

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 043

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

par

Mailys JOUAN DE KERVENOAEL

Née le 22/02/1984 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2013

LES DETERMINANTS DE L'AUTOMEDICATION

**Enquête par entretiens de patients en Loire Atlantique et en
Vendée en 2012.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Co-directrice de thèse : Madame le Professeur Véronique GUIENNE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Madame le Professeur Pascale JOLLIET

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles POTEL,

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

A Madame le Professeur Pascale JOLLIET

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, soyez assurée de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Merci de participer à ce jury et pour tes précieux conseils de méthodologie.

A Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Merci pour tes nombreuses relectures, tes conseils, tes critiques et ta disponibilité. Tu m'as guidé dans ce travail de recherche et dans l'aventure de l'automédication.

A Madame le Professeur Véronique GUIENNE

Merci pour ta relecture attentive et ta disponibilité. Merci pour ton encadrement dans mon initiation à la sociologie.

Aux patients interviewés

Aux externes de DCEM 3 de 2012

A ma famille

Mes parents, Loïc, Myriam, Claire et Alix, Pierrick et Caro et tous les autres.

A mes amis

Abi (pour ton soutien et ton écoute pendant ces 5 années de rire à Nantes et en Amérique du sud), Aurélie P. (pour ton soutien et tes « drôleries »), Mathieu, Anne-Claire (Ricardo) et Vincent, Anne-So et Richard, Elodie, Aurélie L., Anne-So T. (les rattrapages de septembre sont terminés), Litchi (pour ton humour à froid), Tatiana Thierry et Thibault, Elise Poops et Hugo (pour mon squatte aux pauses déjeuner), Nico Manue et Constant, Antoine, Aude, Nico et Perrine, Edouard et Marine, Ellen and co, Elena, et tous les autres...

A Guillaume...

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WMA: World Medical Association

WSMI: World Safe Medication Industry

CHPA : Consumer Healthcare Product Association

AESGP : Association Européenne des Spécialités Grands Publics

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour l'Automédication

PMO : Prescription Médicale Obligatoire

PMF : Prescription Médicale Facultative

OTC : Over the Counter Medication

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

SMR : Service Médical Rendu

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

HAS : Haute Autorité de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques

INSEE : Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques

DMG : Département de Médecine Générale

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

EBM: Evidence Based Medicine

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Sommaire

1	Introduction.....	6
1.1	Contexte.....	6
1.1.1	Définition.....	6
1.1.2	Contexte européen.....	6
1.1.3	Qu'en est-il de la France ?.....	7
1.2	Objectif de l'étude.....	11
1.3	Hypothèses.....	12
2	Méthodes.....	15
2.1	Type d'étude.....	15
2.2	Implication du chercheur.....	15
2.3	Recueil des données.....	15
2.3.1	Entretiens par les externes.....	15
2.3.2	Entretiens complémentaires.....	18
2.4	Transcription et analyse des données.....	19
2.4.1	Préanalyse.....	19
2.4.2	Exploitation du matériel.....	19
2.4.3	Traitement et interprétation des données.....	19
3	Résultats.....	20
3.1	L'autonomie du patient conditionne l'automédication ?.....	20
3.1.1	Autonomie par expérience de la maladie.....	20
3.1.2	Autonomie par confiance dans sa capacité à agir pour le soin.....	23
3.2	Les caractéristiques du patient influencent l'automédication.....	24
3.2.1	Age.....	24
3.2.2	Sexe.....	25
3.2.3	Profession.....	26
3.2.4	Histoire personnelle.....	28
3.2.5	Rapport aux médecines traditionnelles.....	28
3.2.6	Les croyances.....	29
3.3	La représentation de la maladie influence le recours à l'automédication.....	29
3.3.1	La « maladie bénigne » : c'est pour celle là que le patient a recours à l'automédication.	29
3.3.2	La maladie grave, sévère, maligne.....	31
3.4	Confiance accordée au corps médical et essor des médecines non-conventionnelles.	
	32	
3.4.1	Crise de confiance dans la médecine conventionnelle.....	33
3.4.2	Place des médecines non conventionnelles.....	36

3.5	Automédication et accès aux soins, enjeu de rapidité, d'efficacité et de productivité.	
	38	
3.5.1	<i>Existe-t-il un problème d'accès au soin primaire ?</i>	38
3.5.2	<i>Il existe plutôt une exigence d'une rapidité de prise en charge et de résultat</i>	41
3.5.3	<i>Garantir avant tout une productivité</i>	42
4	Discussion	44
4.1	Validité interne de l'étude : discussion de la méthode	44
4.1.1	<i>Type d'étude</i>	44
4.1.2	<i>Lieux de l'enquête</i>	44
4.1.3	<i>Population</i>	45
4.1.4	<i>Les enquêteurs</i>	45
4.1.5	<i>Modalités de recueil des données</i>	46
4.1.6	<i>Analyse des données</i>	47
4.2	Validité externe de l'étude : discussion des résultats	47
4.2.1	<i>L'automédication est-elle synonyme d'autonomie dans le soin ?</i>	47
4.2.2	<i>L'automédication : une pratique genrée</i>	52
4.2.3	<i>Le recours à l'automédication dépend de la représentation que se fait le patient de sa maladie</i>	57
4.2.4	<i>Crise de confiance dans la médecine traditionnelle et essor des médecines non conventionnelles</i> 61	
4.2.5	<i>Pour garantir une productivité, le patient répond à un délai d'accès aux soins primaires jugé trop long par le recours à l'automédication.</i>	67
5	Conclusion	71
	Bibliographie	73
	Annexe 1 : Guide pour les entretiens des externes	80
	Annexe 2 : tableau descriptif des résultats	81
	Annexe 3 : L'autonomie du patient conditionne l'automédication	86
	Annexe 4 : Confiance accordée au corps médical et essor des médecines non conventionnelles	90
	Annexe 5 : Automédication et accès aux soins, enjeu de rapidité, d'efficacité et de productivité	92
	Annexe 6	95
	Résumé	96

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Définition

Selon l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « l’auto-soin (self-care) est ce que les gens font pour eux-mêmes afin d’établir et de maintenir la santé, prévenir et traiter la maladie. Il s’agit d’un concept large qui englobe les actions des individus sur l’hygiène, la nutrition, le mode de vie, les facteurs environnementaux et économiques, et l’automédication. L’automédication est la sélection et l’utilisation de médicaments [...] par les particuliers pour traiter des maladies ou des symptômes qu’ils ont reconnus » (1).

Le code de santé publique définit le médicament comme « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l’égard des maladies » (2). Ainsi, l’automédication comprend le recours aux substances chimiques ou biologiques, aux compléments alimentaires ou autres substances diététiques et aux complexes vitaminiques.

Fainzang envisage 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 à cet effet » (3). A la différence de Fainzang, nous étendrons l’automédication à une définition qui, au delà du recours aux médicaments relevant de la biomédecine, envisage le recours aux médecines non-conventionnelles telles que définies par l’OMS : « les thérapies médicamenteuse qui impliquent l’usage de médicaments à base de plantes, parties d’animaux et/ou minéraux, et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l’acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles » (4).

1.1.2 Contexte européen

Le concept d’auto-soin et d’automédication a lentement mûri au cours du siècle dernier. Il s’est heurté à l’institution du savoir médical, seul légalement et moralement habilité, dans les us et coutumes, à délivrer des soins. C’est dans cette relation paternaliste, voire de dominant à dominé, que se dispensaient les soins. Ainsi, l’automédication était vue comme une pratique profane, superflue voire

dangereuse. Ce n'est que depuis quelques dizaines d'années que l'automédication prend son envol jusqu'à atteindre une reconnaissance légale en France par le décret d'application du 1^{er} juillet 2008 (5) permettant l'accès direct à certains médicaments au comptoir des pharmacies. L'essor de l'automédication est basé sur un mouvement de démocratisation sanitaire qui prône la responsabilisation du patient dans sa santé et ses soins, mouvement qui voit initialement le jour dans son pays phare : le Royaume-Uni. La remise en cause du système de soins part du constat que, dans les années 1970, 75% des soins sont administrés en Grande-Bretagne sans l'intervention d'un professionnel de santé (6). Dès lors, nombreuses sont les autorités, dont l'OMS et la WMA (World Medical Association), qui, dans les années 80 et 90, promeuvent l'automédication invoquant l'aide à l'accès aux soins pour le bien-être de tous. Parallèlement, des regroupement d'industriels pharmaceutiques voient le jour (WSMI World Safe Medication Industry regroupant la CHPA Consumer Healthcare Product Association aux Etats-Unis, la Consumer Health Product au Canada et l'AESGP Association Européenne des Spécialités Grands Publics -dont fait partie l'AFIPA, Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour l'Automédication- en Europe). Ces derniers font pressions pour distinguer deux classes de médicaments : les médicaments listés, à prescription médicale obligatoire, (PMO en France), et les médicaments hors-liste, non-prescrits, ou à prescription médicale facultative (PMF). Ils encouragent bien évidemment le « switch » ou délistage des médicaments prescrits (et surtout génériques) vers les non-prescrits, et donc accessibles sans ordonnance. Ces médicaments passent outre le circuit officinal conventionnel car ils sont en libre-accès. C'est ainsi que successivement, on voit apparaître en libre accès « devant le comptoir des pharmacies » du Royaume-Uni l'ibuprofène, certains anti-fongiques, l'aciclovir, la beclométhasone, les substituts nicotiques... alors qualifiés de « over-the-counter medication » (OTC). C'est dans ce contexte que l'OMS publie en 2000 des recommandations de bonne pratique de l'automédication déjà bien présente dans les mœurs européennes. Elle reste prudente quant à l'utilisation de l'automédication qu'elle restreint au traitement de symptômes bénins (7).

1.1.3 Qu'en est-il de la France ?

Ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard que la France, s'inspirant du modèle anglo-saxon, s'intéresse à l'accès libre des médicaments. Plusieurs acteurs participent à l'avènement de l'automédication.

- Les pouvoirs publics :

La Sécurité Sociale, modèle de protection sociale élaboré en temps de crise économique, politique et morale du lendemain de la seconde guerre mondiale, garantit aux usagers de la santé, entre autres prestations, le remboursement de soins et de certains médicaments.

Les remboursements ne se font que sur les soins et médicaments prescrits. En effet, sont remboursés 99% des médicaments à PMO et 80% des médicaments à PMF (8). Le marché de l'automédication semble moins attractif pour l'utilisateur qui préfère consulter son médecin d'une part par confiance en la sécurité de prescription de ce dernier, et d'autre part dans un souci d'économie. En effet, il se fait prescrire des médicaments qu'il pourra se faire rembourser, comme la Sécurité Sociale l'a toujours fait depuis sa création. Mais la donne économique a changé depuis 1946. La conjugaison entre le vieillissement de la population et sa demande croissante de consommation de soins, ainsi que la récession économique fait que la Sécurité Sociale n'arrive pas à fournir un budget équilibré. Le déficit croissant de la Sécurité Sociale oblige cette dernière à délistier et donc dérembourser des médicaments dans un souci d'économie (9,10). On observe alors successivement plusieurs vagues de déremboursement : 1977, 1986, 1993, 2003, 2006, 2008, 2010, 2011, jusqu'à nos jours. La Sécurité Sociale passe alors outre les risques de l'automédication qu'elle a toujours mis en avant. En effet, la campagne d'information de la CNAM du début des années 90 qui scandait qu'« un médicament ça ne se prend pas à la légère » est chargée de sensibiliser sur les risques liés à l'automédication. Revirement de situation où, 15 ans plus tard, sont mis à disposition les médicaments en libre accès avec une publicité destinée au grand public autorisée depuis 2004 (11). Il semblerait que ce ne soit pas le référentiel médical et les risques d'un mauvais usage des médicaments qui influencent la prise de décision des politiques, mais plutôt une affaire d'économie budgétaire. Le mouvement de démocratisation sanitaire de nos voisins européens est une aubaine pour les pouvoirs publics qui peuvent promouvoir l'automédication en prétendant à l'amélioration de l'accès aux soins et le développement de la responsabilisation des patients pour leur santé. Arguments sensés et réfléchis pour certains, hypocrites pour d'autres qui voient l'aspect économique pur se cacher derrière des problématiques d'accès au soin et d'autonomisation des patients parfois à leur détriment (12). On notera par ailleurs que les comptes de la Sécurité Sociale démentent l'économie réalisée par l'automédication puisque le déficit 2012 reste élevé et représente encore plus du double de celui de 2008, année du décret d'autorisation de l'accès en libre service des médicaments (10).

- Les firmes pharmaceutiques :

La Sécurité Sociale dérembourse des médicaments, préférentiellement ceux au service médical rendu (SMR) insuffisant et ceux majoritairement génériques. C'est la Commission de la transparence, constituée, au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), de médecins hospitaliers, de médecins généralistes et de pharmaciens qui évalue, indication par indication, le SMR et l'amélioration du

service médical rendu (ASMR) par le médicament. Si les médicaments ont un SMR insuffisant, on comprend qu'ils soient moins prescrits par les médecins dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques cliniques elles-mêmes fixées par l'HAS. Le marché des médicaments prescrits tend ainsi à stagner, voire à régresser, et devient moins lucratif pour les firmes pharmaceutiques. La publicité pour les médicaments non prescrits, autorisée par la directive européenne (article 88, 2004/27/CE modifiée en 2012), permettra de dynamiser le marché de l'automédication (13–16). L'industrie pharmaceutique peut ainsi recycler des médicaments au SMR insuffisant ou passés de modes, devenus de moins en moins prescrits par les médecins, en vantant leurs qualités via la publicité directement au consommateur, et non plus au seul prescripteur.

Dans certains pays (Royaume-Uni, Etats-Unis, Allemagne, Pays-Bas), on assimile les médicaments à PMF aux médicaments non-remboursables. A contrario, en France, la Sécurité Sociale remboursait encore en 2007 80% des PMF (17). Ainsi, la Sécurité Sociale peut tout à fait rembourser des médicaments hors liste, s'ils sont prescrits. Or les médicaments hors-liste ou à PMF sont ceux qui ont pour la plupart un SMR insuffisant. On pourrait penser que si le médicament est remboursé, c'est qu'il serait jugé suffisamment efficace et dénué de risque pour qu'il soit financé par l'effort de solidarité nationale de la Sécurité Sociale. A l'inverse, s'il est déremboursé, c'est qu'il serait inefficace car à SMR insuffisant. Ce n'est pas le cas. Cela crée une confusion dans les esprits des usagers quand à l'efficacité des médicaments. La cohabitation dans la même classe de produits remboursables et de produits non remboursables constitue un obstacle à la lisibilité du marché pour le patient. Cette confusion est profitable aux firmes pharmaceutiques, qui peuvent promouvoir les médicaments d'automédication avec la garantie du remboursement de la Sécurité Sociale des médicaments à PMF. Ce d'autant que les firmes militent pour obtenir le droit de publicité des médicaments à PMO (18). En France, la politique de remboursement et la fixation des prix sont un élément stratégique du pilotage du marché des médicaments.

- Les pharmaciens :

Leur opinion est partagée. Ainsi, dans une logique commerciale, ils ne peuvent qu'encourager l'automédication dans la mesure où leurs revenus dépendent directement des ventes et non de la qualité de leurs conseils. Les prix des médicaments non remboursables sont libres (principe de liberté des prix et des marges de distribution depuis le 1er janvier 1987), contrairement aux prix des prescrits qui sont fixés par l'Etat. Il va de soi que les médicaments d'automédication sont plus lucratifs que ceux dont les prix sont fixés à la baisse par l'Etat dans un souci d'économie. De plus, grâce au monopole de la distribution des médicaments, les pharmaciens sont les seuls à pouvoir conseiller et informer sur les médicaments en libre accès. Ils ont donc un pouvoir consultatif. L'AFIPA les incite à développer le secteur libre-accès permettant ainsi de promouvoir ces compétences consultatives en

soins. (Ce d'autant que depuis la convention pharmaceutique de mars 2012 et la loi HPST, les pharmaciens ont légalement une compétence consultative et peuvent réaliser des entretiens pour les personnes asthmatiques et sous anticoagulants) (19). Les pharmaciens ont donc tout intérêt à favoriser l'automédication.

D'un autre côté, les pharmaciens craignent une trop grande libéralisation du marché des médicaments qui pourrait entraîner une suppression du monopole de la vente des médicaments sans ordonnance au profit de petits commerces de quartier ou bien de la grande distribution (20–22).

- Les médecins :

Les médecins, acteurs clés du système de santé, sont eux aussi divisés sur la question de l'automédication.

D'un côté, certains médecins voient dans l'automédication la possibilité de favoriser l'éducation thérapeutique du patient. Elle permettrait alors de favoriser son autonomie sous le contrôle des référentiels biomédicaux. De plus, elle permettrait alors de diminuer la surcharge de travail déplorée par les médecins en sous effectif.

D'un autre côté, l'automédication empiète sur le territoire de la médication et l'ordonnance thérapeutique, jusque là réservée à la profession médicale (article R.4127-8 du code de la santé publique, article 8 code de déontologie (23)). Les médecins y voient pour la plupart une dépossession de leurs pouvoirs (3,24).

Les risques liés à l'automédication sont bien présents. Le relistage de médicaments par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé), déploré par l'industrie pharmaceutique, en apporte la preuve (25). Preuve que les usagers doivent être protégés de certains médicaments par la restriction de leur accès à une liste, et donc accessible uniquement sur prescription du médecin. Les chiffres de l'EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques) sont parlants quant au danger des médicaments puisque l'on compterait entre 13000 et 34000 décès par an en France provoqués par les médicaments, et en 2007, 3.6% des hospitalisations seraient dues aux effets indésirables des médicaments (26,27). Les médecins dénoncent plusieurs situations à risque dans la pratique de l'automédication. Le risque sans mésusage, lié à la dangerosité même du médicament utilisé à posologie adéquate (Médiateur, Vioxx...); le risque lié au mésusage par méconnaissance du produit, ou par excès sciemment voulu pour ses vertus dopantes par exemple ; les risques liés aux interactions médicamenteuses ; et enfin le risque lié au retard de diagnostic déplorés par les médecins qui se retrouveraient à gérer des pathologies initialement simples mais secondairement compliquées dans leur diagnostic et dans leur prise en charge, car mal traitées

initialement (28–30). Ainsi, les médecins critiquent un choix politique économique au détriment du patient et de la santé publique. Ils prônent l'intérêt de la qualité des soins délivrés grâce à leur avis de professionnel de la santé en contradiction avec la quantité des soins prodigués par automédication, mais de qualité médiocre (31,32).

1.2 Objectif de l'étude

L'OMS qualifie l'auto-soin comme la première ressource de soins hors accès aux professionnels de santé (7). Elle agirait en dehors des soins primaires, définis par les soins administrés après consultation auprès d'un professionnel de santé de première ligne. En 1961, les études de White et ses collaborateurs (revues en 2001 par Green et réactualisées en 2011 par Elliott et McAteer) mettent en évidence l'importance des soins en amont des soins primaires (33,34). En effet, sur une population de 1000 habitants constituant l'échantillon de leurs études, seulement 250 (soit un quart) vont consulter un médecin en cas de problème de santé. Qu'en est-il des trois quart de la population restante ?

Selon Hannay, si le soin représente un iceberg (35), sa partie émergée constitue le soin faisant appel à un professionnel de santé (allant du soin primaire jusqu'à l'hospitalisation), et sa partie immergée constitue l'ensemble des pratiques de soin ne faisant pas appel à un professionnel de santé. L'automédication constituerait ainsi la face cachée et prépondérante de l'iceberg.

Si l'automédication est la réponse à la résolution des problèmes de santé auxquels les trois quarts de la population se confrontent, alors elle mérite qu'on y prête attention.

Certes, le patient est au cœur du système d'automédication « pouvoirs publics-firmes-médecins-pharmaciens-patient » dont les acteurs interagissent continuellement. Mais la décision d'automédication n'appartient *in fine* qu'au patient qui est libre de son achat, de sa prise de médicament ou de son recours ou non à une médecine conventionnelle ou non-conventionnelle. Le patient a donc un rôle fondamental dans ce système d'auto-soin. Sans lui, ce dernier n'existerait pas. Par ses pratiques d'auto-soin, il semble guider la conduite des autres acteurs suscités. L'étude de l'automédication doit donc être centrée sur le patient. Il paraît alors indispensable de mettre au jour les motivations qui le poussent au comportement d'automédication pour pouvoir en cerner les déterminants.

Ce travail de recherche tente de comprendre l'automédication par l'étude du patient, ses usages et ses pratiques.

1.3 Hypothèses

- Le développement de l'autonomie du patient favoriserait le développement de l'automédication

Depuis les 40 dernières années, plusieurs modèles de relation médecin-patient ont été décrits selon Lussier et Richard : « biomédical, biopsychosocial, centré sur le patient, centré sur la relation, négocié, consommateuriste et systémique » (36). Le passage d'une relation décrite comme « biomédicale » pure à une relation « systémique » est bien le reflet du passage d'une relation paternaliste à une relation qui prend en compte l'autonomie du patient dans son interaction avec le médecin. Les modifications successives du code de déontologie médicale en sont les preuves. Ainsi auparavant, un pronostic grave pouvait être légitimement dissimulé au malade. Le concept de « consentement », qui suppose la sollicitation du patient dans sa décision de soin, n'apparaît dans le code de déontologie qu'en 1995.

De nos jours, la vision de la relation médecin-patient faisant place à l'autonomie du patient a largement dépassé son ancêtre paternaliste. Est-ce à cause de cette nouvelle relation que se développe l'automédication ? Comment les patients acquièrent leur autonomie ?

- La difficulté d'accès aux soins faciliterait le recours à l'automédication

L'accès aux soins, et surtout aux soins primaires délivrés par les médecins généralistes, est un problème de santé publique actuel. Ce problème d'accès aux soins est lié à la conjugaison entre une baisse d'offre de soins et une hausse de la demande. D'un côté l'offre de soins dépend de la démographie médicale, de l'intérêt porté par les étudiants en médecine à la médecine générale et aux soins primaires. Sa répartition dépend de l'attractivité des différentes zones territoriales. D'un autre côté, l'augmentation de la population française, et bien sûr son vieillissement participe à la hausse de la demande de soins. La démographie médicale est étroitement liée au numérus clausus. Créé en 1971 par le ministre de l'éducation nationale, il avait pour but de réduire le nombre de médecins, et donc le nombre de prescriptions et *in fine* de réduire les dépenses de santé. Double échec d'une part devant la persistance d'un déficit croissant des comptes de la Sécurité Sociale (10), et d'autre part par la création à moyen terme d'une pénurie de médecins constatée à ce jour (37,38). Dans ce contexte de pénurie, les pouvoirs publics promeuvent alors l'automédication pour un meilleur accès aux soins (5,7). Outre la pénurie de l'offre de soins, les inégalités sociales de santé compromettent un accès équitable aux soins. C'est ce que rappelle Lombrail : « les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude, etc. [...] influencent l'accès aux soins » (39). L'automédication s'imposerait-elle aux personnes n'ayant pas

accès aux soins faute de médecin disponible ? Les difficultés d'accès aux soins seraient-elles l'une des motivations des patients pour l'automédication ?

- L'automédication garantirait une meilleure productivité

Notion économique, la productivité est définie par l'INSEE (Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques) par « le rapport, en volume, entre une production et les ressources mises en œuvre pour l'obtenir » (40). Plusieurs études montrent qu'un des principaux motif de recours à l'automédication est « le besoin de soulagement rapide » (17,41). Cela nous pousse à nous interroger sur les motifs de ce désir de retour rapide à un bon état de santé. Dans une situation de crise économique, il est clair que la productivité d'un individu est capitale. Or elle est corrélée à son état de santé. Les pouvoirs publics et les entreprises, en temps de crise, poussent à la productivité. Si un individu ne travaille pas, alors à l'échelle collective, il ne rapporte rien, et à l'échelle individuelle, il n'est pas payé. Avec le délai de carence, la sécurité sociale assure de moins en moins la couverture de la perte financière liée à un arrêt de travail de courte durée. Depuis 2002, les patients ont alors moins recours à l'arrêt de travail, préjudiciable à leur situation financière (42). Ils préféreraient agir au plus vite sur leur état de santé pour prévenir l'arrêt maladie et leur perte de salaire. L'automédication paraît être plus facile et rapide d'accès que les soins primaires. Permettrait-elle de maintenir le patient dans un état productif tel qu'il ne soit pas pénalisé économiquement ?

- L'essor des médecines non-conventionnelles participerait à l'essor de l'automédication

Nous avons abordé les risques liés à l'automédication soulignés par les médecins. Chez les patients, la prise de conscience du risque est également bien présente. En 2008, 52% de la population est réticente à la vente libre de médicaments pour les risques sur la santé qu'elle est susceptible de provoquer (22). La confiance en des thérapeutiques conventionnelles tendrait à baisser à mesure de la médiatisation des scandales du benfluorex (Médiator®), des prothèses PIP®, du rofécoxib (Vioxx®), et dernièrement du furosémide du laboratoire TEVA. Le patient aurait tendance à bouder la médecine conventionnelle et à s'orienter plus vers le retour au naturel déjà prôné par le mouvement hippie dans les années 60, vers le refus du chimique et le désir d'une prise en charge plus globale avec davantage d'écoute. Les médecines non conventionnelles sembleraient satisfaire ces désirs. Ainsi, en 1997, 20 à 50% de la population européenne utilise les médecines non conventionnelles (4). En 2012, 70% des habitants de l'UE ont eu recours au moins une fois dans leur vie aux médecines non conventionnelles et la vente de produits homéopathiques a augmenté de 20% en Europe entre 2003 et 2007 (43). Non

remboursées pour la plupart, elles sont donc en libre accès pour le patient qui désire s'automédiquer. L'essor des médecines non conventionnelles participerait-il à celui de l'automédication ?

- L'automédication serait réservée aux femmes

Plusieurs études ont permis de révéler un profil type de l'utilisateur de l'automédication (44,45). Ainsi Laure montre qu'il s'agirait d'une femme, âgée de 20 à 39 ans, vivant maritalement, habitant en zone urbaine et exerçant une profession intermédiaire ou commerçante (44).

Le recours à l'automédication dépendrait-il donc des caractéristiques du patient ?

Les femmes jouent un grand rôle dans le soin. De l'Antiquité à nos jours, la femme qui prodigue des soins porte plusieurs noms : préparatrice de potions, guérisseuse, sorcière, sage-femme et infirmière... Plusieurs professions sont d'ailleurs historiquement réservées aux femmes, comme c'est le cas des infirmières et des sages-femmes. Ce n'est qu'en 1982 que cette dernière profession, alors rebaptisée maïeutique s'ouvre aux hommes. Le regroupement des maïeuticiens porte d'ailleurs encore le nom de « conseil de l'ordre des sages-femmes ». Plusieurs auteurs ont cherché le lien prédisposé entre les femmes et le soin. Gaucher verrait un lien entre le maternage et la capacité qu'ont les femmes de s'occuper des autres (46).

Sur le plan domestique, la place de la femme est au foyer (du latin domus, maison). Ainsi, Saillant explique que « le maternage, assistance-socialisation des enfants, assistance aux personnes dépendantes et de larges portions du travail ménager » constituent ses principales tâches domestiques. Elle affirme qu'il « est socialement attendu des femmes qu'elles remplissent ces tâches qui leur sont culturellement assignées et qui représente le travail informel et non monnayé qui est effectué au niveau de la famille » (47). La place importante du soin chez les femmes serait le reflet d'une médecine familiale et domestique. Qu'en est-il de l'auto-soin et de l'automédication ? L'automédication serait-elle aussi une pratique genrée ?

2 Méthodes

2.1 Type d'étude

Si les études quantitatives ont été capables de chiffrer l'essor de l'automédication, elles n'en avaient pas pour but d'en comprendre les pratiques. Or la décision d'automédication n'appartenant qu'au patient, il semblait logique de se consacrer surtout à ce dernier pour cerner les déterminants de l'automédication. Dans une dimension plutôt sociologique que biomédicale, ce travail de recherche est donc centré sur le patient, ses représentations et ses comportements. Nous avons réalisé une étude qualitative, à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Ils visent à découvrir quelles sont les motivations explicites et implicites des patients quant à l'automédication. Motivations explicites car formellement identifiées et exprimées par les patients, et implicites car identifiées par leurs comportements, leurs parcours et leurs conditions sociales d'existence.

2.2 Implication du chercheur

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de Nantes avec une volonté de pluridisciplinarité médecins-sociologues.

2.3 Recueil des données

Dans un premier temps, les entretiens ont été réalisés par plusieurs enquêteurs (des externes, étudiants en 5^e année de médecine) initiés par nos soins au projet de recherche. Nous avons recueilli 82 entretiens courts et manuscrits que nous avons transcrits puis analysés. Puis dans un second temps, nous avons réalisé 8 entretiens complémentaires pour affiner les idées émanant des premiers entretiens.

2.3.1 Entretiens par les externes

Les externes, étudiants en 3^e année du deuxième cycle des études médicales (DCEM 3), soit en 5^e année d'étude de médecine, ont été les premiers enquêteurs. Dans le cadre de leur formation, ils peuvent participer pendant 2 mois à un stage optionnel au sein de cabinets de médecine générale. L'objectif principal de ce stage est d'approfondir les spécificités de l'exercice généraliste et des soins

primaires (48). Depuis plusieurs années, ce stage est l'occasion d'initier les étudiants à la recherche en médecine générale en les faisant participer à des travaux de recherche. Ce stage est ouvert à 25 étudiants. En mai-juin 2012, 23 étudiants ont choisi d'effectuer ce stage. Chaque étudiant dispose de 4 maîtres de stage qui l'accueillent un jour par semaine. Un enseignement dirigé (ED) est organisé une matinée par semaine pendant toute la durée du stage pour l'ensemble des externes, animé par un enseignant du DMG. C'est à ces occasions là que les consignes propres à ce travail de recherche sur l'automédication ont été données. Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire sus citée composée d'enseignants du DMG et moi-même, pour la partie médicale, et d'une sociologue, nous sommes réunis le 3/05/12, d'abord entre nous, puis devant les externes au cours d'un ED les 24/05/12, 14/06/12 et 28/06/12. Les maîtres de stage des externes concernés ont été prévenus du projet de recherche auquel leurs stagiaires participaient.

Une première entrevue sans les externes nous a permis de discuter de nos idées à vocation médicale d'une part et sociologique d'une autre, et d'en trouver un fil commun conducteur pour l'élaboration de notre travail de recherche. C'est ainsi que les thèmes à aborder au cours des entretiens semi-dirigés ont été décidés. Ils s'articulent autour d'une seule question ouverte commune pour tous les entretiens : « Pouvez-vous me raconter la dernière fois où, étant malade, vous avez fait le choix de vous soigner par vous-même plutôt que de consulter un médecin ? ».

On notera l'importance du caractère ouvert de cette question, qui oblige le patient à se livrer. Raconter son expérience d'automédication, tout comme on raconte une histoire, permet une authenticité des récits de situations riches en détails personnels. On fixe le récit à leur « dernière » expérience pour s'affranchir au mieux des approximations par défaut de mémoire. Cette question est posée avec des mots simples, de sorte qu'elle soit comprise par tous les interviewés. C'est ce que Beaud et Weber appellent le « langage indigène » (49), c'est-à-dire apprendre à parler avec les enquêtés avec leur vocabulaire. L'enquêté et l'enquêteur parlent donc une langue commune, ce qui favorise la liberté des échanges.

Nous avons réalisé un guide d'entretien pour les externes (**annexe 1**) où figurent, en plus de cette question, les thèmes à aborder au cours des entretiens. Cette grille d'entretien aborde des sujets qu'il semblait pertinent de développer. Ils ont été une aide à la réalisation des entretiens pour les externes.

- **Echantillonnage et logistique**

Nous avons demandé aux externes de réaliser, pendant la semaine 24, un entretien par jour, soit 4 au total, dans des cabinets différents.

Pendant une consultation, l'externe ou son maître de stage repère le patient qui pratique l'automédication. Les entretiens concerneront ces patients là. Il s'agit donc d'un échantillonnage

raisonné qui concerne une population particulière. Néanmoins, la population constituant l'échantillon a été la plus variée possible. En effet, les patients sont issus de cabinets médicaux tous différents, répartis sur l'ensemble des départements de Loire-Atlantique et de Vendée, constituant des territoires aussi bien ruraux qu'urbains. De plus, la consigne a été donnée aux externes d'essayer, autant que faire se peut, de varier les interviewés selon leur âge, sexe ou catégories socioprofessionnelles, variables susceptibles d'influencer les résultats.

À la fin de la consultation, l'externe demande s'il peut s'entretenir avec le patient repéré. L'externe est encouragé à motiver sa demande en expliquant au patient qu'il participe à un projet de recherche. Une fois clairement informé sur le contexte du projet de recherche, le patient est moins suspicieux et se laisse plus volontiers interviewer. Cet entretien se déroulera au sein du cabinet médical mais sans la présence du médecin traitant, et dans une pièce à part.

- **Aspects pratiques du recueil des entretiens : formation à l'enquête de terrain au cours d'un ED :**

Les externes ont auparavant eu une brève formation à l'aptitude à conduire un entretien semi-dirigé. Ainsi, l'aide de Véronique Guienne, sociologue a été très précieuse pour les initier au travail d'enquête sociologique. Dans une première partie plutôt théorique, ont été rappelées les principales consignes à la réalisation d'un bon entretien. On citera par exemple l'importance des questions ouvertes, de laisser parler l'enquêté, de respecter les blancs même s'ils sont angoissants, de reformuler ou encore de rester neutre tout en restant bienveillant et empathique.

Dans une seconde partie, nous avons mis en pratique ces conseils théoriques à l'aide de l'outil pédagogique du jeu de rôle (50). Ainsi, nous avons créé des jeux de rôle par groupes de 3 personnes : un enquêteur, un enquêté (ou patient), et un observateur. L'enquêté raconte une histoire personnelle d'automédication à son enquêteur. La 3^e personne observe l'entretien. Les 3 personnes échangent successivement leur rôle jusqu'à tous les avoir joué. Cela permet à chaque externe d'avoir joué successivement chacun des rôles et d'avoir la possibilité d'observer la situation d'un point de vue différent de celui qu'il aurait dans la situation réelle. Cette opportunité lui donne une plus grande sensibilité aux expériences des autres personnes dans la situation sur le terrain (51). En outre, cela le familiarise avec les guides distribués pour une plus grande fluidité et spontanéité du futur entretien. Une discussion a suivi les jeux de rôles. Elle a permis un échange d'impressions, de soulever quelques questions et précisions pratiques pour une meilleure compréhension et réalisation des entretiens.

2.3.2 Entretiens complémentaires

Le recueil des entretiens réalisés par les externes nous ont permis de dégager certains thèmes de travail qu'il me semblait judicieux de développer au sein d'entretiens plus approfondis.

- **Entretiens réalisés au cabinet médical**

Dans un premier temps, les entretiens sont réalisés au sein d'un cabinet médical en Loire Atlantique. A l'issue d'une consultation, je demande au patient s'il est d'accord pour s'entretenir avec moi afin de participer à mon travail de thèse sur l'automédication. L'entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Il s'agit ici aussi d'un échantillonnage raisonné puisqu'il s'adressera à un certain type de patients. Cette fois-ci, ces derniers ne seront pas interrogés parce-que j'aurais identifié auparavant une pratique à d'automédication, mais davantage parce-que la relation de confiance qui se sera instaurée au cours de la précédente consultation aura été bonne. Ainsi, sûre d'une bonne relation de confiance entre médecin-patient qui deviennent respectivement enquêteur-enquêté, le patient aura plus tendance à se livrer. Je pars alors du principe que « l'alchimie de l'entretien ethnographique tient autant à la nature du rapport intervieweur/ interviewé qu'au savoir faire de l'intervieweur » (49).

Les deux entretiens réalisés n'auront finalement rien apporté de plus que ceux des externes. Certes les patients ont été plus expansifs, mais les idées se dégageant des entretiens ont été les mêmes. J'ai donc décidé de ne pas les prendre en compte.

- **Entretiens réalisés en pharmacie**

Dans un second temps, les entretiens sont réalisés en pharmacie. Ainsi, nous avons trouvé un lieu où il semblait naturel au patient de parler d'automédication, sans pour autant qu'il soit influencé par la présence d'une autorité médicale (étudiants ou médecin), comme cela a été le cas dans les autres entretiens. Les entretiens ont été réalisés dans la pharmacie de Bretagne, 13 rue Budapest en plein cœur de Nantes. Les entretiens ont également été enregistrés au dictaphone.

Après achats de leurs médicaments au comptoir, je proposais aux patients de bien vouloir s'entretenir dans un coin de la pharmacie avec moi au sujet de l'automédication. Je me suis présentée en tant que doctorante en médecine, ce qui m'a valu la même sympathie habituellement accordée aux étudiants. De ce fait, la façon qu'avaient les patients de s'adresser à moi a été différente des entretiens réalisés au cabinet, où, malgré la bonne relation empathique, je restais avant tout leur médecin. Il semblait donc plus facile aux patients alors interviewés en pharmacie de se confier sur leurs habitudes d'automédication. Par ailleurs, ces entretiens m'ont permis de recueillir des données sur les médecins vus par leurs patients.

8 entretiens ont été réalisés en pharmacie. Néanmoins, leur durée a été limitée car les patients étaient tous plutôt pressés de vaquer à leurs occupations une fois leurs médicaments achetés. Ces entretiens n'ont pas été aussi approfondis que nous l'aurions souhaité.

2.4 Transcription et analyse des données

L'ensemble des entretiens a été transcrits depuis une version manuscrite pour certains, ou une version orale sur dictaphone pour d'autres. Les externes ont restitué des entretiens parfois en discours direct (lorsqu'ils citaient directement les patients), et parfois en discours indirect libre. Les entretiens enregistrés sont tous restitués en discours direct.

D'après Wanlin (52), l'analyse des entretiens recueillis peut être réalisée en 3 étapes : la préanalyse, l'exploitation du matériel et enfin le traitement et interprétation des données.

2.4.1 Préanalyse

Cette préanalyse consiste d'abord au choix des documents qui « seront le mieux à même de correspondre aux différents critères en jeu » (53). Nous avons sélectionné 90 entretiens en laissant de côté ceux réalisés en cabinet pour des raisons déjà mentionnées.

Après sélection des entretiens, une lecture en diagonale ou « flottante » a permis d'en dégager les premières impressions. C'est alors que la lecture et la relecture de ceux-ci ont permis de « tenter de bien saisir leur message apparent » afin de dégager les thèmes ou idées-force du travail de recherche.

2.4.2 Exploitation du matériel

Le verbatim des patients a été codé en unités minimales de sens (ums) se rapportant aux différents thèmes. Pour chaque thème, un tableau, ou « grille d'analyse » a été réalisé. Dans ces tableaux sont répertoriées, entretien par entretien, toutes les ums en rapport avec une idée-force illustrant chaque thème de recherche. Ces tableaux figurent dans les **annexes 2, 3, 4 et 5**.

2.4.3 Traitement et interprétation des données

Les grilles d'analyse ont permis de mettre en valeur les idées les plus pertinentes, notamment par l'évaluation de la part des idées ou thèmes les plus représentés. Les opérations de comptage et quelques pourcentages ont alors été réalisés.

Si une idée intéressante et pertinente apparaît au cours d'un entretien, en dépit de sa sous-représentation quantitative, elle sera néanmoins exploitée.

3 Résultats

Nous avons donc recueilli un total de 90 entretiens dont 82 courts, réalisés par les externes. J'ai réalisé les 8 entretiens complémentaires en pharmacie. Les entretiens des externes seront numérotés de 1 à 82. Les entretiens réalisés en pharmacie seront numérotés de 83 à 90. L'ensemble des entretiens se retrouvent en **annexe 6**.

Concernant les entretiens réalisés par les externes, 82 ont été réalisés sur les 92 attendus (23x4). Sur les 23 externes initialement comptés, seuls 22 ont pu réaliser ce travail, une externe ayant du abandonner prématurément le travail de recherche pour congé maternité. De plus, tous les externes n'ont pas pu réaliser les 4 entretiens demandés.

Les caractéristiques des patients interrogés, les produits utilisés pour quel problème de santé figurent dans l'**annexe 2**.

3.1 L'autonomie du patient conditionne l'automédication ?

L'**annexe 3** est un tableau représentant les ums en rapport avec l'autonomie du patient.

Le patient semble autonome dans la gestion du soin à la fois parce qu'il a une expérience de la maladie (par expérimentation, par observation et par information), et à la fois parce qu'il a une grande confiance dans sa capacité à agir dans le soin.

3.1.1 Autonomie par expérience de la maladie

- **Par expérimentation**

Le patient connaît la maladie car il l'a déjà vécue. « *Je l'ai déjà eu* », « *déjà rencontrée dans le passé* », « *je connais bien* » (6 fois), « *je savais* », « *comme l'avant dernière grippe* », « *à chaque rhinite* », « *à chaque fois* », « *pour un épisode semblable* ».

L'expérience de la maladie passe par l'exploration corporelle de celle-ci. C'est tout un langage des sens qui est alors utilisé. « *picotements* », « *ressentais* », « *je ne sens plus* », « *sensation* ». C'est la mémoire des sens qui est sollicitée. Ces sensations sont traduites en idée de maladie par un

raisonnement logique. Ainsi, dans l'entretien 12 (E12), un patient nous confie son histoire : « *comme je ressentais une douleur similaire à celle de mon ancienne phlébite, alors j'ai tout de suite pris du Prévican® qui me restait de la dernière fois* ».

La récurrence de la maladie témoigne des maintes expérimentations de celle-ci. Cette récurrence est soulignée de nombreuses fois. « *depuis des années* » (8 fois), « *régulièrement* » (2 fois), « *il y a très longtemps* », « *souvent* » (3 fois), « *de temps en temps* », « *récidivante* », « *une à 2 fois par an* », « *une fois toutes les semaines* », « *fréquente* », « *il n'y a pas très longtemps* ».

L'expérimentation de la maladie est tellement fréquente qu'elle devient « *habituelle* ». L'habitude ressort dans 10 entretiens.

- **Par observation**

Les patients nous confient leurs observations de la santé et de la maladie. « *Toute ma famille a de l'eczéma, alors je sais bien à quoi ça ressemble* » (E70). « *J'ai des enfants qui ont tendance à faire beaucoup d'otites, donc je sais reconnaître les signes. Lorsque l'un ou l'autre se frottent les oreilles, je suis sûre qu'une otite se prépare* » (E57). « *Comme ma femme était pareille, je me suis dit que je pouvais prendre la même chose qu'elle* » (E53). « *J'attends et j'observe, puis je soigne avec ce que j'ai à la maison* » (E54).

L'expérience de la maladie des patients se fait par observation et mimétisme. « *Comme le faisait mon père* », « *mon père procédait de cette manière* » (E80).

On assiste parfois à de vrais raisonnements médicaux avec la rigueur d'une méthodologie scientifique : observation, mise en évidence de symptômes que l'on attribue par déduction à une maladie. Ainsi, une maman nous raconte comment elle déduit que son nourrisson est malade : « *quand il a de la fièvre, il a une petite barre bleue sur le nez et des picotements aux fesses* » (E3). Ou bien encore une maman craint l'appendicite devant l'apparition d'une douleur au ventre à droite (E54). « *C'est rarement bactérien donc pas besoin d'antibiotiques* », nous affirme une patiente (E69). De même, cet adolescent qui nous expose son raisonnement : « *Je pense que ça doit être lié à la chaleur ou au manque d'eau parce-que j'ai quand même plus souvent mal à la tête l'été* » (E37).

- **Par information**

Aussi nombreuses et variées soient elles, les sources d'accès au savoir médical influencent la reconnaissance et la prise en charge de la maladie. Une fois informé, le patient s'autonomise.

Le tableau ci-dessous illustre les différentes sources de conseils à l'automédication signalées par le patient.

source de conseils	nombre de citations
pharmacien	29
médecin	23
médias (presses, TV, internet)	13
mère	11
amis	10
femme	5
père	2
esthéticienne	1
parapharmacien	1
Conjuteur, magnétiseur	2
ostéopathe	1

Nous constatons effectivement des sources très variées allant du médecin à l'esthéticienne. Il apparaît 3 catégories de sources selon leur importance de sollicitation : les plus sollicités (médecins et pharmaciens), les moins sollicités (femme, père, esthéticienne, parapharmacien, conjuteur, magnétiseur, ostéopathe) et enfin les sources de recours intermédiaire (médias, mère, amis).

On remarque le rôle prépondérant du pharmacien dans le conseil pour l'automédication. Il est le premier sollicité pour les soins.

Vient ensuite le médecin. Beaucoup de patients utilisent les conseils du médecin donnés lors d'une précédente consultation pour se soigner. Eclairés par ce dernier, ils ont acquis une expérience du soin grâce à cette éducation thérapeutique. Ainsi, dans l'entretien 44, un étudiant nous raconte que la dernière fois qu'il s'est automédiqué, il a reconnu une entorse du pouce car lors de son premier épisode d'entorse, son médecin lui a expliqué ce qui se passait en faisant quelques tests sur son pouce. En observant à nouveau et en utilisant les mêmes tests, il a reconnu qu'il s'agissait d'une entorse du pouce. Outre l'éducation thérapeutique, les patients agissent par mimétisme avec leur médecin. Ils observent leurs symptômes, leurs maladies et ce que leur prescrit le médecin. Puis, lorsque les mêmes symptômes et les mêmes maladies se présentent à nouveau, ils prennent les mêmes thérapeutiques antérieurement prescrites. Par exemple, la patiente de l'entretien 33 nous raconte à propos de son médecin : « *Quand je lui dis que j'ai des douleurs, il me donne ça [...] je les prends* ». C'est une éducation tacite.

La référence médicale des médias arrivent en 3^e position pour les patients. « *J'ai lu un article sur un magazine* », « *je viens de revoir la publicité dans une revue en salle d'attente* » (E4, E32, E42, E67), « *est allé voir internet* » (E7, E29, E81), « *vu à la télévision* » (E26, E29, E40, E67), « *en supermarché, en tête de gondole* » (E67). Les patients sont très influencés par les médias. Ils utilisent ces derniers à la fois dans l'aide à la reconnaissance de la maladie, et dans sa prise en charge. Ainsi la maman de l'entretien 7 donne de la cortisone, à sa fille car « *elle a lu ça sur internet* ». Le patient de l'entretien 81 « *est allé voir internet, à propos d'un mal de gorge pour voir si c'était vraiment une angine, et voir s'il pouvait utiliser des traitements type anti inflammatoire qu'il avait utilisé lors de mal de dos* ».

3.1.2 Autonomie par confiance dans sa capacité à agir pour le soin

L'automédication est renforcée par une certaine confiance qu'ont les patients dans leurs capacités à soigner.

Certains patients mentionnent clairement qu'ils sont satisfaits de leurs pratiques (E26, E28, E59, E69).

D'autres montrent qu'ils sont déterminés dans leur action de soin. Ils se montrent comme l'acteur principal de leur santé. **Ils savent**, « *je ne demande pas conseil [...] je sais ce qu'il me faut* » (E30), « *tout le monde sait que ça peut marcher* » (E39). **Ils décident**, « *je décide d'arrêter* » « *elle a décidé* » (E50). **Ils veulent**, « *je veux éviter* », « *elle ne voulait pas prendre quelque chose* » (E52). **Ils restent sur leurs décisions**, « *malgré les explications du médecin, il le referait d'emblée* » (entretien 12), « *c'était ce qu'il fallait faire* » (E48), « *ne ferait pas d'autre choix* » (E49, E69), « *je suis sûre* » (E57), « *ça marche très bien, je ne vois pas pourquoi je changerais quoi que ce soit* » (E59).

La présence du « moi » et du ton exclamatif renforce cette détermination. « *On a du taper très fort !* » (E19), « *mais je ne le fais pas !* » (E34), « *je ne suis pas allergique moi ! Je fais ma petite cure, je suis tranquille et c'est tout !* » (E59), « *de toute façon moi, je m'en occupe d'abord, c'est moi qui l'ai soigné* » (E60), « *c'est d'ailleurs plus efficace que vos médicaments !* » (E77), « *j'ai fais le tour de la question moi ! [...] je me suis soigné tout seul !* » (E84).

De plus, on remarque que 24 patients affirment qu'ils sont tout à fait prêts à recommencer leur pratique d'automédication décrite dans les entretiens. Cela renforce cette détermination.

Enfin, Le patient montre alors qu'il se met sur un pied d'égalité avec le médecin. « *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 !* » (E57), « *Sans être prétentieux on est tous notre médecin d'abord, on*

se connaît mieux soi-même, [...], je prends des libertés un peu sur les prescriptions faites par mes médecins » (E56), « sans moi il y a un moment qu'elle serait passée de l'autre côté,[...] je l'ai sauvée un certain nombre de fois[...] sans me vanter, ce que je fais, c'est irremplaçable » (E86).

3.2 Les caractéristiques du patient influencent l'automédication

L'**annexe 2** décrit les caractéristiques des patients.

On remarque que certaines caractéristiques du patient (âge, sexe, profession, histoire personnelle, rapport aux médecines traditionnelles, croyances) influencent le recours à l'automédication.

3.2.1 Age

Pour les personnes de plus de 65 ans, on observe 2 types de comportements.

D'une part, beaucoup sont ceux qui, par habitude du soin comme ils l'ont connu jadis, vont essentiellement consulter leur médecin pour tout problème de santé. « *Quand il est malade, il va toujours voir son médecin* » (E24). Ils se méfient même des autres alternatives thérapeutiques : « *il y a des charlatans partout vous savez !* » (E38).

D'autre part, certains mettent en avant leur âge comme une grande expérience. C'est le cas de cet homme de 82 ans qui a recours aussi bien à son médecin qu'à l'automédication et les médecines douces : « *j'ai essayé un peu tout vous savez, j'ai 82 ans alors je crois que j'ai fait le tour de la question !* » (E84). Dans ce dernier cas, on retombe dans l'autonomie par accès au savoir médical par expérience de la maladie.

Les jeunes adultes autour de 20 ans n'ont eu jusqu'à présent que le référentiel de leurs parents. Ainsi, lorsqu'ils nous racontent leur dernière expérience d'automédication, c'est essentiellement sur les conseils de leur mère, dans la pharmacie familiale. Elle « *prend dans la caisse de médicaments à la maison, [sur] conseil des parents* ». (E5). « *Il s'est procuré ce médicament dans la pharmacie de ses parents* » (E37). « *J'ai aussi pris le médicament de ma mère* » (E46). « *Ma mère aime bien tout ce qui est huiles essentielles. Donc j'ai suivi ses conseils* » (E88).

3.2.2 Sexe

L'ensemble des entretiens nous interpellent sur la place prépondérante des femmes dans l'automédication. D'une part, on notera son importance quantitative. D'autre part, on notera la multiplicité des rôles de la femme dans l'automédication.

- **Importance quantitative**

Sur 90 entretiens, 63 femmes (70% des interviewés) pour 27 hommes (30%) parlent l'automédication.

- **La référence féminine dans la médication est bien présente dans les mœurs à travers les expressions courantes**

« Remèdes de bonne femme » (E84), « remèdes de grand-mère » (E3, E23).

- **La femme utilise l'automédication...**

- ... pour elle

La femme s'automédie pour elle-même dans la plupart des entretiens (2, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 60, 61, 65, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 82, 85, 87, 88, 89, 90).

- ... pour ses enfants

Elle traite ses enfants dans les entretiens 3, 7, 9, 18, 45, 54, 57, 70, 71, 87.

Cette femme de 26 ans explique que son fils est malade, qu'elle pense que c'est les vers et qu'elle va le faire conjurer (E3). Cette femme qui a « *reconnu les symptômes de sa fille [...] et elle l'a traitée par Célestène®*, [...] je n'ai pas recours à d'autres pratiques pour ma fille » (E7). Une femme « *décide de mettre du vinaigre blanc sur le cou de sa fille pour la soulager* » (E9). Une autre « *consulte un homéopathe pour ses enfants* » (E54). Une autre maman nous explique que quand « *[ses enfants] ont mal, alors je commence par leur donner du Doliprane®. Parfois ça passe, parfois pas, des fois il y a aussi de la fièvre, dans ces cas-là je leur donne de l'Advil® et souvent ça coupe tout net* » (E57). Cette autre nous raconte qu'il y a « *un peu d'homéopathie que j'utilise pour mon fils, un peu d'Arnica® par exemple pour les coups* » (E87).

Le patient évoque les traitements de sa mère :

« *Se rappelant de la médecine traditionnelle que lui prodiguait sa mère quand elle était petite, elle décide de mettre du vinaigre blanc sur le cou de sa fille pour la soulager* » (E9). Cette femme originaire de Tchétchénie nous confie que là-bas les médicaments sont très facilement accessibles en vente libre et que sa mère utilisait très souvent ces médicaments ou des « *recettes maison* » pour se

soigner et la soigner étant plus jeune (E18). Cette étudiante nous raconte qu'elle a pris un antihistaminique (Aerius®) « *le médicament de ma mère* » (E46). « *Sa mère est très portée sur l'homéopathie et l'ostéopathie* » (E72). « *Sa mère l'utilisait* » (E51, E82). « *Ma mère surtout, me conseille sur ma santé [...], ma mère aime bien tout ce qui est huiles essentielles. Donc j'ai suivi ses conseils* » (E88). « *Ma maman mettait des gouttes dans mes oreilles* » (E58).

- ... pour son mari : rôle prescripteur de la femme, c'est elle qui sait ce qui est bon pour sa famille.

Un patient nous raconte qu'il a mal toléré un médicament et que « *sa femme lui a dit après qu'il n'aurait jamais dû prendre ça* » (E1). Cet autre nous raconte qu'il « *utilise le paracétamol de sa femme, elle lui a dit que ça calmait bien les douleurs* » (E24). Ou bien encore : « *mon épouse me dit toujours tu devrais prendre un cachet ! Elle me dit : si tu avais vraiment mal, tu prendrais un cachet !* » (E34). Cet agriculteur raconte que « *comme sa femme était pareille, il s'est dit qu'il pouvait prendre la même chose qu'elle* » (E53). « *Sur les conseils de sa femme* » (E66).

La mère devient ainsi la référence en matière de soins dans la famille. Elle assoit son rôle matriarcal à travers le soin, la médecine domestique, la médecine de famille. Elle est à la fois conseillère et gestionnaire de la pharmacie familiale.

Ainsi, cette patiente « *observe et attend, et soigne avec ce qu'elle a à la maison* ». Cette autre patiente nous raconte son expérience dans le soin : « *j'ai des enfants qui ont tendance à faire beaucoup d'otites, donc je sais reconnaître les signes [...] alors quand ils ont mal, je commence par leur donner du Doliprane®* » (E57). Ou cette femme qui se « *base sur son expérience avec l'aîné de ses enfants* » pour soigner sa 2^e fille (E45). L'importance de la médecine de famille est bien soulignée par une patiente qui nous confie qu'« *il existe une grande habitude d'automédication dans la famille. [...] Dans la famille, on est de gros consommateurs de médicaments* » (E5).

3.2.3 Profession

La profession des patients influencerait le recours à l'automédication.

Ainsi, l'ensemble des entretiens réalisés avec 4 ouvriers du bâtiment (E1, E12, E24, E78), ou 2 agriculteurs (E8 et E53) montre qu'ils ne pratiquent quasiment pas l'automédication, ou s'ils la pratiquent, c'est une automédication éclairée par des conseils antérieurs du médecin. Un patient par exemple nous confie qu'il « *fait sa sauce* » mais qu'à partir des conseils de son médecin, qu'il ne va jamais directement à la pharmacie, qu'il a « *la trouille* » et qu'il préfère voir son médecin. Un autre

ouvrier retraité nous confie qu'il ne s'adresse qu'à son médecin, à aucune autre source, « *il y a des charlatans vous savez* ».

On individualise 2 mécanismes de pensées distincts conduisant les professions médicales à la pratique d'automédication. D'un côté, leur expérience dans la santé conforte leur autonomie et leur pratique d'autosoins. Quel est l'intérêt de voir un professionnel de la santé puisqu'elles en sont un ? C'est le cas d'une puéricultrice du CHU retraitée (E19) ou d'une infirmière active chez qui l'automédication pour chaque rhinite est « *systématique* » (E35). Les sources d'automédication d'une autre infirmière ne sont que sa pharmacie personnelle et si besoin la pharmacie « *sans pour autant passer par la case médecin* ». Enfin, une préparatrice en pharmacie, de par sa formation, nous explique qu'elle va « *d'abord chercher quelque chose en pharmacie* » (E85). D'un autre côté, l'expérience dans le domaine de la santé peut exacerber les craintes des pratiques de soins conventionnels et renforcer aussi la pratique d'automédication par opposition à un traitement conventionnel. Autrement dit, ayant bien connu le corps médical et la pratique de la médecine conventionnelle, ils s'en méfieraient par mauvaise expérience. C'est le cas de cette aide soignante retraitée (E23) qui, malgré toute sa vie professionnelle baignée dans le soin conventionnel, « *n'aime pas trop les médicaments* » ou a « *peur d'une accoutumance* ». Elle préfère les « *recettes de grand-mère* ».

Un patient travaillant dans la mise en rayon en grande surface (E29) s'automédique couramment, notamment à l'aide d'internet et de la télévision. On pourrait supposer que son travail en grande surface facilite sa conception du libre accès au soin comme l'est le libre accès pour d'autres produits. Par ailleurs la publicité joue un grand rôle dans la distribution en grande surface. Il semble alors naturel que ce derniers se tourne, par réflexe professionnel, vers la publicité de produits de santé véhiculée par les médias.

6 patients interrogés appartiennent au corps de l'enseignement (E4, E30, E31, E32, E47, E61). Tous pratiquent l'automédication comme ils appliquent une leçon. Ainsi, ils apprennent, identifient les signes de la maladie et le traitement associé, mémorisent, et enfin restituent leurs connaissances en les appliquant au nouveau problème médical auquel ils sont confrontés. Une enseignante nous raconte qu'elle a eu recours à la gelée royale car elle a étudié les abeilles avec ses élèves. Après apprentissage des bienfaits de la gelée royale et en écho avec son histoire personnelle de cures de gelée royale dans son enfance, elle décide de s'automédiquer (E51).

Un patient intermittent du spectacle nous conte les « *effets miraculeux des huiles essentielles* » qui ont « *guéri du cancer* » un de ses amis (E14). Il conte les merveilles d'un magnétiseur qui lui « *soignerait sa cirrhose en apposant les mains sur son ventre* ». Est-ce son influence professionnelle du spectacle qui pousse ce « *patient-troubadour* » à nous conter ces légendes merveilleuses ?

Ce technicien de maintenance régule sa santé comme il régule son entreprise. « *Je connais bien le problème, pas besoin d'aller voir le médecin, je vais directement en pharmacie [...], je leur ai dit que je voulais une crème [...] et 2 jours après j'avais plus rien !* » (E63).

Une femme chef de projet est interviewée (E70). Tout comme un chef de projet sollicite l'avis de tous les experts, elle sollicite nombreuses sources susceptibles d'influencer son comportement d'automédication. Ainsi, pour son bébé de 2 mois, elle sollicite l'avis de sa famille, de son entourage, d'un homéopathe et du pédiatre pour gérer au mieux son eczéma, par elle-même *in fine*.

3.2.4 Histoire personnelle

L'histoire personnelle des patients, faite de bonnes ou mauvaises expériences, influence leur autonomie dans le soin en influençant la reconnaissance de la maladie. Ainsi, une patiente nous raconte que suite au cancer de son frère dont il est décédé car il a tardé à consulter, elle est plus « *à l'écoute de [son] corps* » et a tendance à plus se trouver de symptômes et donc à consulter (E85). Ainsi, son vécu de la mort de son frère la sensibilise à la reconnaissance d'un état pathologique.

De même, l'histoire personnelle des individus conditionne la confiance en certaines sources d'automédication. C'est le cas de cet homme de 68 ans (E34) qui, sur les conseils d'un ami a été voir un acupuncteur pour soigner son adénome prostatique et échapper à l'opération. « *Tu verras, il peut t'arranger ça et ça peut éviter de te faire opérer de la prostate* » dit son ami. Finalement, il a réalisé 13 séances mais a quand même été contraint de se faire opérer. Sa confiance dans les conseils d'amis et dans l'acupuncture s'en retrouve altérée. Ses choix thérapeutiques ne se font désormais que sous les conseils de son médecin.

Une femme de 36 ans (E72) présente des lombalgies chroniques depuis l'âge de 22 ans. Elle a vu beaucoup de médecins pour ses douleurs. L'inefficacité de la médecine traditionnelle ainsi qu'une mauvaise expérience de kinésithérapie l'a encouragée au recours aux médecines non conventionnelles, à l'ostéopathie, qu'elle sollicite tout le temps désormais.

C'est ainsi que les patients prennent automatiquement en compte leur histoire pour juger d'un problème de santé : « *On se connaît, on est plus sujet à certaines douleurs* » (E2).

3.2.5 Rapport aux médecines traditionnelles

Une mère de famille immigrée tchéchène depuis 2004 en France nous raconte qu'en Tchétchénie les médicaments sont très facilement accessibles en vente libre et que sa mère utilisait très souvent ces médicaments ou des recettes maison pour se soigner (E18).

A l'entretien 9, la mère affirme que l'application de vinaigre a bien soulagé sa fille, « *en Tunisie, ils font tous ça* ». Une autre mère de famille utilise un remède de grand-mère du Maroc : huile-citron-sucre (E3).

3.2.6 Les croyances

Le recours à l'autosoins illustre certaines croyances quasi religieuses des patients. Cette patiente nous parle d'un mal qu'elle va peut-être « *faire conjurer* » (E3). Certains patients parlent même de ne pas être « *adepte* » des médicaments (E45 et E51). Ou bien le patient de l'entretien 14 qui raconte les « *effets miraculeux des huiles essentielles* » ou qui raconte qu'un magnétiseur « *soignerait sa cirrhose en apposant les mains sur son ventre* ».

3.3 La représentation de la maladie influence le recours à l'automédication

Le patient distingue bien la maladie bénigne de la maladie maligne.

3.3.1 La « maladie bénigne » : c'est pour celle là que le patient a recours à l'automédication.

- **Affirmation de bénignité : « on n'est pas vraiment malade »**

L'ensemble des patients interrogés s'automédiquent volontiers pour des motifs qu'ils considèrent différents de la maladie. Les motifs d'automédications sont alors considérés comme, « *une gêne* » (E25, 36, 46, 48, 52, 62, 66, 68, 69, 74, 76, 77, 90), « *un inconfort* » (E30), « *une petite grippe* » (E56), « *une petite maladie* » (E66), « *un petit quelque-chose* » (E76), « *rien de grave* » (E53), « *pas grand-chose* » (E3) « *ce n'est pas une maladie car c'est bénin* » (E68, 69), « *c'était bénin* » (E61, 73) ou bien encore : « *je ne suis pas malade aujourd'hui, j'ai juste un petit problème* » (E20). « *Là j'ai pas une grosse maladie* » (E21). « *Avoir des douleurs au dos ce n'est pas être malade* » (E24), « *la fatigue ou les bouffées de chaleur, ça n'est pas être malade* » (E32). C'est ainsi qu'un patient nous raconte au début de son entretien que « *je ne suis jamais malade moi !* » (E78) avant de nous dire qu'il prend du paracétamol pour des lombalgies. Ces dernières ne sont pas considérées comme entrant dans le cadre de la maladie.

- **C'est alors inutile de consulter le médecin**

« *Je ne veux pas déranger le médecin pour pas grand chose* », « *j'allais pas déranger le médecin pour rien* », « *pas besoin d'embêter le médecin avant d'avoir essayé !* ». Une patiente raconte que quand elle a des migraines, elle ne se considère pas malade et ne voit pas d'intérêt à consulter. Les patients distinguent donc très clairement la maladie, la vraie, d'une gêne pour laquelle ils peuvent très bien se débrouiller sans l'aide du médecin. Un patient nous raconte qu'il préfère ne pas aller voir le médecin pour son « *petit* » problème, que « *le médecin a des patients plus graves à soigner* ». (E1, E3, E6, E24, E40, E47, E57, E61, E63, E69, E73, E76, E80, E88).

- **Qu'est ce que la bénignité pour les patients ?**

- La maladie bénigne est éphémère

« *Ça va passer tout seul* » (E15, 77), « *ça se passe au bout de quelques jours* » (E30), « *j'attends que ça se passe* » (E64), « *la guérison est totale et en générale rapide* » (E65).

- La maladie bénigne est connue

« *Je l'ai déjà eu* » (E41), « *je connais bien la rhinopharyngite* » (E61), « *ça fait des dizaines d'années que j'ai ça* », « *depuis des années* » (E4, 11, 22,23, 32, 42, 49, 75), « *tous les ans les symptômes se répètent* » (E73). Les lombalgies sont bénignes chez les patients qui en sont atteints de façon chronique. De même que les migraines ou les céphalées.

- **Comment utilisent-ils l'automédication dans ce cas ?**

- Médecine de confort

Si l'automédication n'est utilisée que pour une « *simple gêne* », alors on peut en conclure qu'elle est le pilier d'une médecine de confort. Les patients utilisent l'automédication parce qu'ils sont « *mal à l'aise* » (E84).

- Autorégulation

Malade, le patient sait ce qu'il faut prendre comme traitement pour retourner à son état de base. C'est ainsi que parfois il ne se rend même plus compte qu'il s'automédique tant le médicament utilisé est banalisé dans sa vie et ses habitudes de tous les jours.

Cet ancien agent de la SNCF nous raconte qu'il est en invalidité depuis un traumatisme vertébral suite à un AVP à l'âge de 28 ans. Ses lombalgies font partie intégrante de sa vie depuis des années. Et lorsqu'il est plus douloureux que d'habitude suite à un « *bricolage dans la maison* », il gère très bien sa douleur à l'aide de plusieurs antalgiques prescrits depuis longtemps par son médecin (E43).

« *Je ne fais jamais d'automédication moi !* » nous raconte une patiente. Et elle rajoute juste après : « *je ne prends que du paracétamol de temps en temps quand j'ai mal à la tête [...] ; sinon, je prends toujours du Lexomil® si je vois que ça fait des nuits que je ne dors pas. Mais bon, sinon, je ne me soigne pas !* ». La patiente régule son sommeil. Selon elle, elle ne s'automédique pas, mais elle utilise les benzodiazépines comme garant du bon équilibre de son sommeil (E33).

De même pour ce patient qui, pour pallier à ses douleurs, prend du Doliprane® et « *réitère dès que nécessaire* » pour éviter toute gêne dans son activité quotidienne.

Dans le cadre de cette autorégulation, le patient parle même de « *réflexe* », d'une « *habitude* » (E61, 73). C'est « *un comportement habituel* » (E64, 65, 69, 72, 79) et qu'ils refont « *par réflexe* » (E68).

- Prévention

L'automédication est aussi utilisée à titre préventif : soit en prévention primaire pour éviter que la maladie n'apparaisse (plusieurs patientes utilisent l'homéopathie en prévention de la grippe, des vitamines en prévention de la fatigue... (E66, E89)), soit en prévention secondaire pour éviter que la maladie, déjà présente, ne se complique. C'est ce que rapportent beaucoup de patients qui préfèrent « *prendre au plus vite quelque chose avant que ça n'empire* » (E41).

3.3.2 La maladie grave, sévère, maligne

Par opposition à la maladie bénigne, l'ensemble des patients nous racontent ce que représente pour eux la « vraie maladie ». Ses caractéristiques sont consensuelles dans l'ensemble des entretiens : elle est inconnue, elle dure, elle est angoissante et nécessite le médecin.

- Inconnue

Par opposition à la maladie bénigne qui est connue par expérimentation ou par observation, la maladie grave est inconnue, non expérimentée. L'inconnu se traduit par un vocabulaire flou qui témoigne de l'incapacité à décrire ce qui se passe. Le langage utilisé est corporel, un langage de sensations, que la raison n'arrive pas à traduire. « *Je sens que ça ne va pas du tout* » (E5), « *je sens que j'ai besoin d'un traitement* » (E5), « *je me sens vraiment pas bien* » (E15), « *être malade c'est percevoir différemment les choses de d'habitude* » (E26), « *calmer le truc* » (E41), « *c'est ne pas être bien* » (E22), « *Il y a quelque chose de mon corps qui va pas bien, mais souvent, [...] on sait pas d'où ça va pas bien* » (E78). D'ailleurs, un patient nous montre clairement le lien entre l'inconnu et la maladie grave car il nous dit que « *moi, je n'ai pas de maladie grave, je ne sais pas ce que c'est* » (E25).

- Qui dure

« Ça dure plus de 3 jours alors je vais voir mon médecin » (E76), « quand ça dure trop longtemps » (E33), « j'attends 3-4 jours avant de consulter ». « J'ai peur d'allonger la durée de la maladie » (E26), « si ça dure plus de 10 jours » (E30).

- Angoissante

« Était très angoissé » (E2). « Quand c'est des nouveaux symptômes, on angoisse oui ! On ne connaît pas et du coup on s'inquiète ! » (E89). « Je panique quand je sens que toute seule je ne vais pas pouvoir gérer la situation » (E83). Lorsque les patients décrivent ce qu'est pour eux la maladie, c'est tout un vocabulaire sombre qui est utilisé : « grave, met les jours en danger, souffrir, l'horreur, mal, terrible, peur, cancer, impressionnant, pénible, anormal, insupportable, cassé, dangereux, inquiéter, pas bien, difficile, important, pire ». C'est le sentiment d'une perte de contrôle insupportable à l'être humain : « cloué au lit, ne plus bouger, bloqué, on ne peut plus rien faire, plus d'énergie pour m'occuper de tout, au bout du rouleau ».

- Nécessité du médecin

Face à l'angoisse de la maladie, l'angoisse de l'inconnu, du non-contrôle de la situation, le patient a recours au médecin. « Étant inquiète de l'évolution des lésions, elle est venue consulter » (E10), « je préfère voir un médecin plutôt que d'attendre que ça empire » (E41). « J'avais peur d'avoir quelque chose de grave, mais là, il m'a rassuré » (E79). « Elle est apaisée quand elle vient consulter son médecin » (E2).

Le médecin rassure à la fois par sa simple présence : « Parfois, rien que de voir le médecin on est guéri, c'est psychologique » (E1), et à la fois par les compétences que le patient n'a pas. « Je préfère quand le médecin a le dernier mot, ça me rassure » (E1). Les patients reconnaissent ainsi les compétences du médecin concernant les maladies graves.

3.4 Confiance accordée au corps médical et essor des médecines non-conventionnelles.

Le recours à l'automédication est dépendant de la confiance accordée au corps médical. Plus cette dernière est altérée, plus le patient se détourne de celle-ci au profit de l'automédication. Il cherche alors un soin différent du soin traditionnel qu'il trouve dans les médecines non-conventionnelles. Les uns en rapport avec ces thèmes figurent dans le tableau de l'**annexe 4**.

3.4.1 Crise de confiance dans la médecine conventionnelle

3.4.1.1 Envers les médicaments : « Moins je prends de médicaments, mieux je me porte ! »

- Ils sont dangereux

C'est le paradoxe du médicament qui, par définition soigne, mais qui en réalité devient presque l'origine de la maladie. « *Les médicaments, c'est agressif* » (E32), « *on prend du poison !* » (E84), « *Je me suis fait peur en lisant les effets indésirables sur la notice des médicaments* » (E42), « *ça ne m'a pas soulagé, c'est même dangereux* », nous raconte une patiente qui a fait une réaction allergique au médicament (E40). « *ça me donne trop d'effets secondaires alors j'arrête* »(E33), « *elle n'avait pas confiance en ce médicament* »(E79), « *même en lisant les notices on peut avoir un problème* », « *Je fais pas confiance à la médecine, [...] et la médecine nucléaire, vous vous rendez compte ? C'est Tchernobyl !* » (E14). Une autre patiente manque d'enthousiasme pour son traitement de fond qu'elle trouve « *trop lourd* ». Une patiente (E10) raconte qu'elle a appliqué une crème qui l'a brûlée. Un patient (E56) nous parle de sa crainte du maniement des médicaments : il ne « *voulait pas jouer avec le feu* ». Un autre patient(E78) nous raconte qu'après la codéine, il « *était à moitié gaga, [qu'il] planait à moitié* », et que donc, il n'en reprendrait pas.

« *Ma mère est décédée d'un cancer du foie et on sait pas trop d'où il vient, donc moi, les médicaments, j'évite !* », nous raconte la patiente 38 qui laisse entendre que les médicaments seraient responsables du cancer de sa mère?

- Ils ne sont pas efficaces

Le mot « *inefficace* » ou « *non efficace* » apparaît dans 10 entretiens. « *Pas tout à fait efficace* » (E8) ; « *Je vais voir l'ostéopathe, c'est d'ailleurs beaucoup plus efficace que vos médicaments* »(E77). « *Ce genre de douleurs ne se soigne pas très bien avec les médicaments, [...] les médicaments ne résoudront mes douleurs que ponctuellement* » (E72). « *Je ne prends pas les traitements qu'il me donne car je les trouve inefficaces, [...] ça ne m'a rien fait alors, que j'en prenne ou pas...*» (E89). « *ça n'a pas marché* », « *ça n'a pas fonctionné* », « *rien changé* », « *pas d'amélioration* », « *pas suffisant* » se retrouvent dans 14 entretiens.

Enfin, la patiente 49 nous confie que « *les médecins ne sont pas courageux et qu'ils devraient prescrire les traitements quand ils fonctionnent* ».

- Ils sont utilisés pour leur effet placebo.

« Parfois on nous prescrit juste des médicaments pour l'effet placebo » (E83).

- Méfiance et lecture des notices

En conséquence, les patients se méfient et scrutent les notices. « Je consulte la notice » (E34). « Oh bah, j'ai moyennement confiance. Je regarde souvent les effets secondaires sur les notices, [...] j'ose pas tous les lire » (E84). « Même en lisant les notices on peut avoir des problèmes » (E40). « Je me suis fait peur en lisant les effets indésirables sur la notice des médicaments » (E42).

- Ce sont des drogues ?

Parfois le champ lexical utilisé pour décrire les médicaments appartient à celui des drogues, de l'addiction. Les patients sont donc effrayés. « J'ai peur de l'accoutumance » (E23), « je sais qu'il ne faut pas en abuser » (E85).

- Il y en a trop

« Je veux éviter d'en prendre trop » (E32). « Bah, [les médicaments] c'est bien, mais il y en a un peu trop. C'est la quantité qu'on nous prescrit... des fois, on en a des quantités chez nous et on ne s'en sert pas toujours » (E88). La trop grande quantité de médicaments prescrits ou existants auraient donc tendance à décrédibiliser le médicament.

- Ils sont donc dépréciés

« J'aime pas prendre de médicaments » (E3, 80), « Je déteste prendre des médicaments », « moi, les médicaments, j'évite » (E38), « peu adepte des médicaments (E51) », « pas confiance en ce médicament (E79) », « je ne suis pas trop médicament » (E89), « moins j'en prends, mieux je me porte » (E42, 78). Une mère de famille nous explique qu'elle préfère ne pas donner de médicaments à ses enfants (E7).

3.4.1.2 Envers les médecins, ou le corps médical en général : « Moins je vois les médecins, mieux je me porte ! »

- Ils sont incompétents

« Mon rhumato m'a dit qu'il ne pouvait plus rien faire » (E40). La patiente 60 s'indigne de l'incompétence du corps médical : « De toute façon moi, moins je vois le médecin et mieux je me porte !! Demandez-lui au docteur, il vous dira bien qu'il ne me voit pas souvent ! Puis voyez dans quel état ils ont mis mon pied !! Si j'avais su, je ne serais jamais allée me faire opérer ! ».

- Ils sont corrompus

Le patient 86 est scandalisé par l'influence des laboratoires sur les médecins : « *et puis il y a les labos qui vendent leurs produits ! Et en échange, ils offrent des voyages, enfin des trucs somptueux... ah les laboratoires... [...] On mériterait vraiment de les punir ! C'est des méchants PAN PAN ! Bah non, ils ont des ramifications partout, ils rapportent des sous... vous savez, l'argent, l'argent ! Et puis c'est tout !* ».

- Les patients ont peur d'eux

« *J'avais peur de consulter un médecin* », nous raconte un patient (E41). Ou encore, cet homme (E34) qui nous raconte qu'il a « *une trouille bleue d'aller à l'hôpital* » et qui nous raconte que sa tension grimpe toujours quand il est chez le médecin. « *J'ai aussi peur qu'on doive m'opérer* » (E38).

- Ce sont des expérimentateurs

« *Les médecins ne sont pas courageux et ils devraient prescrire les traitements quand ils fonctionnent* »(E49). « *Je lui sers de cobaye* », nous raconte un patient (E56).

- Ils manquent d'écoute, et limitent leur raisonnement au champ du biomédical

La patiente 90 nous raconte sa déception et frustration en sortant de chez son médecin : « *finalement on ressort, on n'a pas pu dire la moitié des choses qu'on avait à dire. Y a des fois où j'ai une idée de médicament en tête en étant persuadée que ça va m'aider et puis je ressorts et le médecin m'a dit l'inverse !* ». Une autre critique l'écoute partielle des médecins, trop ciblée sur l'organe : « *je trouve que les médecins sont trop concentrés sur les organes, il faut considérer le problème dans son ensemble, [...], il faudrait vraiment qu'il y ait plus de temps, plus de psychologie [dans les consultations]* » (E31). Un patient nous confie qu'il « *regrette que son médecin soit contre l'homéopathie* » (E67).

- Ils pratiquent d'une façon impersonnelle, à la chaîne, trop rapidement

« *Les kinés ne prennent pas assez de temps, c'est l'usine, il voit 2-3 patients en même temps* » (E31). « *J'aime pas me retrouver dans une salle avec un kiné qui montre vite fait le mouvement et qui s'en va* »(E34).

Un patient nous raconte qu'il s'occupe depuis des années de sa mère(E86). Il s'est résolu à ne plus faire confiance aux services médicaux : « *que voulez-vous, c'est très fonctionnaire ! C'est comme un médecin qui gagne bien sa vie, c'est normal, mais que ça ne devienne pas une histoire d'argent ! Parce que là maintenant, on voit des « officines » j'appelle ça, avec 4 ou 5 médecins en même temps et c'est du genre : tiens vas y combien tu en as vu aujourd'hui ?* ».

- Les patients sont lassés, désabusés de ce type de pratique

C'est ainsi que cette patiente nous dit qu'elle « *en a marre* » (E17). « *Je n'aime pas voir le médecin* ».

Ils se tournent délibérément vers autre chose. « *J'ai décidé d'arrêter mes traitements* » (E42). « *Je préfère aller chez l'ostéopathe* » (E2), « *chercher des produits naturels* » (E17), « *qui ont moins d'effets secondaires* ». Cette crise de confiance dans la médecine conventionnelle participerait donc au choix des médecines non conventionnelles.

3.4.2 Place des médecines non conventionnelles

- Importance

Les médecines non conventionnelles sont beaucoup citées dans les entretiens. On peut les classer en plusieurs catégories.

catégorie	produits utilisés	nombre de fois cité
phytothérapie	citron-huile-sucre fumeterre huiles essentielles vinaigre blanc plantes thé vert tisanes trinolinium gelée royale eucalyptus inhalations/fumigations	22
homéopathie		20
ostéopathie		21
acupuncture		6
magnétiseur		4
naturopathie		1
sophrologie		1
hypnothérapie		1
conjureur		1
total		77

Sur 90 entretiens, les médecines non-conventionnelles sont citées 77 fois. Elles apparaissent dans 85% des cas. Quantitativement, elles sont bien présentes dans les pratiques de soin des patients.

- Pourquoi les médecines non conventionnelles ?
 - Elles appartiennent à l'automédication

On peut se poser la question d'inclure ostéopathie, acupuncture, naturopathie, hypnose, recours au conjureur et magnétiseur dans l'autosoin, puisque ces pratiques font intervenir une tierce personne. Mais les patients associent volontiers les médecines non conventionnelles ou « médecines douces » à l'automédication. Dans certains entretiens, les patients racontent spontanément le recours à une médecine non conventionnelle même si elle fait intervenir un tiers. C'est le cas de cette femme qui « dès qu'elle a un coup de mou », utilise le shiatsu. Ou de cette femme qui, autosoigne ses lombalgies en allant directement voir l'ostéopathe.

Nous sommes alors dans l'autonomie par la libre décision de quelle personne voir pour se soigner. Le patient s'automédique puisqu'une fois la maladie reconnue, il décide de la soigner par ses propres moyens, ce qu'il juge bon pour sa santé, en allant des plantes aux séances d'acupuncture. De plus, la tierce personne pratiquant des médecines douces n'est pas reconnue comme un professionnel de santé ni par INSEE, ni par la direction générale de la santé (54). Le patient ne consulte donc pas un professionnel de la santé, et sa pratique ne s'intègre pas dans le soin qualifié de primaire.

- Effet de mode, modèle comportemental

Le recours aux médecines non conventionnelles semble être à la mode. « *Par le bouche à oreille entre copines qui ont le même problème* »(E32). Les personnes qui l'utilisent sont des modèles : « *Ma mère est très portée sur l'homéopathie et l'ostéopathie* »(E72).

- Par opposition à la médecine conventionnelle

Le lien logique est visible dans les entretiens entre la discréditation de la médecine conventionnelle et le détournement-réponse vers les médecines non conventionnelles. « *Elle n'a que peu confiance en la médecine allopathique et préfère les médecines parallèles* » (E13), « *Je préfère voir mon ostéopathe plutôt que de prendre des médicaments* » (E2). « *Elle préfère l'homéopathie pour éviter de leur donner trop de médicaments* »(E54).

- En complément à la médecine conventionnelle

38 patients interviewés sur 90 (soit 42% des patients) co-utilisent la médecine conventionnelle avec des médecines non conventionnelles. « C'est complémentaire », nous affirme une patiente (E40). 38

patients (42%) utilisent exclusivement la médecine conventionnelle, et 14 (15%) exclusivement les médecines non-conventionnelles.

- Besoin de douceur, d'écoute, d'attention

Par opposition à la médecine traditionnelle et ses médicaments « agressifs », le patient revendique de la douceur, de l'écoute et de l'attention. « *Je demande quelque chose de doux* » (E20). « *Je recherche la douceur* » (E32). A la question « qu'attendez-vous de votre médecin », la patiente 90 nous répond : « *qu'il me conforte dans mon idée peut être, avec une bonne écoute quoi* ».

- Retour au naturel

« *Je recherche des produits plus naturels* » (E17), « *j'ai envie de me tourner vers le naturel* » (E32). Le naturel est alors synonyme d'innocuité : « *c'est naturel alors ça peut pas faire de mal* ».

- Besoin d'irrationnel et de merveilleux

« *C'est miraculeux* », « *soigne sa cirrhose en apposant les mains sur son ventre* », « *a guéri du cancer* », « *c'est magique* », « *ça ne s'explique pas, c'est ça qui est fort !* » (E14). « *J'ai un copain magnétiseur à la Baule, il canalise les énergies positives pour faire partir les énergies négatives* » (E21).

- Ça ne fait pas de mal

« *Ca fait pas de mal* » (E40), à la différence de la médecine conventionnelle qui peut soigner mais avec des effets secondaires.

3.5 Automédication et accès aux soins, enjeu de rapidité, d'efficacité et de productivité.

Les ums en rapport avec ces thèmes figurent dans le tableau de l'**annexe 5**.

3.5.1 Existe-t-il un problème d'accès au soin primaire ?

- Pas de difficulté d'accès géographique au soin

Aucun des patients interrogés ne fait état d'un problème d'accès géographique aux soins. En effet, lorsque le temps de parcours entre le cabinet médical et le domicile des patients est mentionné, la plupart des patients (une vingtaine) se situent à moins d'un quart d'heure de leur médecin. Ces

derniers résident et consultent pour la plupart en ville. 4 patients se situent entre ¼ d'heure et ½ heure du cabinet médical. Ces derniers vivent tous en milieu rural. Enfin, nous noterons l'exception d'une patiente qui met environ une heure à aller chez son médecin traitant. Ayant déménagé à plus de 70 km de son ancienne résidence, elle ne désire pas changer de médecin et fait volontiers une heure de route pour le voir (E51).

Ainsi, globalement, qu'ils vivent en ville ou à la campagne, les patients interviewés ne ressentent pas un problème d'accès géographique aux soins, puisqu'en majorité, ils sont à moins d'une demi heure de chez leur médecin.

- **Difficultés économiques à l'accès au soin**

Un seul entretien fait état du tarif de la consultation chez le médecin généraliste comme obstacle à l'accès aux soins : « *et le prix de la consultation, c'est un peu cher...* » (E88). Les autres entretiens ne mentionnent pas de difficultés économiques pour l'accès aux soins. Néanmoins, on ne peut conclure à l'absence d'incidence de la situation économique sur l'accès aux soins. En effet, la plupart des entretiens ont été réalisés au sein de cabinets médicaux. Les personnes interrogées n'avaient donc aucun obstacle économique aux soins puisqu'elles sont venues consulter. On peut effectivement penser que les personnes qui n'ont pas accès aux soins seraient demeurées chez elles.

Par ailleurs, on remarque que les patients interrogés en cabinet médical ne font jamais état du prix de la consultation chez leur médecin. L'abord du prix de la consultation médicale semblerait tabou. Le problème ne se pose pas dans les pharmacies où les patients peuvent soumettre leur médecin et son exercice à la critique. On notera d'ailleurs que l'entretien 88 a été réalisé en pharmacie.

- **Difficultés de compréhension du réseau de soins**

Le parcours coordonné de soin du patient est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Le médecin généraliste choisi par le patient devient le pivot central du soin pour le patient. Ce dernier doit se référer uniquement à son médecin traitant pour tout problème de santé et pour voir un spécialiste sous peine de majorations financières. Il existe certaines exceptions à ce parcours de soins nécessitant le passage obligatoire par « la case médecin-traitant » comme la consultation hors résidence habituelle, la consultation urgente, ou la consultation de quelques spécialistes en accès direct (gynécologue, psychiatre, ophtalmologiste). Huit ans après l'entrée en vigueur du parcours coordonné de soins, il ne semblerait toujours pas maîtrisé par le patient.

Une patiente nous raconte qu'elle s'est retrouvée malade le soir. Elle n'a pas voulu appeler le médecin de garde et que « *d'ailleurs, elle ne sait pas trop comment ça fonctionne le médecin de garde* » (E47).

Une autre nous raconte qu'elle était en déplacement à Paris pour son travail, loin de sa résidence habituelle et donc loin de son médecin traitant. Elle raconte qu'elle « *avait peur de consulter un médecin là-bas* » et qu'elle « *ne sait pas trop comment ça marche* » pour consulter un autre médecin que son référent (E41). Ou encore cet étudiant à Nantes originaire de Bretagne qui nous raconte : « *pour moi, mon médecin est là-bas, celui de Nantes, je vais le voir [...] quand je n'ai pas le choix* ». Il préfère ainsi ne pas voir de médecin du tout, puisqu'il est éloigné de son domicile (E62).

- **La difficulté d'accès aux soins est en rapport avec la surcharge des plannings des médecins**

A l'entretien 86, ce monsieur, qui s'occupe de sa mère nous raconte que « *les médecins sont trop sollicités, il n'y en a pas assez, ça devient vraiment ridicule, faut vraiment rechercher les gens* ». Un patient nous explique alors qu'il a « *dû attendre de voir son médecin, [...] dû consulter 2-3 jours après* »(E1). « *En attendant de voir le médecin* » (E81). Un autre qui évoque « *le temps d'attente pour avoir un rendez-vous chez le médecin* » (E39). Ou bien encore : « *Mon médecin n'est pas toujours disponible quand je le voudrais* » ; « *Je ne peux pas avoir de rendez-vous le jour-même* » (E1) ; « *pour avoir un RDV il fallait attendre plusieurs jours* »(E46) ; « *les horaires du médecin ne correspondent pas avec mon travail* »(E3). Plusieurs patients affirment alors qu'ils n'ont « *pas le temps* » de voir un médecin » (E62, E66).

Les patients sont bien conscients de la surcharge de travail des médecins. Ainsi, cette patiente nous raconte qu'elle s'automédique pour « *ne pas engorger en plus les salles d'attente des médecins* » (E6). C'est en partie aussi pour cela que nombre d'entre eux ne veulent pas « *ennuyer le médecin pour rien* », ou « *ne pas le déranger pour pas grand-chose* », car « *le médecin a d'autres patients à soigner* » (E1, E3, E6, E24, E40, E47, E57, E61, E63, E69, E73, E76, E80, E88).

Face à cette surcharge, les patients expliquent qu'ils tentent de se soigner par eux-mêmes.

- **« Est-ce facile d'obtenir un rendez-vous avec votre médecin ? »**

Etrangement, dans certains entretiens, les patients mentionnent eux-mêmes la facilité d'accès aux soins. C'est le cas de cette patiente qui vit à la Limousinière (hameau en Vendée) avec un personnel de santé et un accès facile aux médicaments (E80). A la question « *est-ce facile d'obtenir un rendez-vous chez votre médecin* », les patients répondent oui ! « *Chez mon médecin, ça va, mais... elle ne se déplace pas !* »(E84), « *Oui, je l'ai dans la journée* » (E85), « *Ben en fait [mon médecin] c'est un ami, c'est encore plus rapide !* » (E90), « *je consulte rapidement* » (E26). Sans compter les médecins qui consultent sans rendez-vous. « *Ah oui, c'est très facile puisqu'il prend sans rendez-vous* » (E87),

« Oui car le notre est sans rendez-vous le matin, donc on prend notre mal en patience dans la salle d'attente pleine, on attend notre tour ! » (E89).

3.5.2 Il existe plutôt une exigence d'une rapidité de prise en charge et de résultat

- **Exigence de rapidité de prise en charge**

Plus qu'un problème d'accès aux soins, c'est un problème de délai d'accès aux soins : le patient est impatient. C'est ce qui explique alors que les patients déplorent les plannings trop chargés des médecins, alors qu'ils arrivent facilement à avoir un rendez-vous !

Certes le patient obtient un rendez-vous avec son médecin, mais il ne semble pas satisfait du délai entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous en lui-même.

« Quand il ne peut pas avoir de RDV le jour même, il se soigne par lui-même » (E1). « Pour avoir un rendez-vous, il fallait attendre plusieurs jours, donc je suis allée en pharmacie ». « Je vais directement à la pharmacie pour gagner du temps » (E46). « Je n'ai pas le temps d'aller voir mon médecin », « je préfère traiter tôt » (E62). Le délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous effectif est raisonnable pour le médecin, mais semble intolérable pour le patient.

Ainsi, le patient préfère se tourner vers l'automédication pour « agir plus vite ». Bon nombre de patients se rendent alors « directement en pharmacie » (E11, E39, E46, E61, E62, E79, E80, E85). Le patient de l'entretien 12 a « d'emblée pris du Prévican® » et il le « referait d'emblée ». La patiente 36 se traite « dès le début des symptômes ». Dès que la patiente 31 « sens qu'elle ne va pas très bien, [elle] va voir quelqu'un qui fait du shiatsu ». Le patient de l'entretien 63 est très réactif sur l'apparition de ses boutons, puisque « quelques heures après [il] est allé à la pharmacie ». Le patient 66 nous raconte qu'il ne va pas voir son médecin, qu'il préfère aller à la pharmacie quand il « en trouve une sur la route de son travail » pour gagner du temps. La patiente 3 raconte à quel point l'autosoin pour traiter les vers de son fils est rapide, puisqu'elle a « juste besoin d'appeler [cette personne] pour qu'il conjure par téléphone ».

- **Exigence d'une rapidité de résultat**

En plus de l'exigence d'une prise en charge rapide, le patient exige une rapidité de résultats. « Il me manipule et le jour même ça fait de l'effet » (E31). « C'est efficace car en 3 jours tout revient à la normale » (E25). « 2 jours après j'avais plus rien » (E63). « Je n'avais plus de douleur le lendemain au réveil » (E51). « Efficace à partir du 2^e jour » (E49). Ces jeunes femmes attendent de leur médecin

« qu'il trouve rapidement le problème et qu'il le règle rapidement » et « qu'il donne des médicaments qui agissent assez rapidement » (E84, E87).

3.5.3 Garantir avant tout une productivité

Nous avons vu que les patients désirent se soigner au plus vite, et que le délai d'accès au soin primaire leur paraît trop long. Ils ont alors recours à l'automédication. Pour quelles raisons exigent-ils une rapidité de retour à un état sain ? Outre l'insupportable angoisse de la maladie qui dure, rester en bonne santé semble primordial aux patients pour garantir leur productivité.

- **Etre malade c'est...**

- ... une altération de sa performance au travail

« Moins bonne performance » (E35). « Perte de performance » (E44). « Je suis moins performant au boulot » (E35). Cette jeune femme commerciale nous dit que ça le gêne pour parler, que « c'est pas terrible avec les clients » (E36). Ce chauffeur routier nous explique que « ça devient difficile de conduire son camion » quand il est malade (E66). « Ca m'empêche de travailler efficacement » (E78).

« Je travaille dans un grand foyer avec 50 étudiants, donc ça me demande d'être quand même un peu disponible et en forme. Donc c'est vrai que si je suis allée voir le médecin c'est aussi en fonction de mon travail avec lequel je ne peux pas me permettre d'être bloquée trop longtemps ». (E85). « C'est difficile de supporter le travail » (E74). Cette monitrice d'auto-école nous raconte : « les douleurs m'empêchent de me concentrer, et quand je suis au travail, c'est dangereux si je ne suis pas attentive » (E79).

- ...être absent au travail

« Je ne peux plus faire cours » pour cette enseignante (E61). « C'est ne pas pouvoir aller travailler » (E25, E47, E65, E69, E81), « ne pas pouvoir mener ses activités normales » (E19, E22). « Je ne me sens pas apte à travailler » (E26). « Il me faut alors un arrêt de travail » (E89). « J'ai besoin d'un arrêt de travail » (E63). « Douleurs trop handicapantes pour continuer le travail » (E80).

- ...la peur du handicap

La notion de « handicap » apparaît dans 5 entretiens. « Être malade, c'est l'invalidité » (E32), « c'est ne plus pouvoir faire ses activités » (E19, E22), « je ne suis pas dans mon état normal ». « ça m'empêche de mener une vie normale » (E27). « Entrave la vie quotidienne » (E28) « J'avais peur de ne pas récupérer, d'être handicapé » (E38). « C'est invalidant » (E73).

- **Agir vite pour garantir une productivité**

Pour éviter cette perte d'efficacité, le handicap et le recours à l'arrêt de travail, le patient se tourne vers l'automédication pour « *agir vite* ».

« *Je préférerais traiter tôt* ». Ainsi ce patient « *a attendu le plus possible pour aller voir son médecin car il ne voulait pas d'arrêt de travail* » (E78).

Des échéances au travail poussent les patients à s'automédiquer. Ainsi cette lycéenne doit « *être en forme car [elle doit] passer son bac dans quelques jours* » (E5). De même, cette étudiante qui n'a pas le temps d'aller voir son médecin car « *avec les examens, [elle] préférerait traiter tôt* » (E46). Cet étudiant de math'sup' ne peut pas se permettre de ne pas aller en cours « *en pleine période d'examens* » (E62). Enfin, cette mère de famille utilise l'automédication pour ses enfants car « *il faut qu'ils aillent à l'école* » (E57). Ils préfèrent donc tous avoir recours à l'automédication par la certitude de rapidité de résultat pour ne pas faillir à leurs activités professionnelles.

Par extension, nous pouvons lier la productivité à la performance en dehors de toute activité professionnelle. Ainsi, cette retraitée nous explique qu'elle s'est automédiquée rapidement car elle avait un concert avec sa chorale, et elle « *avait peur que ça ne passe pas à temps pour son concert* » (E76).

4 Discussion

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

Il est important de remarquer que les biais n'existent pas en analyse qualitative sociologique : c'est plus une série de faits demandant une analyse qui apporte un résultat certes contextualisé, mais un résultat avant tout. Par souci de présentation des limites de notre méthode comme le demande la méthodologie biomédicale, nous laissons volontairement apparaître le terme de « biais ».

4.1.1 Type d'étude

Nous avons vu que le patient est au centre de l'automédication. L'étude qualitative, faite d'entretiens qui permet un contact rapproché avec le patient, semble la plus adaptée pour appréhender au mieux ses idées, ses usages et ses pratiques d'automédication.

Les questions ouvertes permettent parfois au patient interrogé de transcender la question de recherche et de nous ouvrir à d'autres horizons. Les réponses ainsi apportées peuvent être tout à fait différentes des hypothèses que nous nous serions fixées. L'avantage de ce type d'étude est qu'il n'existe pas de bonne réponse à la question posée. En laissant parler au maximum le patient, on favorise les digressions. Elles enrichissent les entretiens en détails propres aux patients, mais utiles à l'enquêteur pour cerner le message implicite du patient véhiculé par son histoire, son vécu.

4.1.2 Lieux de l'enquête

Le recueil de données multicentrique sur différents cabinets médicaux, situé en Loire Atlantique et en Vendée, a permis de lever le biais externe lié à l'environnement du chercheur et des participants. Cela a permis de plus une plus grande mixité sociale au sein de l'échantillon.

Les lieux des enquêtes peuvent constituer une entrave à l'authenticité des propos recueillis par les patients. En effet, le cabinet médical reste un environnement extérieur à celui des patients. Lieu d'exercice de leur médecin traitant, il constitue un lieu influençant les propos des patients.

C'est pour cette raison que les entretiens complémentaires ont été réalisés en pharmacie.

4.1.3 Population

Même si les enquêteurs ont tenté d'interroger une population la plus diversifiée possible, cette population est quand même ciblée. En effet, les patients interrogés ont tous accès aux soins. Ils ont été interrogés en cabinet médical ou en pharmacie, principaux lieux où sont délivrés les soins.

Nous n'avons pas pu interroger les personnes qui s'automédiquent chez elles et qui ne font pas du tout appel aux structures de soins primaires que sont les cabinets médicaux et les pharmacies. Des entretiens aux domiciles des patients auraient alors été pertinents.

4.1.4 Les enquêteurs

- Avantages des externes

La participation des externes a plusieurs avantages.

Tout d'abord de par leur nombre, ils augmentent rapidement le nombre d'entretiens recueillis ce qui permet d'arriver plus vite à saturation des données lors de leur analyse. C'est-à-dire que tout nouvel entretien recueilli n'apporte pas d'idée supplémentaire aux précédents.

De plus, on trouve un intérêt pédagogique à la participation des externes. Outre leur initiation à la recherche en médecine générale, ces derniers sont formés à un entretien exclusif avec le patient, fait de questions ouvertes. Or c'est précisément de ce type d'entretien que s'inspire l'interrogatoire médical réalisé en cours de consultation (55). Le terme d'« interrogatoire » étant d'ailleurs mal choisi puisqu'un interrogatoire aurait tendance à se composer de questions fermées, à l'image des interrogatoires policiers. Par des questions ouvertes, le patient est amené à s'exprimer librement et à pouvoir dire à haute voix ce qu'il ressent. Ainsi, le médecin est apte à comprendre au mieux la situation du patient dans sa globalité, et à répondre convenablement à ses attentes. C'est aussi la base de la psychothérapie (55).

Le statut d'étudiant est propice au recueil des confidences car en situation d'apprentissage, il est naïf, inoffensif, et donc il rassure. Spontanément, les gens ont envie d'aider les étudiants, ce d'autant que nombreux sont les enquêtés qui en connaissent dans leur entourage. De plus, les externes sont étrangers au milieu de l'enquêté. Beaud et Weber affirment que « cette étrangeté est productive dans la relation d'entretien ». Ainsi, ils sont « extérieurs à la vie sociale de l'enquêté, ses affaires de famille, de travail, de voisinage, de politique. Ils sont donc placés dans une position objective pour recevoir des confidences » (49).

- Inconvénients des externes

Il existe par ailleurs un biais interne lié aux caractéristiques personnelles de l'enquêteur et des participants. Certes les externes sont des étudiants, ce qui leur confère une naïveté qui leur vaut la sympathie des patients, mais ils sont étudiants en médecine avant tout. Ils ne sont donc pas neutres ou purement objectifs quant à la question de l'automédication. Cela pourrait freiner les confidences de patient sur cette pratique profane aux yeux du corps médical. Par ailleurs, étant stagiaires de leur médecin traitant, les externes sont vus comme relationnellement proches de ce dernier auquel les patients n'ont pas toujours envie de confier leurs pratiques d'automédication. Les externes entrent alors dans la relation médecin-patient à laquelle ils n'ont pas été nécessairement conviés.

4.1.5 Modalités de recueil des données

Nous pouvons discuter de la pertinence du guide d'entretien. Certes, il standardise en quelque sorte les contenus des entretiens en obligeant les interviewés à aborder certains thèmes. Cela tend à perdre la spontanéité recherchée des entretiens qui permettrait de révéler plus finement les idées et comportements des patients livrés dans une liberté totale de discussion. Mais ce guide permet aussi la certitude d'un recueil de données conforme aux attentes du travail de recherche. De plus, il joue un rôle « anxiolytique » pour les externes qui, peu formés à ce nouveau type de travail, permet de lever l'angoisse « d'être à sec » au moment de l'entretien.

Les entretiens semi dirigés ont tendance à trop guider les patients sur le terrain de discussion de l'enquêteur aux dépens de leur spontanéité qui emmènerait l'enquêteur précisément au sein des idées les plus intimes de l'enquêté. L'idéal aurait été la réalisation d'entretiens ouverts, mais ceux-ci nécessitent une grande expérience d'enquêteur en sociologie que ni les externes ni moi-même n'avions. C'est un biais d'investigation dans le sens où le chercheur peut influencer la réponse selon la manière dont se déroule l'entretien.

Les entretiens réalisés par les externes n'ont pas été enregistrés au dictaphone. Ils perdent donc en précision. La prise de note restituée par ces derniers est déjà analysée, puisque l'étudiant a choisi de transcrire certaines paroles du patient et d'autres non. C'est pour cette raison que les entretiens complémentaires ont été enregistrés au dictaphone. Cela a permis de s'affranchir de la prise de notes et d'être plus libre au moment de l'entretien de sorte que celui-ci ressemble plus à une discussion qu'à un interrogatoire. Il permet d'être plus fiable dans la restitution du verbatim des patients. De plus, il permet de mettre en évidence le ton, les silences, les hésitations, les rires, les gênes, donc l'expression des sentiments essentielle pour interpréter l'entretien.

Enfin, une des limites de ce travail d'enquête de terrain repose sur l'absence d'observation couplée à l'entretien. Or en sociologie, l'un ne va pas sans l'autre. L'absence d'observation risque de « laisser l'entretien prisonnier d'un discours décontextualisé » (49). L'observateur note sur un carnet tout ce

qu'il peut observer : position géographiques, comportements, durée de l'entretien...etc. L'ensemble constitue ce que l'on appelle le journal de terrain. Il vise à mettre en évidence des attitudes ou détails non verbaux qui aident à l'interprétation des propos recueillis lors des entretiens. Cette partie était initialement prévue au travail de recueil de données par les externes. Néanmoins, d'un commun accord entre chercheurs et externes, elle a été annulée devant l'importance du travail de prise de notes auquel les externes ne sont pas formés. De plus, ce travail d'observation sociologique aurait pris la place du travail d'observation médicale demandée aux externes lors de leurs stages.

4.1.6 Analyse des données

On note par ailleurs un biais d'interprétation. Ainsi, l'analyse des données issues des entretiens qualitatifs n'est faite que par une seule personne. Ainsi, ce qui semble évident à nos yeux ne l'est pas forcément pour une autre personne et inversement, certains détails ou raisonnements peuvent nous échapper.

Enfin, la question se pose de l'intérêt du nombre élevé d'entretiens pour une étude qualitative où la qualité de l'entretien est à préférer à la quantité d'entretiens. L'ensemble des entretiens, y compris les entretiens complémentaires n'ont été que de courte durée. Des entretiens moins nombreux, mais plus longs et donc plus approfondis auraient peut-être permis de dégager de nouvelles idées ou d'affiner les notes.

Les résultats obtenus par cette étude pourraient être confirmés par d'autres études où ne figureraient pas les « biais » suscités.

4.2 Validité externe de l'étude : discussion des résultats

4.2.1 L'automédication est-elle synonyme d'autonomie dans le soin ?

4.2.1.1 Selon les définitions de l'autonomie, le patient fait bien preuve d'autonomie.

L'autonomie est définie étymologiquement par la capacité de se gouverner par ses propres lois (du grec autos : soi-même et nomos : loi). Par extension, l'autonomie du patient dans la santé signifie la capacité qu'il a de gérer sa santé par ses propres moyens. Toutes les définitions de l'autonomie y ajoutent même l'idée d'un affranchissement d'influences extérieures. Gillon, professeur d'éthique médicale, définit l'autonomie par la « capacité de penser, décider et agir de manière libre et

indépendante » (56). La relation médecin-patient est une relation à deux. S'il y a désir d'affranchissement ou d'indépendance de l'un (le patient), alors on pourrait penser que c'est à l'égard de l'autre (le médecin). Ainsi, on définirait l'autonomie du patient par la capacité qu'il a de gérer sa santé par ses propres moyens, alors qualifiés d'automédication, sans interférence du médecin.

L'affranchissement du médecin est bien visible dans les entretiens « *c'est bien quelque chose que je peux faire chez moi, pas besoin d'embêter le médecin pour ça !* ». Confrontés à ces définitions, nous pouvons alors affirmer que les patients s'automédiquent parce qu'ils sont autonomes.

Gillon distingue plusieurs niveaux d'autonomie : l'autonomie d'action, l'autonomie de volonté, et l'autonomie de pensée.

L'autonomie d'action est présente dans tous les entretiens, puisque tous les patients interrogés agissent en se soignant. Cette autonomie d'action est à rapprocher de la définition de Winance, de la HAS et toutes les recommandations de bonnes pratiques médicales. Elles opposent la personne autonome « qui décide ou agit seule, sans recours à une aide » à la personne dépendante qui nécessite une aide pour les activités de la vie quotidienne (57). Si les patients ne sont plus dépendants de leur médecin, alors ils sont autonomes.

L'autonomie de volonté correspond à l'autodétermination des patients. D'une part, on peut apprécier l'autodétermination des patients parce qu'ils « *veulent* », ils « *décident* » et ils « *restent sur leurs décisions* ». D'autre part, leur forme d'expression exclamative traduit cette autodétermination. L'apparition multiple du « moi » dans les entretiens montre à quel point le patient s'implique dans la gestion du soin. Ce moi témoigne de son autonomie.

Par ailleurs, 24 patients, soit 27% des patients déclarent être prêts à recommencer l'automédication décrite dans les entretiens. S'ils sont prêts à recommencer, ne serait-ce pas qu'ils sont confiants dans leurs pratiques ? Ils illustreraient ainsi leur autodétermination.

Enfin, l'autonomie de pensée est bien présente chez tous ces patients qui « savent ». Ils savent reconnaître les symptômes : « *je sais reconnaître les signes* ». Ils les attribuent à une maladie : « *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 Prévican®* ». Nos résultats sont bien en accord avec Fainzang qui distingue plusieurs stades de maturation à l'autonomie du soin. Le patient passe d'abord par l'auto-examen, puis l'autodiagnostic. Il arrive ainsi à la « reconnaissance de la maladie ». Puis, il décide de ne pas rester dans cet état et enfin il s'automédie. C'est ce qu'elle appelle « l'automédicalisation » (3).

4.2.1.2 Comment les patients s'autonomisent-ils dans le soin ?

Les patients s'autonomisent dans le soin par un apprentissage des comportements face à la maladie. Grâce aux entretiens recueillis, nous pouvons conclure que cet apprentissage se fait de trois façons différentes : par expérience, par observation et par information.

- Par expérience

L'apprentissage de l'automédication par expérience peut être mis en parallèle avec le développement sensori-moteur de l'enfant tel que le décrivent les neuropsychologues du développement infantile. Les patients connaissent la conduite à tenir en cas de maladie par expérimentation à la fois de la maladie, et à la fois de ses traitements. De même, les enfants acquièrent un développement moteur par expérimentation de l'interaction de leur corps avec le milieu extérieur. Lorsqu'il s'agit de parler de méthodes d'apprentissage de l'enfant, Piaget défend ainsi l'idée de découvrir par l'expérience (58,59). Dans les entretiens, l'interaction du corps avec la maladie est traduite par le langage sensoriel soutenu par les patients : « *je ressentais* », « *une sensation* ». Par confrontation aux maladies, les patients distinguent un état pathologique d'un état normal. Ils reconnaissent que « *quelque chose se passe* », « *ça ne fonctionne pas pareil* », « *j'ai la sensation d'être pas bien, de ne pas être dans mon état normal* », « *on ne peut pas faire ce qu'on fait d'habitude* », « *mes douleurs m'empêchent de mener une vie normale* », ou bien encore « *je perçois les choses différemment de d'habitude* ». L'imprécision de ce qui est ressenti montre bien qu'il s'agit d'un langage des sens, brut, pas encore raisonné, expérimental.

C'est la répétition de l'expérimentation d'une maladie et de ses traitements qui permet au patient d'accéder à la connaissance de la maladie et de sa prise en charge (« *à chaque rhinite* », « *pour un épisode semblable* », « *récidivante* », « *une à deux fois par an* » etc.). Pour faire le parallèle avec le développement de l'enfant, Bullinger explique que « ce sont les interactions entre l'organisme et le milieu qui sont les objets de connaissance. Ces interactions sont spécifiées par les modalités sensori-motrices et permettent que se forment des habitudes. La répétition d'une même configuration sensitivo-motrice entraîne une modification de la conduite » (60).

- Par observation

« *J'attends et j'observe, puis je soigne* » nous confie une patiente. Le patient cette fois-ci acquiert une connaissance de la maladie et de ses traitements par observation.

D'un côté, le patient observe les personnes malades et ses symptômes : « *Toute ma famille a de l'eczéma, alors je sais bien à quoi ça ressemble* », « *lorsque l'un ou l'autre se frotte les oreilles, je*

suis sûre qu'une otite se prépare », « quand il a de la fièvre, il a une petite barre bleue sur le nez et des picotements aux fesses ».

D'un autre côté, le patient observe la personne qui sait traiter et reproduit son comportement. Cette personne devient alors le modèle du patient qui, par mimétisme, agit comme elle. Ce modèle peut alors être une personne quelconque : *« mon père procédait de cette manière »*, tout comme il peut être le médecin. C'est le cas de cette patiente qui nous raconte qu'elle sait quoi prendre en cas de douleurs car *« quand je dis [à mon médecin] que j'ai des douleurs, il me donne ça, [...], je les prends »*. Elle reproduit donc la prise en charge de sa douleur par son modèle, le médecin. C'est aussi le cas de nombreux patients qui, après avoir observé des symptômes, prennent les mêmes thérapeutiques antérieurement prescrites par le médecin.

Nous pouvons nous rapprocher à nouveau du développement psychomoteur de l'enfant qui passe par le stade de l'imitation de ses parents. Il apprend alors par observation et imite ces derniers dès l'âge de 18 mois (61).

Nous nous retrouvons dans l'apprentissage par modèle social décrit par Bandura. Il pense que l'apprentissage par l'observation va au-delà de l'expérimentation décrite précédemment. L'apprentissage est plus performant s'il passe par l'observation et le mimétisme d'un modèle fiable. *« Pratiquement tous les phénomènes d'apprentissage par expérience directe surviennent [...] en observant le comportement des autres et les conséquences qui en résultent pour eux. Le fait de pouvoir apprendre par observation rend les gens capables d'acquérir des répertoires comportementaux larges et coordonnés sans avoir à les élaborer graduellement par un processus laborieux d'essais et d'erreurs.[...] Plus les erreurs possibles sont coûteuses et dangereuses, plus on a recours à l'observation de modèles compétents »* (62). Afin d'écartier au maximum les risques liés à un comportement ayant des conséquences néfastes sur la santé, il semblerait judicieux que le patient prenne comme modèle le médecin pour l'automédication. Or les modèles observés ne sont pas exclusivement des médecins. Ils sont très variés et à compétences médicales très inégales. Les médias occupent une grande place dans les dires des patients. Ceux-ci ont une énorme influence dans l'apprentissage par observation. Ils *« offrent de manière continue des modèles comportementaux ou idéologiques »* (63). L'apprentissage social par imitation de modèle ou « modeling » par les médias dont le professionnalisme médical est discutable semblerait dangereux pour le patient.

Si le médecin est le modèle social d'apprentissage, c'est que le patient désire être médecin lui-même. Il se met sur un pied d'égalité avec ce dernier. *« 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 ! » « Sans être prétentieux on est tous notre médecin d'abord, on se connaît mieux soi-même »* nous confient les patients. Mais Pélicand, Fournier et Aujoulat posent une question sur laquelle il semble intéressant de s'attarder : *« être médecin soi-même est-ce être observant d'un traitement et de règles*

ou est-ce être autonome dans la gestion de sa santé ? » (64). Le patient s'automédiquerait non pas parce qu'il sait quoi faire en chaque circonstance médicale, mais parce qu'il suit scrupuleusement des règles à suivre en cas de maladie. Les seules libertés que s'offre le patient seraient de modifier un peu les prescriptions du médecin : « *je prends des libertés un peu sur les prescriptions faites par mes médecins* », ou de les appliquer à nouveau sans l'intervention du médecin si le problème médical se pose une nouvelle fois. Le patient ne serait donc pas autonome dans la gestion de sa santé. Tout au plus, il s'accorde des libertés dans les règles déjà établies par le médecin ou autre modèle de soin. Fainzang conclue : « Finalement, être autonome, ce serait avoir le droit de consentir ou non à un traitement, [...] il s'agit de participer au choix et non de choisir, [...] il s'agit davantage de consentir aux décisions que de décider » (3).

La question de l'autonomie dans le soin pose des questions sur la relation médecin-patient où, comme le résume Pélicand : « Chaque acteur de la relation soignante éducative se trouve dans une situation ambivalente vis-à-vis des enjeux de la démarche éducative, puisque patient et soignant doivent trouver comment définir le partage des soins et des responsabilités » (64).

- Par information

Les patients s'autonomisent dans le soin grâce à l'accès au savoir médical délivrés par de multiples sources d'informations : pharmaciens, médecins, médias, parents, amis, esthéticienne, conjureur...etc. Dans les entretiens, les sources de conseils de soins sont très nombreuses et variées. Cette diversité témoigne de la volonté du patient de changer la relation médecin-patient où le médecin avait l'exclusivité de gestion de la santé. La libéralisation de la pensée a fait évoluer la relation médecin-malade. Le médecin, de moins en moins paternaliste, n'a plus le privilège thérapeutique. Son conseil n'est plus exclusif. Ces influences extérieures sont tellement nombreuses que le patient a presque l'embarras du choix. Avant il pensait que l'information médicale issue d'un seul point de vue était trop impartiale. Le patient se retrouve maintenant perdu dans une masse d'opinions parfois difficiles à trancher. C'est ainsi que ce patient nous confie : « *il y a des charlatans partout vous savez !* ».

Néanmoins, quantitativement, ce sont encore les conseils médicaux ou paramédicaux qui sont les plus écoutés. En effet, 32% des patients (29 patients) prennent conseil chez leur pharmacien, et 25% (23 patients) chez leur médecin. Si les médias sont souvent consultés (14% des patients), ils le sont quantitativement moins que les médecins. Le point de vue du médecin semble bien influencer *in fine* la décision de soin. La loi précise que le médecin délivre une « information claire loyale et appropriée » avant de recevoir obligatoirement le consentement du patient (article 35 code de déontologie médicale, loi du 4 mars 2002). Ce consentement est éclairé par le médecin qui demeure

« la personne la plus compétente pour réaliser le bien être du patient [parfois] dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même » (65).

Mais si le patient est influencé, pouvons-nous réellement dire qu'il est autonome ? Fainzang modère cette notion d'autonomie. Elle y voit plus une participation au choix, influencée par différents acteurs (médecin, expériences, presse, internet) plutôt qu'un véritable choix : « L'individu n'est jamais totalement indépendant : il est soumis à mille influences, de son entourage comme de la société globale » (3). Elle partage le point de vue de Jaunait qui fait bien la distinction entre l'autonomie et la liberté du patient. Le patient est autonome puisqu'il prend un choix éclairé, mais il ne choisit pas librement. L'automédication est-elle une liberté du soin ou une médication éclairée ?

Ayant accès au savoir médical, le patient devient selon Boudier un « patient-expert » avec qui le médecin doit désormais interagir dans cette nouvelle relation médecin-patient (66). Le médecin doit alors prendre en compte ces influences extérieures pour « négocier » le soin comme l'affirme la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) : « Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés » (67). Le médecin éclaire le patient sur ses modalités de soins parmi toutes celles qui lui sont proposées (médias, entourage...). Il guide son patient. Alors, le patient prend la décision du traitement. Il a le dernier mot, c'est ainsi qu'il pense être autonome.

C'est dans un contexte d'ambiguïté des rôles de patient et soignant dans la relation médecin-malade, et devant l'importance du consentement du malade que l'éducation thérapeutique voit le jour. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie (68,69). L'automédication éclairée par le médecin peut alors être l'illustration de cette éducation thérapeutique.

4.2.2 L'automédication : une pratique genrée

La décision d'automédication semble dépendre de l'âge, du sexe, de la profession, de l'histoire, du rapport aux médecines traditionnelles, des croyances etc. Ces caractéristiques propres à l'individu influencent ce dernier dans son rapport au soin. Autrement dit, un individu est construit d'une telle manière, selon ses conditions socioprofessionnelles, culturelles, son histoire, que sa décision de soin et d'automédication en est influencée. Ainsi, Fainzang rappelle que « la médicalisation n'est pas plus le

fait des seules instances professionnelles [...] elle est parfois aussi le fait des individus eux-mêmes »(3).

La caractéristique du patient qui ressort le plus chez les patients qui s'automédiquent est sans nul doute le sexe. Nos résultats nous montrent clairement la place importante des femmes, puisque 70% des interviewés qui pratiquent l'automédication sont des femmes.

On peut toutefois discuter l'interprétation de ce résultat de plusieurs manières. Selon la DREES, les consultations et visites de médecin généraliste concernent le plus souvent les femmes à 55% (70). Il va de soi que si les femmes sont plus nombreuses à consulter dans les cabinets, la proportion de femmes interviewées sera plus importante.

Par ailleurs, les médecins femmes examinent plus souvent des femmes (59% contre 54% de femmes examinées par les hommes selon la DREES) (70). On pourrait alors penser que les femmes ont une plus grande facilité à s'adresser aux femmes. Or dans notre étude, nous comptons plus d'enquêtrices (60% soit 14 femmes dont 13 externes et moi-même) que d'enquêteurs (40% soit 9 hommes). La plus grande proportion de femmes interviewée s'expliquerait-elle aussi par la plus grande proportion de femmes enquêtrices plus à mêmes d'écouter et de dialoguer avec les femmes ?

De plus le sex-ratio des médecins généralistes témoigne d'une féminisation croissante de la profession. Ainsi, le rapport du CNOM fait part d'un taux de 64% d'étudiantes en médecine contre 10% en 1962 (71). De même, Hardy affirme que les femmes « représentent aujourd'hui les deux tiers des étudiants de 1^{er} cycle des études médicales » (72). Et selon l'INSEE et l'IRDES, 40.9% des généralistes sont des femmes (73,74). Dans notre étude, sur les 88 praticiens encadrant nos 22 externes, 36 sont des femmes, soit 40%, résultats compatibles avec les données de l'INSEE. Or nous avons vu que les patientèles des médecins femmes sont majoritairement des femmes à 59%. Si les médecins femmes sont plus nombreuses, alors la patientèle féminine l'est également. Quantitativement, il semble alors cohérent de trouver plus de femmes dans notre échantillon.

Néanmoins, même si les femmes sont majoritaires dans les cabinets médicaux, ça n'implique pas pour autant qu'elles dévoilent spontanément leurs pratiques d'automédication. Or, d'après la DREES, les femmes ont tendance à parler plus facilement et spontanément de leurs problèmes personnels que les hommes (33% pour 25%) (70). On pourrait alors penser qu'elles confient plus leurs pratiques d'automédication que les hommes.

La femme s'automédique pour elle, pour ses enfants et pour son mari. L'exactitude du concept d'automédication est ici discutable puisque la femme se médique certes elle-même, mais elle soigne aussi sa famille. Pouillard définit bien l'automédication par l'utilisation « par des personnes ou pour leurs proches » de médicaments hors prescription médicale (24). Ainsi, la médication de la femme pour sa famille entre bien dans le cadre de l'automédication.

Les femmes dans l'Histoire du soin

Les femmes s'automédiquent plus. Certes nos résultats sont en accord avec la littérature contemporaine (telle que l'enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee, ou bien encore les études de Raynaud et Laure), mais ils sont également en accord avec les écrits bien antérieurs. Ainsi, dès l'antiquité, ce sont les femmes que l'on retrouve au chevet des malades, qui pratiquent des accouchements, qui usent de remèdes et potions (75).

Freidson affirme que les connaissances des patients dans le soin constituent un « savoir profane », par opposition au savoir médical détenu par les médecins (76). L'automédication, par définition indépendante de l'autorité médicale, peut alors être qualifiée de profane. Autrefois, le caractère profane de ces soins les obligeait à le délivrer en cachette. Jusqu'à il y a peu de temps, la pratique d'automédication, était encore dissimulée comme le raconte Fainzang où « les usagers ont longtemps tenté de dissimuler cette pratique à leur médecin, soucieux de se montrer de « bons patients » avec une conduite conforme à celle attendue, leur recours s'accompagnant souvent – au moins pour certaines catégories – du sentiment coupable d'agir dans la transgression » (77). La pratique en cachette de l'automédication paraît tendre à disparaître avec la politique incitative des pouvoirs publics qui au contraire promeut l'automédication.

Les femmes, plus nombreuses à pratiquer l'automédication, seraient donc plus détentrices de ce savoir profane. Ainsi, dans l'Antiquité, le secret de fabrication des potions est transmis entre-elles en dehors des cercles d'adeptes aux soins conventionnels enseignés par Hippocrate (75). Nous retrouvons dans nos entretiens cette transmission secrète entre femmes : « *se rappelant de la médecine traditionnelle que lui prodiguait sa mère* », « *sa mère utilisait des recettes maison* ». Puis, au Moyen-âge, les femmes qui prodiguaient des soins étaient considérées comme des sorcières. L'Inquisition n'a eu de cesse de rappeler le caractère profane de ces soins. D'ailleurs, à cette époque, la femme ne pouvait délivrer que des soins profanes puisqu'elle est à l'origine du Mal, du péché originel.

Les Femmes, écartées depuis l'Antiquité des réseaux de soins conventionnels, ont toujours développé une activité de soins en parallèle. L'automédication entrerait-elle naturellement dans leurs pratiques de soins parallèles ?

Enfin, ce n'est que très récemment que les femmes prennent place dans les institutions médicales. En effet, d'abord interdites aux femmes, ce n'est qu'au début du 20^e siècle que les facultés de médecine accueillent ces dernières (72). Comme le montre Collin, cette féminisation de la profession médicale n'est ni une rupture, ni une continuité, c'est « un phénomène nouveau » qui appelle « des questionnements nouveaux » et qui alimente encore la polémique (78). Ainsi, si certains y voient

l'accès à l'égalité Homme-Femme, Zaïdman en 1984 y voyait toujours « une perversion » de la profession médicale, « une anomie » (79).

Les expressions courantes associent femme et soins

« Remèdes de bonne-femme », « remèdes de grand-mère ». Les patients interrogés ont spontanément recours à ces expressions, ce qui témoigne de l'évidence de l'association entre la femme et le soin. C'est ce que nous raconte Molina : « Pendant mille ans la sorcière fut l'unique médecin du peuple. On l'appelait sage-femme, ou bonne-dame. Quand elle ne guérissait pas on l'appelait sorcière » (80).

Devons nous dire les remèdes de bonne-fame ou de bonne-femme ? Phonétiquement les deux mots sont semblables et cela crée une confusion quant au véritable sens du mot transmis oralement de génération en génération. D'un côté on a un remède simple et populaire (de bonne femme), et de l'autre, on a un remède de bonne renommée (de bonne fame). Julien et Cotinat remontèrent ainsi leurs recherches jusqu'en 1694 où le dictionnaire de l'Académie ne fait nulle mention de l'expression « remède de bonne fame » (81). Le terme « fame » (du latin fama) en langage pratique n'y apparaît que dans l'expression « rétablir en sa bonne fame et renommée », ce qui n'a rien à voir avec le sens de l'expression « remède de bonne-femme » tel qu'on l'utilise. Ainsi, tous les auteurs et historiens sont formels quant à l'origine de l'expression populaire de remède de bonne-femme et non pas remède de bonne fame. Selon le dictionnaire de l'Académie française, l'expression « remède de bonne-femme » daterait au moins du 18^e siècle. Elle aurait été utilisée par Nicolas Alexandre, un moine bénédictin dans son ouvrage *La Médecine et la chirurgie des pauvres* où il raconte : « pendant que les gens du commun se guérissent promptement et parfaitement des mêmes maladies par des remèdes simples et familiers, que leurs médecins n'osent souvent leur proposer, ou par crainte de blesser leur vanité et leur délicatesse, ou de passer eux-mêmes pour des médecins à remèdes de bonnes-femmes ; car c'est ainsi qu'on les appelle pour les rendre méprisables, quoiqu'il arrive tous les jours que des malades, après avoir usé très-longtemps et inutilement des compositions les plus pompeuses de la Médecine sont guéris promptement par un remède indiqué par un paysan ou par une femmelette » (82).

Plus tard, au 19^e siècle, on retrouve un livre dédié à la « bonne-femme », en référence à une certaine Madeleine D., strasbourgeoise qui, suite à la mort de son mari, décida de se dédier aux soins d'autrui. « On l'appelait la bonne dame, puis la bonne femme. C'est elle qui livra dans la presse ces conseils de tous les jours si appréciés des mères de famille » (83).

C'est donc bien un soin propre à la femme qui est traduite dans l'expression populaire « remède de bonne-femme ».

La femme Matriarche : la médecine familiale et domestique

La femme soigne son mari et ses enfants. Elle tient un grand rôle dans l'unité familiale notamment en termes de conseils de santé et gestionnaire de la pharmacie familiale. Son autorité est présente aussi bien pour son mari que pour ses enfants. Son rôle dans la médecine domestique est clairement démontré dans la littérature. Ainsi Loux affirme que « soigner les enfants, le jardin, la basse-cour, les petits maux de tous les jours, tout cela relève de la même activité féminine. Ce n'est que lorsque les choses s'aggravent que le spécialiste (le médecin) est appelé ». C'est le rôle de la mère de famille de s'occuper de la maladie bénigne comme gestionnaire de médecine domestique. L'automédication tient toute sa place dans cette médecine domestique (84).

Loux tient à souligner que si l'expression « remède de bonne femme », employée par les médecins et les hommes « se veut méprisante, elle n'est pourtant pas dépourvue d'une certaine réalité sociologique et symbolique. Elle associe le soin à la vie quotidienne des mères de famille qui gèrent une médecine domestique » (84). Saillant affirme qu'avant, « dans la réalité domestique, il était toujours considéré comme normal que les responsabilités des soins incombent aux femmes » (47).

Importance de la maternité

La maternité est définie par un état relatif à la mère (du latin mater, ma mère). Saillant définit la maternité comme un « espace bioculturel et un domaine de savoirs et de pratiques propres à la femme ». Cette définition inclut alors toutes les activités entrant dans la relation mère-enfant allant de la nutrition, hygiène, éducation et psychologie. C'est dans cette relation maternelle que différents auteurs expliquent l'importance de la femme-mère dans le soin. Badinter fait ainsi le parallèle entre l'instinct maternel et les capacités innées qu'ont les femmes de s'occuper de l'autre (85). Saillant explique que « on a longtemps expliqué le confinement des femmes dans la société marchande à des fonctions de services dont une bonne part relèvent des soins, par le lait qu'elles détiendraient naturellement, et les qualités requises pour ces emplois » (47).

Dans 10 entretiens recueillis, les mères, toujours dans leur état de « maternage » tel que le décrit Gaucher (46), soignent instinctivement leurs enfants. Ainsi, le soin spontané qu'impose la maternité expliquerait la prévalence des femmes dans l'automédication.

Régression materno-infantile : mécanisme de défense face à la maladie

L'individu est vulnérable face à la maladie, état de faiblesse physique et d'angoisse psychique d'un état inconnu et incontrôlable. Il est dans le même état de vulnérabilité que peut l'être un enfant face à

tout problème. Il recherche spontanément la présence réconfortante de sa mère qui a toujours su ce qui est bon pour lui.

Ainsi, spontanément, les patients évoquent les traitements de leur mère en se remettant à leur place d'enfant. C'est le cas de cette femme qui se souvient que sa mère appliquait sur son cou du vinaigre blanc quand elle était petite. Ou bien cette institutrice qui prend de la gelée royale parce que sa mère lui en donnait autrefois et que ça lui avait fait du bien.

Bacqué pense que « l'être humain développe, en réseaux, des systèmes représentatifs de la maladie qui persiste toute sa vie. Les plus primitifs, acquis pendant l'enfance, ressurgissent dès qu'une attaque suffisamment grave provoque une régression massive vers une quête de soutien total, de type materno-infantile » (86).

En psychanalyse, le terme de régression désigne un type de mécanisme de défense. Ce retour à un stade antérieur de développement est un mécanisme inévitable de protection (DSM IV). La réaction la plus commune étant que la maladie transforme le patient en petit enfant. Ce dernier a besoin d'attention, de « cocooning », comme le ferait une mère.

4.2.3 Le recours à l'automédication dépend de la représentation que se fait le patient de sa maladie

4.2.3.1 Les patients ne s'automédiquent que pour une maladie bénigne. Qu'est-ce qu'une maladie bénigne pour le patient ?

Les patients différencient bien deux types de maladies : la bénigne et la maligne. C'est pour la bénigne, considérée comme telle parce qu'elle est éphémère et connue, que le patient a recours à l'automédication. Mais comment le patient peut-il discerner le bénin du malin ? Comment peut-il discerner le normal du pathologique ?

Les caractéristiques propres à l'individu : ses conditions socioprofessionnelles, ses expériences, son histoire, sa culture, semblent intervenir dans l'appréciation de la gravité de la maladie, de la norme et de la pathologie.

La gêne décrite par les patients qui s'automédiquent est équivalente pour tous. Néanmoins, objectivement parlant, selon le référentiel biomédical, elle prend des niveaux de gravité différents selon les individus qui tolèrent plus ou moins bien cette même gêne.

Par exemple, le chant, important loisir de cette patiente retraitée influence l'importance que l'on donne à une extinction de voix. Il en est de même pour cette patiente commerciale qui a besoin de sa voix pour parler avec les clients. Objectivement parlant, le chauffeur routier rencontré présente la même extinction de voix (une laryngite selon les référentiels biomédicaux), mais subjectivement parlant, elle semble beaucoup plus grave et donc différente pour la chanteuse et la commerciale. Ainsi, les répercussions d'une pathologie seront différentes d'une profession à l'autre. Il en est de même pour l'histoire et le vécu des patients. Une patiente va consulter plus fréquemment son médecin car elle a un « *frère qui est décédé d'un cancer et qui a trop attendu* » pour consulter. Ainsi, quand elle ne se sent pas dans son état normal, ça devient tout de suite grave, et elle décide de consulter.

Nous voyons bien que la maladie définie par le référentiel biomédical est bien différente de la représentation que s'en fait le patient. Kleinman souligne bien la différence entre la maladie définie par le référentiel biomédical et la maladie définie subjectivement par le patient (87). C'est ainsi qu'il distingue bien les mots « disease » et « illness » qui, en français signifient tous les deux « maladie », alors qu'en anglais, ils ont une signification différente. D'un côté, « disease » fait référence à un état pathologique et une anomalie au niveau de la structure et/ou de la fonction des organes. C'est la maladie identifiée par le référentiel biomédical. D'un autre côté, « illness » porte sur la perception et le vécu individuel de la maladie par le patient. C'est la perspective subjective de la maladie (88).

La distinction entre la bénignité et la malignité ou bien entre la norme et le pathologique semble bien différente d'un individu à l'autre. Canguilhem soutient l'idée qu'il existe « une identité qualitative du normal et du pathologique ». Selon lui, « la maladie est une réalité individuelle qui se rapporte à un individu singulier, [...] il n'existe pas de pathologie objective » (89). C'est donc bien l'individu qui définit, selon son histoire, sa profession, sa culture, etc., sa normalité et le caractère bénin ou non de sa maladie.

Ce qui pousse un individu à se dire malade, ou « gêné » et à s'automédiquer est différent d'un autre car sa conception de la maladie est différente. Elle naît de l'interaction entre les conditions sociales et culturelles de l'individu et par les influences de ses expériences personnelles. Ainsi Fainzang rejoint Canguilhem en affirmant que la reconnaissance de la maladie « mobilise un système de normes éventuellement propres au sujet » (3).

« *On est tous inégaux devant la douleur* », nous dit un patient. Oui, mais c'est parce qu'on s'est créé cette inégalité de par nos conditions sociales, notre culture et nos expériences personnelles. Bacqué résume bien cette idée : « Au cours de sa vie, l'individu absorbe, intègre, construit plusieurs sortes de représentations de son intégrité et de sa santé. Ses représentations émanent de sa culture (mythique et historique), de ses conditions sociales (groupe d'appartenance, informations dans lesquelles il baigne) et de sa psychologie par intériorisation d'événements personnels de sa vie » (90).

Si Good oppose le savoir scientifique à la culture médicale profane du patient, il reconnaît néanmoins que cette dernière est un système cohérent et logique qu'il faut cependant prendre en compte (91). Ainsi, Paul affirme que pour aider une communauté à améliorer sa santé, « il est primordial d'apprendre à penser comme les personnes qui la composent » (88,92). Il ne faut donc pas se fier uniquement à la biomédecine « qui ne constitue qu'un système parmi d'autres « ethnomédecines ».

C'est d'ailleurs ce qui fait toute la force de la discipline de médecin généraliste, ou médecin de famille puisque celui-ci, de part la connaissance du patient, sa profession, son entourage, ses réactions et ses vécus partagés, s'inquiète de la représentation de la maladie de son patient. Il met en confrontation son bagage scientifique et objectif de l'EBM (Evidence Based Medicine) avec la représentation de la maladie propre à chaque patient. Il peut ainsi conseiller chaque patient de façon optimale et adaptée sur les traitements. « Tout patient, quelle que soit son origine devrait être pris en considération dans son système de valeurs qui lui fera plus ou moins accepter diagnostic et thérapeutique proposés » (90). C'est d'ailleurs ce que nous fait remarquer une patiente : « *je trouve que les médecins sont trop concentrés sur les organes, il faut considérer le problème dans son ensemble* ».

4.2.3.2 Les patients utilisent l'automédication pour le maintien d'un confort de vie.

L'ensemble des patients s'accordent sur la reconnaissance de la maladie bénigne comme « *une gêne* ». Dès lors, ils utilisent l'automédication à des fins de confort. Ils pourraient s'en passer, mais ils l'utilisent pour être moins « *mal à l'aise* », pour passer outre cette « *gêne* ». Déjà en 1994, 3 français sur 4 reconnaissent bel et bien l'existence d'une médecine de confort (93). Vingt ans plus tard, cette notion de médecine de confort est toujours présente. Vassy définit la médecine de confort comme des soins « attribués à des problèmes de santé mineurs [...] qualifiés de bobos » (94). La médecine de confort est souvent attribuée aux pays riches, les pays occidentaux, qui ont les moyens financiers de traiter ce qui ne relève pas de l'urgence du soin. Ainsi, Faggioni, théologien et moraliste affirme que « dans les pays riches la conception de la santé comme « bien être » crée des attentes irréalistes sur les possibilités de la médecine à répondre à tous les besoins et désirs des gens » (95). Or nous assistons à une médicalisation de l'existence telle que nous la décrivont de nombreux auteurs comme Foucault et son concept du « biopouvoir » (96) , Zola (97), Conrad (98), Collin (99) ou Fainzang (3). Ainsi, Conrad écrit que « la médicalisation est définie par le processus par lequel les aspects de l'existence auparavant hors de portée de l'autorité médicale en viennent à être construits comme des problèmes médicaux ». Face à cette médicalisation de la vie, le besoin de soin, qui peut alors paraître superflu ou à visée de confort, tend à augmenter.

Or le corps médical en sous effectif, n'arrive pas à satisfaire une demande trop importante de soins, encore plus lorsque ceux-ci sont jugés superflus et entrant dans une médecine de confort. C'est alors

que le patient se tourne vers l'automédication pour satisfaire sa demande de confort. Ainsi, Vassy déclare que « certains professionnels des Urgences soulignent la tendance actuelle des malades à chercher un avis médical pour des problèmes de santé mineurs, qu'on aurait soignés par automédication » (94).

4.2.3.3 Les patients utilisent l'automédication comme autorégulation de leur santé.

L'utilisation de l'automédication comme autorégulation de sa santé, comme l'a décrit Collin dans le rapport aux médicaments (100), est nette dans les entretiens recueillis. Que ce soit les antalgiques pour réguler sa douleur, ou les somnifères pour réguler son sommeil, le patient utilise l'automédication comme une béquille pour continuer à avancer malgré le handicap de la maladie. L'automédication devient « *réflexe* », comme faisant partie de leur quotidien. Malade, le patient sait ce qu'il faut prendre comme traitement pour retourner à son état de base. C'est une homéostasie. Parazelli appelle « empowerment » la « capacité de l'individu à contrôler son espace personnel ainsi qu'à modifier et choisir sa routine personnelle » (101). Il rappelle alors qu'« il est inutile de souligner jusqu'à quel point les médicaments font partie de notre vie quotidienne, jusqu'à devenir des auxiliaires, voire des substituts aux interventions psychologiques et psychosociales ».

4.2.3.4 Risques de mésappréciation de la bénignité d'une maladie

Nos patients considèrent une maladie bénigne comme éphémère et/ou connue. Est-ce vraiment le cas ? Une maladie peut avoir été expérimentée sans qu'elle soit bénigne et elle peut avoir été brève sans être pour autant bénigne. Par exemple, on citera l'histoire de ce patient qui a déjà eu une phlébite et qui, de par une douleur à la jambe, pense qu'il en fait une autre et décide de prendre des anticoagulants, avec les risques hémorragiques de ces derniers, sans consulter son médecin. Cette déviation dangereuse constitue un des risques de l'automédication où les patients sous estiment certains problèmes de santé et ne jugent ainsi pas utile de consulter leur médecin.

C'est le glissement de situation décrit par Fainzang entre « situation vécue », puis « situation connue » et donc « situation bénigne » sans pour autant qu'elle le soit réellement (3). C'est à cet instant que peuvent être envisagés les risques de l'automédication par mésappréciation du caractère bénin d'un problème de santé. Il n'existe en effet pas de lien logique entre une situation connue et son caractère bénin.

De même, rien que le fait de nommer une maladie, permet de la classer hors de l'inconnu et de l'angoissant. Si elle n'est pas angoissante, alors elle est bénigne pour le patient sans pour autant qu'elle le soit réellement dans le référentiel biomédical.

La subjectivité du patient quant à l'autodiagnostic de sévérité d'une situation est biaisée par son expérience et donc sa dite connaissance du problème. C'est à cet instant que l'objectivité du médecin semble utile à la résolution du problème...

4.2.3.5 Le médecin est incontournable pour gérer la maladie grave

Par opposition à la maladie bénigne, la maladie grave dure, est inconnue, et de ce fait est angoissante. Démuni face à cette maladie, le patient se tourne inévitablement vers son médecin. Ce dernier a la grande fonction de rassurer le patient qui remet ses incertitudes, sa maladie, sa vie entre les mains de son médecin.

Lorsque le patient évoque la « vraie » maladie, nous avons vu l'expression de son angoisse, de ses craintes à travers un champ lexical sombre : « *grave, met les jours en danger, souffrir, l'horreur, mal, terrible, peur, cancer, impressionnant, pénible, anormal, insupportable, cassé, dangereux, inquiéter, pas bien, difficile, important, pire* ». De plus, la maladie est aussi pour le patient une perte de contrôle qui lui est peut-être insupportable. Au fond, cette perte de contrôle ne serait-elle pas le reflet d'une peur de la mort ? « *C'est quelque chose d'incurable à vie* » nous confie un patient.

Vous résumez bien cette idée : « l'homme est toujours démuni face à la maladie, à la vieillesse, à la mort : il veut comprendre l'inattendu et l'imprévisible, il n'est pas prêt à accepter sa condition d'être mortel » (75).

En dépit de l'essor de l'automédication, le médecin n'est certainement pas voué à disparaître. Il est tiraillé entre les normes objectives de sa formation biomédicale et la subjectivité de la représentation de la maladie de son patient qui génère souvent une angoisse qu'il semble apaiser.

4.2.4 Crise de confiance dans la médecine traditionnelle et essor des médecines non conventionnelles

Le climat de méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle est bien visible dans les entretiens, à la fois à l'égard des médicaments et à la fois à l'égard des médecins.

4.2.4.1 La baisse de confiance dans les médicaments s'explique par...

... le changement du contexte historique du médicament

Cette baisse de confiance s'explique par l'évolution de la symbolique du médicament au cours de son histoire. D'abord considérés comme bienfaiteurs, les médicaments sont désormais boudés. Nous sommes loin de l'accueil salvateur donné aux médicaments comme les antibiotiques au début du 20^e siècle. Pourquoi les médicaments ont-ils si mauvaise presse aujourd'hui?

Le médicament existe depuis toujours si l'on considère plantes, potions et remèdes délivrés depuis l'antiquité. Le médicament chimique naît au 18^e siècle des progrès scientifiques de la chimie et des connaissances pharmacologiques des substances organiques ou minérales jouant un rôle dans les traitements (102). Au début du 20^e siècle, les sulfamides voient le jour, puis la pénicilline. Ils révolutionnent la médecine par la guérison de maladies autrefois incurables. Parce qu'ils ont vu autrefois des proches sauvés d'une mort certaine, les « anciens » demeurent très attachés aux antibiotiques. Outre les maladies infectieuses, les progrès scientifiques touchent bientôt tous les domaines de la médecine. Ainsi, on voit naître successivement les neuroleptiques, les corticoïdes, les antihypertenseurs, la pilule contraceptive...etc. C'est l'ère de « la révolution thérapeutique » comme la nomme Desclaux (102). La confiance dans la médecine scientifique est à son apogée.

Ces progrès scientifiques touchent peu à peu tous les domaines de la médecine : infectiologie, oncologie, psychiatrie, nutrition, fécondité...etc. C'est dans ce contexte d'omniprésence des progrès scientifiques dans la vie quotidienne que « la médicalisation de l'existence » décrite précédemment par Conrad voit le jour. La confiance envers les médicaments s'est entachée à mesure que ces derniers se développent pour une multitude de raisons. « L'efficacité matérielle des médicaments ne concerne plus seulement le traitement des maladies, mais la gestion de la fécondité, de la nutrition ou des émotions » (102). Ils sont récurrents dans tellement de domaines de la vie qu'ils sont devenus banalisés. C'est ce que certains patients nous affirment : « *il y en a un peu trop [...] la quantité qu'on nous prescrit* ». Ainsi, grossièrement, pour un rhume, on prend un médicament, pour avoir des enfants, on prend un médicament, pour avoir de beaux cheveux, on prend un médicament, pour ne pas pleurer ou bien dormir, on prend un médicament...etc. C'est ce que La revue Prescrire appelle « l'encouragement à la médicalisation de l'existence » (103). Cette banalisation tend à diminuer l'importance médicale des médicaments et le caractère solennel et respectable qu'on leur attribuait autrefois.

Mais, comme Collin le souligne, l'acte de prescrire peut également signifier la sollicitude du médecin envers son patient (104). Où se trouve le juste milieu entre un excès de prescription qui décrédibilise le médicament et une prescription de médicament superflue qui témoigne de la compréhension du mal-être du patient par son médecin ?

« *Ils ne sont pas efficaces* », nous racontent des patients. On assiste à un essoufflement de l'efficacité miraculeuse des médicaments telle qu'elle existait au début du siècle dernier avec les antibiotiques par exemple. De plus, l'apparition de résistances aux antibiotiques, de nouvelles maladies incurables telles que l'infection par le VIH diminue l'espoir que les médicaments avaient suscité. Ils peuvent alors être plus facilement décriés.

... l'oubli des effets primaires des médicaments au profit de l'exacerbation des effets secondaires

« *Ça me donne trop d'effets secondaires alors j'arrête* ». Les patients sont dans un tel degré de médicalisation qu'ils en sont arrivés à considérer davantage les effets secondaires indésirables des traitements que les effets néfastes des maladies. La surmédicalisation permet d'oublier les désagréments de la maladie en elle-même et exacerbe les effets secondaires des médicaments. C'est par exemple ce qui affecte les politiques vaccinales. Les vaccins sont boudés à cause de leurs effets secondaires. Mais les patients oublient l'importance de la protection contre différentes maladies qui avaient presque disparu de leur champ de vision et qui sont en recrudescence aujourd'hui. C'est ce que rappelle le pédiatre Grimpel : « aujourd'hui nous assistons à des débats irrationnels, différents dans chaque pays, sur les effets secondaires des vaccins qui sont délétères. Ces polémiques conduisent à faire baisser brutalement la couverture vaccinale de la population, et posent effectivement un risque de résurgence des maladies en question » (105).

Le patient ne se questionne vraiment sur l'intérêt des médicaments que s'ils risquent d'apporter plus de désagréments que de solutions à sa maladie. C'est d'autant plus vrai qu'il oublie que les problèmes médicaux dont il fait état relève souvent d'une médecine de confort pour laquelle le recours aux médicaments ne semble pas indispensable. Dans ces situations, les patients préfèrent alors se tourner vers les médecines douces, moins agressives.

... l'exacerbation des craintes grâce aux notices de médicaments.

Par l'information et les conseils d'utilisation qu'elle contient, la notice du médicament représente un véritable mode d'emploi pour l'autonomie du patient. Selon la revue *Prescrire*, c'est en effet la première source d'informations citée par les patients (106). Pourtant, elle peut s'avérer anxiogène et susciter une méfiance par la longue liste des effets secondaires qu'elle énumère. C'est ainsi qu'un patient nous raconte qu'il s'est « *fait peur en lisant les effets indésirables sur la notice des*

médicaments ». Néanmoins, l'industrie pharmaceutique, loin du désir de faire peur aux clients potentiels, doit avant tout vendre ses produits. La taille des caractères quasi illisibles, notamment pour les populations âgées les plus vulnérables aux effets secondaires et les plus consommatrices de médicaments, montre avant tout la volonté commerciale des firmes pharmaceutiques de vendre avant de se soucier de la sécurité sanitaire. Les firmes pharmaceutiques sont partagées entre une obligation légale de faire figurer les effets secondaires des traitements, de se protéger juridiquement en cas de litige et de vendre leurs médicaments. Notons quand même, comme le rappelle Akrich, que la notice « renvoie, dans un certain nombre de circonstances particulières, l'utilisateur vers des autorités compétentes (médecin, pharmacien) dégageant du même coup la responsabilité du fabricant » (107). Ainsi le fabricant se dédouane de toute responsabilité en cas de problème. Il reporte cette dernière sur les professionnels de santé. Puis secondairement, la responsabilité de prescription est reportée sur le patient qui prend seul le risque des interactions et mésusages.

De plus, la notice des médicaments, utilisée comme véritable mode d'emploi, permet au patient de savoir comment prendre le médicament si aucun conseil d'utilisation n'a été donné par son prescripteur. Akrich affirme que « la notice prolonge en partie la consultation médicale et l'interaction avec le pharmacien en proposant de façon explicite une définition du médicament et de ses usages » (107). En ce sens, elle tient une place importante pour le patient. Néanmoins, la quantité d'informations médicales contenue y est telle que le patient semble devoir détenir des connaissances médicales pour pouvoir y comprendre quelque chose. Ainsi, Akrich affirme que « [La notice] définit un espace propre à l'usager, où celui-ci, loin d'appliquer mécaniquement les consignes, doit déployer une certaine activité, mobiliser des ressources tirées de sa propre expérience voire des compétences externes comme celles du médecin ou du pharmacien ou d'autres acteurs, et effectuer un travail de traduction et de contextualisation des éléments fournis par la notice » (107). Or ce travail de traduction et de contextualisation n'est pas toujours possible chez le patient naïf de connaissances médicales scientifiques. Il se retrouve alors devant un ensemble d'informations décontextualisées, inconnues et donc angoissantes. « *Je regarde souvent les effets secondaires sur les notices [...]. J'ose pas tous les lire* ».

... le marché des médicaments : intérêts financiers ou de santé publique ?

Les premiers succès des médicaments au début du 20^e siècle ont entraînés des retombées économiques très importantes. Le marché du médicament est né. Il en découle des intérêts financiers très importants que se disputent les firmes pharmaceutiques. Ainsi, en 2012, le marché mondial du médicament est évalué à 856 milliards de dollars de chiffre d'affaire, la France étant le 2^e marché européen derrière l'Allemagne (108). Le combat de santé publique alimenté par l'essor de médicaments dévie peu à peu vers un combat économique. Les intérêts financiers des industriels pharmaceutiques tendent à dépasser

les intérêts de santé des patients. Cela débouche sur un conflit moral mis en lumière de nos jours par les scandales sanitaires successifs de certains médicaments comme le benfluorex (Médiator®). Les patients sont bien conscients des intérêts financiers des laboratoires parfois au détriment de leur santé. Les médecins, prescripteurs de thérapeutiques toxiques, sont alors soumis à la même méfiance. Cela participe à la crise de confiance des médecines conventionnelles comme nous le rappelle un patient : « [...] et puis il y a les labos qui vendent leurs produits [...] on mériterait vraiment de les punir ! [...] ils ont des ramifications partout, ils rapportent des sous... vous savez l'argent, l'argent et puis c'est tout ! ».

Le rappel permanent des différentes affaires par les médias incite les patients à se méfier des médicaments et des médecins et majore cette crise de confiance. Or, les patients écoutent beaucoup les médias. Dans notre étude, ils représentent 14% des sources de conseils à l'automédication.

4.2.4.2 Baisse de confiance dans le corps médical

Banalisation du savoir médical : affaiblissement du pouvoir médical.

Les sources d'information qui poussent le patient à s'automédiquer sont nombreuses et variées : amis, publicité, prospectus, supermarché, bouche à oreilles entre copines, mère, médecin, pharmacien, parapharmacie, épouse... On voit que le médecin n'est plus le seul détenteur de l'information médicale. Cette dernière est tellement diffusée dans la population qu'elle devient banalisée. Ainsi, on ne s'étonnera pas d'entendre une patiente recevoir des conseils médicaux de son esthéticienne ou bien encore une patiente affirmer : « tout le monde sait que ça peut marcher ».

La place grandissante d'internet joue un rôle déterminant dans la banalisation du savoir médical. Blech pense qu'« internet affaiblit le pouvoir des médecins et enrichit le savoir des patients » (109). Fainzang affirme qu'internet permet l'accès au savoir médical « par expérience » dans les forums, et au savoir « par information » dans les sites savants (3).

La connaissance médicale devient facilement accessible. Le médecin n'a donc plus l'exclusivité du savoir médical. Le pouvoir médical pourrait s'en trouver alors affaibli.

Les médecins sont-ils incompetents ?

Si le médicament tend à être déprécié, le médecin, son prescripteur tend à l'être également. Et si le médicament ne fonctionne pas, c'est alors la faute de son prescripteur. « Les médecins devraient prescrire les traitements quand ils fonctionnent » nous dit une patiente. Les médecins se retrouvent coincés entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultats. L'article 28 du code de déontologie

médicale stipule bien une obligation de moyens pour le médecin, sans pour autant qu'il y ait une obligation de résultat (même si c'est souhaitable). Or, dans la société de consommation dans laquelle nous vivons, il apparaît inconcevable de ne pas être satisfait du service pour lequel on paye. Cote rappelle alors que « vivant dans une société narcissique où les désirs sont vite pris pour des réalités, il en découle une intensification des exigences multiples auxquelles les médecins en particulier doivent faire face en ce qui a trait à la santé » (110). Mais l'état de bonne santé d'un individu est fluctuant. On ne peut donc pas contrôler avec certitude les aléas de la santé. Il est donc impossible de parier sur les résultats de traitements.

Au cours de son cursus, un médecin généraliste acquiert ses compétences au long de deux années de stagiaire, quatre années d'externat suivies de trois années d'internat. De plus, il existe une obligation de formation continue prévue par l'article 11 du code de la santé publique. Cela ne devrait laisser aucun doute quant aux compétences des médecins. Toutefois, le patient semble parfois en douter. « *Mon rhumato m'a dit qu'il ne pouvait rien faire* », « *...voyez dans quel état ils ont mis mon pied, si j'avais su je ne serais jamais allée me faire opérer* ». En dépit des progrès considérables de la médecine, cette dernière n'est pour autant pas miraculeuse. N'acceptant pas sa maladie, le patient considère son médecin incompetent. Comme le dit Vons : « L'homme est toujours démuni face à la maladie, à la vieillesse, à la mort : il veut comprendre l'inattendu et l'imprévisible, il n'est pas prêt à accepter sa condition d'être mortel » (75).

Le patient doit accepter que quelque chose ne soit pas curable ou accepter l'évolution naturelle d'une pathologie. C'est également le rôle du médecin d'expliquer cette évolution naturelle par une communication appropriée. En effet, la WONCA rappelle que « la médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée » (67). Le patient est d'ailleurs avide d'explication sur sa santé. Et « *parfois, rien que de voir le médecin on est guéri !* », nous raconte une patiente. Ainsi, en acceptant l'évolution naturelle de la maladie, le patient semble moins demandeur en médicaments. Certains patients nous racontent qu'il leur arrive de sortir de chez leur médecin sans aucune ordonnance. « [Si le médecin] peut s'appuyer sur une technologie de pointe pour poser un diagnostic sûr, il reste que sa parole, son écoute seront primordiales pour aider le malade à donner un sens à sa maladie et pour le délivrer de craintes irrationnelles » (75).

Les médicaments et le corps médical en général sont remis en question. Nous assistons à un paradoxe entre d'un côté la virulente critique des médicaments et de l'autre la revendication d'une plus grande liberté d'accès aux médicaments! Les patients sont ambivalents. Cette ambivalence traduit les questionnements des patients sur la santé et le système de soins qui vraisemblablement ne correspondraient pas à leurs attentes.

Le médecin est pourtant compétent à la fois sur les connaissances médicales théoriques et sur la communication qui permettrait à elle seule de « guérir » le patient dans certains cas. Le patient revendique davantage d'écoute, de réassurance, d'explications, et reproche plus aux médecins une carence dans ces domaines qu'un déficit de compétences médicales strictes. L'écoute du patient, l'explication de sa pathologie, la compréhension de ses angoisses semblent donc essentiels pour ce dernier. Il se tournerait alors bien volontiers vers les médecines non conventionnelles où l'écoute du patient y est centrale.

4.2.4.3 Essor des médecines non conventionnelles

Si la médecine conventionnelle est dangereuse, faite de produits chimiques agressifs, de poisons et de risques nucléaires, la médecine non conventionnelle semble être tout son contraire : « *elle ne fait pas de mal* », elle est « *naturelle* » et « *douce* ». C'est donc dans un esprit de contradiction avec la médecine traditionnelle qui semble décevoir les patients que ces derniers se réfugieraient dans les médecines non conventionnelles. C'est en effet ce que rapporte le Centre d'Analyse Stratégiques dans son rapport sur les médecines non conventionnelles : « Confrontés aux effets secondaires des traitements, au manque de temps des soignants ou à l'absence de remèdes efficaces aux maux du quotidien, les usagers des systèmes de santé des pays développés se tournent de façon croissante vers les médecines non conventionnelles (comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'homéopathie), pourtant peu reconnues par la science ou la communauté médicale » (111).

De plus, par la banalisation du savoir médical, la médecine conventionnelle semble démodée voire ringarde. L'essor de nouvelles techniques de soins comme les médecines non conventionnelles suscite la curiosité des patients au détriment de la médecine conventionnelle. On assiste alors à un engouement pour ses médecines devenues à la mode. Les patients se passent l'information par « *le bouche à oreilles entre copines qui ont le même problème* ».

4.2.5 Pour garantir une productivité, le patient répond à un délai d'accès aux soins primaires jugé trop long par le recours à l'automédication.

4.2.5.1 L'accès aux soins est un problème de santé publique.

D'un point de vue géographique, l'accès aux soins est remis en question dans les déserts médicaux qui résultent de l'absence de corrélation entre l'offre et la demande de soins primaires. Ces déserts médicaux sont définis par le ministère de la Santé comme des territoires où la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale. Bourgueil de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) rappelle que ces déserts médicaux résultent à la fois de la pénurie de personnel médical et à la fois de la mauvaise communication des acteurs politiques et des professionnels de santé vivant sur ces territoires (112). Ce problème d'accès aux soins mobilise les pouvoirs publics pour garantir ce que la Constitution de 1946 stipule : « La Nation garantit à tous la protection de la Santé ». Certaines mesures gouvernementales ont été prises pour augmenter le personnel médical et encourager sa meilleure répartition sur le territoire français. On peut ainsi citer la hausse du numérus clausus, la revalorisation de la consultation de médecine générale dans certaines zones, l'incitation pour les médecins de plus de 65 ans de continuer à délivrer des soins, la subvention des études de ceux qui s'engagent à s'installer dans les zones sous médicalisées, ou encore l'aide à l'installation en cabinets de groupe (113).

L'accès aux soins est problématique aussi d'un point de vue des inégalités sociales. Ainsi, comme le rappelle Pierre Lombrail, « quels que soient les indicateurs de santé considérés : mortalité, morbidité, incapacités, santé perçue ou qualité de vie, apparaissent d'importants gradients selon les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude, etc. » (39). Il semble aussi indispensable pour les pouvoirs publics de maintenir un égal accès aux soins à tous comme le montre le contenu de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (114). C'est ainsi par exemple qu'en juillet 2013 le plafond des ressources prises en compte pour bénéficier de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) a été relevé, permettant l'accès aux soins à davantage de bénéficiaires.

4.2.5.2 Néanmoins, les difficultés d'accès aux soins ne sont pas mentionnées dans notre étude

Qu'ils relèvent d'une problématique géographique ou d'inégalités sociales, l'accès aux soins ne semble pas poser de problème aux patients de notre étude. De fait, les patients ont tous été interrogés dans des structures de soins (cabinets médicaux ou pharmacies). Leur accès aux soins était donc effectif. L'échantillon de la population ainsi choisi ne permet pas d'appréhender les difficultés d'accès aux soins constituant pourtant un problème de santé publique majeur.

4.2.5.3 Il s'agit davantage un problème de délai d'accès aux soins qui transparait qu'un problème d'accès aux soins.

Les patients globalement n'ont pas de difficulté majeure à obtenir un RDV avec leur médecin. En revanche, le caractère non immédiat de ce RDV leur pose problème. Le délai d'accès aux soins serait raisonnable pour le médecin mais semblerait intolérable pour le patient. Pour quelles raisons ?

- Le maintien d'une productivité est indispensable en temps de crise économique.

Pour garantir une productivité et ne pas être pénalisé économiquement, le patient doit maintenir un état de santé compatible avec son activité professionnelle.

La crise des « subprimes » aux Etats-Unis d'Amérique a plongé l'économie mondiale dans la récession par l'effondrement du commerce mondial (115). L'Europe, et donc la France n'y échappe pas. La crise économique qui sévit en France est responsable de pertes d'emplois, de hausse du chômage, et donc de perte du pouvoir d'achat. Or, le pouvoir d'achat est le reflet de l'optimisme et du bien être moral des français : plus le pouvoir d'achat augmente, plus les français consomment et plus l'optimisme des français tend à la hausse, comme le décrit l'indice de confiance des ménages créé par l'Insee (116). Les revenus issus des activités professionnelles constituent la source principale du pouvoir d'achat des individus. L'impossibilité de travailler pénalise financièrement les individus. On comprend alors l'intérêt que ces derniers ont à maintenir un état de santé compatible avec une activité professionnelle. Les patients interrogés ont peur de la maladie qui les rendrait moins performants au travail, voire absent du travail avec la sanction financière que cela représente. Dès lors, les arrêts de travaux semblent moins nombreux, ce d'autant que le délai de carence est passé à 3 jours (42). Il semblerait alors que les patients aient recours à l'automédication pour accéder plus rapidement aux soins et à un résultat: « *quand il ne peut pas avoir de RDV le jour même, il se soigne par lui-même* », « *il me manipule et le jour même ça fait de l'effet* ».

- L'angoisse de la maladie et la peur du handicap pousse le patient à vouloir un soin immédiat

« *Etre cloué au lit* », « *ne plus bouger* », « *ne plus rien faire* », représentent l'angoisse de la maladie, décrite par les patients. Cloué au lit, le patient adopte la position du mort. L'angoisse de l'improductivité ne reflèterait-elle pas l'angoisse de la mort ? D'ailleurs, les croyances populaires médiévales avaient tendance à bannir le sommeil en position allongée réservée à celles des morts.

Cote explique ainsi que « notre société ne tolérant pas la douleur et la mort exige particulièrement des médecins non seulement qu'ils soulagent plus vite, mais qu'ils guérissent davantage » (110). C'est bien ce que nous raconte une patiente qui attend de son médecin « *qu'il trouve rapidement le problème et qu'il le règle rapidement* ».

Les patients vont jusqu'à caractériser la maladie de « *handicap* » ou d' « *invalidité* ». La loi définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle [...] d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Or le handicap fait peur. La psychanalyste Korff-Sausse explique le rejet du handicap par « la peur de l'atteinte de l'intégrité [qu'il] représente et qui renvoie une image intolérable de l'humanité, et par conséquent de soi-même » (117). Elle explique que le handicap rappelle à l'être humain ses propres limites, ses faiblesses et ses imperfections. La peur du handicap serait alors une « peur de la ressemblance plus que de la différence ». La maladie plonge l'être humain dans un état d'imperfection qui lui est alors intolérable. Il tente de pallier rapidement cet état d'imperfection. L'accès facile et rapide aux soins par l'automédication prend alors tout son sens. Le patient est impatient et le délai de prise en charge proposé par le médecin n'est pas suffisamment rapide pour combler l'angoisse que la maladie génère par assimilation au handicap.

5 Conclusion

Le but de ce travail de recherche était de mettre au jour les déterminants de l'automédication chez le patient. Par l'étude de ses usages et ses pratiques grâce à une étude qualitative, cela nous a permis de comprendre pour quelles raisons le patient a recours à l'automédication.

Le patient revendique son autonomie dans le soin grâce à l'automédication. Il acquiert cette autonomie de différentes façon : par expérimentation de la maladie et de ses traitements, par observation de la maladie et des soignants (c'est le modeling) et par informations issues de sources multiples et variées. Soumis à ces multiples influences, l'autonomie au sens de liberté est discutable. Le patient croit appeler autonomie ce qui n'est qu'une pratique éclairée.

Les patients n'ont recours à l'automédication que pour la maladie « bénigne », connue et éphémère. L'automédication serait alors utilisée comme médecine de confort et comme autorégulation de la santé. En revanche, lorsque la maladie est considérée comme « grave » pour le patient, le recours au médecin semble inévitable. Cela nous a poussé à nous interroger sur les représentations de la maladie et la définition de la maladie bénigne pour le patient. Nous avons pu conclure que la bénignité d'une maladie se définissait à la fois selon le référentiel biomédical et à la fois selon la représentation subjective de l'individu.

L'automédication semble être une pratique genrée. Les femmes ont toujours été présente dans le soin depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, comme en témoigne l'expression populaire de « remède de bonne femme ». Elles tiennent un rôle important dans la médecine domestique dont la bénignité des motifs de recours s'accorde parfaitement avec ceux de l'automédication. Enfin, la maternité prédispose les femmes aux soins ce d'autant que les patients semblent présenter une régression materno-infantile face à la maladie.

Nous avons pu mettre en évidence une crise de confiance dans la médecine conventionnelle. Les patients se méfient des médicaments omniprésents qui médicalisent l'existence. Ils sembleraient inefficaces pour ces patients devenus exigeants. La crainte de leurs effets secondaires est exacerbée par les notices. Enfin, le marché du médicament accroît la méfiance du patient qui comprend que les intérêts économiques des firmes pharmaceutiques dépassent ceux de la santé publique. Le corps médical est par ailleurs jugé incompetent par son manque d'écoute. C'est dans ce contexte que le patient se tourne vers les médecines non-conventionnelles.

Enfin, le recours à l'automédication solutionnerait un problème de délai d'accès aux soins primaires jugé trop long pour le patient. Le délai d'accès aux soins serait raisonnable pour le médecin mais semblerait intolérable pour le patient. En effet, devant l'angoisse que la maladie génère et la pression

de productivité auquel le patient est soumis, il ressent le besoin d'agir au plus vite. Il a alors recours à l'automédication.

D'un côté le patient désire plus d'autonomie, d'un autre il désire être davantage écouté par le médecin. L'ambivalence des désirs du patient reflète la complexité de la relation médecin-patient qui ne cesse d'évoluer. L'éducation thérapeutique allie écoute du patient et participation active de ce dernier dans un soin éclairé par des compétences médicales. Répondrait-elle à la fois aux attentes du patient et du médecin en termes d'automédication ? L'éducation thérapeutique est déjà développée pour les pathologies chroniques. Il semblerait judicieux de la développer pour les pathologies aiguës et courantes pour lesquelles le patient a recours à l'automédication.

Bibliographie

1. OMS. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [Internet]. [consulté le 18 juill 2013]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>
2. Code de la santé publique - Article L5111-1 définition du médicament.
3. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2012.
4. OMS. Stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. [Internet]. [consulté le 7 nov 2012]. Disponible sur: http://www.medecine-ecologique.info/IMG/pdf/Strategies_pour_les_medecines_traditionnelles-2.pdf
5. Portail du Gouvernement. Libre accès à certains médicaments dans les pharmacies. [Internet]. [consulté le 25 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/libre-acces-a-certains-medicaments-dans-les-pharmacies>
6. World Self-Medication Industry. The story of self-care and self-médication, 40 years of progress 1970-2010. [Internet]. [consulté le 12 oct 2012]. Disponible sur: http://www.wsmi.org/pdf/storyofselfcare_bdpage.pdf
7. OMS. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>
8. Lemorton C. Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Assemblée nationale [Internet]. [consulté le 27 oct 2012]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P495_71511
9. Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2007-Prévisions 2008 [Internet]. [consulté le 12 oct 2012]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/200806_synt-2.pdf
10. Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2011-Prévisions 2012 et 2013. [Internet]. [consulté le 12 oct 2012]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-2012.pdf
11. Code de la santé publique. Article L5122-1. Publicité.
12. Prescrire. Automédication en Europe: état des lieux et enjeux. Conférence-débat Pilule d'Or Prescrire 2009. Rev Prescrire. 2009 [Internet]. [consulté le 11 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/docus/AutomedEurope.pdf>
13. AFIPA. 10^e baromètre AFIPA 2011 de l'automédication: seul marché dynamique du médicament. [Internet]. [consulté le 13 sept 2012]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20120202151754_02022012_CP_barometre_Afipa.pdf
14. Prescrire. Médicaments en « libre accès » : pas obligatoire. Rev Precrire. 2008. 28(295): 337.
15. Coutinet PA et N. Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. Horizons Strat. 24 sept 2008;n° 7(1):111-139.

16. Prescrire. Automédication: dire la vérité. Rev Prescrire. 2008, 28(293): 217.
17. Rapport Coulomb et Beaumelou 2007 [Internet]. [consulté le 6 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030/0000.pdf>
18. Prescrire. Publicité grand public pour les médicaments de prescription: l'obstination de la Commission européenne. Rev Prescrire. 2012. 32(247): 694-96.
19. Convention pharmaceutique d'officine - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [consulté le 22 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communique-de-presse/Convention-pharmaceutique-d-officine>
20. Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France - Rapports publics - La Documentation française [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000041/index.shtml>
21. Rapport Rochefort. février 2008 - Ministère du Développement durable [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Rapport-Rochefort-fevrier-2008.html>
22. Duflos C. Les opinions face à l'ouverture du réseau de vente des médicaments non-remboursés [Internet]. 2008 [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C250.pdf>
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 8 - Liberté de prescription | [Internet]. [consulté le 3 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-8-liberte-de-prescription-232>
24. Pouillard J. Risques et limites de l'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. Bulletin de l'ordre des médecins. 2001 [Internet]. [consulté le 25 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/automedication.pdf?download=1>
25. Le délistage des médicaments par ANSM, Rev impact pharmacien, 2012, n°343.
26. Allier M. Médicaments : entre 13 000 et 34 000 morts chaque année en France; Ouvertures: Iatrogénie, Médicaments, Santé. 2012. [Internet]. [consulté le 3 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.ouvertures.net/medicaments-entre-13-000-et-34-000-morts-chaque-annee-en-france/>
27. Queneau P. La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner. 1998. [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001548/index.shtml>
28. Queneau P. L'automédication, source d'accident ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. Médecine. 2008. vol 4, n°5, mai 2008.
29. Gurwitz JH and coll . Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 5 mars 2003; 289(9):1107-1116.
30. Otero-López MJ and coll. Preventable adverse drug events in hospitalized patients. Med Clínica. 28 janv 2006;126(3):81-87.

31. Prescrire. Priorité à l'intérêt des patients et à la santé publique. Rev Prescrire, mars 2011.
32. Prescrire. L'année 2008 du médicament : gare à la non-qualité. Rev Prescrire, 2009, 29(304): 138-44.
33. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265:885.
34. Green LA, Dovey S, Fryer Jr GE. It takes a balanced health care system to get it right. Jour Fam Pr. 2001;50:1038-9.
35. Hannay DR. The « iceberg » of illness and « trivial » consultations. J R Coll Gen Pract. sept 1980;30(218):551-554.
36. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle Répertoire des relations médecin-patient. Can Fam Physician. 8 janv 2008;54(8):1096-1099.
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale française 2011 : les jeunes médecins invitent leurs confrères à s'installer en libéral. [Internet]. [consulté le 23 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>
38. UNOF. Le Syndicat des Spécialistes en Médecine Générale, Non à la hausse du NC : et si ce n'était que pour préserver votre pré carré ? [Internet]. [consulté le 6 nov 2012]. Disponible sur: http://www.unof.org/breve.php?id_breve=2054
39. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé. 1 oct 2005;n° 8(3):31-39.
40. INSEE - Définitions et méthodes - Productivité [Internet]. [consulté le 22 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/productivite.htm>
41. DGS/CSA-TMO santé, Enquête sur l'automédication, octobre 2002 [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: http://bezanson.fr/Documents/Faculte/Automedication_texte%206%20decembre%202007.pdf
42. Haute Autorité de Santé - Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques [Internet]. [consulté le 15 janv 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464054/arrets-maladie-etat-des-lieux-et-propositions-pour-l-amelioration-des-pratiques
43. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs - A4-0075/1997 [Internet]. [consulté le 7 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>
44. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. Thérapie 1998; 53: 127-135.
45. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. Rev Française Aff Sociales. 1 mars 2008;n° 1(1):81-94.
46. Gaucher D, Laurendeau F, Trottier L-H. Parler de la vie. Sociol Sociétés. 1981;13(2):139.

47. Saillant F. Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Rech Féministes*. 1991;4(1):11.
48. DMG Nantes. Stages du second cycle en médecine générale [Internet]. [consulté le 19 nov 2012]. Disponible sur: http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=71
49. Florence WEBER, Stéphane BEAUD. Guide de l'enquête de terrain - Collection Repères, 2010.
50. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. août 2005;6(3):178-185.
51. Bartle P. Jeux de rôles et de simulation ; une technique de formation [Internet]. [consulté le 23 nov 2012]. Disponible sur: <http://cec.vcn.bc.ca/gcad/modules/tm-rplyf.htm>
52. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Rech Qual*, 2007, HS n°3.
53. Robert AD, Bouillaguet A. L'analyse de contenu. Presses universitaires de France, 2002.
54. Direction générale de la Santé : Loi relative à la politique de Santé publique, 9 août 2004
55. Honnorat C. Approche clinique en médecine générale, cours de sémiologie de la faculté de médecine de Rennes, 2009.
56. Gillon R. Autonomy and the principle of respect for autonomy. *Br Med J Clin Res Ed*. 1985; 290(6484):1806.
57. Winance M. Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sci Sociales Santé*. 2007;25(4):83-92.
58. Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Delachaux et Niestlé Paris; 1977
59. Meirieu P. L'école, mode d'emploi. ESF; 1985.
60. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Eres; 2013.
61. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant - Première année [Internet]. [consulté le 16 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.3.19.html>
62. Bandura A, Rondal J-A. L'apprentissage social. P. Mardaga; 1980.
63. Winnykamen F. L'apprentissage par observation. *Rev Française Pédagogie*. 1982;24-9.
64. Pélicand J, Fournier C, Ajoulat I. Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actual Dossiers En Santé Publique*. 2009;66:21-3.
65. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003;11(3):59.
66. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 15 oct 2012;n°39(3):13-25.

67. WONCA E. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [Internet]. 2002 [consulté le 25 juill 2013]; Disponible sur: <http://lacasesdesante.free.fr/lacase/admin/DOSSIERS%20et%20EXPERIENCES/EXPERIENCES/M%C3%A9decine%20de%20famille%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale/WONCA%20medecine%20de%20famille.pdf>
68. Fournier C, Attali C. Education thérapeutique du patient en médecine générale. *Médecine*, 2012, Vol 8, n°3, 123-8.
69. HAS. Education thérapeutique: définition, finalités, Recommandations, 2007.
70. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes; Un essai de typologie. DREES, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2004.
71. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La féminisation : une chance à saisir [Internet]. [consulté le 30 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
72. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Rev Française Aff Sociales*. 1 mars 2005;n°1(1):35-58.
73. Insee - Santé - Médecins suivant le statut et la spécialité en 2011 [Internet]. [consulté le 30 juill 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
74. IRDES (Institut de Recherche en Economie de la Santé); Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins [Internet]. [consulté le 30 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
75. Vons J. Mythologie et médecine. Ellipses Marketing; 2000.
76. Freidson E, Lyotard-May A, Malamoud C. La profession médicale. Payot; 1984.
77. Fainzang S. L'automédication. *Anthr Sociétés*. 2010;34(1):115.
78. Collin J. Les femmes dans la profession pharmaceutique au Québec: rupture ou continuité? *Rech Féministes*, 1992; vol 5; n°2; p31-56.
79. Zaidman C. La notion de féminisation. De la description statistique à l'analyse des comportements. *Cah CEDREF Cent Enseign Détudes Rech Pour Études Féministes*. 2007;(15):229-39.
80. Molina J. Les sorcières. *Cah GRIF*. 1975;8(1):37-40.
81. Julien P, Cotinat L. Questions de langage. I, « Remèdes de bonne femme » ; II, « Brouillamini ». *Rev Hist Pharm*. 1967;55(193):448-449.
82. Alexandre N. La Médecine et la chirurgie des pauvres... par Nicolas Alexandre. L. Le Conte; 1714.
83. Raynal C. Les Remèdes de la «bonne femme». *Rev Hist Pharm*. 2001;89(329):77-80.

84. Loux F. La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche). *Anthr Sociétés*. 1990;14(1):83-92.
85. Badinter E. *L'amour en plus*. Editions Flammarion; 2010.
86. Bacqué M-F. Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *Études Sur Mort*. 1 mars 2003;n° 123(1):131-141.
87. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology*; Berkeley: University of California Press; 1980.
88. ASBL Question Santé, Représentation de la santé et de la maladie, *Bruxelles Santé*, juin 2006, n°42.
89. Georges Canguilhem. *Bibliothèque Idéale Sci Hum*. janv;1(1):65-65.
90. Bacqué M-F. *Le vrai, le juste, le bon... Vérités Cancer*. Paris: Springer Paris; p. 1-14.
91. Good BJ, Gleize S. Comment faire de l'anthropologie médicale? *Médecine, rationalité et vécu*. Institut Synthélabo; 1998.
92. Paul BD. *Health Culture and Community: Case Studies*. Russell Sage Foundation; 1955.
93. Rochefort R., *La médecine de confort, Consommation et modes de vie*, 1994, n°83.
94. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*. 1 juin 2004;n° 32(2):67-74.
95. Pitette Y. *La médecine de confort des pays riches*, La Croix, 2005.
96. Foucault M. *Naissance de la clinique*. Presses universitaires de France; 1997.
97. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*. 1972;20(4):487-504.
98. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol*. 1992;209-32.
99. Collin J, Suissa AJ. Le phénomène de la médicalisation du social: enjeux et pistes d'intervention. *Nouv Prat Sociales*. 2007;19(2):25-33.
100. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):141.
101. Parazelli M. L'empowerment: De quel pouvoir s'agit-il? *Nouv Prat Sociales*. 2007.
102. Desclaux A, Lévy JJ. Présentation: Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthr Sociétés*. 2003.
103. Prescrire. *Sociologie: l'ère de la médicalisation*. *Rev Prescrire*, 1999, 19(191): p68.
104. Collin J. Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments. *Actual Doss En Santé Publique*. 1999;27:55-8.
105. LJ Scope. Baisse de la vaccination en France malgré les recommandations récentes des autorités de santé. [Internet]. [consulté le 11 août 2013]. Disponible sur:

<http://www.ljscope.com/baisse-vente-vaccins-en-france-malgre-les-recommandations-recentes-des-autorites-de-sante/>

106. Prescrire. Médicaments: La parole est aux usagers. Rev Prescrire, 2002, 22(233): 793-95.
107. Akrich M. Le médicament comme objet technique. Rev Int Psychopathol Rev Int Psychopathol. 1996. p. 135-158.
108. Marché mondial | LEEM - Les entreprises du médicament [Internet]. [consulté le 11 août 2013]. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/marche-mondial-0>
109. Blech J. Les inventeurs de maladies. Paris Actes Sud. 2005.
110. Cote L. Les réactions particulières de médecins face au sentiment d'échec. Can Fam Physician. avr 1988;34:955-961.
111. Nau J-Y. Quand les médecines non conventionnelles sortiront de l'ombre, Emploiparlonsnet.fr [Internet]. [consulté le 7 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.emploiparlonsnet.fr/rapports-etudes/quand-les-m%C3%A9decines-non-conventionnelles>
112. DREES. Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? Actes du colloque du 16 octobre 2012, [Internet]. [consulté le 28 août 2013]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_acces_soins-16oct2012.pdf
113. Medecin-Retraite-Actif.com - Déserts médicaux : le concours des médecins retraités [Internet]. [consulté le 28 août 2013]. Disponible sur: http://www.medecin-retraite-actif.com/index.php?option=com_content&task=view&id=196
114. Legros M. Santé et accès aux soins: pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, nov. 2012. [consulté le 28 août 2013]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf
115. Redoulès O. INSEE. L'économie mondiale en 2008: du ralentissement à la récession, Vue d'ensemble, L'économie française, Ed. 2009.
116. INSEE. Enquête mensuelle de conjoncture auprès des ménages-mars 2011. Informations rapides, 2011, n°76.
117. Korff-Sausse S. Pourquoi l'autre et la différence font-ils si peur ? À L'Aube Vie. 1 janv 2006;167-177.

Annexe 1 : Guide pour les entretiens des externes

Pouvez-vous me raconter la dernière fois où, étant malade, vous avez fait le choix de vous soigner par vous-même plutôt que de consulter un médecin ?

Thèmes à explorer :

- Reconstruire un cheminement par rapport à cette maladie
- Les raisons données
- Produits utilisés, où ils ont eu l'info, la façon dont ils se les sont procurés, l'effet de ceux-ci
- Représentation de la maladie : c'est quoi être malade (ne pas travailler, avoir des douleurs, avoir un résultat anormal à un examen complémentaire...)
- Comportement habituel ou exceptionnel
- Si c'était à refaire, feraient-ils un autre choix ?
- Ont-ils l'habitude de voir d'autres praticiens : ostéopathe, homéopathe, naturopathe, magnétiseur ?
- Caractéristiques sociales et territoriales.

Annexe 2 : tableau descriptif des résultats

E	Sexe	Age	CSP	trouble	soin	source	localité
1	H	45	ouvrier maçon	orl	amoxicilline, efferalgan, AINS	prescription antérieure, pharmacie personnelle	La chevallerais 44810
2	F	49	assistante direction	migraine	doliprane	pharmacie personnelle	Nantes 44000
3	F	26	conseillère	vers de son fils	fluvermal, doliprane, remède de grand-mère, citron-huile-sucre, conjureur, homéopathie	pharmacie, grand-mère marocaine	Nantes 44000
4	H	68	professeur de français retraité	spasmes digestifs	fumeterre, homéopathie	magazine de plantes, pharmacie	Blain 44130
5	F	17	lycéenne	mal de gorge	spray, maxilase, huiles essentielles	pharmacie familiale, conseils mère	Rezé 44400
6	F	40	employée de mairie	migraine	nurofen, ostéopathe	prescription antérieure, pharmacie perso	Orvault 44700
7	F	35	avocate	dyspnée de sa fille	celestène	internet, prescription antérieure	Treillières 44119
8	H	78	retraité agricole	lombalgies	paracétamol	prescription antérieure, pharmacie perso	Geneston 44140
9	F	?	mère au foyer	mal de gorge	vinaigre blanc	habitude tunisienne	Nantes 44000
10	F	80	retraîtée	éruption cutanée	aldara	prescription antérieure, pharmacie person	St Nazaire 44600
11	F	30	mise en rayon grande surface	lombalgies	ketoprofene, kinésithérapie	pharmacie	La Bernerie en Retz 44760
12	H	67	ouvrier	douleur jambe	préviscan	prescription antérieure, pharmacie perso	St Philibert de Grand Lieu 44310
13	F	24	doctorante faculté cinéma	cystite	homéopathie, médecines parallèles, conseil pharmacien	pharmacie	Rezé 44400
14	H	51	intermittent du spectacle	toux	homéopathie, huiles essentielles, ostéopathe, magnétiseur	pharmacie, conseils d'amis	Nort-sur- Erdre 44390
15	F	58	secrétaire	panaris	bains de dakin	conseils pharmacie	Montaigu 85600
16	F	42	?	lombalgies	ostéopathe		Boufféré 85600
17	F	21	étudiante BTS tourisme	allergies , asthme	plantes, huiles essentielles	conseils esthéticienne, magasin bio	La Guyonnière 85600
18	F	37	mère au	douleurs abdo de	thé, recettes maisons	conseils de	Nantes

			foyer	sa fille		sa mère	44000
19	F	62	puéricultrice CHU retraîtée	cervicalgies	choses simples, effergalgan		Rezé 44400
20	F	53	employée à pôle emploi	cystite	spasfon, urical plantes		Sallertaine 85300
21	H	37	agent de sécurité	toux, stress	pastilles, spray, ostéopathe, magnétiseur	pharmacie	Arthon-en- Retz 44320
22	F	40	agent immobilier	état grippal, migraines	nurofen, fervex, hypnose	pharmacie, conseils d'amis	Sautron 44880
23	F	62	aide soignante retraîtée	troubles du sommeil	homéopathie, plantes, recettes de grand-mère		Machecoul 44270
24	H	84	ouvrier retraité	lombalgies	paracétamol	sa femme	Nantes 44100
25	H	31	employé service d'eau	mal de gorge	AINS, ostéopathe		Rezé 44400
26	F	52	gérante de boulangerie	céphalées, rhume	AINS, paracétamol, ostéopathe	TV, conseils d'amis, pharmacie	Guérande 44350
27	F	64	agent d'entretien retraîtée	lombalgies	paracétamol, advil, ixprim, ceinture, ostéopathe, kiné		Rennes 35000
28	F	22	étudiante en droit	céphalées, sommeil, stress	paracetamol, magnésium, atarax, tisanes naturelles, sophrologie	pharmacie, sophrologue	Guérande 44350
29	H	31	responsable de rayon en grde surface	migraine, rhume	advil, paracétamol	TV, internet	St Nazaire 44600
30	F	66	institutrice retraîtée	brûlures urinaires, douleurs abdominales	saforelle, spasfon, bolinan, trimébutine, ostéopathe	prospectus, pharmacie	Nantes 44000
31	F	51	institutrice maternelle	fatigue, douleur épaule	shiatsu, acupuncture, ostéopathe	conseils d'amis	Beaulieu- sous-la- Roche 85190
32	F	51	enseignante	fatigue, bouffées de chaleur	gelée royale, trinolinium, acupuncture	publicité dans une revue	Treillières 44119
33	F	68	mère et grand-mère au foyer	douleurs, insomnies	effergalgan, lexicomil, ostéopathe		Ste-Luce- sur-Loire 44980
34	H	68	cadre en vente retraité	douleurs, stress	paracétamol, lexicomil, acupuncture	sa femme	Ste-Luce- sur-Loire 44980
35	F	42	infirmière	rhume	actifed	prescription antérieure, pharmacie perso	Nantes 44300
36	F	55	assistante commerciale	rhume	rhinosuluryne	prescription antérieure, pharmacie perso	Nort-sur- Erdre 44390
37	H	16	lycéen	céphalées	paracétamol	pharmacie familiale	Savenay 44260
38	H	68	retraité	cervicalgies	effergalgan		Grandchamp 44119
39	H	47	?	angine	paracétamol	pharmacie	Besné

							44160
40	F	66	retraîtée	sinusite	sinuspax, doliprane, sprays, homéopathie, ostéopathe, magnétiseur	médias, pharmacie	Haute Goulaine 44115
41	F	31	?	bronchite, migraine	amoxicilline, lamaline, propofan, biprofenid, doliprane, ostéopathie, acupuncture, homéopathie	pharmacie personnelle	Haute Goulaine 44115
42	F	63	employée de bureau retraitée	ménopause	arrêt du THS	magazine de santé, lecture de notice	St Herblain 44800
43	H	55	agent SNCF en invalidité	lombalgies	antalgiques, ostéopathe	prescription antérieure, pharmacie perso	Sallertaine 85300
44	H	17	lycéen	entorse du pouce	immobilisation, AINS, repos	prescription antérieure, pharmacie perso	Sautron 44880
45	F	32	secrétaire	rhume de sa fille	homéopathie	prescription antérieure, pharmacie perso, pharmacie	Sucé-sur-Erdre 44240
46	F	20	étudiante	rhume	efferalgan, hexaspray, spray eucalyptus, aérius, ostéopathie	conseils mère et pharmacien	Ste Luce sur Loire 44980
47	F	30	institutrice remplaçante	douleurs abdominales	protalgine, ibuprofène, spafon	pharmacie	La Roche sur Yon 85000
48	H	30	salarié	mal de gorge	maxilase, lisopolol, efferalgan	pharmacie	Nantes 44300
49	F	63	retraîtée de finance	rhinosinusite	célestène	conseils d'amis, de pharmacien	Grandchamp 44119
50	F	50	ambulancière	angine	paracétamol	pharmacie	Nantes 44000
51	F	?	mère au foyer	douleur	ibuprofène	conseils antérieurs de médecin, pharmacie perso	Beauvoir-sur-mer 85230
52	F	35	infirmière	céphalées	paracétamol, homéopathie, ostéopathie	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Héric 44810
53	H	76	agriculteur retraité	toux, rhume	doliprane, dafalgan, toplexil	conseils de sa femme	St Etienne de Montluc 44360
54	F	42	salariée, licence de lettre	toux de son fils	doliprane, maxilase, homéopathie	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Gétigné 44190
55	F	19	étudiante	douleur dentaire	antarène, contagyl	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Vallet 44330
56	H	57	profession indépendante	dépression	diminution spontanée de l'effexor, ostéopathie		La Roche sur Yon

							85000
57	F	?	mère au foyer	otite de son fils	advil, doliprane	conseils médicaux antérieurs	Nort-sur-Erdre 44390
58	F	?	retraîtée de fonction publique	otite	cérulyse	pratiques antérieures de sa mère	La-Chapelle-Basse-Mer 44450
59	H	43	enseignant	allergies	aerius, célestène	pratiques antérieures de sa mère, pharmacie personnelle	Le Bois-Raguenet 44700
60	F	?	retraîtée commerce	douleurs	calmants de mon père	pharmacie familiale	St Joseph de Porterie 44700
61	F	42	professeur d'histoire-géo	rhume, mal de gorge	doliprane, lisopaïne, nasonex, ostéopathe	pharmacie	St Sébastien-sur-Loire 44230
62	H	18	étudiant math sup	torticolis	pommade	infirmière du lycée, pharmacie	Nantes 44000
63	H	50	technicien de maintenance	boutons, démangeaisons	pommade	pharmacie	Le Loroux Bottereau 44430
64	H	68	plombier retraité	toux, douleurs	antalgiques, fume moins		Nantes 4000
65	F	43	cadre supérieur	syndrome grippal	paracétamol toutes les 6h	pharmacie personnelle	Pornichet 44380
66	H	41	chauffeur routier	rhinite, toux, fièvre	doliprane, oscillococcinum, ostéopathie	conseils de sa femme, entourage, pharmacie	Chantonay 85110
67	F	72	aide soignante retraitée	gêne intestinale	météospasmyl, motilium, débridat, tisanes, homéopathie, magné B6, vitamines, compléments alimentaires, magnétiseur	supermarché, TV, conseils famille, entourage, pharmacien	St Germain-de-Prinçay 85110
68	F	21	étudiante	céphalées	paracétamol, homéopathie, huiles essentielles, ostéopathe		Le Poiré-sur-vie 85170
69	F	56	aide à domicile	rhinopharyngite	gouttes dans le nez, sirop, ostéopathe	conseils pharmacie	Landeronde 85150
70	F	33	chef de projet	peau sèche de son bébé	dermocorticoïdes, crème hydratante, homéopathie	pharmacie, prescriptions antérieures	Le Pellerin 44640
71	F	36	reconversion dans le tourisme	céphalées de son fils de 5 ans	doliprane	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Geneston 44140
72	F	36	reclassement professionnel	lombalgies	ostéopathe, homéopathie, naturopathie	conseils d'amis et de sa mère	Geneston 44140
73	F	39	finance et formation	mal de gorge	exomuc, humex, dolirhume	conseils familiaux, pharmacie	Aigrefeuille-sur-Maine 44140
74	F	40	secrétaire	sinusite	inhalations de plantes,	pharmacie	Montbert

			comptable		doliprane		44140
75	F	65	secrétaire médicale retraitée	douleurs	AINS, ART 50, ostéopathe, kinésithérapeute	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Sautron 44880
76	F	69	retraitee comptable	mal de gorge	paracétamol, pivalone, tisane au thym, homéopathie	prescriptions antérieures, pharmacie perso	St Jean de Boiseau 44640
77	F	40	secrétaire	rhinoconjonctivite allergique	aérius, avamys, homéopathie, ostéopathie	prescriptions antérieures, pharmacie personnelle	La Gaubretière 85130
78	H	35	ouvrier bâtiment	lombalgies	effergal codéiné, paracétamol, myolastan, ibuprofène	prescriptions antérieures, pharmacie perso	La roche sur Yon 85000
79	F	25	monitrice auto-école	céphalées	paracétamol	prescriptions antérieures, pharmacie perso	Nantes 44000
80	F	35	secrétaire	lombalgies	doliprane, synthol	pharmacie	La Limouzinière 44310
81	H	45	éclairagiste	mal de gorge	AINS, pastilles	conseils pharmacie	Nantes 44000
82	F	25	étudiante	rhume	dérinox	conseils de sa mère, prescriptions antérieures	Pornic 44210
83	F	24	ingénieur alimentaire	ne s'automédique pas	homéopathie, antalgiques		Nantes 44000
84	H	82	retraite	arthrose du genou	acupuncture		Nantes 44000
85	F	54	préparatrice en pharmacie	rhume	pastilles, doliprane, fumigations, homéopathie	pharmacie	Nantes 44000
86	H	67	retraite, s'occupe de sa mère de 96 ans	douleurs au ventre, troubles du sommeil	petit cachet, fait marcher sa mère	conseils antérieurs du médecin	Nantes 44000
87	F	22	assistante de gestion	gastroentérite	antivomitifs, homéopathie	prescription médicale antérieure	Nantes 44000
88	F	20	étudiante en psychologie	mal de gorge	huiles essentielles, acupuncture	conseils de la mère, internet	Nantes 44000
89	F	35	secrétaire	rhume	rhinadvil, homéopathie		Nantes 44000
90	F	23	infirmière	gastroentérite	smecta, carbolevure, homéopathie	prescription antérieure de médecin	Nantes 44000

Annexe 3 : L'autonomie du patient conditionne l'automédication

entretiens	autonomie			
	expérience			confiance dans les compétences à agir
	expérimentation	observation	information	
1	comme l'avant dernière grippe		femme, médecin	
2	on se connaît plus sujet à certaines douleurs			on se connaît, on est plus sujet à certaines douleurs
3		quand il a de la fièvre, il a une petite barre bleue sur le nez et des picotements aux fesses	conjureur, mère	
4	depuis des années		magazine	si c'était à refaire: recommencera
5			famille, pharmacien	si c'était à refaire: recommencera
6	Régulièrement à chaque fois	même déroulé des symptômes	médecin	si c'était à refaire: recommencera
7		mm symptômes qu'il y a 2 mois	lu ça sur internet	
9		du coup, la maman suspectait une angine	méd traditionnelle de sa mère	
11	souffre depuis plrs années		médecin pharmacien	
12	similaire à celle de sa phlébite	ressentais		
	déjà rencontré dans le passé			
13			pharmacien	
14			conseils amis	si c'était à refaire: recommencera
15			pharmacien	
16			ostéopathe	
17			esthéticienne	
18			recettes maison tchéchènes	
19	y a très longtemps que j'ai mal		médecin	on a du taper très fort
20	d'habitude		pharmacien	
21			Pharmacien magnétiseur	
22	depuis des années	se soigne comme ça qd elle a ces symptômes	pharmacien, amis	si c'était à refaire: recommencera
23	depuis des années			si c'était à refaire: recommencera
24			femme	
25	il connaît ces symptômes		médecin	si c'était à refaire: recommencera
26	elle connaît		médecin, TV, amis	bonne satisfaction, si c'était à refaire, recommencera
27			pharmacien masseur	si c'était à refaire: recommencera

28			pharmacien, sophrologue, médecin	plutôt satisfaite, recommencera
29			internet, TV	si c'était à refaire: recommencera
30	j'ai souvent des douleurs	j'ai eu des brûlures, je me suis dit que c'était gynécologique	prospectus, échantillon gynécologue	je sais ce qu'il me faut, je ne demande pas conseil, je les prends, recommencera
31	j'ai mal de temps en temps		amis	si c'était à refaire: recommencera
32	connais depuis nb ses années		pub dans revue de la salle d'attente, mère, copines	je veux éviter d'en prendre
33		quand je lui dis que j'ai des douleurs, il me donne ça	médecin	je ne fais pas d'automédication moi!
34			femme, copain	je n'ai jamais fait d'automédication! ms je ne le fais pas
35	a chaque rhinite		médecin	si c'était à refaire: recommencera
36	habituel	je ne sens plus, je dors mal, ça me gêne	médecin	elle recommencerait
37	d'habitude	je pense que ça doit être lié à la chaleur ou au manque d'eau	parents	
39		sensation d'avoir une angine	pharmacien	tout le monde sait que ça peut marcher
40			médias, pharmacien	je vais pas aller chez le médecin pour ça
41	déjà eu	j'avais les mêmes symptômes	médecin	
42	depuis plus de 5 ans		magazine	considère que le ttt est instauré depuis trop longtemps, souhaite arrêter, souhaite ne pas reprendre
43	chronique, habituelle		médecin	
44	entorse récidivante	il a appris	médecin	
45		expérience avec l'aîné	pharmacien	
46	je savais		pharmacien	je l'aurais refait
48		j'ai commencé à avoir mal à la gorge, être fatigué	pharmacien	j'aurais refait la même chose, c'était ce qu'il fallait faire
49	ça faisait quelques années qu'elle avait régulièrement		pharmacien, amis	ne ferait pas d'autre choix, ça serait autre chose
50				elle a décidé
51			médecin	
52			pharmacien	elle ne voulait pas
53		comme sa femme était pareille, il s'est dit qu'il pouvait prendre la même chose qu'elle	femme	

54	habitude	douleur au ventre à droite, a pensé au risque d'appendicite, elle attend et observe et soigne	pharmacien, médecin	recommencera
55			pharmacien	
56				nécessite d'être rigoureux, on se connaît mieux soi-même, on est tous notre médecin d'abord, recommencera ; je prends des libertés sur les prescriptions
57		j'ai des enfants qui font beaucoup d'otite, donc je sais reconnaître	pédiatre, pharmacien	je suis sûre, dans ces cas je leur donne, c'est bien quelque chose que je peux faire chez moi pas besoin d'embêter le médecin, je peux aussi bien faire que le médecin
58	ça m'arrivait quand j'étais petite		médecin	
59			médecin	je ne suis pas allergique moi ! je fais ma petite cure, je suis tranquille et c'est tout ! Ça marche très bien je ne vois pas pourquoi je changerais quoi que ce soit
60				de toute façon moi, je m'en occupe d'abord, c'est moi qui l'ai soigné
61	connais bien la rhino, habituée		pharmacien	je suis allée avec ma petite liste
62	déjà eu un, fréquent		infirmière du lycée	
63		je me suis dit	pharmacien	pas besoin d'aller voir le médecin
64	souvent, habituel			recommencera
66			femme, entourage, pharmacien	
67			pharmacien, TV, parapharmacien revues, entourage, supermarché tête de gondole	
68	habituel	quand elle oublie ses lunettes		
69			pharmacien	c'est rarement bactérien, donc pas d'ATB et pas de prescription, ne ferait pas d'autre choix
70		ses 2 autres filles, sa sœur, sa mère, sa cousine ont de l'eczéma	pharmacien	recommencera
71			médecin	
72			mère	
73	souvent des rhumes	tous les ans les mêmes symptômes se répètent	famille	j'ai l'habitude de me soigner comme ça
75	depuis 30 ans			elle réitère dès que nécessaire

77	restait de l'année dernière pour un épisode semblable		médecin	c'est d'ailleurs bcp plus efficace que vos médicaments!
78	1 à 2 fois par an		médecin	ai tt ce qu'il faut chez moi pr me soigner, recommencera
79	au moins une fois toutes les semaines, habituel		pharmacien	
80	habitude	père procédait de cette manière	pharmacien	
81			internet, pharmacien	
82	fréquente	sa mère l'utilisait	mère	
84	j'ai 82 ans alors j'en ai essayé des trucs			j'ai fais le tour de la question, moi, je me suis soigné tout seul!
85			pharmacien	de par ma formation j'ai déjà quelques éléments
86				je m'occupe d'elle complètement, sans moi y a un moment qu'elle serait passée de l'autre côté, je l'ai sauvée un certain nombre de fois, sans me vanter, ce que je fais, c'est irremplaçable
87	en avais une y a pas très lgtps		médecin	
88			mère	
90	je connais la maladie		amis, médecin	

Annexe 4 : Confiance accordée au corps médical et essor des médecines non conventionnelles

E	dangereux	inefficace	lecture notices	drogues	trop	dépréciés
1	peur de prendre le mauvais M					
3						n'aime pas prendre des M
7						préfère ne pas donner de M à ses enfants
8		pas tout à fait efficace				
10	malgré les brûlures provoquées par l'application					
13						peu confiance en la médecine
14	nucléaire. C'est tchernobyl					
17	trop lourd effets secondaires				trop lourd en a marre	en a marre
18		plus efficace que les M				
21		ça n'a pas marché				
23	peur			accoutumance		n'aime pas trop les M
31		n'a pas fonctionné				
32	agressif	n'a pas fonctionné			éviter d'en prendre trop	
34			je consulte la notice			
36		inefficace				
38	mère est DCD d'un K du foie					moi les M j'évite
39		ça marche pas				
40	réaction allergique c'est même dangereux	inefficace	même en lisant les notices on peut avoir des pbm			
42	effets secondaires		s'est fait peur en lisant		depuis trop lgtps	moins j'en prends mieux je me porte
43		pas efficace				
45		pas d'amélioration				
49		les médecins devraient prescrire des M quand ils fonctionnent				
50		pas efficace				
51						peu adepte des M
52	contre indiqué	pas efficace				

53	hésitait à en prendre trop					
55		pas assez efficace	lu la notice			
56	voulais pas jouer avec le feu					
57		prfs ça passe, prfs pas ça marche pas				
58		douleurs ont persisté changeait pas grand-ch.				
72		ne se soigne pas très bien avec les M les M ne résoudre mes pbm que ponctuellement				
76		ça passe pas vraiment				
77		c'est d'ailleurs bcp plus efficace que vos M				évite d'en donner aux enfants
78	j'étais à moitié gaga après					moins je prends de M, mieux je me porte
79	dangereux					pas confiance en ce M
80		pas passé				n'aime pas prendre de M
81		pas passé				
83	danger de certains M					
84	effets secondaires	pas suffisant	ose pas tous les lire			moyennement confiance
	on prend du poison					
85		ne passait pas		pas en abuser		
88					y en a un peu trop	
89		ça m'a rien fait que j'en prenne ou pas inefficaces				je ne suis pas trop M
90	qui sont plus dangereux ça peut être dangereux	ça passait pas				

Annexe 5 : Automédication et accès aux soins, enjeu de rapidité, d'efficacité et de productivité

E	surcharge plannings	évite alors le M.	rapidité prise en charge	rapidité résultat	maladie= improducivité	impact sur le travail
1	vient consulter 2-3jours après attend de voir son M	essaie de pas venir voir le M	ne peut pas avoir de RDV le jour même			
2	après 3j, là, elle vient voir M				ne plus être en forme	
3	horaires du M ne correspondent pas avec son W	évite de venir voir le M	juste besoin d'appeler pour qu'il conjure			pas besoin de justificatif pour le W
5	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour			ça passerait plus vite	ne peut plus bouger	préfère être en forme car doit passer son bac dans qq jours
6	ne pas engorger en plus les salles d'attente	voit pas intérêt à consulter	rapide	rapide et efficace	clouée au lit	
8					se sent cassé	
9				après application, moins mal à la gorge		
11			achète directement		douleurs handicapantes	handicapantes à son W
12			a d'emblée pris	le referait d'emblée		
13				efficace		
15	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour					
16	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour			ça marche très bien		
17	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour					
19					ne pas mener ses activités normales	
20	3-4 jours avant de consulter			m'a calmé pour la nuit	rester au lit alité ne plus pouvoir bouger	
21	puis je suis allé voir le M				ne pas bouger	
22					ne plus pouvoir faire ses activités	plus pouvoir faire ses activités, difficultés pour se concentrer
23				efficace		
24		pas ennuyer son M pour				

		rien				
25			se traite dès le début	en 3j tt revient à la normale	ne pas travailler	ne pas travailler
26					pas se sentir apte à W	pas se sentir apte à W
27					empêche de mener vie normale	
28					au lit entrave vie Q	
29					pas pouvoir se concentrer	
30	plus de 10j			passé au bout de qqj		
31			qd je sens....je vais voir shiatsu	fait de l'effet le jour même et lendemain		
32					c'est l'invalidité	invalidité pour aller W
35				ttt efficace	moins bonne performance	moins bonne performance au boulot
36	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour		dès début des symptômes			pas terrible avec les clients
38					peur d'être handicapé qu'on doive m'opérer	
39	temps d'attente pour avoir RDV		directement à la pharmacie		pas faire comme d'hab.	
40		pas aller chez le M pour ça			plus rien faire reste au lit	
41	le temps qu'elle puisse cs			calmé le truc		
43	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour					
44					perte performance sportive pratique impossible	
45	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour					
46	pour avoir RDV il fallait attendre plusieurs jours		directement à la pharmacie	préfèrais traiter tôt	faible	avec les examens
47		pas voulu appeler M de garde		préféré prdre + mdcmt pour aller mieux	perte d'autonomie	pas pouvoir W
49			dès qu'elle prend ce mdcmt, dès que le tableau clinique apparaissait	efficace à partir du 2e j		très invalidant dans son W

50	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour					
51				plus de douleur le lendemain au réveil		
56					handicapé + pvoir faire ce qu'on fait habituellement	
57	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour	pas besoin d'embêter le M				il faut qu'ils aillent à l'école
61		pas besoin d'aller au cabinet pour ça	dès le lundi matin suis allée à la pharmacie		plus d'énergie pour m'occuper de tout	ne pas faire cours
62	pas le temps de voir le M		directement à la pharmacie pour gagner du temps		plus sortir, plus rien faire	pleine période d'examen pas aller en cours
63		pas besoin d'aller voir le M	qq heures après je suis allé à pharmacie	2 jours après j'avais plus rien		besoin d'un arrêt de W
65				guérison totale rapide	couché au lit	ne va pas W
66	manque de temps		trouve une pharmacie sur la route pdt son W	effet positif et suffisant		difficulté au W surtout lors de la conduite
69		pas déranger le M			être eu bout du rouleau	ne plus pouvoir W
70	si pas efficace ferait appel au M		dès l'apparition des 1e zones sèches			
72					incurable incontrôlable à vie	
73		le M a des patients + grave à soigner			invalidant pour la vie Q	
74			a pris le soir même		gêne à l'activité	supporter le W devant son ordi
76	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour	pas déranger le M		ça va mieux		concert avec chorale le lendemain
77					gêne dans la vie Q	
78	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour				plus supportable	empêche de W efficacement, ne voulais pas d'arrêt de W
79	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour		achète sans prescription à la pharmacie		m'empêche de me concentrer	au W c'est dangereux si je ne suis pas attentive

80	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour	évitant au max d'aller voir M	se fournir directement à la pharmacie		handicapante	dl handicapante pr continuer W
81	en attendant de voir le M au bout de 3-4j					ne pas pouvoir aller W
82					handicapant	
83			qu'il trouve rapidement le pbm	qu'il le règle rapidement	dérèglement des défenses	
84	3 mois d'attente se déplace pas				mal à l'aise	
85	ne s'arrangeait pas donc cs ce jour		d'abord suis allée voir pharmacien, choses accessibles			ça me demande d'être dispo et en forme

Annexe 6

Le verbatim des entretiens est joint en CD-ROM en annexe.

Titre de thèse : Les déterminants de l'automédication. Enquête par entretiens de patients en Loire Atlantique et en Vendée en 2012.

Résumé

Introduction : En économie ou en santé publique, l'automédication pose de nombreuses questions à ses acteurs : pouvoirs publics, firmes pharmaceutiques, pharmaciens, médecins et patients. Ce sont ces derniers qui attirent notre attention car la décision d'automédication n'appartient qu'à eux. Ce travail de recherche s'est donc axé sur le patient, afin de comprendre les raisons qui le poussent à s'automédiquer. L'analyse du comportement de la personne est du ressort de la sociologie, alors que l'automédication est une pratique médicale. Cette étude s'inscrit donc dans une volonté de pluridisciplinarité.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés. Il a été demandé aux patients de raconter leur dernière expérience d'automédication. Nous avons recueilli 90 entretiens. 82 ont été réalisés par 22 étudiants en 5e année de médecine, dans le cadre d'un stage dans 69 cabinets de médecine générale en Loire Atlantique et en Vendée. 8 entretiens complémentaires ont été réalisés en pharmacie à Nantes.

Résultats et Discussion : Les entretiens montrent que le recours à l'automédication témoignerait d'une volonté des patients de changer le cadre du soin. Soucieux de développer leur autonomie, mais affectés par une crise de confiance envers les médicaments et de certaines pratiques de la médecine conventionnelle, les patients auraient un nouveau regard sur la maladie. Selon ses différentes représentations et expériences, le patient sait distinguer une présentation grave pour laquelle la sollicitation du médecin semble inévitable d'une situation « bénigne » face à laquelle il utiliserait l'automédication comme une médecine de confort, dans une volonté d'autorégulation de la santé. Cette autorégulation garantirait la productivité des individus au sein de la société. Quelque soit sa présentation, la prise en charge de la maladie reposerait avant tout sur l'écoute du patient que celui-ci, et particulièrement les femmes, auraient trouvé dans les médecines non-conventionnelles. Face à cette nouvelle vision du soin, le médecin généraliste y trouverait une incitation à modifier ses pratiques.

Mots Clefs

automédication, autonomie, représentation de la maladie, autorégulation, médecin généraliste