacien titulaire de l'officine qu'il fréquente souvent qu'il ne vient pas toujours ici ? De même, qu'il vient ici parce qu'il estime les prix attractifs et non pour les conseils de son pharmacien ?

Ce biais interne, lié aux caractéristiques personnelles des enquêteurs et des interviewés, existe fatalement lorsqu'un questionnaire est administré par un enquêteur. Il existe également dans une enquête au sein de laquelle il existe plusieurs statuts d'enquêteurs et au sein de laquelle les questionnaires peuvent potentiellement être administrés à des patients connus des enquêteurs.

4.1.4 La population interviewée

Les enquêteurs formés avaient pour recommandation de proposer le questionnaire à toutes les personnes se présentant à l'officine, sans aucune sélection (et achetant nécessairement un produit sans ordonnance). Cependant, il est important de préciser que le questionnaire ne concernait pas les achats de produits de parapharmacie. Tous les symptômes, maux ou

pathologies étaient concernés par l'enquête ; les enquêteurs avaient pour consignes de ne sélectionner ni la personne, ni la pathologie.

Lors du recrutement de la personne interrogée, les enquêteurs se devaient de préciser au patient le contexte de l'étude (« étudiante réalisant une thèse... ») ainsi que la durée nécessaire à l'administration du questionnaire (4-5 minutes). La précision de cette durée nécessaire a pu, dans certains cas, induire un refus de participation à l'enquête, notamment pour les patients très pressés.

L'étudiante ayant réalisé cette thèse, s'est elle-même rendue dans quelques officines (des centres commerciaux) afin d'administrer des questionnaires. En effet, peu d'étudiants de 6ème année réalisaient leur stage au sein de ces structures et les seuls le réalisant, avaient, dès le début, refusé de participer à l'enquête, invoquant un manque de temps pour administrer les questionnaires. Afin d'évaluer les déterminants du recours à l'automédication et de pouvoir comparer les données obtenues aux autres « types » d'officines, nous avons donc choisi de recruter d'autres pharmacies de centres commerciaux. Tous les titulaires contactés ont accepté de participer à cette enquête, en revanche, tous ont déclaré ne pas avoir le temps de poser ce questionnaire, tant l'affluence et la cadence ont été décrites comme importantes. L'étudiante-thésarde s'est donc elle-même rendue au sein de ces officines et a réalisé l'administration des questionnaires, de la même manière qu'initialement prévue. Elle précise qu'aucune personne sollicitée pour répondre au questionnaire n'a refusé d'y participer et que les patients se sont tous montrés disponibles et intéressés par l'enquête. Le temps nécessaire à l'administration du questionnaire ne semble à priori pas être apparu comme un critère de non-participation à l'enquête.

4.1.5 Les modalités de recueil des données

La plupart des questions posées étant fermées, le recueil des réponses s'est avéré être relativement facile et reproductible entre les différents enquêteurs. De même, les seules questions ouvertes posées aux patients ne leur laissaient pas la possibilité de pouvoir s'éterniser sur un sujet. Ce type de questions ne semble donc pas avoir induit de biais de recueil de données. En effet, ces dernières ont uniquement été utilisées afin de renseigner les symptômes, les médicaments achetés ainsi que la profession des répondants. Ce biais (de recueil de données) est nettement plus présent lors d'entretiens.

La saisie des données recueillies a été réalisée par une seule et même personne (l'étudiante-thésarde), afin de garantir la plus grande reproductibilité de saisie et afin de limiter un potentiel biais de saisie.

Les outils de filtres (présents dans le logiciel EXCEL) ont dès le début permis de traiter et d'analyser les questionnaires au sein desquels des anomalies ou non conformités ont été détectées.

De nombreuses étapes de vérification ont également été réalisées. 10 questionnaires ont régulièrement été sélectionnés, au hasard, afin de vérifier si les données saisies (au sein de la base EXCEL) étaient en cohérence avec les données recueillies. Ces nombreuses étapes de vérification permettent également de limiter la présence de biais de saisie.

4.1.6 L'analyse des données

Cette enquête quantitative a permis le recueil de 612 questionnaires et, après analyse, de 606 questionnaires exploitables.

Comme nous l'avons vu précédemment, les études quantitatives ont pour objectif de pouvoir formuler, à partir de l'étude, des conclusions s'appliquant à l'ensemble de la population concernée. En terme statistique, il s'agit d'une extrapolation. La mesure s'effectue auprès d'un échantillon (les 606 personnes interviewées) correspondant à une petite partie de la population cible (les personnes se rendant à l'officine et souhaitant obtenir un médicament sans ordonnance). Pour permettre une extrapolation, l'échantillon doit être représentatif de cette population cible, au sens statistique du terme.

Au sein d'une enquête quantitative, l'échantillon possède une importance particulière. Il doit être représentatif. Cela signifie qu'il doit représenter correctement la population dont il est extrait, faute de quoi il est impossible d'extrapoler les résultats obtenus à cette population de référence. Comment avons nous constitué notre échantillon ? Le questionnaire devait être proposé à tout le monde, sans aucune sélection. Quelle taille d'échantillon est nécessaire ? En statistique, la loi des grands échantillons commence à n=30 (n correspondant au nombre minimum de questionnaires devant être renseignés). Certains statisticiens s'accordent cependant à dire qu'en-dessous d'un échantillon de 100 personnes, il reste tout de même difficile de bien représenter la population cible, le niveau de précision devenant très faible.

Plus un échantillon est grand, plus sa précision sera grande. Un résultat d'enquête n'est jamais à prendre en compte « net », il comprend toujours une marge d'incertitude dont la valeur se situe dans un intervalle dit « de confiance ». Par exemple, le résultat de 20 % obtenu sur un échantillon de 1000 personnes sera en réalité 20 % ± 2,5. La vraie valeur du paramètre étudié se situe quelque part entre 17,5 % et 22,5 %. Cela permet de nuancer les résultats et de faire des estimations éventuelles plus prudentes.

L'échantillonnage est donc aussi important que la collecte des données tant pour l'analyse que pour l'interprétation des résultats. Comme l'affirment Miles et Huberman (1997:27) « peu importe ce que vous ferez, vous ne réussirez jamais à étudier tout le monde partout et dans toutes leurs activités ». Les études quantitatives tirent leur légitimité de la loi des grands nombres. Cette loi stipule que si l'on interroge un nombre minimum de personnes, ces personnes émettent une opinion identique à l'ensemble de la population qu'elles représentent.

L'enquête que nous avons réalisée compte 606 questionnaires analysés.

4.2 Validité externe de l'étude : discussion des résultats

4.2.1 La population de l'enquête

Comme nous l'avons vu dans la précédente partie (cf. 3.1), la population interviewée au sein de notre enquête n'est pas la même que la population de référence (données fournies par l'INSEE correspondant au recensement de la population des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, ou lorsque les données n'étaient pas disponibles, de la région des Pays de la Loire ou de la France).

En effet, les personnes interrogées lors de notre enquête sont majoritairement féminines (69,5 % des répondants). Au sein des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, les valeurs fournies par l'INSEE sont les suivantes : 51,2 % des habitants sont des femmes contre 48,8 % d'hommes.

Travaillant en pharmacie depuis maintenant plus d'un an, l'étudiante-thésarde déclare constater que la patientèle des officines est majoritairement féminine. Ce constat avait également été fait par Grare en 2010[48] lors de la réalisation de son enquête au sein des officines. Mais il ne s'agit que de constats strictement personnels qui ne présentent aucune valeur au sein d'une enquête.

En revanche, plusieurs enquêtes réalisées ont également mis en évidence cette même prédominance féminine. En effet, une première enquête réalisée à la Roche-sur-Yon (85) du 1er janvier au 31 mars 2010 sur 50 personnes (en interrogeant une personne par jour en moyenne)[48] a souligné une prédominance féminine (68 % des répondants). De même, une deuxième enquête sur les pratiques d'automédication, ayant été réalisée par entretiens de 82 patients dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2012, révèle cette même proportion : 70 % des interviewés qui pratiquent l'automédication sont des femmes[49]. En 2002, une enquête réalisée dans l'Est Parisien par Kassabi soulignait cette même prédominance[50], tout comme de nombreuses autres enquêtes menées sur ce sujet notamment par Laure[51] et Raynaud[52]. Récemment, une enquête menée par l'AFIPA en avril 2012, souligne également cette nette prédominance féminine (64 % de femmes contre 36 % d'hommes)[72].

Une étude menée par la DRESS (La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) mentionne que les consultations de médecins généralistes concernent plus souvent les femmes (55 %)[53]. Si les femmes sont plus nombreuses à consulter leurs médecins généralistes, la proportion de femmes retrouvée au sein des officines et donc au sein des personnes interviewées de notre enquête sera plus importante. Cette étude révèle également que les femmes auraient tendance à parler plus facilement et plus spontanément de leurs problèmes personnels que les hommes (33 % pour 25 %)[53]. On pourrait ainsi penser qu'elles

s'adresseraient alors plus facilement à leur pharmacien lorsqu'elles seraient en présence d'un trouble de santé.

Lorsque l'on consulte les données de la littérature, il apparait que les femmes s'automédiqueraient plus et seraient plus présentes que les hommes dans l'histoire du soin. Dans Mythologie et médecine[54], Vons souligne que, dès l'Antiquité, ce sont les femmes que l'on retrouvait au chevet des malades, qui pratiquaient des accouchements et usaient de « remèdes et potions ». Il déclare que les femmes seraient également plus nombreuses à pratiquer l'automédication.

Selon Loux[55], « quand on parle des pratiques en médecine populaire de la France rurale « traditionnelle », on utilise souvent le terme de « remèdes de bonne femme »». Elle souligne toute l'ambiguïté de cette expression. Tout de même un peu méprisante et ironique, cette expression est couramment employée par tout le monde. Elle ne serait pourtant pas dépourvue d'une certaine réalité sociologique et symbolique. 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 affirme que « tout cela relèverait de la même activité féminine ». Elle précise enfin que « ce n'est que 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[56] 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 (Guyon, 1990), elles sont aussi des actrices de premier plan quand il s'agit de prodiguer des soins de santé ». Les femmes contribueraient directement, par ces soins, à la production de la santé, incluant la promotion, la prévention, le maintien, le recouvrement, et la nature de cette contribution mériterait une attention particulière. Elles occuperaient une place prépondérante dans la prodigation des soins.

Cette place attribuée à la femme de « gestionnaire de médecine domestique »[55] lui aurait été attribuée car « la femme détiendrait naturellement les qualités requises »[56]. Saillant précise que « dans la réalité domestique, il était et il est toujours considéré comme normal que les responsabilités des soins incombent aux femmes toutes les fois que la réalité l'oblige et au-delà des responsabilités touchant la progéniture (ex : maladie, handicap, etc.) ».

Un rôle primordial serait donc, depuis toujours, accordé aux femmes dans la médication de la famille.

Au sein de notre échantillon, 67,8 % des personnes interviewées ont moins de 50 ans et 32,2 % ont 50 ans ou plus. Dans la population de référence, 53,4 % des personnes ont moins

de 50 ans et 46,6 %, 50 ans ou plus. La moyenne d'âge au sein de notre échantillon est de 44,4 ans (de 16 à 99 ans) et la médiane, de 42 ans.

Selon les données de l'INSEE, l'âge moyen en 2005 dans la région des Pays de la Loire est évalué à 38,9 ans. En Loire-Atlantique, il est de 38 ans et en Vendée, de 40,9 ans[57].

Il est important de souligner que les valeurs de l'INSEE concernent toute la population de Loire-Atlantique et de Vendée, et notamment les enfants. Or, notre enquête n'était pas destinée aux enfants dont l'âge était inférieur à 16 ans. Si l'on devait retirer les enfants de moins de 16 ans des valeurs fournies par l'INSEE, la moyenne d'âge de la population serait alors nettement augmentée, les moins de 20 ans représentant dans ces deux départements près d'un quart de la population (26,1 % en Loire-Atlantique et 23,7 % en Vendée)[57].

Il apparait donc que la population de notre enquête est nettement plus jeune que la population de référence. De plus, 67,8 % des personnes interrogées ont moins de 50 ans versus 53,4 % dans la population de référence.

L'enquête révèle également que la grande majorité des patients ayant recours à cette pratique a entre 30 et 49 ans (47,4 % de l'échantillon). Enfin, presque 3/4 (71,8 %) des personnes ayant recours à l'automédication ont entre 20 et 55 ans. Ce sont donc majoritairement des personnes actives qui achètent des médicaments sans ordonnance.

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 22,2 % de la population des départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Cette population représente 14,03 % de notre échantillon.

L'enquête réalisée par Laure en 1997[51] a concerné 600 personnes. L'âge moyen des sujets ayant recours à l'automédication était de 42,7 ans (de 15 à 85 ans). Cette moyenne d'âge correspond sensiblement aux résultats que nous avons obtenus.

L'ensemble des résultats obtenus a permis de mettre en évidence un autre facteur : les personnes achetant le plus souvent des médicaments sans ordonnance sont des actifs. Les personnes âgées de plus de 65 ans ont moins recours à cette pratique.

L'ensemble des résultats obtenus concorde avec ceux obtenus lors d'enquêtes antérieures. Une enquête réalisée en 2008 par Raynaud[52] présente les résultats suivants : « c'est aux âges actifs que le recours à l'automédication apparait le plus élevé ». L'enquête menée par l'AFIPA a retrouvé les résultats suivants : nette majorité des 18-30 ans puis des 30-45 ans[71].

Comme l'indique sa définition, les personnes actives sont âgées de 15 à 64 ans. Le tableau 1 permet de mettre en évidence que les actifs représentent 79,1 % de la population interrogée (vs 20,9 % de non-actifs). Cette proportion de personnes actives est plus élevée que le

pourcentage d'actifs dans la population de référence (73,25 % d'actifs vs 26,75 % de non-actifs).

Pour quelles raisons les personnes actives ont-elles plus souvent recours à l'achat de médicaments sans ordonnance ? Nous pouvons supposer que les personnes travaillant peuvent préférablement avoir recours à cette pratique, par soucis de temps disponible (travail, enfants à charge etc.). Consulter le médecin prend du temps, tout du moins plus de temps que de se rendre directement à la pharmacie. L'achat de médicaments sans ordonnance peut apparaître comme un moyen de se soigner plus « rapidement ». Nous reviendrons plus en détail sur cette notion de temps, de rapidité d'accès aux soins et de soulagement rapide exigé dans un prochain paragraphe. De plus, les personnes de plus de 65 ans (=les personnes âgées) sont davantage touchées par les maladies chroniques que le reste de la population[46]. Le vieillissement des personnes se traduit par une croissance de la survenue des maladies ou accidents. Le phénomène de la maladie augmente indéniablement avec l'âge. Le taux de personnes prises en charge à 100 % au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), qui sont pour la plupart chroniques, progresse continuellement avec l'âge pour atteindre 80 % à 100 ans.

L'enquête « santé et protection sociale »[58] qui évalue la morbidité par la prévalence, l'incidence et le nombre de maladies par l'âge, met en évidence que le nombre de maladies déclarées passe de 3,5 à 60 ans à 6,6 à 90 ans. Enfin, dans la tranche d'âge des plus de 65 ans, le taux de prévalence des maladies chroniques atteint 70 % pour les troubles cardio-vasculaires, 60 % pour les troubles ostéo-articulaires et 55 % pour les pathologies liées au métabolisme (le diabète par exemple)[46]. Les soins de ces pathologies chroniques nécessitent la prise de traitements au long cours. Les patients concernés vont donc plus couramment rendre visite à leur médecin généraliste. De plus, ils sont souvent sensibilisés (par l'ensemble des professionnels de la santé) aux risques potentiels d'interactions médicamenteuses existant avec leurs traitements au long cours. Bénéficiant de plus de temps, nous pouvons également supposer qu'ils consultent plus souvent leur médecin généraliste devant un trouble de santé.

L'étude de récits de patients ayant recours à l'automédication par Jouan en 2012[49] souligne que deux types de comportements sont observés chez les personnes de plus de 65 ans. En effet, nombreux sont ceux qui vont essentiellement consulter leur médecin traitant devant tout trouble de santé (« *Quand il est malade, il va toujours voir son médecin* » déclarent certains). Certains se méfient des autres alternatives thérapeutiques (« *Il y a des charlatans partout vous savez !* » confient-ils). D'autres, en revanche, semblent estimer leur grand âge comme une grande expérience. Ces derniers déclarent en effet : « *J'ai essayé un peu tout vous savez, j'ai 82 ans alors je crois que j'ai fait le tour de la question !* ». Ce cas illustre bien l'autonomie et l'accès au savoir médical acquis par expérience de la maladie.

L'analyse de ces récits[49] a également permis d'évaluer la transmission du savoir médical de la mère à l'enfant. En effet, les jeunes adultes de 20 ans, n'ayant eu jusqu'à présent que peu

d'expérience de la maladie, considéreraient comme référence les savoirs parentaux. Il apparait que c'est essentiellement sur leurs conseils qu'ils se soigneraient. Ils déclarent en effet : « *Elle prend dans la caisse de médicaments à la maison, [sur] conseil des parents* », « *il s'est procuré ce médicament dans la pharmacie de ses parents* », « *j'ai aussi pris le médicament de ma mère* » ou encore « *ma mère aime bien tout ce qui est huiles essentielles, donc j'ai suivi ses conseils* ». Nous reviendrons sur ces différents types de pratiques plus tard.

L'enquête révèle que la grande majorité des personnes ayant répondu au questionnaire réside dans une commune urbaine (92,2 %). Au sein de la population de référence, c'est-à-dire la population des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, 75,3 % des communes sont qualifiées d'urbaines selon l'INSEE (et donc 24,7 % sont rurales). Comment expliquer cette différence ? Sur les 19 pharmacies-enquêtrices, seules deux sont situées sur des communes rurales. Même si les habitants ne se rendent pas systématiquement dans la pharmacie située sur leur commune, ce fort pourcentage (92,2 %) pourrait tout de même s'expliquer en partie par cela. De plus, dans le département de Loire-Atlantique, la majorité des pharmacies enquêtrices sont situées dans la ville de Nantes ou, en grande partie, dans des villes situées aux alentours (à 20 kilomètres maximum de Nantes). Toutes ces communes sont des communes urbaines. 89,5 % (17/19) des pharmacies participant à l'enquête sont situées sur des communes urbaines, ce qui pourrait en grande partie expliquer le pourcentage obtenu (92,2 %).

La majorité des personnes ayant décidé de se soigner sans avoir recours à une consultation médicale vit principalement en famille, c'est-à-dire avec des enfants. Elle représente en effet 46 % des personnes interrogées. Les personnes vivant en couple, sans enfant, représentent 30,7 % des interviewés et celles vivant seules, 23,3 %. Les chiffres de référence des différentes situations de vie, fournis par l'INSEE, sont les suivants : en famille, 35,1 %, en couple, 25,9 % et seuls, 33,8 %. Tous ces chiffres servent de valeurs indicatives, car, comme nous l'avons précédemment expliqué, les différents types de ménages considérés par l'INSEE ne correspondent pas exactement aux catégories de notre enquête. Nous avons donc ainsi regroupé nos données selon celles de l'INSEE afin de pouvoir comparer les deux populations, mais certains types de ménages telles que les « ménages complexes » par exemple, n'ont pas été identifiés au sein de notre questionnaire.

Nous remarquons, qu'au sein de notre échantillon, l'achat de médicaments sans ordonnance concerne plus souvent les familles vivant avec des enfants. Si les ménages ont le plus recours à cette pratique, à qui sont destinés les médicaments achetés ? Les enfants représentent-ils une population très ciblée par cette pratique ? La figure 4 a permis de mettre en évidence les principaux destinataires des produits achetés. Et, à 83,3 %, les produits achetés sont destinés à

la personne elle-même et à 23,6 % à un autre adulte. Les populations que nous pouvons qualifier de « populations à risques » sont les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. Ces trois catégories de population représentent par ordre d'apparition, 17,7 %, 14,5 % et 0,5 % des demandes (figure 4). Il ne semble donc pas que le fort pourcentage (46 %) représenté par les familles signifie que les médicaments achetés sont destinés à des enfants. L'enquête menée par l'AFIPA en avril 2012 est en accord avec les résultats que nous avons obtenus. En effet, l'AFIPA souligne que « les répondants déclarent qu'ils utilisent l'automédication principalement pour eux-mêmes (68 %) et pour les adultes de leur famille (19 %). Les enfants ne représentent que 12 % des destinataires des médicaments achetés en automédication ».

Pour quelle(s) raison(s) les parents (seul(s) ou en couple) vivant avec des enfants auraient-ils plus recours à l'automédication ? Nous pouvons admettre que la majeure partie des parents vivant avec des enfants ont grossièrement entre 25 et 50 ans. En effet, l'âge moyen au 1er accouchement en France est de 28 ans et la moyenne d'âge à l'accouchement est de 30 ans[62]. L'âge moyen des enfants à leur premier départ du domicile familial est d'environ 21 ans[63] . Nous pouvons alors considérer que dans la plupart des cas, les parents ne vivent plus avec leurs enfants en moyenne à partir de cet âge-là (30+21=50 ans). Et c'est justement cette tranche d'âge qui a été mise en évidence dans la première partie de cette discussion.

En effet, l'enquête révèle donc que la majorité des patients ayant recours à l'achat de médicaments sans ordonnance ont entre 25 et 50 ans, sont actifs et ont des enfants.

L'ensemble de ces données nous amène à nous interroger sur les motivations de ces personnes. Le temps (figure 9) semble être le premier critère de recours à cette pratique (84 % des répondants), l'encadrement de la pratique sécurisée par les conseils du pharmacien le second (80,8 % des répondants) et la supposée bénignité de la situation et des médicaments utilisés le troisième (74,4 % des répondants). Nous pouvons supposer que les patients-parents, ayant des enfants vivant au domicile et un travail, ont recours à cette pratique par souci de temps et parce qu'ils considèrent qu'ils sont bien encadrés.

Cette dernière notion est importante. En effet, à la question « pour quelle(s) raison(s) avez-vous recours à l'automédication ou à la médication officinale aujourd'hui ? », plus de 8 personnes sur 10 (80,8 %) déclarent avoir recours à cette pratique car ils considèrent que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité. L'encadrement de l'achat sans ordonnance par le pharmacien apparaît donc comme plus qu'important aux yeux des patients concernés.

36,7 % des personnes interviewées ont déclaré avoir un traitement au long cours contre 43,1 % dans la population française. Le pourcentage obtenu est donc inférieur de 6,5 points environ au pourcentage dans la population française. Deux explications peuvent

principalement expliquer cette différence. Nous avons déjà abordé précédemment que les définitions de traitement au long cours et de pathologie chronique diffèrent nettement entre les différents auteurs. De même, elles diffèrent peut être encore du point de vue des patients.

La définition du terme « maladie chronique » n'est pas unanime. Selon les définitions adoptées, les estimations obtenues peuvent nettement varier. De base, toute maladie chronique peut être caractérisée par ses causes, sa sévérité ou sa gravité, sa durée d'évolution ou son ancienneté, sa possibilité de guérison, de rémission, de rechute ou d'évolution par poussées et ses conséquences sur le fonctionnement de l'individu par exemple. C'est donc le point de vue et l'objectif d'utilisation du terme qui peuvent faire varier le choix de la définition. Les professionnels de la santé et en général les patients préfèrent souvent une approche par pathologies et par caractéristiques étiologiques. Les payeurs (financeurs) semblent plus souvent se baser sur une définition différente, permettant d'apporter des réponses aux besoins du plus grand nombre d'individus concernés. Selon l'angle adopté et la position prise, les définitions adoptées diffèrent[46]. Ainsi, l'OMS considère que « les pathologies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement ». Pour les CDC (Centers for disease control and prevention (cf. glossaire)) aux Etats Unis, les maladies chroniques sont définies comme des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément une fois acquises, et qui sont rarement curables[64,65,66]. 3 mois : c'est la durée d'évolution minimale requise pour correspondre à cette définition. D'autres définitions en revanche se basent sur les conséquences de la maladie et utilisent différentes classifications[46] (la Classification internationale des déficiences, incapacités et du handicap (CIDH) et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)[67]). Ces classifications sont centrées sur l'individu dans son intégralité et permettent d'envisager l'ensemble des maladies chroniques sur un socle commun en terme de conséquences, de prises en charge médicales, psychologiques, sociales, économiques et professionnelles pouvant correspondre à la définition de maladie chronique[46].

Le Haut Conseil de la santé publique propose dans son rapport de 2009 intitulé « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique », de définir la maladie chronique selon les caractéristiques suivantes :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
    - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
    - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,

- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social[68].

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, impliquant des traitements spécifiques liés à la maladie mais aussi sur les conséquences (fonctionnement, handicap, répercussions sur la santé)[68].

Dans son rapport, le Haut Conseil de la santé publique mentionne qu'en France, 28 millions de personnes reçoivent un traitement de manière périodique (au moins six fois par an) pour une même pathologie. Cela représente 43,03 % de la population de référence (Tableau 1). Cette définition fait donc appel au terme de « pathologie ». Les médicaments pris au long cours, en prévention d'un état (pathologique ou non), ne semblent pas inclus.

D'après l'enquête de santé réalisée par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) en 2006, le pourcentage de personnes se déclarant atteintes d'au moins une maladie ou d'un problème de santé chronique augmente en fonction de l'âge. Cette enquête révèle les résultats suivants : moins de 10 % des personnes de 10 à 19 ans et de 20 à 29 ans, 14,8 % des 30-39 ans, 20,8 % des 40-49 ans, 31,3 % des 50-59 ans, 42,3 % des 60-69 ans, 51,8 % des 70-79 ans et 57,4 % des 80 ans et plus[69]. L'incidence des maladies chroniques augmente donc en fonction de l'âge. Or, la majorité des personnes ayant participé à notre enquête ont entre 25 et 50 ans. Nous aurions donc pu imaginer obtenir un pourcentage encore plus faible que celui obtenu lors de l'enquête (36,7 %).

De plus, la définition même adoptée par les différents individus ayant répondu au questionnaire peut avoir varié. En effet, les personnes prenant couramment des traitements en prévention (ex : des antiallergiques) se sont-elles considérées comme prenant des traitements au long cours ? Les personnes utilisant couramment de la Ventoline® en prévention ou en traitement de la crise d'asthme ou les femmes, prenant quotidiennement une contraception, considèrent-elles prendre un traitement au long cours ? Toutes ces interrogations nous montrent bien qu'il est difficile de mettre des limites à ce terme, autant pour les grandes institutions que pour les patients[46,47]. Bien qu'il s'agisse parfois de prévention et non de traitement, les réponses données par les patients peuvent avoir varié, selon leurs propres considérations.

L'enquête réalisée par Grare[48] à La Roche-sur-Yon (85) durant l'année 2010 sur 50 patients a mis en évidence que 48 % des personnes interrogées déclaraient souffrir d'une pathologie nécessitant un traitement mensuel. Au sein de la population étudiée, 68 % des personnes ayant participé à l'enquête étaient des femmes et 32 % des hommes. Les deux catégories d'âges les plus importantes étaient les 18-39 ans à 28 % et les 40-59 ans à 32 %. La comparaison des résultats de ces deux enquêtes traduit bien la même chose : les pourcentages obtenus pour

cette question diffèrent selon les enquêtes, selon la définition adoptée par la population enquêtée.

4.2.2 Les pratiques et comportements du jour présent

Quand les patients sont malades et qu'ils souhaitent se soigner sans avoir recours à un médecin, comment s'y prennent-ils ?

4.2.2.1 Analyse des pratiques d'automédication et de médication officinale

Lorsqu'ils se rendent à la pharmacie en vue d'obtenir un médicament sans ordonnance, quelle est l'attitude première de ces patients ? On distingue deux attitudes, l'automédication et la médication officinale. Nous l'avons vu, ces pratiques, bien différentes, ont été évaluées par nos enquêteurs.

Dans 66,7 % des cas, les patients choisissent d'emblée leur médicament dans un rayon libre accès ou demandent un produit précis (ex : « *je souhaiterais une boîte de Doliprane®* ») à leur pharmacien. Dans 33,3 % des cas, ils s'adressent donc d'emblée à leur pharmacien afin d'obtenir un conseil.

Ce premier résultat traduit une véritable volonté d'autonomie dans la démarche de soin de la part des patients. Celle-ci se traduit par deux attitudes : soit ils savent exactement ce qu'ils souhaitent obtenir, soit ils veulent tout d'abord se soigner par eux-mêmes, en choisissant le médicament qui leur semble être le plus adapté dans un rayon.

Gillon, professeur d'éthique médicale, définit l'autonomie par la « capacité de penser, décider et agir de manière libre et indépendante »[74]. L'autonomie du patient correspond donc à sa capacité de penser, de décider et d'agir de manière libre et indépendante. On retrouve bien cette notion d'autonomie lors du recours à l'armoire à pharmacie ainsi que lors du choix d'un médicament précis.

Cette volonté d'autonomie a été également retrouvée lors de l'analyse de récits de patients par Jouan[49]. Elle déclare en effet que l'affranchissement du médecin est bien visible dans les entretiens « *je peux tout à fait faire aussi bien que le médecin* », « *c'est bien quelque chose que je peux faire chez moi, pas besoin d'embêter le médecin pour ça* » ou encore « *sans être prétentieux on est tous médecin d'abord, on se connait mieux soi-même* ».

En relation avec la définition précédente de l'autonomie, c'est donc bien parce qu'ils sont autonomes que les patients s'automédiquent.

Il apparaît alors que les patients s'automédiquent car ils ont identifié, via leurs symptômes ressentis, la pathologie qu'ils ont. Jouan[49] a en effet remarqué que les patients déclarent savoir reconnaître les symptômes « *je sais reconnaître les signes* », et qu'ils les attribuent à des maladies « *lorsque l'un ou l'autre se frotte les oreilles, je suis sûre qu'une otite se prépare* ».

Ils décident alors d'agir car rester dans cet état leur paraît inconcevable. Ils agissent alors rapidement en s'automédiquant « *alors j'ai tout de suite pris du Previscan®* ». Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, Fainzang avait également observé ce comportement[13] « *il a « appuyé sur son ventre », pensant à une appendicite, mais sa douleur ne s'en est pas trouvée accrue. « Rassuré », il n'a « rien fait » (entendre : il n'a pas médicalisé sa douleur)* ». On distingue ici bien les différentes phases décrites par Fainzang[13] et Lecomte[20] que sont l'auto-examen clinique, l'autodiagnostic puis l'automédication (comprendre ici soin « par soi-même », de sa propre initiative). Cette pratique est appelée « automédicalisation » par Fainzang[75].

La comparaison des différentes variables à l'aide des tris croisés, nous a permis de connaître les principaux critères influençant le recours à l'automédication plutôt qu'à la médication officinale et inversement.

Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence plusieurs points. Tout d'abord que l'on soit de sexe masculin ou féminin, aucune différence significative entre le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre n'a été observée. De plus, nous aurions pu penser que les personnes de plus de 50 ans auraient plus recours aux conseils du pharmacien. Mais ce n'est pas le cas. De même, que le médicament soit destiné à la personne achetant elle-même le médicament, à un autre adulte, à un enfant ou à une personne âgée, aucune différence significative entre le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre n'est observée. Ce ne sont donc pas les caractéristiques sociodémographiques des patients qui influencent le recours à l'automédication ou à la médication officinale. Ce premier résultat est intéressant. Nous aurions, en effet, pu supposer que les mamans demanderaient plus souvent conseil aux pharmaciens pour soigner leurs enfants, tout comme les personnes âgées.

En revanche, selon le type de médicaments acheté (allopathie, homéopathie, phytothérapie), nous remarquons dans certains cas, des différences entre les deux pratiques. En effet, il apparaît que les patients achètent plus souvent des produits de phytothérapie lorsqu'ils demandent d'emblée conseil à leur pharmacien. Les produits de phytothérapie ne concernent que 9,1 % des achats totaux. Les résultats obtenus nous laissent penser que cette pratique (d'achat de produits de phytothérapie), moins répandue, nécessiterait peut-être un encadrement plus strict qui impliquerait d'avoir plus recours à un conseil de leur pharmacien ? Aucune différence significative n'a été observée lorsque l'achat concernait un ou plusieurs médicaments homéopathiques (qui représentent 16 % des achats totaux). Les achats de médicaments homéopathiques sont plus fréquents que les achats de produits de phytothérapie. Nous pouvons ainsi supposer que plus une classe de médicaments est achetée (homéopathie ou phytothérapie), plus les patients considèrent connaitre les produits et donc plus ils ont recours à l'automédication. Inversement, moins ils en achètent, moins ils considèrent les connaître et plus ils ont recours aux conseils de leur pharmacien. Cette hypothèse se recoupe

avec une idée largement développée précédemment ; plus les patients déclarent connaître une pathologie ou un symptôme (car déjà vécus), plus ils ont recours d'emblée à l'automédication. Il s'agit donc également d'une volonté d'autonomie. Autonomie probablement là-encore basée sur l'expérience personnelle.

Les médicaments d'homéopathie sont plus souvent prescrits par les médecins que les médicaments de phytothérapie. De plus, un sondage Ipsos réalisé en mars 2012 révèle que 56 % des français utilisent l'homéopathie pour se soigner[82]. Il reste important de souligner que, contrairement à la grande majorité des médicaments de phytothérapie, les médicaments homéopathiques sont remboursables à hauteur de 30 % par la Sécurité sociale (lorsqu'ils sont prescrits). De plus, on compte environ 5 000 médecins homéopathes. Les médicaments homéopathiques sont souvent utilisés en complément de médicaments allopathiques. 70 % des français estiment que le recours aux médicaments homéopathiques va se développer dans les cinq années à venir[82]. Les médicaments homéopathiques n'ont aucune toxicité chimique ni contre-indication connue (la plupart du temps). De plus, l'homéopathie peut avoir une action rapide si les médicaments sont pris dès les premiers symptômes. De plus en plus de patients se tournent vers cette médecine et acquièrent de plus en plus de connaissances et donc une plus grande capacité d'autonomie (induisant un recours moindre aux conseils du pharmacien). Une enquête menée par le LEEM (Les entreprises du médicament) révèle également que le recours aux médicaments d'homéopathie est légèrement plus important que celui aux médicaments de phytothérapie (49 % contre 41 %).

Le Conseil de l'ordre des médecins précise qu'à la différence de l'homéopathie et de l'acupuncture, il n'y a pas lieu de mentionner « phytothérapie » sur la plaque ni sur les ordonnances des médecins, la phytothérapie faisant en quelque sorte partie de l'allopathie. La situation est tout autre en Allemagne, où la phytothérapie fait partie intégrante du programme de formation des médecins.

Il semble donc que le plus grand nombre de prescriptions de médicaments d'homéopathie (par rapport aux médicaments de phytothérapie) ainsi que leurs remboursements par la Sécurité sociale, induisent un plus grand recours à des achats de médicaments d'homéopathie (par rapport à des achats de médicaments de phytothérapie), induisant nécessairement, de par une plus grande expérience, une plus grande connaissance de ces médicaments par les patients. Cela pourrait notamment expliquer que les patients choisissent autant leurs médicaments qu'ils ne demandent conseil auprès de leur pharmacien. Le recours moins fréquent aux médicaments de phytothérapie induit donc une moins bonne connaissance et donc une plus grande proportion de recours aux conseils du pharmacien.

La réalisation des tris croisés nous a également permis de mettre en évidence l'affirmation suivante : le patient semble acheter plus de produits lorsqu'il demande d'emblée conseil à son pharmacien plutôt que lorsqu'il choisit lui-même son médicament.

L'analyse de la situation à l'officine par l'étudiante-thésarde permet de formuler l'hypothèse suivante : dans le cadre du rhume, par exemple, lorsqu'un patient choisit son médicament lui-même, il s'oriente le plus souvent vers un traitement du rhume par voie orale (ex : Actifed J/N®, Fervex®, etc.), probablement parce que ces médicaments font l'objet de nombreuses publicités à la télévision (Actifed J/N®, Fervex®) et parce qu'ils sont faciles à administrer (voie orale). Une étude réalisée par l'AFIPA en 2012 a classé, parmi le top 10 des marques d'OTC strictes en 2012 (en volume de sortie consommateur), 3 médicaments administrés par voie orale dans le cadre du rhume : Humex®, Fervex® et Actifed®. Aucun traitement local n'apparait au sein de ce top 10. Lorsque le conseil du pharmacien est sollicité, celui-ci présente l'ensemble des produits adaptés au traitement du patient (les produits connus ainsi que des produits moins connus du public). Après explication par le pharmacien, on remarque alors souvent l'achat d'un traitement local pour le rhume (par ex : un lavage de nez (Physiomer®, Prorhinel®...)), en plus d'un traitement par voie orale (parfois initialement choisi par le patient). Il reste cependant important de souligner que cette analyse correspond uniquement à une étude d'observation réalisée par l'étudiante-thésarde au sein de sa première année d'activité. Il s'agit d'une observation de comportements. Soulignons également que le recueil, par l'enquêteur, des produits achetés par le patient, a été réalisé à la fin de l'achat global des patients. Ainsi, même si le patient avait choisi son médicament lui-même, le pharmacien pouvait ensuite lui proposer d'autres produits adaptés à sa pathologie (comme les traitements locaux dans le cadre du rhume). Ces résultats témoignent que lorsque le patient a d'emblée choisi son produit, il achète, au final, en moyenne, moins de produits.

Un autre critère, mis en évidence par les tris croisés, est lié à la pratique de soin (automédication ou médication officinale). En effet, il apparait que les patients ont davantage recours à l'automédication lorsqu'ils se rendent dans une pharmacie pour ses prix attractifs ou pour sa plus grande variété de produits ou de gammes de produits. Il s'agit du seul critère de venue dans une officine étant à l'origine d'une différence significative entre les deux pratiques. Or, il semble que les prix les plus intéressants ainsi que les plus larges choix de gammes et de produits concernent d'avantage les pharmacies de centres commerciaux.

Nous avons déjà mis en évidence que, selon le « type » d'officine fréquentée (centre-ville, centre commercial, quartier ou rural), la pratique de soin (automédication ou médication officinale) y est statistiquement différente. Nous reviendrons plus précisément sur ce point plus tard.

Enfin, lorsque les patients sont de passage ou se présentent dans une pharmacie par hasard, ils demandent plus souvent conseil au pharmacien. Quand une personne se rend dans une pharmacie « par hasard » nous pouvons supposer qu'initialement, elle ne venait pas spécialement dans cette pharmacie pour une raison précise, mais plutôt qu'elle se rend ici pour une raison imprévue (ex : le symptôme est apparu brutalement, le patient est en vacances ou en week-end chez des amis etc.). Dans ces cas-là, les patients demandent plus souvent conseil d'emblée peut-être parce qu'ils ne connaissent pas l'officine dans laquelle ils se rendent.

La présence d'un rayon libre accès au sein d'une officine influence-t-elle la pratique de soin des patients ? Cette analyse a été étudiée sous différents points de vue : du point de vue des patients (via une question adaptée au sein du questionnaire « pour quelle(s) raison(s) venez-vous dans cette officine », l'une des propositions de réponse était : « parce qu'il y a un rayon libre accès ») et du point de vue d'une observation stricte (au sein du questionnaire destiné aux pharmaciens, une question leur demandait de renseigner la présence ou non d'un rayon libre accès au sein de leur officine).

Selon l'analyse des réponses données par les patients, la présence d'un rayon libre accès n'influerait pas, de manière statistiquement significative, le recours à une pratique plutôt qu'à une autre. Tout du moins la présence de ce rayon ne conditionnerait pas la venue des patients.

Cependant, l'analyse des deux pratiques de soin, en fonction de la présence ou non d'un rayon libre accès (renseignée par les pharmaciens), est la suivante : les patients ont nettement plus recours à l'automédication (et donc ils choisissent eux-mêmes leur médicament) lorsqu'un rayon en libre accès est présent au sein de l'officine. La présence d'un rayon en libre accès influencerait donc de manière significative ($p=0,006$) le recours à l'automédication. Lorsque les médicaments sont mis à disposition des patients, ces derniers ont plus souvent tendance à choisir le médicament qu'ils souhaitent obtenir (en se servant ou en le demandant). Il est intéressant, cependant, de constater que les patients déclarent ne pas venir dans une pharmacie précisément pour la présence de ce rayon, bien que, lorsque celui-ci y est finalement présent, ils s'y servent plus.

L'automédication est donc plus souvent réalisée par les patients se rendant au sein d'une pharmacie pour ses prix attractifs et son large choix de produits et de gammes ainsi que lorsqu'un rayon libre accès y est présent. Nous sommes d'ores et déjà « tentés » de faire un rapprochement entre ces différents critères (prix, gammes, rayon libre accès) et les officines situées au sein des centres commerciaux.

Les résultats obtenus lors des tris croisés traduisent que pour les systèmes A (la douleur, la fatigue, la fièvre), D (les troubles digestifs), N (les maux de tête principalement) et P (les troubles du sommeil, le stress) les patients ont, en moyenne, plus recours à l'automédication.

Lors du recueil des données, une pratique nous a interpelés. En effet, cette enquête nous a permis de mettre en évidence que certaines demandes (d'emblée) de médicaments, notamment utilisés pour traiter les troubles du sommeil, étaient fréquentes. Le médicament Donormyl®est le médicament très largement représenté par ces demandes. Rares sont les patients qui demandent d'emblée conseil à leur pharmacien pour soulager leurs troubles du sommeil. Les patients semblent très bien connaître ce médicament et ses effets. D'où l'importante pratique d'automédication pour traiter ces troubles du sommeil. Une étude menée par l'AFIPA a confirmé cette tendance que nous avons observée. En effet, elle place ce même médicament (Donormyl®) en 3ème position du top 10 des marques d'OTC strictes en 2012 (en volume de sortie consommateur).

En cas de traitement substitutif à la dépendance au tabac, après avoir une première fois eu recours au conseil du pharmacien, du médecin ou du tabacologue, l'achat, concernant le plus souvent le même produit, ne semblerait pas nécessiter, selon les patients, d'avoir recours au conseil du pharmacien (tout du moins à chaque fois). Le top 10 des marques d'OTC strictes en 2012 classe d'ailleurs le médicament Nicorette® en 7ème position (ventes en valeur).

Reprenons le schéma précédemment décrit (schéma décrit par l'analyse de récits par Jouan) : le malade identifie une douleur par exemple, il l'analyse (par autopalpation, auto-examen clinique) et retient cette expérience (cette expérience de douleur sera mémorisée par le patient et lui vaudra le terme de « situation connue » par la suite), puis il utilise un ou plusieurs médicament pour soulager sa douleur (médicament obtenu sur ordonnance, sur conseil du pharmacien ou autre). Une fois que le médicament soulageant ses maux aura été identifié par le malade, il le choisira plus facilement par la suite (lorsque la même expérience de douleur se représentera). Il considère alors que le symptôme ressenti est « connu » et choisit le traitement « connu et efficace » qu'il a déjà utilisé pour soulager ses maux. Nous comprendrons ainsi que la fréquente survenue de ces maux (la douleur et les troubles digestifs notamment) induit nécessairement des situations d'expérience de douleur bien plus fréquentes que pour d'autres symptômes (les troubles cutanés et ostéo-articulaires par exemple).

N'oublions pas de préciser que la pratique qui a été décrite est celle qui a été observée par l'enquêteur et correspond à la pratique réalisée d'emblée par le patient. Lors du passage au comptoir et donc lors de l'achat du médicament, le conseil du pharmacien a pu ensuite avoir lieu.

Pour les systèmes L (troubles ostéo-articulaires), R (troubles respiratoires), S (troubles cutanés) les patients semblent avoir davantage recours au conseil de leur pharmacien. Les troubles cutanés (S) étant peut-être moins connus par les patients, moins courants et moins

fréquents, ils semblent nécessiter d'emblée un conseil auprès du pharmacien. Les troubles ostéo-articulaires sont souvent chroniques. On peut ainsi supposer qu'ils sont bien connus des patients. En revanche, des douleurs rebelles sont souvent présentes. Le patient pourrait être tenté de demander conseil à son pharmacien pour soulager des douleurs qu'il n'arriverait pas à juguler lui-même.

Enfin, les troubles du système respiratoire (R) sont ceux pour lesquels les patients s'adressent le plus souvent d'emblée au pharmacien. Pourquoi les patients demandent-ils plus conseil à leur pharmacien pour un rhume, une toux ou une grippe que pour un autre symptôme ? Les produits destinés à traiter ces symptômes sont divers et appartiennent à de nombreuses classes pharmacologiques différentes. Devant la multitude de produits, le patient serait-il perdu ? Cet important recours au conseil du pharmacien pour traiter ces troubles traduit-il des connaissances moindres des patients dans ce domaine ? Considèrent-ils que leurs connaissances sont confuses ? Les patients évaluent-ils que les risques potentiels d'interactions avec un traitement en cours seraient plus importants avec ces produits ? Certaines pathologies respiratoires, comme le rhume principalement, ont été « délaissées » par les médecins qui ne prescrivent plus (ou très peu) de médicaments pour ces indications. Ceci est principalement dû au déremboursement massif de nombreux médicaments destinés à soulager ces symptômes. Le patient se retrouvant seul face à ses symptômes et face à la multiplicité des produits disponibles semblerait davantage solliciter les conseils de son pharmacien. Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête permettant de connaître les différentes raisons pour lesquelles les patients préfèrent demander conseil à leur pharmacien pour cette indication précise.

Le test du Chi^2 nous a également permis de mettre en évidence des différences significatives selon l'usage auquel était destiné le médicament acheté (achat préventif ou curatif). En effet, les patients s'adressent plus souvent à leur pharmacien lorsqu'ils sont en présence d'un trouble de santé présent le jour même. De même, les patients choisissent plus souvent leurs médicaments eux-mêmes lorsqu'ils réalisent un achat en préventif. Ces résultats nous permettent de mettre en évidence deux comportements bien distincts : l'achat préventif qui relève plus souvent d'une pratique d'automédication et l'achat curatif, d'une pratique de médication officinale.

Cette pratique d'achat préventif en automédication n'est-elle pas à risque ? En effet, les achats préventifs représentent 20,7 % des achats totaux recensés au sein de cette enquête. Les patients stockent donc des médicaments dans leurs armoires à pharmacie afin de les utiliser « le moment venu ». Cependant, il reste important de souligner que lors de l'utilisation de ces médicaments (lorsqu'ils en auront besoin), les patients n'auront recours à aucun conseil d'un professionnel de santé. Bien que les conseils de bon usage du médicament aient été délivrés au patient le jour de l'achat, qu'en restera-t-il le jour de l'usage ? Les patients connaissent-ils

les principaux effets secondaires de ces médicaments, ainsi que les principales interactions médicamenteuses ? Gardent-ils et lisent-ils les notices d'utilisation avant d'utiliser ces médicaments ? Ces questions pourraient, de toute évidence, faire l'objet d'un prochain travail de recherche.

Qu'en est-il du recours à l'armoire à pharmacie ? Il apparaît que les proportions de recours à celle-ci ne sont pas les mêmes selon le type de pratique (automédication et médication officinale). En effet, le recours, en premier lieu, à l'armoire à pharmacie est significativement plus important pour les personnes ayant recours ensuite à l'automédication. Ce résultat s'inscrit donc, encore une fois, dans la réelle volonté d'autonomie de ces patients : ils essayent tout d'abord de se soigner chez eux, par eux-mêmes, puis en second temps vont à la pharmacie afin d'obtenir un médicament qu'ils souhaitent choisir également par eux-mêmes.

Parmi ceux s'adressant à leur pharmacien afin d'obtenir un conseil, ils sont plus nombreux à ne pas avoir eu recours à leur armoire à pharmacie. Nous étudierons plus en détails les différents facteurs influençant le recours à cette armoire à pharmacie familiale, dans un chapitre suivant.

L'ensemble de ces résultats permet de mettre en évidence deux principaux comportements. Le premier reflète une volonté d'autonomie avec très certainement le recours à l'auto-examen clinique, l'autodiagnostic et enfin l'auto-soin (automédication). Celui-ci traite ses maux qu'il estime connaître de par leur fréquence et donc de par l'expérience personnelle qui a acquise. En présence d'un trouble, il a tout d'abord souvent recours à son armoire à pharmacie. Puis, il se rend à la pharmacie en vue de choisir un médicament précis que l'on peut supposer qu'il connaît. Ce premier patient n'hésite pas à acheter des médicaments en préventif, en vue de soulager ses maux dès le moment venu. Il est sensible aux prix, au choix de gammes et de produits ainsi qu'à la présence d'un rayon libre accès. Il se soigne principalement par automédication pour des pathologies fréquentes qu'il semble (re)connaître : la douleur, les troubles digestifs et les troubles du sommeil par exemple.

Le second, en revanche, hésite à se soigner par lui-même et a plus souvent recours d'emblée au conseil de son pharmacien. Il achète moins de médicaments à titre préventif et donc a moins souvent recours à son armoire à pharmacie en cas de troubles. Il a recours à la médication officinale principalement pour traiter des troubles ostéo-articulaires, cutanés et respiratoires.

Selon le type d'officine fréquentée, une des pratiques (automédication ou médication officinale) est apparue plus fréquente que l'autre. En effet, le recours d'emblée au conseil du pharmacien semble être plus important au sein des officines de quartiers et des officines rurales qu'au sein des officines de centres commerciaux et de centres-villes. C'est au sein des pharmacies de centres commerciaux que la volonté du patient de choisir son médicament est la plus importante. Pour quelles raisons ? Quels sont les critères différenciant les pharmacies de centres commerciaux des autres pharmacies ? 100 % des pharmacies de centres commerciaux (3/3) possèdent un rayon libre accès, contre 66,7 % des pharmacies des pharmacies de centres-villes (4/6), 60 % des pharmacies de quartiers (3/5) et 40 % des pharmacies rurales (2/5). De même le nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine est en moyenne bien plus important pour les pharmacies des centres commerciaux que pour les autres pharmacies (68 heures en moyenne contre 55 heures pour les pharmacies de centres-villes, 55,5 heures pour les pharmacies de quartiers et 48,3 heures pour les pharmacies rurales). Enfin, la proportion (valeur approximative) de produits obtenus sans ordonnance est nettement différente. Les pharmacies situées dans les centres commerciaux délivrent environ 60,7 % de produits sans ordonnance (produits de parapharmacie inclus) contre entre 20 % et 30 % pour les autres pharmacies. Bien que la présence d'un rayon libre accès semble encourager le patient à se servir lui-même, il ne semble pas être le seul et unique critère, d'autres pharmacies en possédant également un. En revanche, le nombre de mètres linéaires destinés à ce rayon est nettement plus important au sein des pharmacies de centres commerciaux (moyenne de 24 mètres de linéaires (cf. glossaire)) contrairement aux autres officines enquêtées (moyenne de 10 mètres de linéaires). Le nombre de mètres linéaires consacrés à ce rayon semble effectivement encourager cette pratique.

Toutes les pharmacies de centres commerciaux ayant participé à l'enquête sont situées au sein de galeries commerciales possédant un supermarché. Pour quelles autres raisons (que la présence d'un rayon libre accès), les patients ayant recours à cette pratique d'automédication se rendraient-ils plus au sein des pharmacies de centres commerciaux ? La proximité de la pharmacie avec un lieu souvent fréquenté (le supermarché par exemple) correspond-elle au principal critère de leur venue ? Les patientes de la pharmacie sont des ménagères qui font leurs courses dans le supermarché en se servant elle-même dans les rayons. Ces patientes, se rendant ensuite à la pharmacie, adopteraient-elles la même attitude ?

Il semble également important de préciser que les pharmacies de centres commerciaux sont constituées d'une équipe de personnels plus importante, le nombre d'heures d'ouverture y étant plus élevé tout comme le nombre de clients par jour, à l'inverse des pharmacies de quartiers ou rurales au sein desquelles les équipes sont plus limitées et le nombre de patients par jour également.

L'analyse des proportions de réponses données à la question 16 (« Pour quelle(s) raison(s) venez-vous dans cette officine ? Plusieurs réponses possibles ») en fonction des quatre types

d'officines, nous a également permis de mettre en évidence différents comportements. Les patients se rendant dans chacun de ces quatre types d'officines (centres-villes, centres commerciaux, quartiers ou rurales) ne s'y rendent pas pour les mêmes raisons. Les critères de venue donnés par les patients diffèrent nettement. L'habitude/la fidélité sont des critères importants pour les patients se rendant au sein des pharmacies rurales, de centres-villes et de quartiers. Nous pouvons supposer qu'au sein de ces plus petites structures, les relations pharmaciens-patients sont différentes de celles existant entre les patients et les pharmaciens de centres commerciaux, de par la taille de ces structures ainsi que par la plus grande équipe de personnels notamment. De même, les patients se rendent plus souvent au sein de « plus petites structures » en vue d'obtenir un conseil de la part de leur pharmacien. Le pourcentage le plus faible obtenu à l'item « vous venez ici pour les conseils de votre pharmacien » concerne les pharmacies situées au sein de centres commerciaux. Il s'agit très nettement des grandes structures de notre enquête. Cela peut notamment expliquer le fait qu'au sein des pharmacies rurales, la proportion de médication officinale y est plus élevée qu'au sein des pharmacies de centres commerciaux.

L'analyse des résultats obtenus nous permet de mettre en évidence une tendance générale : plus l'officine semble être « isolée » (rurale) et « petite » (moins de personnels), plus les patients semblent fidèles à leur pharmacie et attachés aux conseils de leur pharmacien car c'est principalement pour ces raisons-là qu'ils déclarent s'y rendre. Au contraire, plus la structure de l'officine semble importante (nombre d'employés, grande amplitude-horaire par semaine), plus les patients s'y rendent parce que cette officine est située près d'un lieu qu'ils déclarent souvent fréquenter (courses, travail, loisirs...). Les critères tels que la facilité et la rapidité d'accès à ces pharmacies grâce à leur localisation se dégagent. Enfin, pour ces officines, l'attractivité via les prix et les larges choix de gammes et de produits semble prendre une importance non négligeable.

Ces deux tendances générales peuvent, en partie, expliquer et influencer les deux pratiques de soin (automédication ou médication officinale) qui sont conduites au sein des différentes structures.

Enfin, le dernier critère, pour lequel une différence statistiquement significative est observée entre l'automédication et la médication officinale, est le statut de l'enquêteur. Lorsque les étudiants ont administré le questionnaire, la déclaration de la pratique d'automédication est apparue plus importante que lorsque ce sont des pharmaciens qui l'ont administré. Comment expliquer cette différence ? Les étudiants ayant participé à l'enquête et ayant administré les questionnaires, étaient, pour la quasi-totalité, des étudiants effectuant leur stage dans des pharmacies de centres-villes (situées à moins de 20 km de Nantes) ou de centres commerciaux (tous situés à Nantes). Toutes les pharmacies rurales ayant accepté de participer à la réalisation du questionnaire ne comportaient pas d'étudiant. Ce sont donc, la plupart du temps

des pharmaciens qui ont procédé à l'administration du questionnaire (contrairement aux pharmacies de centres commerciaux, au sein desquelles les questionnaires ont tous été posés par un étudiant (l'étudiante-thésarde)). Ces résultats sont totalement en accord avec ceux que nous avons précédemment obtenus. Ils témoignent bien du fait que le conseil du pharmacien est d'emblée plus souvent sollicité dans les campagnes (pharmacies rurales) et au sein des pharmacies de quartiers plutôt que dans les pharmacies de centres commerciaux.

Les pharmacies rurales ayant accepté de participer à l'enquête sont, pour la plupart, des pharmacies situées en Vendée, dans des petites communes et sont souvent les seules pharmacies des villages concernés. On comprend bien qu'en l'absence d'autres pharmacies, des relations patients-pharmaciens peuvent exister et donc favoriser le recours au conseil officinal, relations certainement différentes de celles existant entre les patients et les pharmaciens au sein des pharmacies de centres commerciaux (de par le brassage important de patients par jour et de par l'important nombre d'employés au sein de ces structures).

De nombreux facteurs permettent donc d'expliquer le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre : la localisation de l'officine, la présence ou non d'un rayon libre accès, l'attractivité des prix, le large choix de produits ou de gammes de produits etc. L'ensemble des critères étudiés permet principalement de conclure qu'il existe de nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques aux individus encourageant le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre. C'est la volonté personnelle du patient qui guidera sa pratique de soin : principalement la volonté d'autonomie ou pas.

4.2.2.2 Analyse des déterminants du recours à l'armoire à pharmacie

52,2 % des personnes souhaitant se soigner en réponse à un problème de santé présent le jour de l'enquête, déclarent avoir eu recours à leur armoire à pharmacie familiale, avant de venir à la pharmacie. En moyenne, une personne sur deux essaie donc de se soigner sans avoir recours à un professionnel de santé. L'enquête menée en 2010 par Grare révèle qu'à la question « utilisez-vous des médicaments pris dans une armoire à pharmacie familiale ? », 44,9 % déclarent y avoir recours pour se soigner eux-mêmes, 28,1 % pour soigner un autre adulte et 15,7 % pour soigner un enfant. Enfin, 11,2 % des répondants déclarent ne jamais y avoir recours. Ces résultats témoignent que près de 89 % des patients déclarent y avoir recours.

D'où proviennent les stocks de médicaments contenus dans les armoires à pharmacie familiale ? Le premier mode d'obtention de ces médicaments est à l'officine, sans ordonnance (49,1 %) et le second, à partir d'anciennes prescriptions médicales (34,8 %). Il apparaît donc que les médicaments obtenus sur prescription médicale, et destinés à traiter une pathologie identifiée par le médecin généraliste un jour précis, font l'objet d'une automédication. Les « restes » de ces médicaments (c'est-à-dire les unités non consommées), issus de traitements

prescrits initialement pour une pathologie et pour une durée déterminée, donnent lieu à un usage différent de celui leur étant initialement prévu.

Plusieurs statuts de médicaments peuvent être concernés : il y a les médicaments de PMO (Prescription Médicale Obligatoire) et les médicaments de PMF (Prescription Médicale Facultative). Ces derniers, ne nécessitant pas de prescription médicale obligatoire pour leur obtention, peuvent tout de même être prescrits par les médecins généralistes. On distinguera donc deux situations bien différentes. Premièrement le recours à l'armoire à pharmacie, afin de réutiliser un médicament prescrit pour une durée déterminée, pour une affection identifiée et nécessitant une prise en charge encadrée par le médecin et/ou par le pharmacien (on pensera notamment au réusage d'antibiotiques). La deuxième situation consiste en l'utilisation de médicaments de PMO ou de PMF initialement prévue, encadrée par le médecin lors d'une consultation et destinée à un usage « si besoin », « en cas de » ou « à la demande ». Pour ce type de situation, nous pouvons qualifier cette pratique d' « automédication encadrée » (ex : l'utilisation de Doliprane® (PMF) ou de triptans (PMO) dans le traitement de la migraine). Il paraît cependant nécessaire de préciser que la mise en place d'un nouveau traitement, la prise de médicaments d'automédication en même temps, ainsi que l'apparition d'une nouvelle pathologie entre le moment de la prescription et le moment du recours au médicament ne qualifie alors plus cette pratique d'encadrée.

La pratique contre laquelle l'ensemble des professionnels de la santé doivent lutter, est celle de la réutilisation de médicaments indiqués pour une affection précise dans un contexte identifié et pour une durée déterminée. Les risques principaux engendrés par cette pratique sont les risques d'interactions médicamenteuses avec des traitements en cours, les risques de mauvaise identification de la « pathologie » et donc la réutilisation d'un traitement inadapté, les risques d'interaction entre la (re)prise de ce médicament et une nouvelle pathologie apparue après, les risques de développement de résistance (lors de l'utilisation trop fréquente et non encadrée des antibiotiques par exemple), les risques d'aggravation d'une pathologie sous-jacente en masquant ses effets etc. Les pharmaciens d'officine ainsi que les médecins sont les principaux acteurs de santé à pouvoir sensibiliser leurs patients sur ces risques potentiels et doivent encourager leurs patients à rapporter à l'officine les excédents de ces médicaments et plus particulièrement des médicaments listés.

Actuellement, le déconditionnement des médicaments n'existe et n'est autorisé (ou plutôt obligatoire) que pour la catégorie des médicaments stupéfiants. Le système de délivrance à la boîte, adopté par le système de santé français est au cœur de nombreux débats. En effet, la délivrance de médicaments à l'unité, appliquée à titre de test sur les antibiotiques, dans un premier temps, figure parmi les mesures annoncées par le gouvernement pour limiter le réusage de médicaments dans un contexte autre que celui initialement prévu et pour réduire le déficit de la Sécurité sociale. Pour réaliser ce test sur les antibiotiques, il est prévu que les laboratoires continuent de livrer des boîtes de médicaments de même format qu'avant. Il

reviendra donc aux pharmaciens de déconditionner de ces boîtes le nombre exact de comprimés ou de gélules prescrits et de les remettre dans un nouvel emballage, assorti d'éléments de traçabilité (numéros de lots etc.), et d'une notice. Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), présenté le 9 octobre 2013, propose en effet : « *A titre expérimental et pour une période de quatre ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartement à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet* »[70]. L'article 37 de ce PLFSS précise également qu' « *un décret détermine pour ces médicaments les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre pour les médicaments concernés les modalités de délivrance, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité. Il détermine en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L162-16-4 du code de la Sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'Assurance Maladie, de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre ».* Il est également mentionné que cette expérimentation « *fera l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article ».* Le Gouvernement présentera au Parlement au plus tard le 31 juillet 2017 un rapport dressant le bilan de cette expérimentation, notamment au regard de son impact sur les dépenses et le bon usage des médicaments concernés.

Cela permettrait, en effet, de lutter contre l'automédication à risque (c'est-à-dire l'utilisation hors ordonnance de médicaments prescrits pour une pathologie antérieure), mais cela pose en revanche la question des erreurs que pourraient commettre les pharmaciens en préparant les ordonnances de leurs patients ainsi que des erreurs pouvant être commises par les patients si l'ensemble de leurs médicaments devaient être déconditionnés de leurs emballages d'origine. De même, si ces comprimés devaient être distribués dans des emballages identiques sur lesquels seul le nom des molécules différerait, les patients âgés risqueraient de se tromper.

Certains pays, les pays anglo-saxons et notamment les Etats-Unis, l'Espagne, l'Allemagne etc. ont déjà recours à cette pratique depuis des années. Les pharmaciens de ces pays reçoivent les médicaments en vrac et préparent le nombre exact d'unités de prise. Une étiquette comportant le nom du malade, du médecin, la posologie ainsi que des informations de traçabilité est ensuite apposée sur le flacon comportant les unités de prise.

Isabelle Adenot, présidente du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP), précise que « *ces pays sont organisés pour cela* »[71]. Elle souligne également que « *le bon usage des antibiotiques est particulièrement essentiel, mais que les conditionnements de ces médicaments ont été revus pour être au plus proche des durées de traitements recommandées* ». La présidente du CNOP déclare que « *tous les médicaments ne sont pas utilisés, plus par défaut d'observance que pour toute autre raison* »[71].

D'autres risques, engendrés par le recours aux médicaments de l'armoire à pharmacie, sont mis en évidence par le CNOP : le non-contrôle des dates de péremption, pouvant rendre

dangereux ou inactif le médicament administré périmé, la non-lecture des notices d'utilisation par souci de temps ou parce que celle-ci a été préalablement jetée, le risque d'interactions médicamenteuses et de mésusage etc. Certains médicaments stockés nécessitent, comme nous l'avons vu précédemment, une prescription médicale et donc un encadrement médical strict. L'usage de ces produits sans contrôle médical peut entraîner des accidents sévères en cas d'usage inapproprié.

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

Les résultats obtenus lors de la réalisation des tris croisés nous ont permis de mettre en évidence les principaux critères influençant le recours à l'armoire à pharmacie.

Là encore, le sexe n'est pas à l'origine d'une différence significative. Les femmes et les hommes ont, en moyenne, autant recours à leur armoire à pharmacie. Le même constat est posé pour les actifs et les non-actifs.

En revanche, les moins de 50 ans semblent avoir plus recours à leur armoire à pharmacie, même si les différences observées ne sont pas strictement significatives ($p=0,08$).

Le recours à l'armoire à pharmacie ne varie pas lorsque le produit acheté est destiné à la personne elle-même, à un enfant, à un autre adulte ou à une personne âgée.

Parmi les personnes ayant recours à leur armoire à pharmacie, l'enquête révèle que les personnes habitant en milieu urbain y ont plus souvent recours. Inversement les patients vivant dans des communes rurales ont moins souvent recours à leur armoire à pharmacie avant de se rendre à la pharmacie. Les personnes vivant en milieu rural semblent moins posséder la volonté d'auto-soin décrite précédemment, d'indépendance en matière de santé (automédication, recours plus fréquent à l'armoire à pharmacie) que les patients vivant en milieu urbain.

La réalisation de tris croisés a également permis de souligner que lorsque le patient a précédemment eu recours à son armoire à pharmacie avant de venir, il achète significativement plus de produits que le patient n'ayant pas eu recours à celle-ci. Que traduisent ces résultats ? Il apparait que lorsque le patient considère n'avoir pas « réussi » à se soigner par lui-même avec des produits présents dans son armoire à pharmacie, il achète significativement plus de produits ensuite à la pharmacie. Cette tendance pourrait traduire une volonté de ces patients de soulager leurs maux, le plus vite possible et à tout prix. Ces patients semblent être à la recherche de tous les médicaments pouvant soulager leurs maux et par conséquent, ils en achètent plus. Le fait d'avoir essayé de se soigner par soi-même auparavant

et de ne pas avoir réussi pourrait augmenter la durée de présence du symptôme et semblerait donc rendre les patients encore plus impatients de se soigner !

Les patients ont-ils plus souvent recours à leur armoire à pharmacie pour certains motifs et donc pour certains symptômes ? C'est l'une des questions que nous nous sommes posée lors de l'obtention des premiers résultats. Les résultats obtenus lors de l'analyse détaillée nous permettent à présent d'affirmer que, pour certains motifs (symptômes) les patients choisissent d'emblée plus souvent leur médicament eux-mêmes et que pour d'autres motifs, ils demandent d'emblée conseil à leur pharmacien.

Les systèmes pour lesquels les patients ont le plus recours à leur armoire à pharmacie sont les systèmes digestif (D), ostéo-articulaire (L) et psychologique (P). En revanche pour les systèmes « général et non spécifié » (A) et neurologique (N), les patients ont moins souvent eu recours à leur armoire à pharmacie. Enfin, pour le système respiratoire les résultats sont équilibrés.

Ces résultats sont étonnants. En effet, l'analyse précédente (en 4.2.2.1) a permis de mettre en évidence que pour les deux systèmes A (douleur générale, fatigue, fièvre etc.) et N (les maux de tête très majoritairement), les patients choisissent, le plus souvent, d'emblée le médicament qu'ils souhaitent obtenir, au sein de la pharmacie. On aurait ainsi pu penser que cette volonté d'auto-soin (de choisir son médicament soi-même) se serait davantage traduite, pour ces deux systèmes là, par un recours antérieur à leur armoire à pharmacie. Mais il n'en est rien. Que traduisent ces résultats ? Prenons l'exemple de la douleur non spécifiée et des maux de tête (systèmes A et N) qui sont les deux symptômes les plus largement représentés par ces deux grands systèmes. Nous avons vu précédemment que les achats de ce type de médicaments étaient souvent concernés par des achats préventifs. Or, l'analyse réalisée ici (choix ou non d'un médicament dans l'armoire à pharmacie) ne concerne que les achats en vue de traiter un trouble présent aujourd'hui. En effet, lorsque le patient se rendait à la pharmacie en vue d'obtenir par exemple une boîte de Doliprane® en cas de prévention, l'enquête prévoyait de ne pas lui demander s'il avait pris, le jour présent, un médicament dans son armoire à pharmacie afin de soulager ses maux (les maux n'étant pas présents !). Nous pouvons alors supposer que lorsque les médicaments sont demandés, en vue d'un traitement curatif, peut être le sont-ils parce que les patients n'ont pu avoir recours à leur armoire à pharmacie ? On pense notamment au mal de tête pouvant survenir brutalement, tout comme tous types de douleurs pour lesquels la nécessité ou la volonté de soulagement rapide, voir immédiat, sont souvent recherchées par les patients, sans attendre de pouvoir se servir au sein de l'armoire à pharmacie. Ce résultat reste néanmoins surprenant et va à l'encontre de ce que nous aurions pu supposer.

Concernant les achats destinés au soulagement des troubles ostéo-articulaires (L) et psychologiques (P), il semblerait que les patients aient plus souvent recours à leur armoire à pharmacie avant de se rendre à la pharmacie. Pour quelles raisons ? Le système ostéo-articulaire regroupe des symptômes pour lesquels les patients n'exigent peut être pas (ou moins) un soulagement immédiat et pour lesquels l'apparition peut être moins brutale (symptômes chroniques). De même pour les symptômes représentés par le système psychologique. Pour ce type de symptômes, comme par exemple l'anxiété, les troubles du sommeil, il apparait que les patients utilisent souvent ces médicaments au long cours. On peut ainsi imaginer qu'ils possèdent une « réserve » de ces médicaments chez eux.

Comme nous l'avons déjà vu lors de l'analyse des déterminants du recours à l'automédication ou à la médication officinale (4.2.2.1), les patients ayant recours à leur armoire à pharmacie ont le plus souvent tendance à choisir, par la suite, eux-mêmes les médicaments au sein de l'officine. A l'inverse, les patients demandant d'emblée conseil à leur pharmacien ont, de manière significative, moins souvent pris préalablement un médicament dans leur armoire à pharmacie.

Cependant, si les patients ont préalablement utilisé des médicaments présents dans leurs armoires à pharmacie, pour quelles raisons se rendent-ils à l'officine ? Pour obtenir le même médicament qu'ils ont utilisé afin de continuer leur traitement qu'ils jugent satisfaisant et efficace, ou au contraire, pour obtenir un autre traitement, peut être plus efficace, plus adapté, et pouvant soulager davantage leurs maux ? L'analyse de nos données saisies ne nous permet pas de répondre à cette interrogation. Cette interrogation pourrait éventuellement faire l'objet d'un travail complémentaire.

« L'impossibilité de rendre visite à son médecin » est un critère qui semble influer sur le recours ou non à l'armoire à pharmacie. En effet, devant un trouble de santé présent le jour J, les patients ont davantage recours à leur armoire à pharmacie lorsqu'il leur est impossible de rendre visite à leur médecin. C'est à 37,3 % qu'ils déclarent avoir recours à l'automédication ou à la médication officinale en raison de l'impossibilité de rendre visite à leur médecin. Les deux principales raisons constituant cette impossibilité de consulter sont : le manque de temps pour aller consulter son médecin ainsi que la non-disponibilité des médecins.

Ce chiffre reflète un problème très actuel. Les médecins généralistes sont actuellement surchargés. En effet, ces derniers déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine (source IRDES (cf. glossaire)[59]). Les médecins généralistes sont surchargés (ex : au sein de certaines villes situées notamment en périphérie de Nantes, très peu de médecins généralistes acceptent de nouveaux patients). De même, une consultation pour un rhume ou pour une gastroentérite n'étant pas une urgence peut parfois demander quelques heures ou

quelques jours d'attente. Dans d'autres régions (ex : région Centre), le déficit chronique de professionnels de santé s'observe[60]. On constate une pénurie de médecins. Une très faible offre d'accès au soin ainsi que l'encombrement de plus en plus important des cabinets des médecins généralistes est un facteur favorisant le recours à des médicaments sans ordonnance, principalement pour des pathologies considérées comme bénignes.

Reste tout de même à préciser qu'une partie de l'enquête s'est déroulée dans la ville de Nantes. D'après l'ARS, la Loire-Atlantique est le département de la région Pays de la Loire au sein duquel se concentre le plus grand nombre de médecins généralistes, la Vendée étant en 3ème position derrière le Maine et Loire. Plus particulièrement, la ville de Nantes est l'une des villes des Pays de la Loire où les médecins généralistes sont les plus nombreux[61]. Cependant, près de la moitié des généralistes se concentrent dans les 36 communes de plus de 10 000 habitants. Il y a donc des communes en suroffres (ex : Nantes, La Roche-sur-Yon) et des communes en sous-offres (ex : Cholet).

Le deuxième constat est la notion de rapidité exigée de la part des patients ; rapidité en terme d'attente d'une éventuelle consultation médicale (parmi les personnes déclarant être dans l'impossibilité de rendre visite à leur médecin généraliste, 46,4 % d'entre eux déclarent ne pas avoir le temps de consulter), rapidité en terme d'obtention du médicament (automédication plutôt que médication officinale à 66,7 %) ainsi que rapidité en terme d'efficacité du traitement acheté (84 % des répondants déclarent qu'ils ont recours à l'automédication ou à la médication officinale afin d'être soulagés rapidement). C'est en tous points la première raison du recours à ces deux pratiques.

Enfin, les proportions de recours à l'armoire à pharmacie diffèrent entre les quatre types d'officines au sein desquels les patients se rendent. En effet, les patients se rendant dans des pharmacies de centres commerciaux déclarent plus souvent avoir eu recours à leur armoire à pharmacie avant de venir. Par décroissance de proportions, ce sont ensuite les patients se rendant dans les pharmacies de centres-villes puis dans les pharmacies de quartiers et enfin dans les pharmacies rurales. C'est donc au sein des pharmacies rurales que les patients déclarent le moins avoir précédemment eu recours à leur armoire à pharmacie. Ce classement rejoint l'idée suivante : plus la structure de la pharmacie semble être importante (en terme d'heures d'ouverture par semaine, de nombre d'employés, de patients moyens par jour...) plus les patients ont recours à leur armoire à pharmacie. On pourrait même aller jusqu'à penser que plus la structure de la pharmacie est importante, plus les patients choisissent eux-mêmes leurs médicaments (automédication), plus ils stockent de médicaments dans leur armoire à pharmacie et donc plus ils y ont recours en cas de besoin.

L'analyse réalisée à donc permis de mettre en évidence que les pratiques de soins (pratique d'achat du médicament sans ordonnance et recours à l'armoire à pharmacie) semblent nettement différentes selon la localisation des pharmacies enquêtées.

Enfin, lorsque le questionnaire a été administré par un étudiant, la proportion de déclaration de recours à l'armoire à pharmacie augmente de manière significative. Comme nous l'avons dit précédemment, ce ne sont que des étudiants qui ont administré les questionnaires au sein des pharmacies de centres commerciaux. De même, aucun n'étudiant n'effectuant son stage en milieu rural, ce sont donc très majoritairement des pharmaciens qui y ont administré les questionnaires. Nous l'avons vu, la proportion de recours à l'automédication et de recours à l'armoire à pharmacie est, de manière significative, plus importante au sein des pharmacies de centres commerciaux. Les résultats mis en évident par le test du Chi^2 vont donc bien dans ce même sens.

4.2.3 L'utilisation en préventif ou en curatif

Du point de vue des définitions (données par la HAS), il existe quatre types de prévention : la prévention primaire, la prévention secondaire, la prévention tertiaire ainsi que la prévention quaternaire. Il convient de définir ces quatre termes, bien distincts et de déterminer lesquels ont été considérés et inclus comme tels au sein de notre enquête.

La prévention primaire correspond à l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. Elle vise à réduire d'incidence d'une pathologie[76] (définition HAS). En règle générale, elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations etc.) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat etc.). Ici la prévention primaire correspond par exemple à la consommation d'Oscillococcinum®, médicament homéopathique, utilisé en prévention de la grippe, ou encore à la prise de vitamines en prévention de la fatigue, de crampes etc.

L'ensemble des moyens mis en œuvre pour révéler l'atteinte afin de prévenir l'aggravation d'une maladie par des soins précoces (réduction de la prévalence d'une maladie, notamment en réduisant la durée de la maladie ou en empêchant le passage à un stade plus évolué ou en empêchant le passage à la chronicité)[76] correspond à la définition de la prévention secondaire fournie par la HAS. Elle prend notamment en compte le dépistage et le traitement des premiers symptômes. Ici la prévention secondaire correspond par exemple à la prise d'un antidouleur dès l'apparition d'un mal de tête.

La prévention tertiaire se définit par l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications ou les séquelles (réduction des conséquences d'une maladie)[76].

Elle vise à limiter et à réduire les conséquences d'une maladie ainsi qu'à favoriser la réinsertion sociale.

Enfin, la prévention quaternaire correspond à l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à la prévention de la médecine non-nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation.

Il convient ici de préciser ce que nous avons considéré comme être un « usage préventif ». L'achat préventif ne représentait que deux situations : l'achat d'un médicament destiné à un usage « au cas où » ou « en cas de besoin » et qui suppose que le médicament acheté ne sera pas utilisé aujourd'hui particulièrement mais plutôt lors de l'apparition du symptôme chez le patient. L'enquête a également considéré comme étant un achat préventif, l'achat d'un médicament destiné à être utilisé sous peu et pour une durée déterminée afin de prévenir l'apparition d'une pathologie (il s'agit donc de prévention primaire). Seules ces deux situations ont été considérées comme étant destinées à un usage préventif. En effet, nous n'avons pu considérer la prévention secondaire comme prévention en tant que telle au sein de ce questionnaire, le but étant d'évaluer la proportion de patients achetant des médicaments en vue d'y avoir recours maintenant (achat curatif) ou plus tard (achat préventif) ou en vue de prévenir l'apparition d'une pathologie (achat préventif).

L'enquête révèle que 79,3 % des médicaments achetés sans ordonnance le sont à titre curatif et 20,7 % à titre préventif. Il existe donc une réelle pratique d'achat de médicament en prévention.

Il convient de préciser que cette pratique ne concerne pas uniquement les personnes franchissant le seuil de la pharmacie en vue uniquement d'acheter des médicaments « en prévention ». La réalisation de cette enquête a permis de mettre en évidence un comportement d'achat. En effet, après avoir obtenu des médicaments sur ordonnance (traitement correspondant à un traitement au long cours ou en réponse à un problème santé aigu), certains patients achètent ensuite d'autres médicaments sans ordonnance. C'est donc parfois à la suite d'une délivrance de médicaments de PMO que les patients demandent des médicaments de PMF.

Nous nous sommes donc posés la question suivante : les médicaments achetés à titre préventif sont-ils plus souvent achetés en automédication ou bien suite aux conseils d'un pharmacien ? 85,6 % des médicaments achetés à titre préventif sont initialement issus d'une pratique d'automédication et seuls 14,4 % d'une pratique de médication officinale. Rappelons qu'il s'agit du comportement d'emblée adopté par le patient.

Si l'on se place sous l'angle de la pratique de soin, en fonction de ces deux pratiques (l'automédication et la médication officinale), quel est l'usage prévu pour les médicaments achetés ?

Les résultats obtenus traduisent que selon les deux pratiques d'achat, deux usages sont bien distincts. En effet, 26,5 % des médicaments achetés en automédication correspondent à des achats préventifs versus 73,5 % qui correspondent à des achats curatifs. En revanche, lorsque les patients ont d'emblée recours au conseil de leur pharmacien, c'est à 91,1 % qu'ils souhaitent obtenir un médicament en vue de soigner un trouble de santé présent le jour de la demande. L'achat de médicaments en préventif ne concerne que 8,9 % des demandes de conseils auprès des pharmaciens.

Deux pratiques se distinguent : l'achat préventif, principalement réalisé lors d'une pratique d'automédication et l'achat à titre curatif, pour lequel les patients sembleraient demander d'emblée conseil à leur pharmacien.

Les médicaments, achetés à titre préventif et qui représentent 20,7 % des achats de médicaments sans ordonnance, correspondent donc, en partie, aux médicaments présents dans l'armoire à pharmacie. Il apparait que ces médicaments sont plus souvent issus d'une pratique d'automédication, c'est-à-dire d'un choix précis d'un médicament. La pratique que nous avons évaluée au sein de cette enquête est la première pratique réalisée d'emblée par le patient. Nous n'avons pas évalué l'impact des conseils du pharmacien suite au choix de ce médicament. En effet, lors d'un achat en automédication, le pharmacien se doit, ensuite, d'évaluer si le médicament demandé est effectivement bien destiné à un usage approprié. Il est tenu de mener un « entretien pharmaceutique » et se doit de poser un ensemble de questions afin de vérifier si le médicament est adapté à l'usage souhaité :

- « **A qui est destiné ce médicament ?** » Cette première question permet de connaître la personne à qui le médicament est destiné. Elle permet de repérer les populations à risque (enfants, personnes âgées...) et permet de vérifier si le médicament acheté est bien adapté à la personne à laquelle il est destiné.

- « **Pour traiter quels symptômes utilisez-vous ce médicament ?** » Cette question permet de délimiter l'usage du médicament et, en cas de besoin, de réorienter le patient vers un autre produit, plus adapté.

- « **Avez-vous déjà pris quelque chose afin de soulager ces symptômes et depuis combien de temps ces symptômes sont-ils présents ?** » Cette question permet de connaître si un premier traitement a déjà été pris et permet également d'évaluer l'observance de ce précédent traitement. Elle permet également d'orienter le patient vers une consultation médicale selon les réponses données.

- « **La personne à qui est destiné ce médicament prend-elle actuellement d'autres traitements ?** » L'intérêt de cette question est d'évaluer les potentiels risques d'interactions médicamenteuses entre un éventuel traitement (chronique ou aigu) et le médicament acheté aujourd'hui.

- « **La personne à qui est destiné ce médicament souffre-t-elle d'autres pathologies ou de problèmes de santé particuliers ?** » Certains médicaments ne doivent pas être utilisés lorsque le patient souffre de certaines pathologies. De même, lorsqu'un patient déclare souffrir d'un symptôme, celui-ci peut être sous-jacent à une éventuelle pathologie en cours (ex : une mycose des pieds chez un patient diabétique, des maux de tête chez un patient hypertendu etc.).

- « **La personne à qui est destiné ce médicament est-elle allergique ou enceinte ?** » Ces deux informations permettent de repérer une éventuelle situation à risque. Nombreuses sont les contre-indications chez les femmes enceintes et chez les personnes allergiques.

Lors de son « entretien pharmaceutique », en fonction des réponses données par le patient, le pharmacien sera bien évidemment amené à poser d'autres questions complémentaires afin d'évaluer si la pratique est à risque ou non et afin d'encadrer au mieux cette pratique.

Il apparaît donc que si le médicament choisi par le patient s'avère être adapté à la pathologie ainsi qu'aux caractéristiques de l'individu concerné, le pharmacien délivrera ce médicament, en lui précisant les informations nécessaires à la bonne observance du traitement (posologie, présence d'effets secondaires courants, durée maximale d'utilisation, recours au médecin généraliste en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes etc.).

En revanche, si après l'entretien, le produit ne semble pas destiné à la pathologie ou à la personne concernée, le pharmacien présentera au patient les produits adaptés à sa situation.

Ces deux pratiques (délivrance du médicament choisi par le patient et changement du médicament choisi) sont deux situations qu'il serait intéressant d'évaluer dans une prochaine enquête. En effet, les médicaments choisis par les patients sont-ils adaptés à leur situation actuelle ? Il pourrait être judicieux d'observer les comportements adoptés d'emblée par les patients (comme nous l'avons réalisé au sein de cette enquête) et la situation finalement adoptée par le pharmacien.

La pratique, d'acheter des médicaments en vue de prévenir l'apparition d'une maladie (prévention primaire) a également été mise en évidence lors de l'analyse de récits d'automédication réalisée par Jouan[49] (achat d'Oscillococcinum® ou autre produit homéopathique en prévention de l'état grippal).

Quelle est la proportion de médicaments achetés pour un usage ultérieur (« au cas où » ou « si besoin ») par rapport à la proportion de médicaments achetés « en vue de prévenir une maladie » ? De ces deux types d'achats en prévention, lequel est le plus fréquent ?

80 % des produits achetés en prévention sont destinés à être utilisés « au cas où le symptôme ou la pathologie se manifesteraient ». C'est donc par prévention que les patients achètent principalement ces médicaments. Soucieux de ne pouvoir se soigner à temps, ils préfèrent avoir des médicaments chez eux, afin de pouvoir les utiliser immédiatement en cas de besoin. Les médicaments achetés sont principalement destinés à traiter la douleur, les pathologies de la sphère ORL, les contusions et hématomes et les troubles digestifs.

Nombreux sont les patients qui semblent refuser d'attendre. Ils souhaitent avoir le médicament adapté, le plus vite possible, sans avoir recours à un professionnel de santé pour encadrer leur pratique d'auto-soin. Cette notion rejoint là-encore la notion première du recours à l'automédication : le gain de temps. Les patients exigent d'être rapidement soulagés. Ils refusent d'attendre. Peut-être craignent-ils également que ces maux ne se manifestent en dehors des horaires d'ouverture des pharmacies (la nuit, le dimanche) ? La peur de souffrir semble être une des raisons de ces achats préventifs.

20 % des médicaments achetés à titre préventif sont donc destinés à prévenir l'apparition d'une pathologie ou d'un symptôme (prévention primaire). Le mal des transports, la grippe, le stress, les troubles du sommeil : tels sont les principaux symptômes pour lesquels les patients utilisent des médicaments en vue de limiter ou d'éviter totalement l'apparition de troubles ou pathologies.

Les médicaments d'homéopathie semblent souvent concernés par cette prise préventive (ex : Oscillococcinum®, Influenzinum®, Aviaire®, Tabaccum®, etc.). Il est admis (cf. la directive 92/73/CEE) qu'on ne peut pas imposer aux médicaments homéopathiques les mêmes exigences qu'aux médicaments allopathiques[82].

Actuellement, de plus en plus de médicaments sont utilisés en vue de prévenir l'apparition de maladies. Une partie de ces médicaments doit être prescrite et est remboursée et une autre partie est achetée sans ordonnance. Cette nouvelle utilisation préventive des médicaments pour prévenir la maladie est appelée la chimioprévention. Cette pratique, moins fréquente auparavant, est en plein essor. On pensera par exemple à la chimioprophylaxie antipaludique, aux vitamines et minéraux prescrits en vue d'éviter des carences et de prévenir l'apparition de pathologies (ostéoporose, fatigue par exemple). L'aspiration de l'homme à limiter l'apparition des maladies a pourtant parfois conduit à observer l'effet inverse de celui souhaité. Par exemple, le D.E.S. (diéthylstilbestrol) est l'une des premières « pilules préventives » et l'un des pires désastres en matière de sécurité des médicaments. Au Canada, entre 200 000 et 400 000 femmes enceintes et leurs enfants ont été inutilement exposés à un médicament qui a eu des conséquences tragiques.

Le D.E.S. est le premier estrogène synthétique. Entre 1941 et 1971, il a été prescrit aux femmes enceintes en Amérique du Nord (et encore plus longtemps en Europe) pour prévenir les fausses couches. Ce médicament, prescrit à des millions de femmes dans le monde entier, a été reconnu comme étant la cause d'un cancer gynécologique 30 ans après qu'il ait été prescrit pour la première fois.

La grande majorité des médicaments achetés en prévention concerne un usage non déterminé dans le temps, en vue de soulager un symptôme ou une pathologie apparaissant à un moment donné.

Enfin, lorsque les patients achètent des médicaments « au cas où », ils achètent dans 68 % des cas au moins un médicament antalgique (=antidouleur), antipyrétique et/ou anti-inflammatoire et dans presque un cas sur deux, ils n'achètent que des antalgiques, antipyrétiques et/ou anti-inflammatoires. L'achat de ces médicaments correspond donc à une grande partie des produits achetés en prévention.

Le paracetamol (Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan® etc.) appartient à la classe des antalgiques-antipyrétiques. Il convient de rappeler que cette molécule est indiquée dans le traitement symptomatique de la fièvre ainsi que des douleurs d'intensité faible à modérée. Contrairement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (aspirine, ibuprofène, etc.), elle n'a pas de propriétés anti-inflammatoires et n'agit pas sur l'agrégation plaquettaire. Le paracétamol est le médicament le plus prescrit et le plus acheté en France. Il possède peu de contre-indications, peut être prescrit à tout âge et n'a que de très rares effets indésirables lorsqu'il est utilisé à la posologie recommandée. La principale toxicité, en cas de surdosage, touche le foie et peut entrainer la mort notamment par hépatite fulminante. Avec les conseils donnés par le pharmacien lors de sa délivrance, ce médicament cause rarement des troubles. En revanche, parmi les antalgiques-antipyrétiques, les anti-inflammatoires possèdent plus de contre-indications, d'effets indésirables et peuvent dans certains cas être à l'origine d'interactions avec d'autres médicaments en cours. Au sein de cette classe, l'ibuprofène est la molécule la plus délivrée lors de notre enquête. II convient donc au pharmacien d'officine de bien insister sur ses risques, sa posologie et d'encadrer du mieux que possible sa délivrance. L'aspirine est un médicament devant également faire l'objet d'une surveillance particulière car il possède la propriété d'être antiagrégant plaquettaire, propriété utilisée parfois en thérapeutique, mais pouvant également être à l'origine d'accidents iatrogènes graves voir mortels.

4.2.4 Les critères de choix du médicament d'automédication et les réseaux d'information

La figure n°7 permet de mettre en évidence les cinq principaux critères guidant les patients lors du choix, par eux-mêmes sans recours aux conseils du pharmacien, du médicament

d'automédication. 85,3 % d'entre eux choisissent un médicament parce qu'ils déclarent l'avoir déjà pris. Les patients considèrent donc que c'est parce qu'ils ont l'expérience du médicament qu'ils le choisissent. Jouan[49], lors de l'analyse de récits d'automédication, déclare que les patients connaissent la maladie car ils l'ont déjà vécue. Ces derniers déclarent en effet « *je l'ai déjà eu* », « *déjà rencontrée dans le passé* », « *je connais bien* », « *à chaque rhinite* » ou encore « *pour un épisode semblable* ».

Jouan ajoute également que la récurrence de la maladie témoigne de maintes expérimentations de celle-ci (« *depuis des années* (8 fois) », « *régulièrement* (2 fois) », « *souvent* (3 fois) », etc.). Elle conclut même que cette expérimentation de la maladie est tellement fréquente qu'elle devient, pour certains, « *habituelle* ».

Cette expérience de la maladie sous-entend donc qu'après plusieurs expériences, lorsqu'un traitement a permis de soulager un symptôme ou de traiter une maladie, les patients considèrent savoir se soigner (et donc par la suite ont recours à l'automédication, comme nous l'avons vu précédemment).

Décrite par de nombreux auteurs, cette expérience permet aux patients d'identifier la maladie, mais également d'y remédier par un traitement adapté et préalablement identifié. « L'expérience déjà vécue » et « de médicaments déjà utilisés » sont des critères également mis en évidence lors de l'enquête réalisée par l'AFIPA[72].

Le deuxième facteur guidant les patients lors du choix du médicament d'automédication correspond à des critères propres au médicament (61,6 % des répondants), tels que son nom, son prix et sa forme galénique. C'est en grande majorité parce qu'ils sont attachés à son nom, qu'ils choisissent un médicament précis.

L'expérience personnelle de tout pharmacien d'officine peut témoigner de cette réalité. Les patients sont attachés à un médicament précis, et principalement les personnes âgées. Récemment, le médicament Efferalgan 500mg® en comprimés effervescents a manqué au sein des officines (manque fabricant). Les patients ayant l'habitude de prendre ce médicament ne semblaient pas enchantés ni à l'aise, certains mêmes semblaient contrariés, lorsque leur pharmacien leurs proposait le Dafalgan 500mg® en comprimés effervescents, bien qu'il s'agisse du même laboratoire, de la même présentation, de la même forme galénique et de la même composition (paracétamol 500mg). L'habitude d'un produit précis est donc une caractéristique guidant le choix du recours à un médicament en automédication.

Ce terme « habitude » est également très souvent employé par les patients lors de l'analyse du recours à l'automédication par Jouan[49]. Les termes de « *comportement habituel* », « *d'habitude* » ainsi que « *par réflexe* » sont retrouvés au sein des récits des patients décrivant leur consommation médicamenteuse. Les patients ont des habitudes et y sont attachés. Ils sont habitués à des médicaments précis (médicaments « déjà pris » et le nom du médicament apparait comme l'un des premiers critères de choix) et souvent, à une officine précise.

Les trois derniers critères guidant le choix des patients sont les conseils antérieurs d'un professionnel de santé (devant les conseils des amis et de la famille), le réseau ainsi que la publicité.

Quelles sont les principales sources d'information des patients réalisant de l'automédication ? Les conseils des professionnels de santé apparaissent en première position, puis le réseau personnel (par fréquence de citation : les amis, les forums sur internet puis la famille) et enfin la publicité (à la télévision dans 90 % des citations).

Le savoir médical est actuellement délivré par de multiples sources d'information. Au sein de son enquête, Grare[48] a mis en évidence que 98 % des personnes déclarent avoir recours à des sources d'information pour se documenter sur l'automédication.

Les résultats obtenus au sein de cette enquête témoignent que les professionnels de la santé restent néanmoins la première source d'information à laquelle les patients ont recours. La prédominance du recours aux conseils des pharmaciens plutôt qu'aux conseils des médecins est également remarquée par Jouan[49] et Grare[48].
La publicité apparaît dans de nombreuses enquêtes comme étant l'une des dernières sources d'information auxquelles les patients ont recours (Grare[48], AFIPA[72]).

4.3 Les trois principaux déterminants du recours à l'achat de médicaments sans ordonnance

L'un des objectifs de cette thèse était de déterminer les principaux déterminants du recours à l'automédication et à la médication officinale. Pour quelle(s) raison(s) les patients sont-ils de plus en plus nombreux à vouloir se soigner par eux-mêmes ?

Plusieurs raisons ont d'ores et déjà été établies. La volonté des pouvoirs publics à promouvoir cette pratique est certainement la première raison à l'origine de son développement. Le déremboursement de nombreux médicaments ainsi que la mise en place du libre accès en 2008 ont très fortement contribué à sa mise en œuvre.

La volonté croissante de prise en charge de leur santé par les patients a également été évaluée par de nombreuses enquêtes. En 2010, l'enquête réalisée par Grare[48] a permis de mettre en évidence que les personnes interrogées avaient recours à des médicaments sans ordonnance au moins une fois par an pour 92 % d'entre elles, 48 % au moins une fois par mois et 22 % au moins une fois par semaine. En 2002, Kassabi[50] remarquait que 87 % de la population étudiée avait recours à cette pratique. Enfin en 2002, 12 % de la population interrogée déclarait ne pas avoir recours à cette pratique[50] et en 2010, Grare évaluait cette proportion à 8 %[48].

Quelles sont les raisons de ce recours croissant ?

Tout d'abord le temps reste le critère principal de ce recours. L'enquête réalisée place ce critère en première position. La volonté « d'être soulagé rapidement » (84 % des raisons du recours), l'impossibilité de rendre visite à son médecin « parce que les patients n'ont pas le temps de consulter leur médecin » (46,4 % des raisons de non-consultation médicale) et « parce que leur médecin n'est pas disponible » (44,1 % des raisons de non-consultation médicale). Ils sont 44,1 % à « juger » ne pas pouvoir attendre une consultation médicale pour être soulagés ou soignés.

Ce critère temps est également mis en évidence avec la notion de rapidité d'accès au soin. Cette dernière est, en effet, mise en évidence par la volonté (la nécessité ?) de proximité de la pharmacie soit avec le domicile (43,3 % des répondants) soit avec un lieu souvent fréquenté (56,7 % des répondants). Cette notion de proximité apparaît comme la première raison de la venue dans une officine. Le temps semble être plus important que l'argent et que le large choix de produits. En effet, le classement des critères de venue dans une officine place ces deux derniers aspects en 4ème position, loin derrière la proximité, l'habitude/fidélité et la compétence de l'équipe officinale. Ce classement traduit donc que les patients préfèrent se rendre dans une officine leur étant idéalement située, pour ne pas perdre de temps à s'y rendre, plutôt que dans une officine au sein de laquelle les prix et les produits y seraient plus intéressants (prix attractifs, large choix de gammes et de produits). Cette « volonté de rapidité en terme d'accès aux soins » est entièrement satisfaite par le recours à cette pratique (d'achat de médicaments sans ordonnance). L'officine est, en effet, un lieu adapté à cela car il est accessible par tous sur l'ensemble du territoire français. « La répartition harmonieuse des officines demeure une réalité sur l'ensemble du territoire »[77] selon l'Ordre des pharmaciens car l'ouverture d'une nouvelle pharmacie dépend du nombre d'habitants recensés dans la commune où elle va être située[78] (présence d'un numérus clausus pour l'installation des pharmacies d'officine, contrairement aux installations de cabinets de médecins généralistes). Les pharmacies d'officine sont, contrairement aux cabinets médicaux, accessibles rapidement (sans rendez-vous) et tous les entretiens avec le pharmacien (ainsi que leurs conseils) sont gratuits. La pharmacie est le seul lieu de santé permettant un accès rapide et gratuit sur l'ensemble du territoire français. En plus de cette notion de facilité d'accès, les patients considèrent à 80,8 % que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation des médicaments accessibles sans ordonnance en toute sécurité. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Cette volonté « de rapidité d'accès au soin et de traitement » a également été décrite par de nombreuses autres enquêtes. Fainzang[13] cite notamment Ostermann (1999) : « une grande partie de la population est devenue impatiente, surtout en ce qui concerne les douleurs aiguës. Dans ce cas, le patient estime que la consultation médicale est une perte de temps et ira, de lui-même, acheter des antalgiques pour se soulager rapidement ». En effet, le classement des

médicaments achetés (Figure 3) au sein de notre enquête positionne les antalgiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires à la deuxième place de ce classement (25,1 % des achats). La première position est attribuée aux traitements des troubles de la sphère ORL, qui représentent 34 % des achats (enquête hivernale). Les médicaments destinés au traitement des troubles digestifs sont classés à la troisième place (des achats). Or, 22,5 % de ces achats concernent des traitements destinés à soulager les douleurs, spasmes du ventre (ex : Spasfon®). Le critère douleur est donc prépondérant au sein de l'ensemble de ces achats.

Ce besoin de soulagement rapide ainsi que le manque de temps évoqué pour aller consulter le médecin a également été mis en évidence par une enquête réalisée par la société d'Information médicale et statistique (IMS Health) et publiée par le magazine « Actualités pharmaceutiques » en mars 2006. Cette étude montre que 23 % des consommateurs achètent un produit d'automédication principalement en raison du manque de temps pour aller voir un médecin[73].

Enfin, l'analyse des récits d'automédication par Jouan[49], lui a également permis de souligner qu'il existe réellement une « exigence de rapidité de prise en charge et de résultat ». Le patient est impatient. L'exigence de rapidité de prise en charge est remarquée lors de nombreux entretiens. Le délai entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous lui-même ne convient rarement au patient exigeant une prise en charge des plus rapides. Elle relève les citations suivantes au sein des récits étudiés : « *quand il ne peut pas avoir de rendez-vous le jour même, il se soigne par lui-même* », « *pour avoir un rendez-vous, il fallait attendre plusieurs jours, donc je suis allée à la pharmacie* », « *je vais directement à la pharmacie pour gagner du temps* », « *je n'ai pas le temps d'aller voir mon médecin* » ou encore « *je préfère traiter tôt* ».

Jouan remarque également que bon nombre de patients se rendent « *directement à la pharmacie* ». Enfin, l'exigence d'une rapidité de résultat est également bien présente. Elle recueille notamment « *c'est efficace car en 3 jours tout revient à la normale* », « *2 jours après j'avais plus rien* », « *je n'avais plus de douleur le lendemain au réveil »* ou encore « *efficace à partir du 2ème jour* ».

La volonté (nécessité ?) de rapidité (de prise en charge et d'efficacité de traitement) représente un des critères les plus importants aux yeux des patients et les conduit vers le moyen qu'ils estiment le plus rapide.

La seconde notion impliquant le non-recours à la consultation médicale, est la bénignité. Bénignité, évaluée par le patient, de la situation, ainsi que bénignité considérée des médicaments consommés. 63,3 % des répondants évaluent la pathologie ou les maux dont ils souffrent de bénins et 44,6 % déclarent qu'ils estiment que la façon dont ils utilisent ces médicaments ne présente aucun risque.

Les patients considèrent donc qu'ils savent différencier les situations « à risques » c'est-à-dire potentiellement graves, des situations « bénignes » c'est-à-dire « non graves ». Nous avons vu précédemment comment les patients évaluent ces différentes situations (savoir médical profane, échange avec des proches (amis, famille), autopalpation etc.).

Une étude réalisée par l'AFIPA en 2012 a mis en évidence que 92 % des patients achètent des médicaments sans ordonnance parce qu'ils considèrent les pathologies concernées bénignes (57 % sont d'accord et 35 % tout à fait d'accord)[72].

Cette affirmation de bénignité a également été recueillie par Jouan. Les motifs, symptômes pour lesquels les patients ont recours à l'automédication sont décrits comme « *une gêne* », « *un inconfort* », « *une petite grippe* », « *une petite maladie* », « *un petit quelque chose* », « *rien de grave* », « *pas grand chose* », « *ce n'est pas une maladie car c'est bénin* », « *c'était bénin* » ou « *un petit problème* ». L'analyse de ces récits d'automédication a également permis à Jouan de déterminer ce que les patients entendent par maladie bénigne. Il s'agit d'une maladie éphémère (« *ça va passer tout seul* », « *ça se passe au bout de quelques jours* », « *la guérison est totale et, en général, rapide* ») et connue (« *je l'ai déjà eue* », « *je connais bien* », « *depuis des années* », « *tous les ans les symptômes se répètent* » ou encore « *ça fait des années que j'ai ça* »).

L'expérience personnelle et donc la connaissance de la maladie apparaissent, encore une fois, comme le socle de cette pratique d'automédication. 25 % des interviewés en 2002 lors de l'étude de Kassabi[50] invoquent le fait qu'ils savent se soigner tout seuls et traiter leurs symptômes par expérience. Charbonnier[73] déclare également que « cette pratique a souvent lieu lorsque la symptomatologie leur [des patients] est familière et le traitement connu ».

En 2002, Kassabi[50] évalue, lors d'une enquête, cette proportion : 67 % des sondés répondent que c'est parce qu'ils ne se sentent pas assez malades qu'ils n'ont pas recours à une consultation médicale.

« L'automédication se limite à des médicaments traitant des maladies ou des symptômes bénins » affirmait également Raynaud[52], en 2008, à la suite d'une étude.

Cette notion de bénignité leur accordant, à leurs yeux, toute la « légitimité » du recours à cette pratique, est confortée par l'analyse des raisons pour lesquelles les patients décideront d'arrêter de se soigner par eux-mêmes et iront consulter leur médecin. Plus de 72 % des personnes interrogées déclarent qu'elles iront consulter leur médecin en cas d'aggravation et 59,2 %, si la pathologie ou leurs symptômes venaient à durer trop longtemps. Ces deux notions, de durée ainsi que de gravité de la pathologie, correspondent donc bien aux deux principaux critères permettant, en grande partie, de différencier une pathologie bénigne d'une pathologie maligne.

Enfin, la troisième « condition » de ce recours semble être l'utilisation jugée bien encadrée. Comme nous l'avons déjà évoqué plusieurs fois, 80,8 % des interviewés déclarent qu'ils ont recours aux médicaments sans ordonnance parce qu'ils considèrent que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité. Il s'agit même de la deuxième raison du recours à ce type de pratique, juste derrière le critère temps (84 % des répondants) et devant la bénignité de la situation (74,4 % des répondants).

Concernant le choix d'un médicament précis en libre accès ou au comptoir (automédication), c'est à 13,7 % qu'ils déclarent choisir celui-ci car un professionnel de santé le leur a conseillé. Parmi les conseils des professionnels de la santé cités par les patients apparaissent tout d'abord les pharmaciens puis les médecins. Enfin, dans plus de 1 cas sur 10 (13 % des répondants), les patients choisissent un médicament précis car une personne (autre qu'un professionnel de la santé) le leur a conseillé. Parmi ces personnes, les amis sont cités dans 40,7 % des cas, les conseils par l'intermédiaire de forums sur internet dans 35,6 % des cas et enfin, un membre de la famille dans 23,7 % des cas.

Il apparait donc que, si les patients ont aussi rapidement tendance à se rendre à l'officine en vue d'y acquérir un traitement destiné à soulager leurs maux, c'est parce qu'ils considèrent qu'ils y sont bien informés et bien encadrés.

4.4 Le pharmacien d'officine : l'acteur au cœur des pratiques d'automédication et de médication officinale

4.4.1 Ses missions

Nombreux sont les devoirs et les missions du pharmacien d'officine (Article L4211-1 du CSP, Article L5125-1-1 A etc.).

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien. L'article R4235-2 du CSP précise en effet que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ». Dans ce domaine-là (d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique), les rôles du pharmacien sont multiples. En effet, il :

- sensibilise et informe le public,
- aide à promouvoir la prévention et le dépistage (en participant à des campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique, en transmettant des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention, sur les maladies (remise de brochures par exemple), en repérant les personnes à risque et en les orientant vers une consultation médicale etc.),
- aide le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements,
- permet de promouvoir le bon usage du médicament (modalités de prise des médicaments etc.),

- apprend au patient les techniques particulières de prises de certains médicaments (inhalation de médicaments antiasthmatiques, instillation de collyres etc.),
- éduque le patient à l'autosurveillance de sa pathologie (explication des signes d'alertes, utilisation de dispositifs d'autosurveillance (lecteurs de glycémie, tensiomètres pour automesures etc.) etc.),
- soutient et accompagne les patients, etc.[80].

Les pharmaciens d'officine sont des interlocuteurs privilégiés de par leur proximité géographique (plus de 23 000 pharmacies sont présentes sur l'ensemble du territoire français), leur accessibilité et leur disponibilité (présence de longues plages horaires d'ouverture), leur connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel parfois, contact avec l'entourage, historiques médicamenteux grâce notamment au Dossier Pharmaceutique (DP (cf. glossaire)), leur formation scientifique et professionnelle ainsi que leur crédibilité auprès du grand public en tant que professionnel de la santé (d'après une étude Ipsos Santé « Les français et leur pharmacien » réalisée en janvier 2008).

L'Ordre national des pharmaciens insiste sur d'autres missions qui sont également confiées au pharmacien[79] : « Il participe aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage et contribue aux dispositifs de sécurité sanitaire (pharmacovigilance, matériovigilance, alertes sanitaires, retraits de lots...) ». Le pharmacien contribue également à la continuité de l'accès au médicament 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 (par la mise en place d'un système de garde).

Le pharmacien d'officine répond aux attentes du public en matière de santé : disponible sans rendez-vous, il joue un rôle majeur dans les soins de premiers recours (Article L5125-1-1 A) (conseils pharmaceutiques et/ou orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire). L'étude Ipsos « Les français et leur pharmacien » réalisée en 2008 a permis de mettre en évidence qu'une proportion non négligeable de patients déclare entrer dans une officine sans vouloir acheter de médicaments mais pour demander un conseil au sujet d'un problème de santé (45 % des personnes interrogées) ou pour demander un conseil sur un médicament qu'eux ou un proche sont en train de prendre (33 % d'entre elles). Ce rôle social est avéré et va donc au-delà du strict domaine du produit pharmaceutique.

Le pharmacien est un interlocuteur privilégié dans le domaine de la santé de par son accessibilité par tous, sa gratuité et sa disponibilité.

Au sein de la pratique de délivrance de médicaments sans ordonnance, le pharmacien possède plusieurs missions :

- mener un « entretien » pharmaceutique (voir 4.2.3) afin de vérifier que le recours à un médicament ne présente pas de risque et n'est pas susceptible d'engendrer une consommation inadaptée,

- participer à l'éducation sanitaire de sa clientèle en lui apprenant les bons réflexes et en lui donnant les règles hygiéno-diététiques adaptées à sa situation,
- déconseiller une réutilisation de médicaments obtenus sur ordonnance médicale particulièrement sans l'avis d'un professionnel de santé,
- orienter un patient vers une consultation adaptée lorsque la situation le nécessite.

Le pharmacien est incontestablement le spécialiste du médicament parmi tous les professionnels de santé et se doit d'encadrer cette pratique en pleine expansion.

4.4.2 Les rôles du pharmacien d'officine mis en évidence par l'enquête réalisée

L'élaboration du questionnaire n'était pas basée sur le pharmacien ou sur son rôle. Certaines questions l'incluaient mais aucune ne le plaçait au cœur de la question. Cependant, lors de l'analyse des résultats, il nous est apparu que son rôle au sein de cette pratique était clairement identifié et présent dans l'esprit des consommateurs.

Lors de l'analyse des raisons du choix d'un médicament précis en automédication, aucune réponse ne mentionnait le conseil ou le rôle du pharmacien. Seul un item permettait de connaître si ce médicament avait été choisi à la suite de conseils d'une personne et si oui, de quelle personne il s'agissait. L'entière liberté de réponse était alors laissée au patient interviewé.

Or, il apparait que 13,7 % des répondants déclarent avoir choisi ce médicament précisément suite au conseil d'un professionnel de santé, les professionnels de santé cités étant très majoritairement des pharmaciens ainsi que des médecins.

Certes, loin derrière l'expérience personnelle (85,3 % des répondants) et les critères des médicaments eux-mêmes (que sont le nom, le prix et la forme galénique), les conseils délivrés par un professionnel apparaissent comme le troisième critère guidant le choix du patient vers un médicament précis.

Les conseils donnés par un professionnel apparaissent, en terme de proportion de réponses, également devant les conseils donnés par le réseau personnel (que sont les amis, la famille et les forums sur internet).

Les résultats obtenus par d'autres études, telles que celles menées par Kassabi en 2002[50], le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Etude Ipsos Santé) en 2008 (disponible via le site Cespharm[80]), Grare en 2010[48], l'AFIPA (les déterminants de l'achat de médicaments d'automédication) en 2012[72] et Jouan en 2013[49], témoignent également de l'importance accordée aux conseils du pharmacien lors de la pratique d'achat de médicaments sans ordonnance.

Concernant les critères de choix de l'officine, 45,1 % des patients déclarent se rendre dans une officine (précisément) pour les conseils de son pharmacien. Ce critère se positionne derrière la proximité de l'officine avec le domicile ou un lieu souvent fréquenté (71,1 %) et les notions d'habitude/de fidélité (49,7 %).

Ces résultats témoignent de deux choses. D'une part il apparaît que les patients se rendent au sein de la même officine en moyenne dans un cas sur deux (49,7 %). Les patients semblent donc être attachés à leur officine (on pourrait alors penser « peut être uniquement de par sa localisation...»). D'autre part, les patients sont sensibles et attachés aux conseils de leur pharmacien : ils sont en effet 45,1 % à se rendre dans une pharmacie précisément pour cette raison. La localisation n'est pas l'unique raison de leur fidélité.

Enfin, à la question « considérez-vous que les conseils de votre pharmacien vous assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité », c'est à 80,8 % qu'ils déclarent que cette affirmation est juste. Les patients achetant des médicaments sans ordonnance se sentent donc sécurisés, encadrés lorsqu'ils achètent ces médicaments, au sein des pharmacies d'officine, après le contrôle du pharmacien.

Nous l'avons déjà vu, l'enquête nous a révélé que dans 1/3 des cas (33,3 %) les patients s'adressent directement à leur pharmacien en vue d'obtenir un conseil adapté. Dans 2/3 des cas (66,7 %), ils demandent ou choisissent d'emblée le médicament qu'ils souhaitent obtenir. On comprend donc bien que parmi les personnes ayant d'emblée recours à l'automédication, bon nombre d'entre eux ne souhaitent pas seulement obtenir ce médicament, mais attendent également un conseil de la part du pharmacien, ainsi que son contrôle. Ils attendent un conseil et un encadrement strict de leur propre pratique (puisque 80,8 % des répondants considèrent que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation en toute sécurité).

45,1 % des répondants déclarent venir dans cette officine précise pour les conseils de leur pharmacien. Parmi les patients ayant recours d'emblée à l'automédication, bien qu'ils sachent précisément ce qu'ils souhaitent obtenir, bon nombre d'entre eux, viennent tout de même à cette officine-là. On aurait pu penser que dans le cadre d'une automédication stricte, le patient, considérant qu'il sait exactement ce qu'il souhaite obtenir, ne s'intéresse pas (ou tout du moins peu) aux conseils de son pharmacien. Mais il n'en est rien. La démarche de choisir d'emblée un médicament précis ne s'inscrit donc pas dans une volonté de prendre uniquement ce l'on veut sous prétexte de « connaître ce que l'on souhaite obtenir et de savoir se soigner » et ce, sans recours à son pharmacien. Il apparaît donc que les patients ont d'emblée souvent recours à cette pratique (d'automédication) mais pas sans les conseils et la validation à posteriori par un pharmacien.

Aux yeux de la population étudiée (population présente au sein des officines), le rôle du pharmacien d'officine est très nettement mis en évidence, lors du choix d'un médicament sans

ordonnance, bien qu'une volonté d'autonomie et « d'automédicalisation » (Fainzang[75]) soit mise en évidence lors de l'analyse de cette enquête.

Il serait intéressant de compléter l'étude que nous avons réalisée en comparant la proportion de patients choisissant d'emblée leur médicament (libre accès ou demande précise) à celle ayant effectivement acheté ce même médicament initialement choisi. Quelle est la proportion de patients ne choisissant pas un traitement adapté à leur pathologie, leurs antécédents ou leurs traitements en cours ?

CONCLUSION

L'automédication (comprendre ici l'acte de soin sans recours à son médecin généraliste) est une pratique en développement au sein de notre pays. Initialement encouragée par les pouvoirs publics pour des raisons essentiellement économiques (réduction des coûts de santé supportés par la Sécurité sociale), elle permettrait également de lutter contre la désertification médicale au sein de certaines régions. Déremboursement de nombreuses spécialités, mise en place du libre accès au sein des officines depuis le 1er juillet 2008, autorisation (encadrée) de la vente de médicaments en ligne etc., nombreuses sont les dispositions mises en place par les autorités publiques afin de favoriser son développement. La perte de confiance envers les produits et les professionnels de la santé peut également favoriser son recours par les patients (Affaires du Médiator®, du sang contaminé, la fausse alerte du furosémide TEVA®, le scandale des prothèses PIP®, etc.). Cette pratique, étudiée et décrite par de nombreux auteurs, semble actuellement occuper une véritable place au sein des différentes pratiques de soin. Autonomie de soin, rapidité d'accès aux soins et aux traitements, choix du médicament administré, comparaison des prix entre les officines, nombreuses sont les raisons encourageant le recours aux achats de médicaments sans ordonnance. Qu'en est-il du point de vue des patients ?

L'enquête que nous avons réalisée est une enquête qualitative visant à recueillir des informations quant à la pratique d'achats de médicaments sans ordonnance. Administrés aux patients se présentant à l'officine après qu'ils aient acheté leur médicament sans ordonnance, l'analyse de 606 questionnaires recueillis nous a permis de dresser un véritable bilan des différentes pratiques de soin. Recours à l'armoire à pharmacie familiale, choix de son médicament à l'officine au sein d'un rayon libre accès par exemple ou encore recours d'emblée aux conseils du pharmacien, nombreuses sont les possibilités de soins qui sont à la disposition de ces patients cherchant à se soigner par eux-mêmes.

Le profil type de la personne achetant des médicaments sans ordonnance en pharmacie est le suivant : majoritairement féminine (à presque 70 % des interviewés), âgée de moins de 50 ans (dans 67,8 % des cas), active (à 79,1 %) et vivant principalement en famille, c'est-à-dire avec des enfants à domicile (dans 46 % des cas). La place prépondérante des femmes au sein de cette pratique de soin a été confirmée par de nombreuses enquêtes.

Les destinataires des médicaments achetés sont principalement la personne elle-même (83,3 %) et/ou un autre adulte (23,6 %). Les enfants ne sont concernés que dans 17,7 % des cas, les personnes âgées, 14,5 % et enfin les femmes enceintes dans 0,5 % des cas.

Lorsqu'ils se rendent à la pharmacie en vue d'obtenir un médicament sans ordonnance, 2/3 des patients choisissent d'emblée leur médicament au sein d'un rayon adapté (en libre accès) ou demandent directement un médicament précis à leur pharmacien (automédication). 1/3 des patients demandent d'emblée conseil à leur pharmacien en vue d'obtenir un médicament adapté à leur pathologie (médication officinale). Cette volonté d'autonomie de soin, remarquée également au sein des cabinets généralistes par Jouan[49], se révèle être particulièrement importante au sein des pharmacies d'officine. L'analyse statistique que nous avons réalisée a permis de mettre en évidence que certains facteurs influenceraient le recours à une pratique plus qu'à l'autre. En effet, l'automédication serait plus souvent réalisée pour les troubles à type de douleur (générale et maux de tête) ainsi que pour les troubles du sommeil et, en revanche, le conseil du pharmacien serait plus souvent sollicité en cas de troubles respiratoires, cutanés et ostéo-articulaires.

L'analyse détaillée de ces deux pratiques a permis de mettre en évidence l'existence de différentes pratiques pouvant être liées aux différents « types » d'officines (centres-villes, centres commerciaux, quartiers et rurales) dans lesquelles le patient se rend pour acheter ses médicaments. En effet, selon la localisation et le « type » d'officine fréquentée par le patient, différents critères influenceraient plus ou moins le recours à une pratique plutôt qu'à l'autre. Ainsi, il apparait que l'habitude/la fidélité ainsi que les conseils donnés par le pharmacien soient les critères principaux guidant le choix de l'officine des patients se présentant au sein des officines rurales ou de quartiers. La proportion de recours au conseil du pharmacien y est plus importante. En revanche, la proximité de l'officine avec un lieu de passage souvent fréquenté (courses, travail etc.) ainsi que la présence de prix attractifs, d'un large choix de produits et de gammes sont les principaux critères évoqués par les patients achetant des médicaments au sein des pharmacies de centres commerciaux. La présence mais surtout la taille du rayon des médicaments en libre accès y est également nettement plus importante (en nombre de mètres linéaires) qu'au sein des autres types d'officines. Les résultats montrent que le recours à l'automédication y est plus fréquent.

L'analyse des différents critères a permis de distinguer deux types de comportement. Le premier pourrait être représenté par un patient se présentant dans une pharmacie parce qu'il a l'habitude de venir ici, fidèle à son pharmacien. Nous comprenons qu'une relation pharmacien-patient est présente. Le prix ainsi que la possible diversité de produits présents ne semblent pas être des critères de venue importants aux yeux de ce patient, qui demande plus souvent d'emblée conseil à son pharmacien. Le second comportement identifié met en évidence un patient sensible aux prix et à la grande diversité de produits présents. Il se rend ici parce que c'est pratique pour lui (l'officine est située près d'un lieu qu'il fréquente couramment). Ce patient se sert plus souvent dans un rayon en libre accès et sait plus souvent ce qu'il souhaite obtenir. Il adopte plus un comportement de consommateur que de patient.

Le recours à l'armoire à pharmacie familiale apparait également comme une pratique fréquente. En moyenne, une personne sur deux a essayé de se soigner avec des médicaments pris dans cette armoire à pharmacie avant de venir à la pharmacie (52,2 % des répondants). Les médicaments stockés au sein de ces armoires correspondent principalement à des achats réalisés au sein d'officines (49,1 % des cas) ou à des reliquats de médicaments issus d'anciennes prescriptions médicales (34,8 % des cas). Le recours à cette armoire est lié à certains facteurs dont le plus important aux yeux de ces patients semble être la notion de rapidité exigée. En effet, le fait de devoir attendre une consultation médicale ou l'impossibilité d'avoir recours à leur médecin généraliste, la rapidité exigée d'obtention du médicament ainsi que la nécessité (volonté ?) d'efficacité du médicament apparaissent comme les trois critères principaux guidant les patients à recourir à leur armoire à pharmacie.

L'achat de médicaments destinés à soulager un symptôme présent ainsi que l'achat de médicaments destinés à un usage préventif ont également été évalués au sein de cette enquête. 79,3 % des médicaments sont achetés à titre curatif et 20,7 % à titre préventif. L'automédication est la pratique principale permettant d'acheter un médicament destiné à un usage préventif. En effet, 85,6 % des médicaments achetés à titre préventif ont été choisis par le patient lui-même (automédication) et seuls 14,4 % relèvent d'une pratique de médication officinale. La grande majorité des médicaments achetés à titre préventif concerne des antalgiques, des antipyrétiques et/ou des anti-inflammatoires. Ces médicaments permettent le traitement de symptômes le plus souvent bénins.

Les principaux critères guidant le choix des patients vers un médicament d'automédication sont tout d'abord leur expérience personnelle (85,3 % déclarent qu'ils l'ont déjà pris), les critères propres au médicaments tels que son prix, son nom et sa forme galénique (61,6 % des répondants), les conseils donnés par un professionnel de la santé (13,7 % des personnes interviewées) puis les conseils donnés par des amis, la famille ainsi que ceux lus sur des forums sur internet (appelé le réseau, il représente 13 % des cas) et la publicité télévisuelle principalement (9,5 % des répondants).

Les trois principaux déterminants favorisant le recours à l'achat de médicaments sans ordonnance sont le temps, la bénignité de la pathologie et du traitement administré ainsi que l'encadrement de cette pratique par le pharmacien. Le critère temps correspond au critère principal mis en évidence par cette enquête. Les patients déclarent ne pas avoir le temps de consulter leur médecin, ne pas avoir le temps d'attendre la consultation médicale (parfois prévue) et vouloir se soigner le plus vite possible afin d'être soulagés le plus rapidement possible.

Le lieu unique destiné à la dispensation de ces médicaments sans ordonnance est la pharmacie d'officine. Le pharmacien est accessible facilement et rapidement, sans rendez-vous et les conseils qu'il délivre sont gratuits.

Le cadre de l'automédication est déterminé par les patients : c'est lorsqu'ils estiment que la pathologie dont ils souffrent est bénigne qu'ils ont recours à cette pratique (63,3 %) et ils sont 44,6 % à estimer que la manière dont ils utilisent ces médicaments ne présente aucun risque. Enfin, 72 % des personnes interrogées déclarent qu'elles consulteront leur médecin en cas d'aggravation de la pathologie et 59,2 % si celle-ci venait à durer trop longtemps. Le dernier critère majeur conditionnant, selon les patients, le recours à cette pratique est son encadrement au sein des pharmacies d'officine, par les pharmaciens. 80,8 % des interviewés considèrent que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité.

Certaines pratiques d'automédication non encadrées peuvent s'avérer dangereuses. En effet, la réutilisation de traitements prescrits pour une durée déterminée et destinés à traiter une pathologie identifiée chez un patient précis peut s'avérer nocive. On pensera notamment au réusage (fréquent et non encadré) de traitements antibiotiques dans un contexte autre que celui initialement prévu par le médecin. Cette pratique peut engendrer, à terme, l'augmentation de résistances bactériennes aux traitements antibiotiques.

D'autres risques existent lorsque les patients réutilisent des restes d'anciens traitements : le risque d'interactions médicamenteuses pouvant survenir avec d'éventuels traitements en cours, le risque d'une mauvaise identification de la pathologie et donc l'utilisation d'un traitement inadapté, le risque d'aggravation d'une pathologie sous-jacente en masquant ses principaux effets, l'usage de médicaments périmés pouvant être dangereux ou inactifs (absence de contrôle des dates de péremption), le non-respect de la posologie (lorsque la notice d'utilisation n'a pas été lue par souci de temps ou parce que celle-ci a été préalablement jetée) ainsi que les risques de mésusages.

Qui n'a jamais souffert d'un mal de tête ou d'un simple mal de gorge ? Nombreux sont les différents maux que l'on peut ressentir au cours d'une année, voire d'une vie ! Le traitement efficace est très souvent le même. On comprendra donc aisément que, dans ces cas-là, les patients n'aient pas immédiatement recours à la consultation médicale, voire au conseil de leur pharmacien. Certains médicaments, présents notamment dans l'armoire à pharmacie familiale, font donc machinalement l'objet de cet usage qui dans la plupart des cas, permet de soulager les symptômes sans danger, bien que les patients ne connaissent que rarement les signes d'orientation ou de gravité. Cependant, nous pouvons toujours nous demander si le symptôme identifié est bien le même. Certaines pathologies se manifestent par différents symptômes ne nécessitant pas toujours le même traitement.

Le rhume par exemple peut se manifester de manières très différentes : nez qui coule clair (ou teinté de différentes colorations), nez bouché, maux de tête, fièvre, etc. Pour chacun de ces symptômes il existe un traitement différent et adapté. De plus, certaines molécules ne doivent pas être utilisées à certains stades de la maladie ; cela risquerait de compromettre ou de retarder le soulagement voire la guérison.

Lors d'achats de médicaments sans ordonnance, il est du rôle du pharmacien de contrôler que le médicament acheté est bien destiné à un usage approprié : il doit demander des renseignements sur le destinataire du médicament acheté (afin de repérer les populations à risque tels que les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes etc.), le symptôme destiné à être traité (afin de vérifier l'usage approprié du médicament), le recours à un autre médicament récemment utilisé afin de soulager ce symptôme (afin d'évaluer les médicaments déjà utilisés et éventuellement de vérifier la bonne observance), la durée de présence de ce symptôme (afin d'évaluer la gravité et éventuellement d'orienter le patient), la présence d'éventuels traitements ou pathologies en cours (afin d'éviter les interactions médicamenteuses et de repérer les potentielles interactions avec une pathologie en cours) et l'absence d'allergies. Cet « entretien pharmaceutique » est bien évidemment complété par d'autres questions en fonction des réponses fournies par les patients. Le pharmacien doit s'assurer que la pratique n'est pas à risque et est adaptée à la pathologie ainsi qu'aux caractéristiques de l'individu concerné. Une fois cet entretien terminé et le médicament adapté choisi, le pharmacien devra rappeler au patient les indications des médicaments achetés, les posologies (et notamment les posologies maximales par jour ainsi que les durées maximales d'utilisation), les contre-indications médicamenteuses et pathologiques, les conditions nécessitant le recours à une consultation médicale ainsi que tous les conseils de vie adaptés à la pathologie (prévention de l'entourage, risques de transmission, hygiène de vie, hygiène alimentaire etc.).

Ce rôle d'encadrement de la délivrance des médicaments de médication officinale est un rôle que les patients reconnaissent largement. En effet, 80,8 % des patients déclarent que les conseils de leur pharmacien leur assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité. Les conseils du pharmacien, professionnel de la santé et spécialiste des médicaments, doivent donc permettre d'encadrer une pratique parfois initiée par un patient, patient constituant à lui-seul un acteur de sa propre santé. Comment les pharmaciens parviennent-ils à tenir ce rôle qui est le leur dans le cadre de la vente de médicaments sur internet ? Cette interrogation pourrait faire l'objet d'une étude future. Les entretiens menés aux comptoirs avec les patients ainsi que les conseils délivrés par les pharmaciens d'officine sont-ils les mêmes lors de la délivrance de médicaments achetés sur internet (via des sites spécialisés) ?

Il semble important de préciser que le statut actuel du pharmacien dans le cadre de la médication officinale est ambigu. En effet, au sein de ses obligations légales, le pharmacien n'a pas le droit de poser un diagnostic cependant il doit, dans le cas de la prise en charge de symptômes bénins, répondre aux attentes des patients.

Les conseils donnés par les pharmaciens d'officine au sein de l'accompagnement des patients souhaitant se soigner sans avoir recours à leur médecin seraient-ils les mêmes si les médicaments de médication officinale venaient à être distribués aux seins des supermarchés ? L'ouverture partielle du monopole des officines (demandée par Michel-Edouard Leclerc) est,

en effet, au cœur de l'actualité et est un sujet qui fait débat. Les prix pourraient (peut-être) être plus attractifs mais qu'en serait-il des conseils ? L'AFIPA mentionne de plus, que le prix des médicaments d'automédication est en baisse depuis plusieurs années. Alors quels seraient les avantages à ouvrir le monopole de ces médicaments aux supermarchés ? Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, déclare être contre cette vente de médicaments en dehors des pharmacies. Elle se dit être « attachée au monopole officinal des médicaments » alors que l'Autorité de la concurrence a rendu un avis favorable sur cette question de la vente des médicaments non remboursables en dehors des pharmacies, en fin d'année 2013. La ministre souligne également que « le monopole officinal sur les médicaments permet à notre pays de sécuriser leur dispensation et d'agir efficacement contre la contrefaçon, tout en garantissant l'accès de nos concitoyens aux médicaments sur l'ensemble du territoire »[81].

L'achat de médicaments sans ordonnance est une pratique qui tendra certainement à se développer davantage au cours des prochaines années. Réalisée dans un cadre limité (pour traiter certains symptômes bénins et courants (douleur, fièvre, toux...) et encadrée par les pharmaciens d'officine, cette pratique présente peu de risques et permet de nombreux avantages, tant pour les patients (rapidité de prise en charge, soulagement rapide etc.) que pour la collectivité en général (réduction des dépenses de la Sécurité sociale, solution partielle à la désertification médication dans certaines régions etc.).

Le pharmacien d'officine ainsi que de son équipe officinale correspondent aux derniers intermédiaires entre le médicament et le malade. Ils assistent les patients dans leur démarche d'auto-soin lorsque ces derniers ont recours à un achat de médicaments au sein des pharmacies. L'automédication stricte, initiée par un patient, doit, au sein des officines, être encadrée par ce professionnel des médicaments. C'est ce qu'on appelle la médication officinale ; une démarche thérapeutique encadrée par les pharmaciens, pharmaciens que nous sommes.

BIBLIOGRAPHIE

1) HUGUES F.C, LE JEUNNE C, SAUBADU S, EME D., DENORMANDIE P. Enquête sur l'automédication. Comparaison des résultats obtenus dans deux centres. *Thérapie* 1990. *45*:325-9.

2) CSP (Code de la santé publique). Article L5111-1. Définition du médicament. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867.

3) CSP. Article L4211-1. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689004&dateTexte=&categorieLien=cid.

4) CSP. Article L5121-1. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689870&dateTexte=&categorieLien=cid.

5) CSP. Article L5211-1. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690281.

6) CSP. Article L5131-1. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000023385246&dateTexte=20111026.

7) CSP. Décret n° 2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000638341&dateTexte=&categorieLien=id.

8) ANSM. Définition et modalités des AMM. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Definition-et-modalite-des-AMM/(offset)/0#med.

9) La documentation française. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marchés, comportements, positions des acteurs. 2006. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030/0000.pdf

10) POUILLARD J. L'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins. Février 2001. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf.

11) Ministère des affaires sociales et de la santé. Bulletin Officiel N°2005-8. Avis du 27 mai 2005 aux fabricants concernant des demandes d'AMM des médicaments de prescription médicale facultative. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080032.htm.

12) ONP (Ordre national des pharmaciens). Le médicament. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-medicament.

13) FAINZANG S. L'automédication, une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*. 2010. vol. 34, n°1 : 115 - 133.

14) AFIPA. Définition de l'automédication responsable. Disponible sur : http://www.afipa.org/Default.aspx?lid=1&rid=119&rvid=304.

15) Ministère des affaires sociales et de la santé. Automédication. Sept 2013. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/automedication.html.

16) LEEM. Qu'est-ce que l'automédication ? Mai 2011. Disponible sur : http://www.leem.org/article/qu-est-ce-que-l-automedication.

17) Ordre national des pharmaciens. Automédication des patients ? Une conduite accompagnée par les pharmaciens. Journal du 25 mai 2013. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-medicament.

18) AFIPA. Les chiffres du marché français de l'automédication 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013. Disponible sur : http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx.

19) IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Historique de la politique du médicament en France. Mars 2014. Disponible sur : http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquePolitiqueMedicament.pdf.

20) LECOMTE T. La faiblesse de l'automédication en France. In: *Economie et statistique*, Mars 1998. N°312-313, pp. 101-107.

21) HAS (Haute autorité de santé). Fiche technique. Définitions. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/definition_smr.pdf.

22) INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Prix courants - prix constants. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/prix-courants-prix-constants.htm.

23) AFIPA. Premier observatoire européen sur l'automédication. Juin 2013. Disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20130625180048_Afipa__Communique_de_presse_sur_lObservatoire_europeen_sur_lautomedication__Juin_2013.pdf.

24) AFIPA. Qu'est-ce que le libre accès ? Disponible sur : http://www.afipa.org/Default.aspx?lid=1&rid=379&rvid=380.

25) ANSM. Médicaments en accès direct. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0.

26) LEEM. Le libre accès dans les pharmacies doit permettre de soigner plus facilement les maladies bénignes. 2008. Disponible sur : http://www.leem.org/libre-acces-dans-les-pharmacies-medication-familiale-doit-permettre-de-soigner-plus-facilement-les-m.

27) AFIPA. Baromètre sur le libre accès 2013. Etude quantitative auprès du grand public. Disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20130619160506_Etude_sur_le_libre_acces_en_pharmacie__AFIPA_UPMC__27_mai_2013.pdf.

28) ANSM. Médicaments en accès direct. Informations pour les patients. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Informations-pour-les-patients/(offset)/1.

29) Site *Prescrire.org*. Disponible sur : http://www.prescrire.org/fr/.

30) CSP. Paragraphe 1 : participation à la protection de la santé. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&idSectionTA=LEGISCTA000006198786&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080311
.
31) LAURE P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie* 1998. 53: 127-135.

32) QUENEAU P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine* 2008. 203-206.

33) CULLEN G, KELLY E, MURRAY FE. Patients' knowledge of adverse reactions to current medications. Br J Clin Pharmacol. 2006;62:232-6.

34) CAPUANO A, MOTOLA G, RUSSO F, AVOLIO A, FILIPPELLI A, ROSSI F, et al. Adverse drug events in two emergency departments in Naples, Italy: an observational study. *Pharmacol Res*. 2004;50:631-6.

35) LUCAS C, CHAFFAUT C, ARTAZ MA, LANTERI-MINET M. FRAMIG 2000: medical and therapeutic management of migraine in France. *Cephalalgia*. 2005;25:267-79.

36) MONTASTRUC J.L, BAGHERI H, GERAUD T, LAPEYRE-MESTRE M. Pharmacovigilance de l'automédication. *Thérapie* 1997; 52; 105-110.

37) ANSM. L'Afssaps accompagne la mise à disposition de médicaments devant le comptoir. 2008. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/L-Afssaps-accompagne-la-mise-a-disposition-de-medicaments-devant-le-comptoir/(language)/fre-FR.

38) Ministère des affaires sociale et de la santé. La pharmacovigilance. Sept 2013. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/la-pharmacovigilance.html.

39) ANSM. Pharmacovigilance : organisation de la pharmacovigilance nationale. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/(offset)/0.

40) Ministère des affaires sociales et de la santé. La déclaration des effets indésirables. Sept. 2013. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/la-declaration-des-effets-indesirables.html.

41) Ordre national des pharmaciens. Vente de médicaments sur internet en France. Mars 2014. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-patient/Vente-de-medicaments-sur-Internet-en-France

42) EUROPEAN COMMISSION. Publics Heath. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/human-use/falsified_medicines/index_en.htm#geninf.

43) INSEE. Code officiel géographique. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/.

44) GICQUAND N, SEGUIN S. Découpage en unités urbaines de 2010 dans les Pays de la Loire. Téléchargement des données complémentaires. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=17807.

45) L'Assurance Maladie. Le ticket modérateur. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php.

46) BRIANCON S, GUERIN G. et SANDRIN-BERTHON B. Les maladies chroniques. Septembre 2010. ADSP n°72.

47) TALLEC A, TUFFREEA F. La santé observée dans les Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire. Edition 2012. 238 p.

48) GRARE T. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. L'automédication. Enquête descriptive et comparative du comportement de personnes fréquentant une officine parisienne et une officine vendéenne. Novembre 2011. 138p.

49) JOUAN DE KERVENOAEL M. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Les déterminants de l'automédication. Enquête par entretiens de patients en Loire-Atlantique et en Vendée en 2012. Octobre 2013. 96p.

50) KASSABI-BOROWIEC L, LEVY R, ATLAN P. Automédication : facteurs et modalités de l'automédication en clientèle de médecine générale. La lettre du pharmacologue. Mars-Avril 2002. Volume 16. n°2.

51) LAURE P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. Thérapie 1998; 53: 127-135.

52) RAYNAUD D. Les déterminants du recours à l'automédication. Revue française des affaires sociales. 1 Mars 2008. n°1 (1) : 81-94.

53) LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes ; un essai de typologie. DRESS. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Etudes et Résultats n°315. Juin 2004.

54) VONS J. Mythologie et médecine. Sciences humaines et médecine. Ellipses Marketing. 8 Novembre 2008.

55) LOUX F. La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche). Anthropologie et Sociétés, 1990. vol. 14, n° 1, p. 83-92. Disponible sur : http://www.erudit.org/revue/as/1990/v14/n1/015113ar.pdf.

56) SAILLANT F. Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. Recherches féministes. 1991. vol.4, n°1, p.11-29. Disponible sur : http://www.erudit.org/revue/rf/1991/v4/n1/057627ar.pdf.

57) RIEG C. Etudes Pays de la Loire n°61. Septembre 2007. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes61.pdf.

58) ALLONIER C, DOURGNON P, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2006. IRDES. Rapport n°540 (biblio n°1701).

59) LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Synthèse de données disponibles. Question d'économie de la santé n°144. Juillet 2009. Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf.

60) CLERZAU A, MEREAU B. Un médecin généraliste sur deux à remplacer dans les dix ans à venir : un défi pour la région Centre. 2013. Disponible sur : http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=21&ref_id=20142#i1.

61) SAVARY F, ROGER M-A . Les médecins généralistes sont-ils assez nombreux dans la région (Pays de la Loire) ? 2012. Disponible sur : http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/offre_generalistes.pdf.

62) INSEE. Tableaux de l'économie française : natalité-fécondité. Edition 2013. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3811.

63) VILLUNEUVE-GOKALP C. Les jeunes partent toujours au même âge de chez leurs parents. Economie et statistiques n°337-338. 2000- 7/8. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES337C.pdf.

64) CDC (Center for Disease Control and Prevention). Chronic Diseases and Health Promotion. August 13, 2012. Disponible sur : http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/.

65) CDC. The power of Prevention. Chronic disease...the public health challenge of the 21st century. 2009. Disponible sur : http://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/2009-power-of-prevention.pdf.

66) CDC. Chronic diseases. The Power to Prevent, The Call to control : At a Glance 2009. December 17, 2009. Disponible sur : http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/chronic.htm.

67) OMS (Organisation mondiale de la santé). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001. Disponible sur : http://dcalin.fr/fichiers/cif.pdf.

68) Haut Conseil de santé publique. Rapport « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique ». Novembre 2009.

69) ALLONIER C, DOURGNON P, ROCHEREAU T. IRDES. Enquête sur la santé et la protection sociale. Rapport n°540 (biblio n°1701). Avril 2008. 240p.

70) Assemblée nationale. N°1412. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014. Article 37. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1412.asp.

71) ONP. Le journal de l'Ordre national des pharmaciens N°30. Novembre 2013. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Le-journal.

72) BRIER T, BREYFUS M, NAZON A. Les déterminants à l'achat de médicaments d'automédication. 2012. Disponible sur : http://www.afipa.org/fichiers/20130930102608_Determinants_a_lachat_de_medicaments_da utomedication__2012.pdf.

73) CHARBONNIER A. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. L'automédication chez le sujet âgé : enquête auprès de personnes âgées et de pharmaciens d'officine, dans le Nord-Ouest de la France. Février 2013. 97p.

74) GILLON R. Autonomy and the principle of respect for autonomy. Br Med J Clin Res Ed 1985; 290 (6484):1806.

75) FAINZANG S. L'automédication ou ses mirages de l'autonomie. Presses universitaires de France (PUF). 2012.

76) HAS. Recommandations en santé publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Mars 2010. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_ carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf.

77) ONP. Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2012. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens.

78) Site officiel de l'administration française. Conditions d'ouverture d'une pharmacie. Disponible sur : http://vosdroits.service-public.fr/professionnelsentreprises/F13777.xhtml#N10071.

79) ONP. Pharmacien titulaire d'officine. 2013. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Pharmacie/Pharmacien-titulaire-d-officine.

80) CESPHARM. Education et prévention pour la santé. Ordre national des pharmaciens. Rôle du pharmacien. Disponible sur : http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien.

81) Ministère des affaires sociale et de la santé. Marisol Touraine opposée à la vente de médicaments en grande surface. Sept 2013. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-opposee-a-la-vente-de-medicaments-en-grandes-surfaces,14464.html.

82) LEEM. Médicaments homéopathiques : quelle place ont-ils en France ? Juillet 2012. Disponible sur : http://www.leem.org/article/medicaments-homeopathiques-quelle-place-ont-ils-en-france.

GLOSSAIRE

ADSP (Actualité et dossier en santé Publique) : ADSP est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). ADSP est diffusé par la Documentation française.

AFIPA (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable) : l'AFIPA représente les industriels qui produisent et commercialisent des produits de santé disponibles en pharmacie sans ordonnance (médicaments, dispositifs médicaux et compléments alimentaires d'automédication).

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) : l'ANSM s'est substituée le 1er mai 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps) dont elle a repris les missions, droits et obligations. Elle a été dotée de responsabilités et de missions nouvelles, de pouvoirs et de moyens renforcés.

L'ANSM est un établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Elle possède deux missions centrale : offrir un accès équitable à l'innovation pour tous les patients et garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à leur surveillance après autorisation de mise sur le marché. Ses compétences s'appliquent aux médicaments, aux produits biologiques, aux dispositifs médicaux, aux produits cosmétiques et de tatouages ainsi qu'à d'autres produits de santé tels que les biocides ainsi que les produits diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

Asthénie : l'asthénie est un terme souvent utilisé pour exprimer une fatigue physique. Il s'agit plus précisément d'une dégradation de l'état général entrainant une faiblesse généralisée de l'organisme.

Automédication : l'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées (source : OMS année 2000).

CDC (Center for disease control and prevention) : le CDC est une agence du gouvernement américain chargée de la prévention, de l'étude et du contrôle des maladies (centre épidémiologique).

CELTIPHARM : celtipharm.com est une société d'information, de services et de commercialisation par internet, dédiée exclusivement aux pharmaciens d'officine et aux professionnels de la santé. C'est une place de marché mettant en relation le pharmacien et les laboratoires. Ce site propose également des informations destinées aux pharmaciens et aux

vétérinaires : ressources scientifiques, espace social et juridique, petites annonces, banque de CV, agenda, newsletter, forums, etc.

CMU (Couverture maladie universelle) : la CMU de base facilite l'accès aux soins et le remboursement des soins à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU de base est une protection maladie obligatoire. La CMU complémentaire est une protection complémentaire qui, comme une mutuelle, la complète mais ne la remplace pas.

CNLE (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) : il comprend des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales et des autres personnes morales de droit public ou privé concourant à l'inclusion sociale et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Sa composition ainsi que les conditions de la désignation, par le Premier ministre, de ses membres et de son président sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Délistage ou « switch » : procédure réglementaire mise en œuvre par un laboratoire pharmaceutique auprès des autorités d'enregistrement des médicaments qui consiste à faire sortir un principe actif de la liste de prescription médicale obligatoire. Ce médicament rentre alors dans la catégorie des médicaments disponibles sans ordonnance.

Déremboursement : procédure réglementaire initiée par le laboratoire pharmaceutique et plus généralement par le CEPS (Comité économique des produits de santé) qui consiste à annuler l'accès au remboursement d'un médicament.

DP (Dossier pharmaceutique) : le dossier pharmaceutique est un dossier informatique, créé et consulté par le pharmacien, avec l'accord de son patient. Il recense les médicaments délivrés au patient au cours des 4 derniers mois ainsi que les traitements et prises en cours. Les médicaments figurant sur le dossier peuvent avoir été prescrits par un médecin ou avoir été achetés librement par le patient. Le pharmacien peut ainsi contrôler d'éventuels risques de contre-indications et conseiller le patient.

DREES (Direction de la recherche, des études, et de l'évaluation et des statistiques) : il s'agit d'une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle agit sous la tutelle du Ministère de l'économie et des finances, du Ministère des affaires sociales et de la santé, du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. La DREES fait partie du service statistique public : sa vocation est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

Euros constants : les euros constants sont les euros en valeur réelle c'est-à-dire corrigés de la hausse des prix par rapport à une donnée de base. Le principe du calcul des euros constants est de réaliser un calcul en retirant la hausse des prix. Exemple : on note une augmentation

des prix de seulement 4,4 % en OTC et 3,0 % en PMF non remboursable contre une inflation qui elle a augmenté de 7,7 % : on parle donc d'une baisse de prix en euros constants (et donc une augmentation en euros courants).

FSE (Feuille de soins électronique) : la feuille de soins est un document administratif (papier ou numérique (=électronique)) servant de preuve d'un acte médical accompli. Ce document consiste en la preuve comptable de facturation et doit être expédié à la Sécurité sociale dont le patient dépend.

HAS (Haute autorité de santé) : la HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge.

HCSP (Haut Conseil de la santé publique) : il s'agit d'une instance d'expertise qui reprend en les élargissant les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de la santé publique. Ses missions sont les suivantes :

- contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel,
- fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire,
- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) : cet institut est chargé de la production, de l'analyse et de la publication des statistiques officielles en France : comptabilité nationale annuelle et trimestrielle, évaluation de la démographie nationale, du taux de chômage, etc. Il constitue une direction générale du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (MINEFI).

INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) : créé en 1964, il s'agit d'un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche.

IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) : producteur de données et d'analyses en économie de la santé, l'IRDES a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé français. Multidisciplinaire, l'équipe de l'IRDES observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique,

géographique... La mise à disposition de l'information ainsi que la formation font également partie de ses missions. Les chercheurs de l'IRDES établissent des relations privilégiées avec de nombreux partenaires dans les milieux scientifiques, médicaux, universitaires et administratifs comme l'INSEE, la DREES, les caisses d'Assurance Maladie, la Mutualité française.

LEEM (Les entreprises du médicament) : le LEEM regroupe les entreprises du secteur de l'industrie pharmaceutique en France. Créé il y a plus de 130 ans, le LEEM compte aujourd'hui près de 270 entreprises adhérentes, qui réalisent près de 98 % du chiffre d'affaires total du médicament en France.

Parmi les missions du LEEM, figurent l'élaboration et le respect de la déontologie des pratiques professionnelles de l'industrie pharmaceutique. Elle s'assure donc du bon respect des règles d'éthique de la profession et de la conformité des entreprises du médicament aux dispositions des codes de bonne conduite.

Libre accès : mesure mise en œuvre depuis le 1er juillet 2008 permettant aux pharmaciens de mettre à disposition de leurs patients des médicaments de PMF, dont la liste est établie par l'ANSM, dans un espace réservé, clairement identifié et situé à proximité immédiate du comptoir dans leurs officines.

Liste : le Code de la santé publique établit en France un système de listes (liste I, II, stupéfiants) sur lesquelles les principes actifs sont inscrits.

MDL (Marge dégressive lissée) : les marges des pharmaciens sont fixées conjointement par les ministres chargés des finances, de la santé et de la Sécurité sociale. Jusqu'en 1989, la marge était fixe et proportionnelle au prix producteur.
Depuis le 1er mars 1990, la marge est dégressive : le taux de marge diminue quand le prix producteur augmente. Depuis le 1er janvier 2000, à la suite au passage à l'euro, le système de rémunération du pharmacien est composé d'un forfait par boîte de 0,53 € et d'une marge à deux tranches : 0-22,90 € : 26,10 %, au delà : 10,0 %. Le nouvel arrêté du 3 mars 2008 fixe trois tranches : 0-22,90 € : 26,10 %, 22,90-150 € : 10 % et au delà : 6 %.

Médicaments de médication officinale (ou familiale) : ensemble des médicaments de prescription médicale facultative (PMF) que le pharmacien peut conseiller à ses patients.

Médicament éthique : ensemble des médicaments de prescription médicale obligatoire (PMO) remboursables.

Médicament semi-éthique : ensemble des médicaments de prescription médicale facultative (PMF) qui sont remboursables (s'ils ont été prescrits par un médecin).

Mètre linéaire : le mètre linéaire est l'unité de mesure utilisée pour mesurer le linéaire développé d'un rayon ou d'un point de vente. Autrement dit il s'agit de la longueur (en mètre) des rayonnages d'un point de vente où sont stockés/exposés les produits destinés à la vente.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) : l'OCDE a, en 1961, succédé à l'Organisation européenne de coopération économique (OECE), fondée en 1948 pour gérer l'aide américaine d'après-guerre (plan Marshall). Elle siège à Paris. L'OCDE regroupe plus d'une trentaine de pays : toute l'Europe occidentale et l'Amérique du nord, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Corée et, depuis 1995 et 1996, certains pays d'Europe centrale (République tchèque, Hongrie, Pologne) et, depuis 2010 le Chili, la Slovénie, Israël, et l'Estonie. L'OCDE est le principal rassembleur de statistiques sur les pays développés.

OCP (Offre commerciale pharmaceutique) : il s'agit d'un organisme de distribution pharmaceutique. La mission des répartiteurs pharmaceutiques est, depuis 1945, date de la création de leur statut, d'assurer l'approvisionnement régulier des pharmacies en médicaments partout en France et à des conditions identiques pour garantir à chaque citoyen l'accès aux soins.

ONU (Organisation des Nations unies) : il s'agit d'une organisation internationale constituée par les Etats qui ont accepté de remplir les obligations prévues par la Charte des Nations unies en vue de sauvegarder la paix et la sécurité et d'instituer entre les nations une coopération économique, sociale et culturelle.

OTC (Over the counter) : le terme OTC a longtemps désigné à tort les médicaments disponibles en pharmacie sans ordonnance, soit par demande spontanée soit après conseil du pharmacien. Cette abréviation provient de l'anglais « Over the counter » qui signifie en français « devant le comptoir ». Au Royaume Unis par exemple, certaines spécialités, sont, depuis longtemps, directement accessibles aux clients des pharmacies devant le comptoir. En France, les pharmaciens peuvent commercialiser des spécialités en libre accès dans les officines, depuis le 1er juillet 2008.

PMF (Prescription Médicale Facultative) : statut d'un médicament qui autorise le pharmacien à délivrer ce médicament sans prescription médicale.

PMO (Prescription Médicale Obligatoire) : sous ce statut, un médicament n'est délivré au patient par le pharmacien que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Questions à choix multiples et à réponse unique : l'interviewé doit choisir une réponse parmi un choix supérieur à 2 modalités.

Questions à choix multiples et à réponses multiples : l'interviewé peut choisir une ou plusieurs réponses parmi un choix supérieur à 2 modalités.

Questions dichotomiques : questions fermées pour lesquelles le choix du répondant se résume à deux possibilités (le plus souvent oui/non).

Questions fermées : questions pour lesquelles on impose à l'interviewé la forme et un nombre limité de réponses possibles.

Relistage : c'est lorsqu'un médicament passe du statut non-listé à un statut de médicament listé. Les médicaments listés ne sont accessibles que sur prescription médicale.

SMR (Service médical rendu) : le niveau de service médical rendu par une spécialité médicale détermine son degré de prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.
Le service médical rendu est un critère qui prend en compte plusieurs aspects : d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ; d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée (efficacité et effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques, et intérêt pour la santé publique. En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis :

- SMR majeur ou important ;
- SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ;
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité.

Le SMR d'un médicament est mesuré à un moment donné. Il peut évoluer dans le temps et son évaluation peut se modifier, notamment lorsque des données nouvelles sur lesquelles son appréciation se fonde sont produites, ou lorsque des alternatives plus efficaces apparaissent.

ANNEXES

Annexe 1 - Fiche CERFA de déclaration d'effet indésirable à la Pharmacovigilance

Annexe 2 - Questionnaire administré aux patients

Annexe 3 - Questionnaire (dit « interne ») administré aux pharmaciens

Annexe 4 - Modalités de réalisation du questionnaire

Annexe 5 - Classification CISP

ANNEXE 1

Fiche CERFA de déclaration d'effet indésirable

Imprimer le formulaire

Réinitialiser le formulaire

Transmettre

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT MENTIONNÉ À L'ART. R.5121-150 du Code de la Santé Publique

cerfa
N° 10011*04

*Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) et à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm). Conformément aux articles 34 et 38 à 43 de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le CRPV veillera à préserver la confidentialité des données mentionnées sur cette déclaration en les anonymisant**. Par ailleurs, le patient dispose d'un droit d'accès auprès du CRPV, lui permettant d'avoir connaissance de la totalité des informations saisies le concernant et de corriger d'éventuelles données inexactes, incomplètes ou équivoques.*

DÉCLARATION À ADRESSER AU CRPV DONT VOUS DEPENDEZ GÉOGRAPHIQUEMENT

Saisir les deux chiffres du département (ex : 01)

Patient traité

Nom (3 premières lettres) ☐☐☐

Prénom (première lettre) ☐

Sexe ☐ F ☐ M

Poids ☐ kg Taille ☐ m

Date de Naissance

Jour mois année

Ou

Age ☐ ans

Si la déclaration concerne un nouveau-né, les médicaments ont été reçus :

☐ par le nouveau-né
- ☐ directement
- ☐ via l'allaitement

☐ par la mère durant la grossesse lors du ☐ *trimestre(s)*
si disponible, indiquer la date des dernières règles

☐ par le père

Identification du professionnel de santé et coordonnées (code postal)

Antécédents du patient / Facteurs ayant pu favoriser la survenue de l'effet indésirable

	Médicament	Voie d'administration	Posologie	Début d'utilisation	Fin d'utilisation	Indication Préciser si ATU ou RTU le cas échéant
1						
2						
3						
4						
5						
6						

En cas d'administration de médicament(s) biologique(s) par exemple **médicament dérivé du sang ou vaccin**, indiquer leurs numéros de lot

Service hospitalier dans lequel le produit a été administré

Pharmacie qui a délivré le produit

En cas d'administration associée de **produits sanguins labiles** *préciser leurs dénominations ainsi que leurs numéros de lot*

Déclaration d'hémovigilance : oui ☐ non ☐

Effet

Département de survenue ☐☐

Date de survenue

Jour mois année

Durée de l'effet ☐ ans

Nature et description de l'effet :
Utiliser le cadre ci-après

Gravité

- ☐ **Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation**
- ☐ **Incapacité ou invalidité permanente**
- ☐ **Mise en jeu du pronostic vital**
- ☐ **Décès**
- ☐ **Anomalie ou malformation congénitale**
- ☐ **Autre situation médicale grave**
- ☐ **Non grave**

Evolution

- ☐ **Guérison**
  - ☐ sans séquelle
  - ☐ avec séquelles
  - ☐ en cours
- ☐ **Sujet non encore rétabli**
- ☐ **Décès**
  - ☐ dû à l'effet
  - ☐ auquel l'effet a pu contribuer
  - ☐ sans rapport avec l'effet
- ☐ **Inconnue**

Description de l'effet indésirable

Bien préciser la chronologie et l'évolution des troubles cliniques et biologiques avec les dates, par exemple :
- après la survenue de l'effet indésirable, si un (ou plusieurs) médicament(s) ont été arrêtés (préciser lesquels)
- s'il y a eu disparition de l'effet après arrêt du (ou des) médicament(s) (préciser lesquels)
- si un ou plusieurs médicaments ont été réintroduit(s) (préciser lesquels) avec l'évolution de l'effet indésirable après réintroduction.

Joindre une copie des pièces médicales disponibles (résultats d'examens biologiques, comptes rendus d'hospitalisation etc ...)

Le cas échéant, préciser les conditions de survenue de l'effet indésirable (conditions normales d'utilisation, erreur médicamenteuse, surdosage, mésusage, abus, effet indésirable lié à une exposition professionnelle).

Les 31 Centres régionaux de pharmacovigilance sont à votre disposition pour toutes informations complémentaires sur le médicament, ses effets indésirables, son utilisation et son bon usage.

ANNEXE 2

Questionnaire administré aux patients

UFR de Médecine : Département de Médecine Générale

UFR de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques :
Pharmacie Clinique et Santé Publique

ENQUETE : AUTOMEDICATION

I. Caractéristiques sociodémographiques

1) Sexe : O Masculin O Féminin

2) Quel âge avez vous ? .....

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

4) a) Quelle est votre situation familiale ?
O Célibataire O Pacsé(e)
O Marié(e) O En concubinage
O Veuf(ve)

b) Vous vivez :
O Seul(e) O Seul(e) avec enfant
O En couple sans enfant O Autre : .....
O En couple avec enfant

5) Quel est votre type de couverture sociale ?
O Régime général (CPAM, MGEN, MSA, RSI...)
O Assurance maladie étudiante (SMEBA, LMDE...)
O Autre (CMU, AME...) : .....

6) Avez-vous une assurance complémentaire santé (= mutuelle) ?
O Oui O Non
Actuellement, certaines complémentaires prennent en charge des produits non remboursés (avec ou sans ordonnance), votre complémentaire en fait-elle partie ?
O Oui O Non O Ne sait pas
Si oui, quel est le plafond de ce remboursement (par an) ? ..... (noter si "ne sait pas")

7) Quelle est votre profession ? .....
Si sans profession, êtes-vous : O Chômeur O Etudiant
O Retraité O Autre : .....

II. Automédication du jour présent :

8) Il s'agit d'une demande : O D'automédication O De médication officinale

9) S'agit-il d'automédication préventive ou en réponse à un problème de santé présent aujourd'hui ? O Préventif O Curatif

10) Pour traiter quel(s) symptôme(s)/pathologie(s) utilisez-vous ce(s) médicament(s) ?
1).....4).....
2).....5).....
3).....6).....

11) Quel(s) est (sont) le (ou les) médicament(s) acheté(s) ?
1).....4).....
2).....5).....
3).....6).....

12) A qui est destiné ce médicament ? (plusieurs réponses possibles)
O A vous-même O A un autre adulte
O A un enfant O A une personne âgée (+ de 65 ans)
O A une femme enceinte O Autre : .....

13) Avant de venir à la pharmacie, avez-vous déjà utilisé des médicaments pris notamment dans l'armoire à pharmacie familiale ?
O Oui O Non → passer à la question 15
-> Si oui, quel(s) médicament(s) : .....

14) Concernant ce(s) dernier(s) médicament(s) pris dans l'armoire à pharmacie, vous l'(les) avez obtenu(s) : (plusieurs réponses possibles)

O Lors d'une précédente automédication
O Sur conseil de votre pharmacien
O Sur prescription médicale
O Autre : .....
O Vous ne savez plus

15) Aujourd'hui, pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi <u>ce médicament-là</u> dans le rayon libre accès (<u>hors cas de médication officinale</u>) ? (plusieurs réponses possibles)

O Parce qu'il est moins coûteux
O Vous en avez entendu parler sur internet
O Pour son prix élevé gage de qualité
O Vous l'avez déjà pris
O Pour son principe actif
O Vous avez vu une publicité
O Parce que vous êtes attaché à son nom
→ Si oui, où ? .....
O Parce qu'il a l'air sérieux
O Autre : .....
O Une personne vous l'a conseillé → qui ? .....

16) Pour quelle(s) raison(s) venez-vous dans <u>cette officine</u> ? (plusieurs réponses possibles)

O Vous venez toujours ici
O C'est l'officine la plus proche de chez vous
O Parce que les prix sont attractifs
O Parce qu'il y a un rayon libre accès
O Pour les conseils de votre pharmacien
O Autre : .....
O Elle est située près d'un lieu que vous fréquentez souvent (courses, travail, loisirs...)

17) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous recours à l'automédication ou à la médication officinale aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)

O Selon vous, la pathologie dont vous (ou l'autre personne) souffrez est bénigne
O Rendre visite à votre médecin vous (ou lui) est impossible. Si oui, précisez la (les) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)
- O le cabinet médical est situé trop loin
- O votre médecin n'est pas disponible
- O vous (ou l'autre personne) n'avez pas d'argent pour la consultation
- O vous (ou l'autre personne) ne pouvez pas vous arrêter de travailler
- O vous (ou l'autre personne) n'avez pas le temps de consulter votre médecin

O Vous (ou l'autre personne) estimez que la façon dont vous (elle) utilisez le médicament ne présente aucun risque
O Pour être soulagé rapidement
O Vous considérez que les conseils de votre pharmacien vous assurent une utilisation de ces médicaments en toute sécurité
O Autre : .....

18) Selon vous, ce (ou ces) médicament(s) d'automédication peu(ven)t-il(s) interagir avec un traitement en cours (si la personne concernée en a un) ?

O Oui O Non O Ne sait pas

19) La personne à qui est (sont) destiné(s) ce(s) médicament(s) souffre-t-elle d'un (ou plusieurs) problème(s) de santé nécessitant un traitement chronique ?

O Oui O Non O Ne sait pas

- **Est-elle enceinte ou allaite-t-elle ?** O Oui O Non O Ne sait pas
- **Est-elle allergique à un médicament ?** O Oui O Non O Ne sait pas

20) Pour quelle(s) raison(s) allez-vous arrêter de vous soigner par vous-même et décider de consulter votre médecin ? (plusieurs réponses possibles)

O Votre état de santé (ou celui de l'autre personne) s'aggrave
O Votre pathologie (ou celle de l'autre personne) dure depuis trop longtemps
O Pour avoir un arrêt de travail
O Autre : .....

Nom de la pharmacie : *……*

Questionnaire réalisé par :

O un étudiant ***O un pharmacien*** ***O un préparateur***

ANNEXE 3

Questionnaire (dit « interne ») administré aux pharmaciens

UNIVERSITÉ DE NANTES

UFR de Médecine : Département de Médecine Générale

UFR de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques : Pharmacie Clinique et Santé Publique

ENQUETE AUTOMEDICATION : questionnaire interne à l'officine

Ville : ..... Nom de la Pharmacie : .....

A. Caractéristiques de la pharmacie :

1) Nombre moyen de clients par jour : ……
2) Nombre moyen de dossiers FSE par jour : ……
3) Nombre d'employés : ……
   - nombre de préparateurs : .....
   - nombre de pharmaciens employés : .....
   - autres (conditionneuse, femme de ménage, étudiant en pharmacie) (préciser) : .....

.....
4) Nombre de titulaires : .....
5) Date de l'installation du titulaire : ……
6) Quel est le nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine ? ……
   a. Quelle est la plage horaire par jour ? ……
   b. Quels jours de la semaine est ouverte la pharmacie ? .....
7) Y a-t-il un espace « libre accès » dans votre officine ? (Libre accès : espace où le patient peut se servir lui-même en médicaments -cela ne concerne pas la parapharmacie.)

   O Oui

   O Non
8) Nombre de mètres linéaires destinés à cet espace libre accès : .....

B. L'environnement de la pharmacie :

9) L'officine est une :

   O officine de centre ville O officine de quartier

   O officine de centre commercial O officine rurale

10) L'officine la plus proche se trouve à : .....(m ou km) (ou distance de la ville voisine si pas d'autre officine)

11) Le médecin généraliste le plus proche se trouve à : .....(m ou km) (ou distance de la ville voisine si pas de cabinet médical)

C. Concernant la population :

12) Si vous avez répondu OUI à la question 7, avez-vous constaté une augmentation des ventes des médicaments en automédication (ne concerne donc pas la médication officinale) ?

   O Oui O Non

13) Selon votre expérience, qu'est-ce qui guide le choix des clients ayant recours à l'automédication :
   - Le nom du laboratoire ? O Oui O Non
   - Le nom de gamme ombrelle? O Oui O Non
   - Le nom de spécialité ? O Oui O Non
   - Le nom du principe actif ? O Oui O Non

Remarque : ces informations resteront confidentielles et sont très importantes pour l'analyse des résultats obtenus.

ANNEXE 4

Modalités de réalisation du questionnaire

UNIVERSITÉ DE NANTES

UFR de Médecine : Département de Médecine Générale

UFR de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques : Pharmacie Clinique et Santé Publique

ENQUETE : AUTOMEDICATION

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire afin d'effectuer un état des lieux des pratiques en terme d'automédication dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.
Ce projet s'inscrit dans un projet de recherche et associe pharmaciens, médecins, sociologues et géographes de l'Université de Nantes.

Afin que mon étude soit la plus représentative possible, j'ai besoin d'un maximum de questionnaires renseignés. C'est pour cette raison que je m'adresse à vous. Je souhaiterais obtenir **environ 50 questionnaires par pharmacie**. Cinquante pharmacies environ sont sollicitées.

La période durant laquelle le questionnaire devra être réalisé s'étend du **11 Février au 8 Avril 2013** (soit 8 semaines).

Afin de bien délimiter le sujet, voici la définition de l'automédication : "*l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens.*"

A) MODALITES DE REALISATION DU QUESTIONNAIRE :

- Ce questionnaire peut être renseigné par tout le personnel de l'officine (il faudra juste préciser à la dernière question qui l'a renseignée): pharmacien, étudiant ou préparateur en pharmacie.
- Il doit être proposé à toutes les personnes s'adressant à vous à l'officine, sans aucune sélection.
- Il ne concerne que les médicaments, en accès libre ou non.
- Il peut donc être réalisé lors d'**un achat spontané en libre accès** ou lorsque l'on s'adresse à vous pour de la **médication officinale** (il faudra juste le préciser à la question 8).

Exemples : vous proposez le questionnaire lorsque :

1) la personne s'approvisionne dans le rayon libre accès et vous apporte le médicament,

2) la personne vous demande un médicament (X) précis "bonjour, je souhaiterais une boîte de X".

Dans ces deux cas, il s'agit d'automédication.

3) la personne vous demande : "Bonjour, j'ai un rhume que me conseillez-vous ?"

Dans ce cas, il s'agit de médication officinale.

Le questionnaire pourra donc être proposé dans ces trois cas-là. Il faudra juste préciser au tout début du questionnaire de quel type de demande il s'agit.

- Toutes les pathologies sont concernées (rhume, mycoses, douleurs, coups de soleil...). Ne sélectionnez pas.
- Le questionnaire peut être renseigné lorsqu'il s'agit d'automédication préventive (ex : achat "au cas où"), il vous suffira juste de cocher la case correspondant à la question 9.
- Le questionnaire peut être renseigné lorsqu'il s'agit de médication destinée à la personne elle-même ou à une autre personne (question 12).

B) REALISATION :

1) Vous expliquez le principe du questionnaire :
- étudiante réalisant une thèse ayant pour but d'évaluer les pratiques d'automédication dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.
- but : obtenir le maximum de questionnaires pour une étude la plus représentative possible.
- durée : environ 4 minutes. **(A PRECISER au patient avant de commencer)**

2) La personne accepte de répondre au questionnaire : vous administrez le questionnaire. **(NB : le questionnaire ne peut pas être renseigné par le patient lui-même. Il doit être administré par l'étudiant en stage de 6ème année de Pharmacie, par un pharmacien ou par un préparateur en pharmacie.)**

Afin d'éviter le maximum de biais (notamment liés à la personne administrant le questionnaire), il est nécessaire de ne pas influencer la personne interrogée et de ne pas sélectionner les personnes interrogées. Ceci doit être fait de façon totalement aléatoire.

Si la personne n'arrive pas à répondre à une question : noter à côté "aucune réponse du patient".

C) PRECISIONS CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE :

Question 3 : Précisez le **code postal** si possible.
Question 8 : Question non posée au patient. Vous la renseignez selon la demande du patient.

- Automédication : **il se sert** ou vous **demande un médicament précis** (ex : une boîte de Doliprane®).
- Médication officinale : la personne vous **demande conseil** pour traiter un symptôme ou une pathologie (ex : j'ai mal à la tête, que me conseillez-vous ?).

Question 9 : **L'automédication préventive** correspond au cas où la personne vous répond qu'aujourd'hui elle ne présente aucune pathologie, aucun symptôme mais qu'elle achète ce médicament "au cas où", c'est-à-dire en prévention ou bien lorsqu'elle achète un médicament pour prévenir l'apparition d'une maladie, d'un symptôme.

Questions 15, 16, 17 : **Ces questions sont plutôt longues** et présentent plusieurs réponses possibles. Afin d'être le plus rapide possible et d'éviter l'oubli des propositions de réponses pour la personne interrogée, proposez chacune des réponses et attendez que la personne interrogée vous dise oui ou non.

Question 15 : - Pourquoi celui-là plutôt qu'un autre ? La question n'est posée que s'il s'agit d'automédication.

- Si "une personne vous l'a conseillé", essayez de savoir si cette personne travaille dans le milieu médical.

Questions où plusieurs réponses sont possibles : 12, 14, 15, 16, 17, 20.

J'ai aussi réalisé un questionnaire propre à l'officine afin de mieux connaître l'officine et la population. Les données de ce questionnaire interne resteront strictement confidentielles et seront très importantes pour l'analyse statistique des résultats.
Pour toute autre question ou si vous rencontrez une difficulté, n'hésitez pas à me contacter.

Merci d'avance pour le temps accordé à la réalisation de cette enquête.
Camille HAAS.

ANNEXE 5

Classification CISP

ICPC-2 – French

International Classification of Primary Care – 2nd Edition

Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

-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/cautér/débridation
-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 thérap/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

Général et non spécifié A

A01 Douleur générale/de sites multiples
A02 Frissons
A03 Fièvre
A04 Fatigue/faiblesse générale
A05 Sensation d'être malade
A06 Evanouissement/syncope
A07 Coma
A08 Gonflement
A09 P. de transpiration
A10 Saignement/hémorragie NCA
A11 Douleur thoracique NCA
A13 Préoc. par/peur traitement médical
A16 Nourrisson irritable
A18 Préoc. par son aspect extérieur
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie
A21 Facteur de risque de cancer
A23 Facteur de risque NCA
A25 Peur de la mort, de mourir
A26 Peur du cancer NCA
A27 Peur d'une autre maladie NCA
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA
A29 Autre S/P général
A70 Tuberculose
A71 Rougeole
A72 Varicelle
A73 Paludisme
A74 Rubéole
A75 Mononucléose infectieuse
A76 Autre exanthème viral
A77 autre maladie virale NCA
A78 Autre maladie infectieuse NCA
A79 Cancer NCA
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA
A81 Polytraumatisme/lésions multiples
A82 Effet tardif d'un traumatisme
A84 Intoxication par subst. médicinale
A85 Effet sec. subst. médicinale
A86 Effet toxique subst. non médicinale
A87 Complication de traitement médical
A88 Effet sec. de facteur physique
A89 Effet sec. de matériel prothétique
A90 Anom. congénitale NCA/multiple
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA
A92 Allergie/réaction allergique NCA
A93 Nouveau-né prématuré
A94 Autre morbidité périnatale
A95 Mortalité périnatale
A96 Mort
A97 Pas de maladie
A98 Gestion santé/médecine préventive
A99 Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/immunol. B

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

Syst. Digestif D

D01 Douleur/crampes abdominales gén.
D02 Douleur abdominale/épigastrique
D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac
D04 Douleur rectale/anale
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 Cholécystite/cholélithiase
D99 Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE
SYMPTÔMES ET PLAINTES
INFECTIONS
NÉOPLASMES
TRAUMATISMES
ANOMALIES CONGÉNITALES
AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil F

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 retire
F83 Rétinopathie
F84 Dégénérescence maculaire
F85 Ulcère de la cornée
F86 Trachome
F91 Défaut de réfraction
F92 Cataracte
F93 Glaucome
F94 Cécité
F95 Strabisme
F99 Autre maladie de l'œil/annexes

Oreille H

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

Cardio-vasculaire K

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

Ostéo-articulaire L

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

Neurologique N

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 Paralysie/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 Paralysie faciale/paralysie de Bell
N92 Névralgie du trijumeau
N93 Syndrome du canal carpien
N94 Névrite/neuropathie périphérique
N95 Céphalée de tension
N99 Autre maladie neurologique

Psychologique P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aiguë
P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère
P05 Sensation vieux, comportement sénile
P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel
P09 Préoccupation sur identité sexuelle
P10 Bégaiement, bredouillement, tic
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12 Enurésie
P13 Encoprésie
P15 Alcoolisme chronique
P16 Alcoolisation aiguë
P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament
P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent
P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte
P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique
P70 Démence
P71 Autre psychose organique
P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux
P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide
P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique
P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie
P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire R

R01 Douleur du syst. respiratoire
R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibilance
R04 Autre P. respiratoire
R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis
R07 Congestion nasale, éternuement
R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus
R21 S/P de la gorge
R23 S/P de la voix
R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
R29 Autre S/P respiratoire
R71 Coqueluche
R72 Streptococcie pharyngée
R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
R79 Bronchite chronique
R80 Grippe
R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire
R84 Cancer des bronches, du poumon
R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation
R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Peau S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit
S03 Verrue
S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau
S09 Doigt/orteil infecté
S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau
S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine
S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Eraflure, égratignure, ampoule
S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau
S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau
S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S26 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau
S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
S29 Autre S/P de la peau
S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau
S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau
S76 Autre maladie infectieuse de la peau
S77 Cancer de la peau
S78 Lipome
S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
S80 Kératose actinique/coup de soleil
S81 Hémangiome/lymphangiome
S82 Naevus/naevus pigmentaire
S83 Autre anom. congénitale de la peau
S84 Impétigo
S85 Kyste/fistule pilonidal
S86 Dermatite séborrhéique
S87 Dermatite atopique/eczéma
S88 Dermatite et allergie de contact
S89 Erythème fessier
S90 Pytiriasis rosé
S91 Psoriasis
S92 Maladie des glandes sudoripares
S93 Kyste sébacé
S94 Ongle incarné
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acné
S97 Ulcère chronique de la peau
S98 Urticaire
S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien T

T01 Soif excessive
T02 Appétit excessif
T03 Perte d'appétit
T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
T05 P. d'alimentation de l'adulte
T07 Gain de poids
T08 Perte de poids
T10 Retard de croissance
T11 Déshydratation
T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.
T70 Infection du syst. endocrinien
T71 Cancer de la thyroïde
T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
T78 Canal/kyste thyréoglosse
T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
T81 Goitre
T82 Obésité
T83 Excès pondéral
T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxicose
T86 Hypothyroïdie/myxœdème
T87 Hypoglycémie
T89 Diabète insulino-dépendant
T90 Diabète non insulino-dépendant
T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
T92 Goutte
T93 Trouble du métabolisme des lipides
T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

U01 Dysurie/miction douloureuse
U02 Miction fréquente/impérieuse
U04 Incontinence urinaire
U05 Autre P. de miction
U06 Hématurie
U07 Autre S/P au sujet de l'urine
U08 Rétention d'urine
U13 Autre S/P de la vessie
U14 S/P du rein
U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
U27 Peur d'une autre maladie urinaire
U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
U29 Autre S/P urinaire
U70 Pyélonéphrite/pyélite
U71 Cystite/autre infection urinaire
U72 Urétrite
U75 Cancer du rein
U76 Cancer de la vessie
U77 Autre cancer urinaire
U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79 Autre tumeur indét. urinaire
U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
U85 Anom. congénitale du tractus urinaire
U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
U90 Protéinurie orthostatique
U95 Lithiase urinaire
U98 Analyse urinaire anormale NCA
U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF W

W01 Question de grossesse
W02 Peur d'être enceinte
W03 Saignement pendant la grossesse
W05 Nausée/vomissement de grossesse
W10 Contraception post-coïtale
W11 Contraception orale
W12 Contraception intra-utérine
W13 Stérilisation chez la femme
W14 Autre contraception chez la femme
W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
W17 Saignement du post-partum
W18 Autre S/P du post-partum
W19 S/P du sein/lactation post-partum
W21 Préoc. par modific. image et grossesse
W27 Peur complications de la grossesse
W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
W29 Autre S/P de la grossesse
W70 Infection puerpérale, sepsis
W71 Infection compliquant la grossesse
W72 Tumeur maligne avec grossesse
W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75 Lésion traumat. et grossesse
W76 Anom. congénitale et grossesse
W78 Grossesse
W79 Grossesse non désirée
W80 Grossesse ectopique
W81 Toxémie gravidique
W82 Avortement spontané
W83 Avortement provoqué
W84 Grossesse à haut risque
W85 Diabète gravidique
W90 Acc. non complique, enfant vivant
W91 Acc. non complique, enfant mort
W92 Acc. complique, enfant vivant
W93 Acc. complique, enfant mort
W94 Mastite puerpérale
W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
W96 Autre complication puerpérale
W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein X

X01 Douleur génitale chez la femme
X02 Douleur menstruelle
X03 Douleur intermenstruelle
X04 Rapport sexuel douloureux femme
X05 Menstruation absente/rare
X06 Menstruation excessive
X07 Menstruation irrégulière/fréquente
X08 Saignement intermenstruel
X09 S/P prémenstruel
X10 Ajournement des menstruations
X11 S/P liés a la ménopause
X12 Saignement de la post-ménopause
X13 Saignement post-coïtal femme
X14 Ecoulement vaginal
X15 S/P du vagin
X16 S/P de la vulve
X17 S/P du petit bassin chez la femme
X18 Douleur du sein chez la femme
X19 Tuméfaction/masse du sein femme
X20 S/P du mamelon chez la femme
X21 Autre S/P du sein chez la femme
X22 Préoc. par l'apparence des seins
X23 Peur d'une MST chez la femme
X24 Peur dysfonction sexuelle femme
X25 Peur d'un cancer génital femme
X26 Peur d'un cancer du sein femme
X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
X29 Autre S/P génital chez la femme
X70 Syphilis chez la femme
X71 Gonococcie chez la femme
X72 Candidose génitale chez la femme
X73 Trichomonase génitale femme
X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
X75 Cancer du col de l'utérus
X76 Cancer du sein chez la femme
X77 Autre cancer génital chez la femme
X78 Fibrome utérin
X79 Tumeur bénigne du sein femme
X80 Tumeur bénigne génitale femme
X81 Autre tumeur génitale indét. femme
X82 Lésion traumat. génitale femme
X83 Anom. génitale congénitale femme
X84 Vaginite/vulvite NCA
X85 Maladie du col de l'utérus NCA
X86 Frottis de col anormal
X87 Prolapsus utero-vaginal
X88 Maladie fibrokystique du sein
X89 Syndrome de tension prémenstruelle
X90 Herpes génital chez la femme
X91 Condylome acuminé chez la femme
X92 Infection génitale chlamydia femme
X99 Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

Y01 Douleur du pénis
Y02 Douleur des testicules, du scrotum
Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
Y04 Autre S/P du pénis
Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
Y06 S/P de la prostate
Y07 Impuissance sexuelle NCA
Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
Y13 Stérilisation de l'homme
Y14 Autre PF chez l'homme
Y16 S/P du sein chez l'homme
Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
Y25 Peur d'une MST chez l'homme
Y26 Peur d'un cancer génital homme
Y27 Peur autre maladie génitale homme
Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
Y70 Syphilis chez l'homme
Y71 Gonococcie chez l'homme
Y72 Herpes génital chez l'homme
Y73 Prostatite/vésiculite séminale
Y74 Orchite/épididymite
Y75 Balanite
Y76 Condylome acuminé chez l'homme
Y77 Cancer de la prostate
Y78 Autre cancer génital chez l'homme
Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80 Lésion traumat. génitale homme
Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
Y82 Hypospadias
Y83 Ectopie testiculaire
Y84 Autre anom. congénitale homme
Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
Y86 Hydrocèle
Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Social Z

Z01 Pauvreté/P. économique
Z02 P. d'eau/de nourriture
Z03 P. d'habitat/de voisinage
Z04 P. socioculturel
Z05 P. de travail
Z06 P. de non emploi
Z07 P. d'éducation
Z08 P. de protection sociale
Z09 P. légal
Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
Z11 P. du fait d'être malade/compliance
Z12 P. de relation entre partenaires
Z13 P. de comportement du partenaire
Z14 P. du à la maladie du partenaire
Z15 Perte/décès du partenaire
Z16 P. de relation avec un enfant
Z18 P. du à la maladie d'un enfant
Z19 Perte/décès d'un enfant
Z20 P. relation autre parent/famille
Z21 P. comportem. autre parent/famille
Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
Z23 Perte/décès autre parent/famille
Z24 P. de relation avec un ami
Z25 Agression/évènement nocif NCA
Z27 Peur d'un P. social
Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
Z29 P. social NCA

Abréviations

/	ou
Acc.	Accouchement
Anom	Anomalie
Bén.	Bénin (igne)
CE	Corps étranger
Clén	Généralisé(e)
Incap	Incapacité
Indét	Indéterminé(e)
Loc	Localisé(e)
Mal.	Maladie
MST	Maladie sexuellement transmissible
NCA	Non classé ailleurs
P.	Problème
Préoc	Préoccupé(e)
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
S/P	Symptôme ou plainte
Sec.	Secondaire
Subs	Substance
Syndr	Syndrome
Tum.	Tumeur

Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamoulle

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

Année de la soutenance
2014

Nom - Prénoms : HAAS Camille, Marie

Titre de la thèse : 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.

Résumé de la thèse : L'automédication est le fait d'utiliser, sans prescription médicale, un médicament, quelle qu'en soit son origine. L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer le premier comportement des patients décidant de se soigner suite à l'apparition d'un trouble de santé. Une enquête a été réalisée au sein des officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, à l'aide d'un questionnaire, de février à mai 2013. L'analyse quantitative des données recueillies a été effectuée sur un échantillon de 606 questionnaires. Le profil type de la personne venant se fournir en médicaments sans ordonnance à l'officine est le suivant : féminine, âgée de moins de 50 ans, active et vivant avec des enfants. Dans 1/3 des cas, le patient se présente à l'officine sans aucune idée du médicament qu'il souhaite obtenir et s'adresse directement à son pharmacien et dans 2/3 des cas, il demande un médicament précis à son pharmacien ou le choisit dans un rayon libre accès. 79,3 % des médicaments achetés sont destinés à être utilisés en vue de soulager un trouble de santé actuel et 20,7 % des médicaments sont achetés à titre préventif. Parmi les patients achetant des médicaments en vue de soulager un trouble de santé présent le jour de l'achat, 52,2 % déclarent avoir utilisé des médicaments pris notamment dans leur armoire à pharmacie avant de venir à la pharmacie. Ces médicaments achetés sans ordonnance sont majoritairement destinés à soulager des troubles respiratoires, digestifs ainsi que des douleurs. Les principales motivations des patients qui achètent des médicaments de médication officinale sont le gain de temps, la bénignité des maux et des médicaments achetés ainsi que la pratique jugée sécurisée et encadrée par le pharmacien d'officine. Cet encadrement de la délivrance des médicaments obtenus sans ordonnance par le pharmacien d'officine apparaît comme un facteur essentiel du recours à l'achat de ces médicaments.

MOTS CLES : AUTOMEDICATION - MEDICATION OFFICINALE - ARMOIRE A PHARMACIE

JURY

PRESIDENT :	**M. Jean-Michel ROBERT, Professeur de Chimie organique** **Faculté de Pharmacie de Nantes**
ASSESSEURS :	**M. Laurent BRUTUS, Docteur en médecine** **Faculté de Pharmacie de Nantes** **M. Christophe LEPAGE, Docteur en pharmacie** **Place de l'Eglise 44470 CARQUEFOU**

Adresse de l'auteur : Mme Camille HAAS
21 chemin des vignes
44240 SUCE SUR ERDRE