

**UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

**ANNÉE 2018**

**N° 2018-70**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**

de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**  
(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

**NOËL Sébastien**

né le 14 août 1986 à Chatenay-Malabry (92)

présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2018

-

**Pratiques de l'automédication par le paracétamol :  
Réflexions à partir d'entretiens et de journaux personnels de  
santé en Loire Atlantique et Vendée**

-

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Membres du jury :  
Monsieur le Professeur Gilles POTEL  
Monsieur le Docteur Jean-Marie CASTILLO

## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Rémy SENAND,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**À Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS,**

Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail, votre investissement, vos critiques et vos nombreux conseils après chaque relecture m'ont été d'une aide précieuse,  
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

**À Monsieur le Professeur Gilles POTEL,**

Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury,  
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

**À Monsieur le Docteur Jean-Marie CASTILLO,**

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury,  
Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

**À Papa,**

Merci d'avoir toujours cru en nous et de nous avoir toujours poussés à nous surpasser,  
Merci pour ton amour et les valeurs que tu nous as transmises,  
Merci pour tout.

**À Maman,**

Merci pour ton amour, ta bonne humeur, ta douceur et ton soutien indéfectible,  
Merci pour la force que tu m'apportes, je suis si fier de toi.

**À Fanny et Céline,**

Merci pour votre amour et notre complicité. Je suis fier d'être votre frère.

**À Pauline,**

Merci pour ton amour, ta confiance et ton soutien infailible depuis toutes ces années,  
L'avenir nous appartient.

**À Gabriel et Baptiste,**

Merci pour ces instants magiques que vous nous apportez.

**À toute ma famille,**

Merci pour votre présence.

**À tous nos amis,**

Merci pour votre soutien et tous les bons moments partagés.

## **ABREVIATIONS**

**AFIPA** : association française de l'industrie pharmaceutique

**AFSSAPS** : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

**AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien

**AMM** : autorisation de mise sur le marché

**CSP** : catégorie socio-professionnelle

**INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques

**OTC** : « over the counter » (sigle anglo-saxon signifiant « accès direct au public »)

**OTx** : hybridation de OTC et de Rx ; soit un médicament PMF remboursable, acquis hors prescription

**PMF** : prescription médicale facultative

**PMO** : prescription médicale obligatoire

**SMR** : service médical rendu

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>LE PARACETAMOL</b>	<b>7</b>
GENERALITES	7
SON MODE D'ACTION	8
DE RECENTES DECOUVERTES	9
<b>L'AUTOMEDICATION</b>	<b>11</b>
DEFINITIONS	11
LES MEDICAMENTS D'AUTOMEDICATION	12
LE CADRE LEGISLATIF	15
LE MARCHE FRANÇAIS	15
LES USAGERS ET MOTIFS DE RECOURS	17
LES ENJEUX	17
LES RISQUES	18
<b>LES JOURNAUX DE SANTE</b>	<b>20</b>
<b>LES OBJECTIFS</b>	<b>21</b>
<b>MATERIELS &amp; METHODES</b>	<b>22</b>
ECHANTILLON	23
DEROULEMENT DE L'ENQUETE	24
ANALYSE DES DONNEES	24
<b>RESULTATS</b>	<b>26</b>
<b>PROFIL DES ENQUETES</b>	<b>26</b>
<b>MOTIFS DE RECOURS</b>	<b>29</b>
USAGE CURATIF	29
USAGE PREVENTIF	31
<b>PRATIQUE D'AUTOMEDICATION PAR LE PARACETAMOL</b>	<b>33</b>
CONSTITUTION DU SAVOIR PROFANE	33
APPORT DE L'EXPERIENCE	35
MODES D'ACQUISITION	36
POSOLOGIES	38
<b>UNE CERTAINE BANALISATION</b>	<b>38</b>
UN STATUT A PART	40
APPORT DES JOURNAUX	41
<b>DISCUSSION</b>	<b>44</b>
<b>CRITIQUE DE LA METHODE</b>	<b>44</b>
LES FORCES DE L'ETUDE	44
LES LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	45

<b>DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS</b>	<b>46</b>
MOTIFS DE RECOURS	46
PRATIQUES D' AUTOMEDICATION	50
UNE CERTAINE BANALISATION	55
ENTRE AUTONOMIES ET DEPENDANCES	57
<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 2 : PRESENTATION D'UNE PAGE DE JOURNAL PERSONNEL DE SANTE</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXE 3 : FICHE DE BONNE PRATIQUE</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 4 : CAMPAGNE NATIONALE D'INFORMATION 2012</b>	<b>64</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>66</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>72</b>
<b>RESUME</b>	<b>73</b>

## INTRODUCTION

L'automédication, au sens de prise médicamenteuse autonome sans avis médical préalable, serait aujourd'hui pratiquée par 70 à 80 % de la population adulte française(1)(2).

Sur fond de volonté d'émancipation dans la société, l'automédication, depuis longtemps prônée par l'industrie pharmaceutique(3), semble désormais également ouvertement encouragée par les pouvoirs publics. Outre les efforts de maîtrise des dépenses de santé avec les délistages et déremboursements successifs de ces dernières années, l'avènement de la vente dite « over the counter » (OTC) en 2008 et les débuts en 2013, de la vente de médicaments sur internet par les pharmacies d'officine, tendent à bouleverser le rapport au médicament et à favoriser cette pratique.

La littérature est unanime ; la douleur est le principal symptôme pour lequel les individus recourent à l'automédication(4)(5). Le paracétamol étant le médicament de première intention pour le traitement des douleurs d'intensité légère à modérée et l'antipyrétique de référence, il est l'une des molécules les plus connues, les plus prescrites et les plus utilisées en France et de par le monde. Il figure d'ailleurs dans la liste des dits « médicaments essentiels »(6) édictée -et régulièrement actualisée- par l'organisation mondiale de la santé.

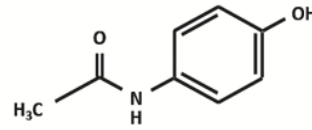
Parce que tout le monde ou presque sait que face à des douleurs ou de la fièvre, il faut prendre du paracétamol, cette molécule est massivement entrée dans les foyers. Selon un rapport de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), les prescriptions de paracétamol en France ont ainsi doublé entre 1998 et 2008(7). En 2012, elle était la molécule la plus consommée avec plus de 500 millions de boîtes délivrées en officine (prescrites et achats spontanés confondus)(8).

Dans ce contexte, ces évolutions de pratique et cette relation nouvelle au médicament nous invitent à nous questionner quant à l'usage autonome qui est fait de cet antalgique notoire qu'est le paracétamol.

Nous tenterons également de relever les similitudes et spécificités de l'automédication par le paracétamol par rapport à l'automédication en générale.

## Le paracétamol

### Généralités



**Paracetamol**

Molécule appartenant à la famille des anilides, le paracétamol (contraction de para-acétyl-amino-phénol) ou acétaminophène (N acétyl-para-amino-phénol) pour les anglo-saxons, est synthétisé pour la première fois en 1877 par Harmon Northrop Morse. Ses propriétés antipyrétiques ne seront découvertes qu'en 1886, par pure sérendipité par deux médecins strasbourgeois. La molécule tombera ensuite dans l'oubli durant plus d'un demi-siècle car jugée à tort, plus néphrotoxique que l'antipyrétique de référence d'alors ; la phénacétine. Il faudra dès lors attendre 1953 pour voir le paracétamol arriver sur le marché britannique, la France devra elle, patienter jusqu'en 1957. Le depuis célèbre, Doliprane® fera son apparition en 1961.

La molécule appartient à la classe des antalgiques de palier I dans laquelle figurent également l'aspirine et les divers anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Bien que centenaire, la molécule n'a pas encore livré tous ses secrets, notamment concernant son mécanisme d'action.

Le peu de contre-indications connues (l'insuffisance hépatique et la rarissime allergie), son excellente tolérance et son innocuité unanimement admise -lorsqu'elle est consommée à bon escient- expliquent que la molécule s'imposa si rapidement face à l'Aspirine® dans les indications de fièvre et de douleurs aiguës / chroniques d'intensité légère à modérée. S'il est le médicament le plus prescrit, il est également la molécule la plus vendue en automédication(9). Bénéficiant, tant auprès des patients que du monde médical d'une excellente notoriété, cette molécule aux indications larges et peu spécifiques, est devenue le médicament du quotidien par excellence.

Tout ceci ne doit toutefois pas faire oublier son principal risque qu'est son hépatotoxicité. Le surdosage en paracétamol occasionne une cytolysse hépatique dose-dépendante pouvant aboutir dans les cas extrêmes à une hépatite fulminante nécessitant une transplantation hépatique d'urgence. Or, la molécule entre dans la composition d'une soixantaine de spécialités pharmaceutiques dont la grande majorité est accessible sans ordonnance. Chaque année, elle est ainsi responsable en France de nombreuses admissions en services d'urgences et hospitalisations pour surdosage accidentel ou intoxication médicamenteuse volontaire (2 à 7% des IMV(10)).

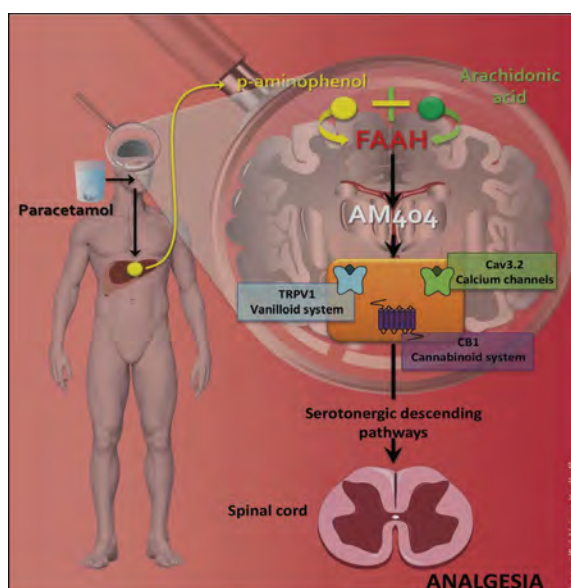
## Son mode d'action

Bien qu'utilisé au quotidien depuis plus d'un demi-siècle, les connaissances concernant ses mécanismes d'action sont longtemps restées lacunaires.

Les propriétés antipyrétique et antalgique, que le paracétamol partage avec les AINS, ont longtemps suggéré un mécanisme d'action basé sur l'inhibition des cyclo-oxygénases (Flower & Vane 1972). Le paracétamol n'ayant que de très faibles propriétés anti-inflammatoires, cette hypothèse est actuellement délaissée. Plus tard, l'activation des voies sérotoninergiques descendantes (impliquées dans l'inhibition des voies de la douleur) a été démontrée par Tjolsen 1991(11) et Pini 1996(12).

L'équipe clermontoise du Pr Eschalié a récemment identifié une nouvelle voie métabolique responsable de l'effet antalgique du paracétamol(13). Selon ces travaux, l'effet antalgique proviendrait de la métabolisation hépatique de la molécule en p-aminophénol, qui par voie systémique parviendrait au cerveau, où l'enzyme fatty acid amide hydrolase (FAAH) la combinerait avec l'acide arachidonique pour former l'acide gras AM404. C'est ce dernier qui viendrait activer le récepteur vanilloïde (TRPV1) produisant une forte inhibition du canal calcique Ca(v)3.2 des neurones supra-spinaux à l'origine de l'effet antalgique(14). Par ailleurs, l'AM404 semble également capable d'activer indirectement le récepteur cannabinoïde CB<sub>1</sub> mais leur relation reste à encore à éclaircir.

**Figure 1** : Mécanisme d'action du paracétamol



Frédérique Koulko ©  
Inserm UMR 1107  
from Mallet

Parmi les nombreuses autres pistes actuellement explorées pour expliquer le mécanisme d'action du paracétamol, on peut citer celles également prometteuses des systèmes opioïdes, adrénergiques et cholinergiques. Par la diversité de cibles supposées impliquées dans l'action du paracétamol et leur relations complexes, on perçoit que cette molécule est encore loin d'avoir délivré tous ses « secrets. »

Le paracétamol apparaît donc désormais comme une pro-drogue nécessitant un métabolisme complexe pour exercer son effet antalgique. Il semblerait que son action inhibitrice sur les cyclo-oxygénases soit davantage liée à son effet antipyrétique(15) voire hypothermique(16).

Une fois absorbé, 90% du paracétamol est donc métabolisé par voie hépatique. Si 2 à 5% de la molécule est excrétée sous forme inchangée par voie rénale, une fraction non négligeable (environ 5%), aboutit par oxydation par les cytochromes p450, à la formation d'un métabolite hépatotoxique (N-acétyl-p-benzoquinone imine dit NAPQI) naturellement réduit par le glutathion puis éliminé par voie rénale. En cas de surdosage (ou d'hépatopathie), la saturation du métabolisme hépatique amène l'excédent à emprunter la voie du cytochrome p450, aboutissant à une production accrue de NAPQI. Les capacités de réduction du glutathion dépassées, le NAPQI libre circulant entraîne alors une cytolysse hépatique dose-dépendante.

### **De récentes découvertes**

Selon la définition de l'association internationale pour l'étude de la douleur, « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ».

L'imagerie fonctionnelle nous a appris que chacune de ces deux composantes - sensorielle et émotionnelle- de la douleur est associée à une région spécifique du cerveau. Lors d'un stimulus nociceptif, l'information remonte ainsi à la fois au cortex somesthésique et au système limbique. Le cortex cingulaire antérieur dorsal et l'insula antérieure sont connus pour être la matrice neurale de la perception de la composante subjective, affective et émotionnelle de la douleur. Des chercheurs ont ensuite découvert que ces régions étaient également activées lors d'une douleur « sociale ».

Fort de ce constat, en 2010, une équipe du Kentucky a émis l'hypothèse que le paracétamol, en tant qu'antalgique agissant par voie centrale, devrait pouvoir également atténuer le ressenti de la douleur sociale(17). Sur la base de l'échelle « hurt feeling scale », la première partie de leur étude a montré qu'une dose quotidienne de

1.000 mg de paracétamol réduisait significativement le niveau de douleur sociale. La seconde partie de l'étude (toujours randomisée vs placebo) a consisté en une expérience menée par IRM fonctionnelle chez 25 sujets soumis à 2.000 mg de paracétamol par jour. Confrontés à des situations propres à susciter du rejet social, les sujets du bras acétaminophène présentaient une moindre activité neuronale des régions sus-citées. La douleur sociale partageant le même réseau neuronal que la composante affective de la douleur physique, ces résultats démontrent qu'ils partagent également le même substrat neurobiologique.

Sur la base de résultats de recherches en psychologie suggérant que le paracétamol pourrait atténuer l'intensité avec laquelle les individus ressentent des événements négatifs (physiques, sociaux ou cognitifs), Durso(18) démontre en 2015 que la molécule provoque l'émoussement des affects face à des stimuli aussi bien négatifs que positifs.

La neuro-imagerie fonctionnelle ayant démontré que le fait d'imaginer la douleur ressentie par autrui sollicite les mêmes aires cérébrales que lors d'une expérience personnelle de douleur, Mischkowski a émis et vérifié l'hypothèse selon laquelle le paracétamol réduit l'empathie vis-à-vis de la souffrance physique et sociale d'autrui pour des situations identiques(19).

Ces récentes études suggèrent que la douleur physique serait davantage impliquée dans la régulation des affects et comportements sociaux que précédemment supposé. Bien loin de se cantonner à ses simples effets antalgique et antipyrétique reconnus depuis sa découverte, le paracétamol recèlerait d'importants effets secondaires psycho-sociaux encore très mal appréciés.

Dans un tout autre registre, une étude danoise de 2010 s'appuyant sur une cohorte datant de 1996-2002(20) a démontré que l'exposition in utero au paracétamol de manière prolongée ( $\geq 4$  semaines) lors des deux premiers trimestres (notamment entre 10 et 16 SA) était associée à un risque modérément majoré de cryptorchidie. Cette anomalie du développement sexuel intra-utérin étant le facteur de risque le plus connu pour la faible qualité du sperme, ces résultats suggèrent donc que l'exposition au paracétamol pourrait être responsable d'une altération de la fertilité.

## **L'automédication**

En instituant le devoir d'information « claire, loyale et adaptée » incombant aux professionnels de santé, la loi du 4 mars 2002 dite « du droit des malades » a fortement exhorté les patients à la responsabilisation et les a encouragés à prendre plus activement part à la prise en charge de leur santé.

### **Définitions**

Stricto sensu, « automédication » renvoie à une prise médicamenteuse autonome, mais ce concept reste vague et regroupe divers comportements. D'où l'absence de consensus sur sa définition...

Dès 1999, Thérèse Lecomte(21) estime que l'automédication « consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical ».

L'Ordre National des Médecins la précise en 2001(22) ; « l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM), avec la possibilité d'assistance de conseils de la part des pharmaciens ».

Dans leur rapport publié en 2007(1), Alain COULOMB et le Pr BAUMELOU la définissent comme « le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. »

L'association française de l'industrie pharmaceutique (AFIPA) s'appuie elle sur une définition attribuée à l'Organisation Mondiale de la Santé pour qualifier de responsable l'automédication : « l'automédication consiste, pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées ». L'AFIPA précise cette définition en ajoutant que le patient traite ainsi « certains symptômes bénins, grâce à des médicaments accessibles sans ordonnance, dans les conditions d'utilisation indiquées, avec le conseil du pharmacien et sans l'intervention du médecin ».

Mais aucune de ces définitions n'englobe une autre facette de ce comportement qu'est le fait de réutiliser des médicaments précédemment obtenus pour d'autres pathologies ou pour d'autres personnes et conservés dans la « pharmacie familiale ».

Dans son ouvrage *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*(23), l'anthropologue Sylvie Fainzang y ajoute ce concept puisqu'elle la définit comme un « 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 (dans une officine ou auprès d'une autre personne) ».

Mais l'automédication peut aussi être envisagée comme l'adaptation posologique autonome apportée à posteriori par un patient à un traitement initialement prescrit par un médecin. L'union régionale des professionnels de santé (URPS) infirmiers d'Aquitaine en fait d'ailleurs mention dans sa charte de l'automédication(24) : « prise dans une intention de soins d'un ou plusieurs médicaments par initiative personnelle, en l'absence de prescription médicale ou modification apportée sciemment au protocole d'une ordonnance ».

On peut également considérer que lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace, c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin. Cette forme d'automédication se distingue toutefois des autres car présente l'avantage d'être dans une certaine mesure « supervisée » et généralement accompagnée de quelques recommandations de la part du médecin « prescripteur »(25).

L'automédication doit donc être envisagée plus largement que comme le seul usage d'un médicament non prescrit acquis en pharmacie. Quelquefois, le concept prend un sens métonymique et se voit usité pour décrire les médicaments dédiés (ou non) à cette pratique.

### **Les médicaments d'automédication**

Tout comme il n'existe pas de définition consensuelle à l'automédication, le statut des médicaments d'automédication, encore appelés de « médication officinale » ou « familiale » demeure flou.

Depuis 2001, la réglementation européenne(26) distingue les médicaments soumis à prescription dits à prescription médicale obligatoire (PMO) ou « listés » (listes I, II, stupéfiants et à prescription restreinte) de ceux non soumis à prescription (PMF) dits « hors listes » ou encore appelés médicaments d'automédication.

La directive 2001/83/CE adopte le principe que tout médicament est à priori libre de restrictions sauf s'il rencontre une des conditions de précaution qui le font classer parmi les médicaments soumis à prescription.

Sont ainsi soumis à prescription médicale, les médicaments qui :

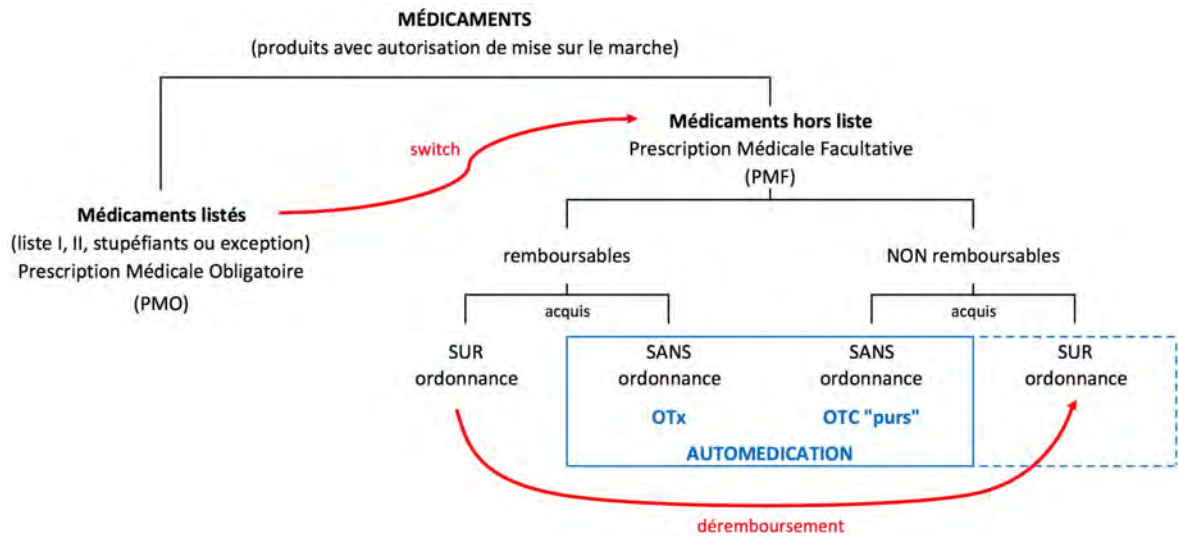
- ✓ Sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale
- ✓ Sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger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

Cette définition par défaut des médicaments à PMF sous-tend que théoriquement, ils ne présentent donc qu'une toxicité modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et que leur emploi ne nécessite pas à priori d'avis médical.

Les médicaments d'automédication sont donc prévus et conçus pour être utilisés sans l'intervention d'un médecin, pour le traitement symptomatique de pathologies bénignes que le patient peut de manière spontanée et autonome, se faire délivrer en officine.

Précisons que chacune des deux catégories -PMO et PMF- contient, selon le niveau de service médical rendu (SMR) attribué par la commission de transparence de la haute autorité de santé (HAS), à la fois des médicaments remboursables et d'autres pas. Cette notion de SMR juge de l'« efficacité et des effets indésirables du médicament, de sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et de son intérêt pour la santé publique »(27).

**Figure 2** : Les médicaments d'automédication



Dans la plupart des pays européens, les médicaments à PMF sont par définition, non remboursables. Avec sa notion de SMR, la réglementation française entretient une ambiguïté en rendant remboursable la grande majorité de ces derniers (80%) lorsqu'ils sont prescrits. Ceci excluant de fait, les médicaments à PMF ainsi acquis, du champ de la pratique d'automédication.

Ainsi, dans son baromètre annuel, l'AFIPA ne comptabilise que les médicaments à PMF acquis hors prescription. On y retrouve donc ceux à PMF non remboursables (automédication pure) qu'elle nomme OTC et ceux à PMF remboursables acquis sans ordonnance, qu'elle qualifie d'OTx (hybridation d'OTC et de « Rx », ancienne appellation des médicaments à PMO).

Mais comme l'automédication relève bien davantage d'un comportement que d'une catégorie de molécules, on ne peut pas méconnaître que la majeure partie des médicaments utilisés sortent directement de l'armoire à pharmacie familiale, comportant autant de médicaments à PMO, non adaptés à un usage en automédication, que de médicaments à PMF prévus à cet effet.

Depuis 2008, le paracétamol n'est plus soumis à prescription. Or, si le paracétamol est majoritairement remboursable sur présentation d'une ordonnance (OTx), certaines nouvelles présentations sont des OTC purs. Dans notre travail, nous ne nous cantonnerons évidemment pas à l'étude des seuls OTC. Nous considérerons, comme S. Fainzang, qu'il n'est pas indispensable de se procurer les médicaments en officine lors de l'épisode pour qualifier la prise d'automédication.

## Le cadre législatif

L'avènement de la vente dite « over the counter » (OTC), permise par le décret du 30 juin 2008(28) donnant libre accès à de nombreuses spécialités(29) -dont fait partie le paracétamol-, a bouleversé le rapport au médicament.

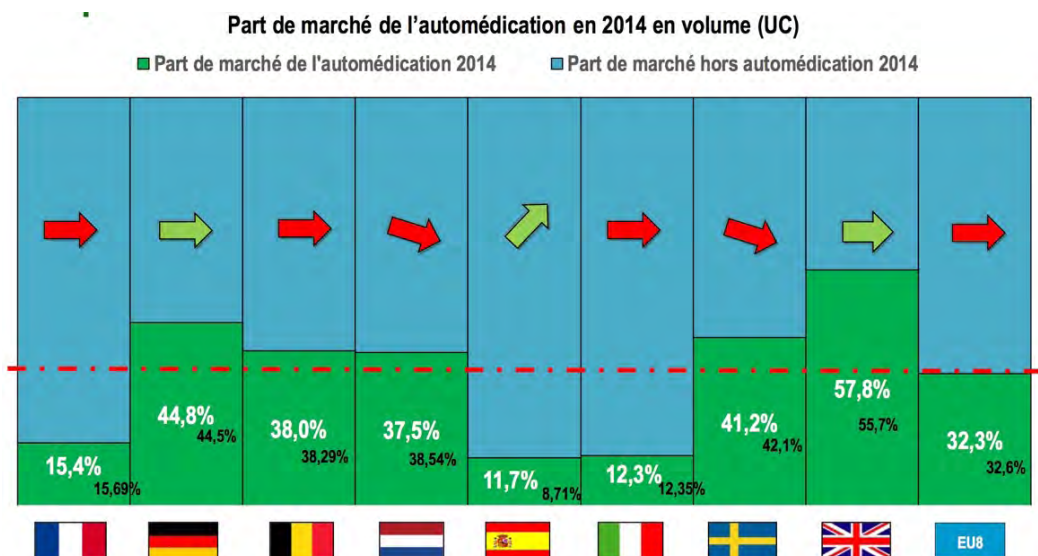
L'ordonnance du 19 décembre 2012(30) est venue surenchérir, autorisant les pharmacies d'officine à vendre leurs médicaments en ligne. Le patient est désormais enjoint de devenir un véritable consommateur responsable de la prise en charge de sa santé.

## Le marché français

En 1960, l'automédication représentait près de la moitié des médicaments consommés en France. Du fait d'un accès facilité au médecin et d'une amélioration de la couverture santé, entre 1970 et 2008, le nombre de consultations annuelles par habitant a presque doublé, engendrant mécaniquement un effondrement de l'automédication.

En 2014, notre marché de l'automédication pesait toujours moitié moins que la moyenne de nos proches voisins de l'Europe de l'Ouest (annexe). Il ne représentait que 15,4% du marché en volume (8% en valeur) et ne pèse toujours que 2,33 milliards d'euros en 2016. Phénomène contre-intuitif, le secteur semble porté par les OTC, en croissance de 4,8% (en valeur) entre 2015 et 2016, quand sur cette même période, les OTx accusent un recul de 1,3%.

**Figure n°3** : Marché européen de l'automédication en 2014



Les valeurs indiquées en blanc correspondent à la part d'automédication relevée en 2014  
 Les valeurs indiquées en noir correspondent à la part d'automédication relevée en 2013  
 Source: AESGP, Agora Consulting, Eurostat, 2015.

Dans la 15<sup>ème</sup> édition de son baromètre du marché de l'automédication(9) publiée en février 2017, l'AFIPA (groupe d'influence pharmaceutique regroupant 33 industriels du secteur) note une relance du secteur de l'automédication en 2015 et 2016 après deux années de creux. Cette reprise s'inscrit dans un marché du médicament prescrit repartant timidement à la hausse après cinq années consécutives de baisse. Ces dix dernières années, la part de marché de l'automédication (en valeur) a progressé chaque année en moyenne de 1,7 %. En 2016, le prix de vente moyen pondéré des spécialités d'automédication était de 4,74 € en France pour une moyenne européenne de 6,20 €.

Concernant le paracétamol, après le doublement des prescriptions entre 1998 et 2008, Hider-Mlynarz et al.(31) rapportent une poursuite de cette tendance avec une nouvelle hausse de 62% de la consommation entre 2006 et 2015. Si le retrait du Di-Antalvic® explique en partie cet engouement, l'étude a été réalisée avant le relistage de la codéine, qui sera probablement aussi source d'un report vers le paracétamol.

L'AFIPA milite activement depuis plusieurs années déjà pour une politique de délistage plus agressive. Prétextant répondre à une volonté d'autonomie des patients, l'association agit pour la mutation de notre système de santé vers le modèle anglo-saxon beaucoup plus libéral.

Une étude Ipsos commandée par l'AFIPA, réalisée en décembre 2015(32) auprès de 1003 personnes majeures montre que 80% de la population française recourt régulièrement à l'automédication, et de manière semble-t-il satisfaisante puisqu'une consultation médicale n'est nécessaire à la résolution de l'épisode que dans 8% des cas.

Cette même étude nous apprend que 91% des Français se sentent capables de gérer seul leur problème de santé jugés bénins alors même que les 301 médecins interrogés estiment de leur côté que seuls 45% de leur patientèle est à même de s'automédiquer de manière responsable.

Nous concernant, selon l'AFIPA, le segment des antalgiques progresse fortement, talonnant désormais en valeur les molécules à visée respiratoire. Leur chiffre d'affaire était encore en hausse de 9,7% en 2015 (+ 9,4 % en 2014) atteignant ainsi 21% du chiffre d'affaire de l'automédication pure. S'il est incontournable en matière d'automédication, le paracétamol est avant tout la molécule la plus prescrite en France. Elle représentait (hors association) en 2012, 18,6% des boîtes de médicaments délivrées en officine (OTC et OTx confondus)(8), bien moins en valeur.

### **Les usagers et motifs de recours**

La littérature étudiant les caractéristiques des usagers et les motifs de recours à l'automédication est relativement unanime. L'automédication semble pratiquée davantage par des personnes actives, d'un bon niveau d'éducation, socialement intégrées, relativement aisées et en capacité d'échanger sur un pied d'égalité avec leur médecin(4). Le fort recours des femmes et des enfants en bas âge est indéniable. En revanche, le grand âge ( $\geq 80$  ans), un nombre de médicaments prescrits au long cours  $\geq 4$  et une situation de vulnérabilité sociale sont associés à une moindre pratique(33).

Selon la littérature, le profil type de l'automédiquant serait donc à une femme jeune, active, urbaine, de niveau social élevé avec des enfants(4).

Quant aux motifs de recours, ce sont généralement des problèmes jugés bénins chez des « patients » en quête d'autonomie et de gain de temps. Le souci de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale ne reste que très marginal. Contrairement au recours à la pharmacopée prescrite, on constate que l'état de santé général de la personne ne semble pas influencer sur le recours à l'automédication.

### **Les enjeux**

Si l'automédication n'est pas une pratique nouvelle, sa promotion ouverte et assumée par les pouvoirs publics est en revanche inédite. Des campagnes destinées au grand public invitent depuis quelques années les patients à prendre en charge leurs maux dans des situations « bénignes ».

Avant tout soucieux de réduire les coûts supportés par l'assurance maladie, les pouvoirs publics ont profité du désir croissant d'émancipation et d'autonomie exprimé par notre société pour légitimer des déremboursements et délistages successifs.

Le secteur pharmaceutique bénéficiera de la libéralisation du marché du médicament. En effet, chaque délistage (passage pour un médicament du statut de PMO à PMF) dit « switch » permet aux industriels du médicament de booster leurs ventes. Malgré la prudence des instances françaises, au vu du peu de principes actifs actuellement délistés comparativement aux autres pays de l'Union, on peut légitimement imaginer que le potentiel de développement reste important.

Si la motivation première à cette promotion de l'automédication semble donc avoir été la sauvegarde de notre système de santé, cette pratique peut toutefois apporter quelques autres bénéfices indirects.

Du point de vue de la santé publique, on peut espérer à terme un désengorgement des cabinets médicaux puisque selon une étude réalisée auprès de 301 médecins généralistes(32), 16 % de leurs consultations pourraient relever de l'automédication. On peut s'attendre à ce que la pratique des médecins se déplace et se recentre sur les problématiques plus complexes.

Mais ces bénéfices potentiels ne doivent pas faire occulter les risques inhérents à cette pratique.

### **Les risques**

De fait, le recours autonome aux médicaments tend à banaliser l'objet. Or, compte tenu de l'objet dont il est question et de l'ampleur de la pratique, si les précautions d'emploi ne sont pas connues et observées, les effets indésirables sont inévitables. Et du fait de la faible proportion de leur notification, toute étude se heurterait au risque de sous-estimer la prévalence et l'impact de ces accidents (il est habituellement retenu le chiffre de 95% de sous-notification à la pharmacovigilance(34)). Une étude épidémiologique menée en 2010 a toutefois montré que 1 à 2 % des passages aux urgences du CHU de Nantes résultaient d'effets indésirables de comportements d'automédication(35).

En 2008, Patrice Queneau a classé les risques liés aux comportements d'automédication en quatre types :

- ✓ Les risques sans mésusage de médicaments
- ✓ Les risques par mésusage de médicaments
- ✓ Les risques par interactions médicamenteuses
- ✓ Le risque de retarder le diagnostic de la maladie causale.

Voici les principaux risques en rapport avec notre molécule d'étude.

#### Le risque sans mésusage

Il existe un débat autour de l'hépatotoxicité du paracétamol même à dose thérapeutique. L'équipe du Pr Paul B. Watkins a notamment montré en 2006 qu'une consommation quotidienne de quatre grammes de paracétamol pendant deux semaines par des volontaires sains était associée à une élévation des ALAT à plus de trois fois la norme pour 40% d'entre eux(36).

### Le risque par mésusage

Nombre d'études récentes confirment le manque de connaissances de la population vis-à-vis du produit aboutissant dans certains cas au non-respect des contre-indications ou au dépassement de la posologie maximale recommandée. Si la posologie est globalement bien connue, nombreux sont encore les individus méconnaissant l'intervalle à respecter entre deux prises (25 à 35%) et rares sont ceux ayant conscience du risque hépatotoxique (8 à 18%) (37)(38). Le risque de surdosage involontaire est de surcroît, décuplé par la présence de paracétamol au sein de nombreuses spécialités en libre accès. Cette notion de cumul rappelle l'importance de la prescription en dénomination commune internationale.

La banalisation de la molécule, que la plupart des patients croient dénuée de risques(39), amène parfois à une consommation sans réelle indication, exposant ainsi inutilement le patient à cette potentielle hépatotoxicité.

### Le risque par interaction médicamenteuse

Associé aux AVK, le paracétamol est suspecté de majorer le risque hémorragique. Une équipe parisienne a ainsi pu montrer en 2011 qu'une consommation quotidienne de 2 ou 3 grammes seulement majorait l'effet anticoagulant de la warfarine dès 3 ou 4 jours(40).

Le paracétamol potentialise également l'hépatotoxicité de certaines molécules (phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, topiramate, rifampicine...) et majore les lésions hépatiques des éthyliques chroniques.

### Le risque de retarder le diagnostic de la maladie causale

La notion d'autodiagnostic est inhérente à l'automédication. Si ce dernier est erroné, la prise en charge de la pathologie (potentiellement grave) s'en trouve retardée (le retard dépendant du délai que chacun juge raisonnable avant de consulter en cas de persistance des symptômes).

L'automédication peut être une réponse adéquate aux maux bénins du quotidien mais il ne faut pas perdre de vue que l'utilisation d'un médicament n'est jamais anodine, qu'elle doit toujours se faire selon une indication précise

(autodiagnostic), selon des modalités précises, chez un individu donné. Le paracétamol, aussi ubiquitaire soit-il, ne fait pas exception à la règle.

### **Les journaux de santé**

Si la recherche dans des domaines aussi divers que la psychologie, la sociologie ou l'anthropologie utilisent depuis longtemps déjà les journaux personnels, ce n'est qu'à partir des années 1970-80 que la recherche en santé découvrira et recourra couramment aux journaux d'observation(41). Ils ouvriront notamment l'analyse des comportements et des états de santé.

Le projet ANR AUTOMED avait opté en 2013 pour l'utilisation de ces journaux, de manière à appréhender des pratiques difficiles d'accès à travers des entretiens seuls. Ils constituent en effet un outil précieux pour capturer les « petites expériences de la vie de tous les jours qui remplissent la plupart de notre temps »(42) et étudier des processus sociaux et psychologiques à travers ces situations du quotidien.

Grâce aux travaux d'Aïach, on apprend que le nombre de symptômes déclarés est « plus important chez les femmes et a tendance à croître avec le capital culturel du sujet »(43). Il semblerait que le recours au journal ait tendance à gommer certaines différences entre les individus des groupes sociaux intermédiaires et supérieurs familiarisés avec l'écriture. Par sa rédaction quotidienne, cette méthodologie présente le précieux avantage de réduire le biais de mémorisation et d'être moins sujette à la censure rétrospective que les classiques questionnaires et entretiens. Toujours selon Aïach, la tenue de ce journal d'observation multiplie par deux ou trois l'incidence des problèmes de santé rapportés, notamment ceux bénins et passagers, sans modifier l'écart entre les sexes et les groupes sociaux extrêmes. Délivrante une estimation plus fiable de l'intensité et de la fréquence des événements, cet outil s'avère précieux dans notre domaine de recherche.

En 2013, Anne-Sophie Lucas(44) a démontré dans notre région, l'intérêt du journal de santé associant questionnaire et partie narrative pour recueillir les problèmes de santé du quotidien. Cette méthodologie a permis le recueil de deux fois plus d'événements que dans des études contemporaines par questionnaires seuls.

Le questionnaire revêt ici le rôle de colonne vertébrale, guidant la partie narrative libre, apportant des précisions sur le contexte et le ressenti de la situation décrite, et permettant in fine de capter l'articulation avec les actions mises en œuvre.

Il faut également mettre au crédit de ces journaux de santé, la possibilité de constater si les pratiques rapportées lors des entretiens coïncident ou au contraire contrastent avec celles consignées dans cette partie narrative libre.

### **Les objectifs**

La promotion actuelle de l'automédication encourage les patients à se prendre en charge pour leurs « maux bénins » du quotidien. Le paracétamol est la molécule la plus consommée à travers le monde, au point que son usage, dans nos sociétés occidentales, en devienne banal.

De nombreuses études ont porté sur la molécule elle-même ; ses mécanismes d'action, ses effets indésirables et sa toxicité. Certaines ont concerné les patients ; explorant leurs connaissances ou analysant les trop nombreux cas d'intoxications. Mais peu ont analysé les comportements d'automédication aboutissant à son usage.

L'objectif principal de notre travail sera donc, à partir de la méthodologie couplée des entretiens et des journaux de santé quotidiens, de décrire et de comprendre les comportements d'automédication par le paracétamol. Seul cet outil de recherche qualitative, permettant le recueil d'éléments décrits de manière subjective, est à même de nous apporter les réponses aux questions du *pourquoi* et du *comment* les individus s'automédiquent mais aussi de *qui* y recourt.

Les objectifs secondaires seront de vérifier si l'on retrouve des traces d'atténuation de la douleur émotionnelle ou sociale provoquée par le paracétamol et de vérifier la similitude des déterminants de l'automédication par le paracétamol avec ceux de l'automédication en général.

## MATERIELS & METHODES

Ce travail s'inscrit dans le cadre du programme AUTOMED(45), soutenu par l'Agence Nationale de Recherche (ANR) et porté par des médecins généralistes et des sociologues de l'université de Nantes ainsi que par des géographes sociaux de laboratoires CNRS de Rennes et Angers. Cet ensemble de recherches pluridisciplinaires vise à dresser un état des lieux des pratiques d'auto soins.

Dans ce programme, les méthodologies utilisées ont été pluridisciplinaires tant dans leur construction que dans leur passation, mobilisant de fait une réelle interdisciplinarité. Il a ainsi été conduit en parallèle :

- ✓ De vastes protocoles d'enquête, avec des questionnaires « patients », dont la passation s'est effectuée dans les salles d'attente des médecins généralistes, mais aussi dans des centres commerciaux ou des officines pharmaceutiques,
- ✓ Des observations de consultations médicales et des observations de pratiques d'achat dans les pharmacies (doublées d'un questionnaire),
- ✓ Des entretiens semi-dirigés et/ou approfondis reconstruisant les parcours de santé, plus particulièrement auprès des populations les moins représentées dans les échantillons de salles d'attente,
- ✓ La mise en œuvre d'une méthodologie de recherche couplant les journaux de santé avec des entretiens, permettant de suivre les pratiques dans la quotidienneté,
- ✓ Des entretiens auprès de médecins et de pharmaciens.

Ce travail ré-exploite sous format d'analyse secondaire les entretiens / journaux de santé menés auprès de 44 individus de Loire-Atlantique et de Vendée entre mars 2014 et juin 2015. Une première analyse de ce matériel avait montré un recours à l'auto soin pour 65% des maux quotidiens rapportés ainsi qu'un comportement d'observation vigilante pour la plupart des individus, réduisant le recours au professionnel de santé à une part assez anecdotique(46).

## **Echantillon**

Dans un premier temps, des patients volontaires ont été recrutés par le biais de leur médecin généraliste (Nantes, St Nazaire et Vendée). Mais devant l'homogénéité du recrutement en termes de proximité avec les professionnels de santé et afin de réajuster l'échantillon, d'autres personnes ont été recrutées « hors cabinet », par effet boule de neige. L'objectif étant de recueillir une diversité de perceptions, d'opinions, et de comportements.

Le recrutement initial avait approché 55 personnes mais 7 n'ont pas donné suite. Sur les 48 rencontrées, 4 se sont finalement désistés. Le matériau final est donc composé de 44 entretiens initiaux, 44 journaux de santé et 41 entretiens finaux.

Sur les 44 participants effectifs, 32 proviennent de la phase initiale de recrutement.

**Figure n°4** : Caractéristiques de l'échantillon

		<b>Effectifs</b>
<b>Sexe</b>	Femme	27 (61%)
	Homme	17 (39%)
<b>Âge</b>	18 - 29 ans	4 (9%)
	30 - 44 ans	12 (27%)
	45 - 59 ans	11 (25%)
	60 - 74 ans	12 (27%)
	≥ 75 ans	5 (11%)
<b>Catégorie socio-professionnelle (CSP INSEE)</b>	Agriculteurs	2 (5%)
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3 (7%)
	Cadres et professionnelles intellectuelles	7 (16%)
	Professions intermédiaires	6 (14%)
	Employés	20 (45%)
	Ouvriers	6 (14%)
<b>Activité</b>	Actifs	22 (50%)
	Inactifs (chômeurs, invalides et retraités)	22 (50%)
	(dont retraités)	16 (36%)
<b>Milieu de vie</b>	Urbain	21 (48%)
	Semi-rural	10 (23%)
	Rural	13 (30%)

L'échantillon est finalement constitué de 27 femmes et 17 hommes âgés de 21 à 86 ans (moyenne d'âge de 52 ans), issus de catégories socio-professionnelles diverses (un tiers des enquêtés est retraité) résidant dans les départements de Loire Atlantique et de Vendée (caractéristiques détaillées en Annexe 1). A noter que 2 couples (E26-27 et E42-43) ont participé à notre étude.

## **Déroulement de l'enquête**

Un intervalle d'un mois séparait deux entretiens semi-directifs menés en individuel. Un autre mode de recueil était utilisé durant ce laps de temps ; il était demandé à la personne de remplir quotidiennement un journal de santé composé d'une partie narrative adossée à un questionnaire (exemple en Annexe 2).

Le premier entretien avait pour but de découvrir la personne sous tous ses aspects et de percevoir son rapport à la santé au sens large.

Le journal était composé d'une partie narrative libre adossée à un questionnaire à questions fermées ou courtes amenant l'enquêté à évaluer son état de santé et à se remémorer les activités influençant la qualité de sa journée passée. Sur la partie libre, l'enquêté développait et explicitait ses réponses apportées au questionnaire. Ce journal permettait à la fois le recueil en temps réel d'informations relatives à la santé et l'accès aux comportements qui en découlaient. Une relance téléphonique de mi-parcours était prévue pour répondre aux questions et relance l'intérêt porté à l'étude.

Le second entretien traitait essentiellement des événements de santé survenus au cours du mois écoulé, sur la base des informations contenues dans le journal.

## **Analyse des données**

Une première lecture du corpus d'entretiens a permis de saisir sa diversité mais surtout sa cohérence thématique permise par la grille d'entretien utilisée.

Dans un second temps, nous avons capturé des éléments significatifs dits « unités minimales de sens » que nous avons encodés dans le logiciel d'analyse qualitative de données NVivo 11.

Observant la méthode d'analyse inductive des données dite par théorisation ancrée (grounded theory de Glaser et Strauss)(47), l'encodage s'est effectué sans thèmes préétablis. Les diverses thématiques sont donc apparues au fil de l'eau et leur mise en relation s'est établie progressivement réalisant un véritable arbre thématique révélant trois thèmes principaux que sont les motifs/motivations de recours au paracétamol en auto-soin, les pratiques d'automédication par le paracétamol et son apparente banalisation.

De manière à percevoir la douleur émotionnelle et/ou sociale ainsi que d'éventuels signes de leur atténuation par le paracétamol, nous avons cherché à accéder à l'état de santé psychologique du moment de l'enquêté. Il nous est apparu que

les journaux personnels de santé était ce qui reflétait le mieux cet aspect. Cet outil est en effet un espace propice à la libre expression de la spontanéité des sentiments. Les champs lexicaux illustrant les registres de la souffrance et du bien-être psycho-social ont ainsi été traqués dans chacun des journaux.

## RESULTATS

Après lecture du corpus, il ressort que sur les 44 couples entretiens/journaux, quinze ne contiennent aucune mention d'automédication par le paracétamol.

Sur les 29 autres enquêtés, 24 ont évoqué une consommation de paracétamol hors prescription dès leur entretien initial ;

- ✓ Quatorze feront ensuite mention d'au moins un usage de paracétamol au cours du mois de rédaction du journal de santé qui sera repris lors de l'entretien final.
- ✓ Sept n'en feront plus mention par la suite.
- ✓ Trois n'en ont pas consommé lors du mois mais en reparlent lors de l'entretien final.

Cinq participants (E6, E16, E37, E39 et E44) n'avaient pas évoqué le paracétamol avec l'enquêtrice lors de l'entretien initial, mais en rapportent une consommation dans leur journal. E6 et E44 n'ont malheureusement pas donné suite à l'enquête pour l'entretien final.

### **Profil des enquêtés**

Bien que notre corpus ne soit pas représentatif de la population générale et qu'une étude qualitative n'ait pas de prétention statistique, nous avons cherché à révéler des tendances pour étayer une similitude ou au contraire un écart avec les déterminants de l'automédication générale retrouvés dans la littérature.

#### *Répartition selon le genre*

Si les femmes semblent légèrement plus enclines à consommer du paracétamol de manière autonome que les hommes, nous avons surtout noté qu'elles tenaient un rôle particulier dans la gestion de la santé du foyer. En plus de gérer la leur, elles semblent souvent être en charge de celle des enfants... mais aussi fréquemment de celle de leur conjoint.

E09 *Alors lui<sup>1</sup>, quand ils sont malades<sup>2</sup>, il me les envoie, il me les ramène.*

---

<sup>1</sup> Son ex-mari

<sup>2</sup> leurs enfants

- E32 *Ho, ben ça c'est pas moi qui m'en occupe hein ! C'est plutôt ma femme.*  
E35 *C'est plutôt plus ma femme qui s'occupait plus quand même... ho ben c'est plutôt ma femme qui gère.*
- E08 *Généralement il me demande à moi, oui, « t'aurais pas quelque chose ? »*  
E17 *Il me demandait ce qu'il pouvait prendre parce qu'il avait mal au ventre.*  
E37 *Ma femme râle sur moi, oui, souvent ! « T'as pas assez mal, t'as qu'à prendre un Efferalgan ! »*

#### *Répartition selon l'âge*

Il semble ressortir de notre étude que la pratique d'automédication par le paracétamol s'étiole à mesure que l'âge avance ; les plus jeunes ne paraissent pas limiter cette pratique alors que les plus âgés semblent plus circonspects.

#### *Répartition selon l'activité*

Le croisement des données liées à l'usage autonome du paracétamol et des caractéristiques d'activité de la population semble révéler un usage plus marqué chez les individus actifs que chez ceux retraités, chômeurs et invalides.

#### *Répartition selon le milieu de vie*

Les participants résidant en zone urbaine sont bien plus nombreux que ceux vivant à la campagne à rapporter un usage du paracétamol en auto-soin. En revanche, aucune tendance évidente ne se dessine pour la population semi-rurale.

#### *Répartition selon le niveau socio-professionnel (classification INSEE)*

Les pratiques semblent différentes selon les catégories socio-professionnelles ; si une forte proportion des employés et ouvriers de notre échantillon disent recourir au paracétamol, les enquêtés des classes plus aisées (professions intermédiaires, artisans/commerçants, cadres et professions intellectuelles) rapportant une telle consommation sont à peine aussi nombreux que ceux ne s'automédiquant pas.

#### *Répartition selon le rapport au système de santé*

Dans notre corpus, la confiance accordée à notre système de santé apparaît comme un déterminant fort de l'automédication par le paracétamol. Ainsi, la grande

majorité des participants recourant à cette pratique dit être convaincue de la qualité des soins. Réciproquement, une part importante de ceux ne consommant pas de paracétamol de manière autonome sont critiques à l'égard des professionnels de santé. Le discours vis-à-vis du médicament semble en revanche peu influencer la consommation de notre molécule d'étude ; une bonne part des participants tenant un discours de méfiance -voire de défiance- à l'égard de l'objet « médicament » en général, consomment ainsi tout de même du paracétamol en automédication.

En somme, le sexe féminin, le jeune âge, le fait d'être actif, de résider en milieu urbain et d'avoir une image positive du système de santé semblent donc favoriser le recours au paracétamol en automédication. L'appartenance aux catégories socio-professionnelles les plus faibles semble également être un déterminant de cette pratique.

D'autre part, les événements de vie consignés et notamment la manière dont ils sont relatés, a permis d'accéder de manière indirecte à la santé psychologique des individus. Au travers du vocabulaire employé, chaque journal dégage en effet une atmosphère unique, déclenchant un sentiment transcendant notre objet d'étude. L'analyse des champs lexicaux utilisés a ainsi permis de voir émerger différents registres. On se trouve ainsi face à des journaux dominés par l'idée de bonheur quand d'autres contiennent essentiellement des éléments du registre de la souffrance.

Les registres du bien-être, de l'intégration sociale, des loisirs et des projets de vie dominant les journaux des enquêtés ne recourant pas au paracétamol -quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle-. Ces mêmes registres sont également majoritaires dans les journaux des enquêtés de CSP favorisée s'automédiquant par le paracétamol.

A contrario, quantité de journaux de participants de CSP défavorisées, recourant de manière autonome au paracétamol, recèlent majoritairement des éléments du registre pathétique. On y retrouve notamment les traces de pathologies douloureuses chroniques (E01, E22 & E35), d'événements de vie traumatisants (E17 & E39), d'isolement social (E02, E09 & E31) ou de dépression (E13, E16 & E39).

## **Motifs de recours**

Bien que le paracétamol n'ait l'AMM que pour « le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles », l'analyse des entretiens et surtout des journaux de santé nous informe sur l'usage que nos 29 participants en font au quotidien. On peut classer les motifs de recours en curatif et préventif car conformément à l'adage, certains préfèrent plutôt « prévenir que guérir » leur douleur.

### **Usage curatif**

Globalement, les indications du paracétamol sont correctes, on retrouve les classiques douleurs, courbatures, céphalées, fièvre et états-grippaux.

- E26 *J'ai pris un cachet de Doliprane car l'arthrose se fait sentir.*
- E39 *Quand j'ai des problèmes de reins, de maux de tête ou de choses comme ça, j'en prends*
- E05 *Si j'ai de la fièvre, je dis (au médecin) que j'ai pris un Doliprane, un paracétamol avant de venir*
- E30 *Je pense qu'il doit y avoir un petit peu de grippaille parce que j'avais mal à la tête aussi [...], alors j'ai pris du Doliprane*

Certains y recourent pour toutes sortes d'autres petits maux du quotidien, que ce soit pour une simple fatigue, divers symptômes ORL (rhinite, toux...) ou même pour des nausées comme E37.

- E02 *Ce soir je vais prendre du Dafalgan parce que je suis un peu courbaturée*
- E06 *Sensation de fatigue après le trajet en voiture. Prise d'un gramme de paracétamol.*
- E10 *J'éternue beaucoup ; je prends un Efferalgan*
- E31 *Je suis très enrhumée, je prends un comprimé de Doliprane*
- E01 *Oui, Doliprane, pour la toux aussi*
- E37 *Enquêtrice : Ces nausées le week-end dernier, vous avez fait quoi pour ça ?  
Enquêté : Heu, pas grand-chose, j'ai dû prendre un Doliprane le midi*

Les participants revendiquent la connaissance des symptômes pour lesquels ils s'automédiquent.

- E05 *J'ai déjà eu ça la dernière fois, je vais le réutiliser parce que là il m'arrive la même chose...*
- E36 *Il avait déjà eu de la fièvre et je savais qu'il fallait lui donner du Doliprane*
- E03 *J'ai pris un truc anti douleur là l'autre fois parce que justement j'ai une espèce de vieille douleur là qui revient de temps en temps.*

- E14 *Si vous avez juste un mal de tête, vous prenez un paracétamol et vous avez des chances d'être soulagé. Si vous avez une vraie migraine, vous allez voir, vous êtes décomposée*
- E17 *J'ai une vieille douleur de tendinite au bras gauche qui revient*
- E30 *En fait, à force, vous connaissez votre douleur et ses causes... vous allez pas aller voir le médecin pour lui dire*
- E09 *Quand on a mal à la tête, on sait qu'il faut prendre Efferalgan ou Doliprane*

Pour tous ces petits maux du quotidien, on constate que quelques participants expriment des difficultés pour l'autodiagnostic ou une certaine carence de connaissances en matière de thérapeutiques, sans toutefois que cela ne les empêche de s'automédiquer par le paracétamol. Il semble que ce soit essentiellement le fait d'individus de catégorie socio-professionnelle moins favorisée.

- E21 *Dès que j'ai quelque chose : médecin*
- E39 *S'il y a quelque chose que... ben je vais voir D. (son médecin)*
- E08 *Quand je me sens mal, je vais tout de suite, ou les enfants, quand je vois qu'il y a de la fièvre, je vais pas chercher à les soigner, non là j'hésite pas je prends rendez-vous chez le médecin*
- E17 *Même si je parais comme ça hypocondriaque, en fait, j'aime pas trop m'automédiquer, parce que je sais pas trop ce qu'il me faut, si c'est bien*
- E22 *On sait pas spécialement si le médicament va être adapté à ce qu'on aura. Prendre un médicament qui va pas faire d'effet, qui va même pas soigner ce qu'on a, vaut mieux aller chez le médecin et puis... chacun son métier*

Mais, la majeure partie de l'échantillon (sans qu'il ressorte donc de profil évident) semble à l'aise pour reconnaître les symptômes généraux banals sans gravité pour lesquels ils peuvent observer une certaine période d'abstention thérapeutique et d'attente vigilante avant la prise médicamenteuse.

- E17 *J'attends que ça passe. Efferalgan si...*
- E44 *Avant de prendre le médicament, je veux voir si mon organisme il lutte de lui-même quoi*
- E09 *Je veux pas à chaque fois me jeter, à chaque fois que j'ai mal prendre un médicament. Parce que je sais que ça va passer au bout de quelques jours*
- E12 *J'aime pas prendre quelque chose tout de suite, j'attends de voir si ça peut passer tout seul*
- E37 *J'ai dit "on va peut-être attendre 2 jours, quoi, voir..." Et puis bon c'est passé*
- E36 *J'ai hésité à prendre un paracétamol mais en fait une fois avoir bien petit-déjeuné, m'être préparée, le mal est passé*
- E13 *J'ai eu mal à la tête dès le réveil. J'ai fini par me décider à prendre un Doliprane vers 18 heures après avoir espéré que ça passe tout seul*

Le recours aux professionnels de santé pour ces maux du quotidien ne semble finalement qu'exceptionnel dans cette frange de la population.

- E04 *En même temps pour des choses un peu anodines, je consulte jamais*
- E32 *Dans un premier temps, on essayait de se soigner nous-même. C'est facile hein maintenant, avec les médicaments, le Doliprane*
- E13 *J'attends de voir si ça passe ou pas avant d'y aller quoi. C'est Doliprane, et puis si ça suffit pas, c'est médecin*
- E44 *J'ai essayé le Doliprane, évidemment c'est par là qu'on a commencé, ça fonctionnait pas quoi, je suis allé aux urgences c'est ce qu'on m'a dit quoi*
- E15 *Franchement, un petit mal de ventre, je donnerais rien pour un petit mal de ventre aux enfants. Après, si le lendemain, effectivement il y a quelque chose, je crois que je donnerais du Doliprane, et puis ben après, je crois que j'irais chez le docteur quand même*

Pour ceux qui sont à l'aise avec l'autodiagnostic et qui pratiquent l'automédication pour ce genre de pathologies, le paracétamol apparaît donc, après une phase variable d'observation des symptômes, comme le premier recours. Le professionnel de santé n'est consulté qu'en ultime recours. Nous n'avons pas constaté de disparité selon le niveau d'études, tous semblent autant souhaiter repousser au maximum la consommation d'antalgiques et la consultation médicale.

Il faut également mentionner ceux qui sont réticents à prendre des antalgiques, voire s'obstinent à ne rien prendre.

- E33 *C'est peut-être un peu bête, mais j'aime mieux rester... Et puis j'aime pas les médicaments...*
- E04 *Je prends jamais de médicaments. J'ai mal à la tête je prends rien, j'ai mal au ventre, je sais que je suis sensible là-dessus, ça va passer*
- E42 *J'évite les antalgiques par voie orale pour préserver mon foie*

### **Usage préventif**

Une faible proportion d'enquêtés consomme le paracétamol à visée préventive. Cet usage peut prendre deux formes distinctes. Certains, comme E02 ou E10 en consomment après des exercices leur occasionnant habituellement des douleurs ; ils anticipent ainsi l'apparition de la douleur connue. D'autres, comme E26 en consomment avant même l'activité potentiellement pourvoyeuse de douleurs, en vue de les prévenir. Il semble que ces individus consommant à titre préventif soient volontiers des femmes ou des personnes souffrant de pathologies douloureuses

chroniques. Dans les deux cas, la personne connaît parfaitement ses maux et les traite préventivement de manière à profiter pleinement de ses activités.

- E02 *Quand je reviens du Secours Populaire, quand même le soir je suis un peu courbaturée, et pour mieux dormir, je prends quelques fois du Dafalgan.*
- E10 *J'ai pris un Doliprane de crainte d'être douloureuse demain*
- E26 *Quand j'ai des grandes journées qui m'attendent, là j'en prends un pour être à peu près bien... avant de partir, je prends un Doliprane*

A noter qu'E02, retraitée, bénévole au Secours Populaire, recourt de manière presque automatique au Dafalgan®. Sa consommation semble ritualisée ; tous les lundis, de retour du Secours Populaire, qu'elle soit algique ou qu'elle craigne de le devenir dans la nuit ou le lendemain, elle prend 2 Dafalgan.

- E02 *Je me dis quelquefois « je vais pas bien dormir, je vais avoir mal... » Alors c'est peut-être un peu dans la tête, mais non, c'est vrai aussi, je prends 2 Dafalgan*

Deux enquêtés semblent trouver des propriétés hypnotiques au paracétamol. E10 utilise véritablement la molécule à cette fin alors qu'E14, anti-médicament (« *c'est de la chimie* ») en parle davantage en termes d'effets secondaires dont elle tire bénéfice.

- E14 *J'ai été obligée de prendre un paracétamol malgré tout, parce que j'arrivais pas à m'endormir... À défaut d'endormir la douleur, le paracétamol me fait dormir.*
- E10 *Il est tard, j'ai envie de dormir. J'ai pris un Doliprane*

Dans notre corpus, le paracétamol est essentiellement consommé pour remédier à de petits maux du quotidien, connus du patient, qu'il juge bénins. Dans un souci de gain de temps, le patient estimant inutile de consulter à ce stade, recourt au paracétamol pour rétablir ses capacités et interrompre le moins possible ses activités.

A noter que si la difficulté d'accès au soin ou l'aspect pécuniaire n'ont jamais été ici avancés comme motifs de recours à l'automédication par le paracétamol, trois participants, très critiques envers leur médecin et le monde médical en général, avancent le peu de considération qu'ils vouent à leur généraliste.

- E10 *Je me méfierais un petit peu quand même de ce que... les compétences hein !*
- E28 *C'est pour ça que mon médecin traitant, je crois que je vais y aller de moins en moins quoi. Parce qu'à chaque fois je reviens carrément déçue, ou en me*

- disant « qu'est-ce que j'ai perdu mon temps à y aller quoi ! » Là, c'est ce qui m'arrive les 3/4 du temps.*
- E29 *Moins je vais le voir mon médecin traitant, mieux je me porte [...] je me méfie en fait !*

Il est par ailleurs intéressant de noter que la pratique des participants de catégories socio-professionnelles favorisées est conforme aux recommandations avec un recours à la molécule essentiellement pour des motifs aigus et ponctuels (céphalées, douleurs aiguës et fièvre) alors que les usages « non conventionnels » sont exclusivement le fait d'individus de plus faible niveau social.

### **Pratique d'automédication par le paracétamol**

#### **Constitution du savoir profane**

Les patients semblent avant tout appuyer leur pratique sur leur savoir profane acquis via diverses sources d'informations. Nos participants s'inspirent majoritairement d'informations retenues de précédentes consultations, du contenu d'anciennes ordonnances ou de conseils reçus de leur pharmacien. Un certain savoir semble être ainsi transmis du monde médical.

- E36 *Douleurs et fièvre, mais tu ne peux leur donner que toutes les 4 ou 6 heures. Donc tu peux entrecouper avec l'Advil au milieu, une fois*
- E33 *A force, j'ai une petite culture, je voyais bien que ça revenait toujours les mêmes produits, avec les mêmes dosages, donc j'écris sur les boîtes de médicaments, donc il y a une petite part d'automédication avec...*
- E36 *Il avait déjà eu de la fièvre, je savais qu'il fallait lui donner du Doliprane*
- E28 *J'apprends, parce qu'ils<sup>3</sup> sont toujours contents d'apprendre des choses aux gens. Donc j'ai compris des trucs, ils m'ont expliqué des choses !*
- E12 *Je vais demander à la pharmacie, ou vraiment sinon, je sais que je peux appeler le docteur N.*
- E26 *Les pharmaciens, moi je trouve qu'ils sont très utiles, oui...*

Viennent ensuite les conseils délivrés par l'entourage familial, amical ou professionnel.

- E17 *Il me demandait ce qu'il pouvait prendre parce qu'il avait mal au ventre*
- E39 *Si j'ai quelque chose je lui demande... Il me dit « j'vais te donner un cachet »*

---

<sup>3</sup> les médecins

- E02 *Il y a une fille au Secours qui m'a dit « Prends donc ça, ça va passer tout de suite »*
- E09 *On m'a dit que c'était très bien, au travail*

De manière plus anecdotique, trois participants évoquent la notice pharmaceutique comme source d'information. A noter qu'E29 s'y réfère par défiance affirmée et assumée au monde médical.

- E33 *Je lis au moins une fois, la première fois que je prends un médicament*
- E39 *Des fois je regarde, c'est souvent les effets indésirables que je regarde*
- E29 *Je lis la notice 40.000 fois avant de prendre un truc... Donc je me méfie beaucoup en fait !*

Dans notre corpus, les participants semblent garder leurs distances avec internet pour ce qui relève de leur santé. Ils invoquent essentiellement un manque de crédibilité accordé aux informations trouvées.

- E39 *J'ai pas confiance en internet. Je préfère aller voir mon médecin d'abord, le pharmacien qui me connaît, voilà...*
- E12 *Je préfère pas pour un médicament, pour la santé j'évite d'aller sur internet. Je vais plus demander à la pharmacie, ou sinon je peux appeler le docteur*
- E22 *Se mettre à rechercher qui fait quoi, qui a quoi, je pense que chaque cas est unique. Non, non... Je vais pas sur internet pour chercher ce genre de choses...*
- E17 *Alors non, parce que justement vaut mieux pas ! Je suis assez censée pour me dire que si je vais sur internet et que je vois quelque chose, ben je vais me dire que j'ai ça et ça va être pire, donc je préfère même pas regarder...*

Ceux qui assument leurs recherches et sont satisfaits de ce qu'ils y trouvent sont essentiellement des individus réticents à l'allopathie. Cette source d'information est alors majoritairement sollicitée pour des recherches sur les médecines alternatives et complémentaires (huiles essentielles, homéopathie, phytothérapie et autres).

- E08 *J'essaie beaucoup de regarder sur internet, j'ai vu qu'il y avait certaines plantes qui pouvaient aider*
- E29 *J'ai un bouquin qui s'appelle Ma bible des huiles essentielles, et je suis bien adepte [...] ouais, fouiller dans mon bouquin avant, peut-être après sur internet...*
- E36 *J'avais été chercher sur internet parce que j'avais mes petites fioles comme ça dans ma pharmacie, je ne me souvenais plus exactement si c'était bien à cause de ça, donc j'ai regardé sur internet si c'était bien contre l'herpès.*

En résumé, l'immense majorité des participants rapportant des recherches sur internet en matière de santé semblent consulter uniquement des forums de discussion et autres sites médicaux grand public.

- E44 *Sur Doctissimo, la majorité des cas, c'est quand même vrai, après il suffit de recouper les informations, mais sur des choses fréquentes finalement on s'aperçoit qu'on n'est pas tout seul à avoir ce type de problème, voilà !*
- E30 *Internet, on peut voir le pire comme le meilleur, donc on prend ce qu'on veut ou en tout cas, ce qu'on peut...*
- E33 *C'est un pré-tri peut-être... Je suis pas inscrit sur des sites de médecine... Je connais pas de site de médecine... Je suis pas un grand fan... Voilà, si j'ai besoin, j'utilise...*

Seule E13 semble différencier les sites grand public de ceux alimentés par du savoir spécialisé.

- E13 *Je cherche plutôt les études des CHU ou... Parce que bon, Doctissimo j'y allais surtout, mais pour discuter de mes petits... [...] Mais, je préfère les études, quitte à ce que je comprenne pas tout... Aller chercher un peu plus loin...*

E10, retraitée de 74 ans, réfractaire aux médecines alternatives et s'automédiquant fréquemment (achats OTC) est, elle, abonnée à un magazine pour cultiver son regard critique sur le monde médical. Elle rapporte plus loin que cela lui est nécessaire pour pouvoir participer activement à la prise en charge de sa santé.

- E10 *Je me suis abonnée à Que choisir santé parce qu'ils remettent en cause tout ce qui est labo [...], au moins je peux lire quelque chose qui dit pas forcément la même chose que la médecine ambiante ou les laboratoires*

### **Apport de l'expérience**

Ce savoir profane est influencé en parallèle par des expériences personnelles antérieures avec ce médicament et vécues positivement.

- E05 *Un Doliprane et une demi-heure plus tard, c'est bon*
- E08 *Grâce au paracétamol je suis soulagée très vite*
- E17 *J'ai des Doliprane et des Efferalgan, j'ai essayé les deux, et puis voilà... Pour tout et rien, je prendrais plus facilement des Efferalgan, mais pour les maux de tête, je prendrais plus facilement du Doliprane, ouais, c'est en tâtonnant qu'on trouve sa petite solution...*

Mais la pratique d'automédication se construit également à partir d'éléments négatifs.

- E09 *Je sais que Doliprane me fait rien*
- E44 *J'ai essayé le Doliprane, évidemment, c'est par là qu'on a commencé, ça fonctionnait pas quoi*
- E14 *J'ai pas pu m'endormir avant 1h et demi malgré tout ! (elle rit) Donc le paracétamol, je pense que c'est un peu léger...*

Les individus ne construisent pas leur pratique en partant de rien, ils ont souvent tendance à calquer ou au contraire à s'élever contre la pratique de personnes de leur entourage proche. C'est ainsi par mimétisme ou en réaction à un comportement jugé déviant qu'ils fondent leur propre rapport aux médicaments.

- E37 *J'ai peut-être été choqué par ma grand-mère qui prenait des tonnes de médicaments alors qu'elle en avait pas besoin [...] moi, j'aime pas ça*
- E05 *Ma mère, c'est plus heu... Voilà, dès que ça va pas, hop, un petit médicament et ça passe quoi. Moi je suis pareil, hein, en pire ! (il rit)*
- E38 *Ouais, « les médicaments, non non ! », je crois bien que j'ai hérité de ça*
- E14 *On avait très peu de médicaments à la maison. Ben j'ai dû garder ça de mes parents... J'en ai très peu, et puis je déteste prendre des choses*
- E08 *J'essaie de reproduire cela avec mes enfants.*

### **Modes d'acquisition**

Si les gens recourent globalement au paracétamol pour les mêmes classes de symptômes, le paracétamol peut être acquis de différentes manières. En effet, longtemps, l'automédication s'est vue restreinte par sa définition, à l'achat spontané en pharmacie, or, on voit dans notre panel d'enquêtés que cette molécule ubiquitaire provient de divers horizons.

Bien que classique, l'achat spontané après avis auprès de son pharmacien n'est pas le mode d'acquisition le plus fréquemment évoqué.

- E08 *J'ai plutôt tendance à aller en pharmacie l'acheter, quand j'ai besoin*
- E15 *Il m'arrive de prendre Efferalgan ou voilà*
- E16 *Ho ben j'ai acheté une boîte de Doliprane là, c'est en cas de besoin*
- E30 *Et puis j'ai pris 2 boîtes de Doliprane 1000*
- E32 *C'est « tiens il ne nous reste plus de Doliprane, je vais... »*

E30 explique : « je vais pas aller chez le médecin... pas juste pour me faire faire une ordonnance »

La grande majorité du paracétamol consommé en automédication provient en effet de la pharmacie familiale, constituée essentiellement de médicaments antérieurement prescrits, conservés puis réutilisés à l'occasion.

- E34 *Il m'en restait de mon doigt justement, des anti douleurs*
- E14 *Docteur G. m'avait fait une prescription avec je ne sais combien de boites, j'ai regardé les dates, ils sont encore bons mes comprimés, donc aucune raison de m'en séparer*
- E35 *Là, j'en avais de l'Effergal, ben j'en ai pris. Voilà. Il nous en restait*
- E12 *Ça peut être utilisé sans souci on va dire*

Certains patients approvisionnent leur pharmacie familiale grâce à des prescriptions anticipées qu'ils réclament à leur médecin. Ça leur permet d'avoir « des boites d'avance », « au cas où ». Même si ça ne semble pas être leur motivation première, ce mode d'acquisition comme le précédent permet le remboursement du médicament.

- E08 *Pour les enfants, je demande souvent du Doliprane, parce qu'on sait jamais quand ils vont avoir de la fièvre*
- E13 *On profite d'une consultation pour demander au docteur N. de nous rajouter quelques boites de Doliprane quand on en a plus*
- E17 *Si je vais chez le médecin, je lui demande qu'il me prescrive des Effergal en même temps*
- E31 *Souvent, j'attends d'aller chez le docteur et puis il m'en prescrit 2-3 boites. Comme ça j'en ai d'avance, c'est pas mal !*

Probablement du fait de sa banalisation, le paracétamol est l'un des seuls médicaments que les gens s'autorisent à s'échanger. Evidemment au sein du foyer, mais également dans l'entourage familial, amical voire professionnel. E34 nous explique qu'il se fournit dans la pharmacie familiale de ses parents qui consultent régulièrement leur médecin pour leurs renouvellements respectifs.

- E44 *J'ai également dépanné un collègue qui avait une douleur à une dent en lui fournissant un comprimé de paracétamol*
- E34 *Ils se servent pas de la moitié de ce qui est prescrit, donc ben on récupère les Doliprane derrière. Donc ça permet d'en avoir toujours d'avance*
- E39 *Doliprane, je sais plus pour quoi, mais les médecins lui prescrivent. C'est ce que je prends quand j'ai des douleurs*

## **Posologies**

Dans l'ensemble, les posologies avancées par les enquêtés pour leur consommation autonome sont fidèles aux recommandations actuelles.

- E17 *Je vais attendre 4 heures, je vais en prendre un autre, et là ça va commencer à agir quoi*
- E39 *Un gramme, c'est ce que j'ai moi, quand j'ai des douleurs... J'ai droit à 3 ou 4 par jour*
- E13 *On prend du Doliprane adapté à chacun des enfants. Donc y a 2-3 sachets de 500 mg, 2-3 sachets de 300, et la bouteille de Doliprane pédiatrique, plus une plaquette de 1000 pour nous*
- E36 *Tu ne peux leur donner que toutes les 4 heures ou 6 heures. Donc tu peux entrecouper avec l'Advil au milieu. Une fois. Et au fur et à mesure que N. grandit, ben on est obligé de... 200 mg, 300 mg...*

On retrouve malgré tout quelques comportements déviants, révélant ce besoin d'autonomie dans l'usage du médicament. Certains majorent volontairement la posologie, dans l'idée que ça permettra une plus grande efficacité.

- E17 *Je vais prendre un Doliprane, puis je vais me dire « ho ben j'en prends 3 ! » Voilà, si je prends un truc, c'est parce qu'il faut vraiment plus que j'ai mal, donc il faut que ça soit multiplié par 3... pour être sûr que ça marche !*
- E30 *J'ai pris au moins 6 ou 7 comprimés de Doliprane 1000 quand même*
- E35 *Je prenais de l'Efferalgan, le tube d'Efferalgan, il faisait la journée ! Ah ben oui... là j'en prenais plus de 10 hein !*

A l'inverse, d'autres vont la diminuer dans l'idée que leur symptôme ou leur corps peuvent se satisfaire d'une dose revue à la baisse.

- E38 *Voilà, je prends peut-être un demi Doliprane mais c'est rare*
- E29 *Toujours un peu sur le principe de faire un peu mais pas complètement... je vais diminuer les doses par 2 ou 3...*

Les enquêtés appliquant des posologies différentes des recommandations officielles présentent des niveaux d'études considérés comme bas.

## **Une certaine banalisation**

À la lecture du corpus, on a perçu une certaine banalisation de l'usage du paracétamol. On retrouve cette thématique à travers la rhétorique de certains

enquêtés, notamment avec les épithètes « diminutifs » qui lui sont accolées. Les petits maux bénins du quotidien sont ainsi soignés par ce « petit » médicament, « basique » et « doux ». E34 va même jusqu'à remettre en cause son statut de médicament.

- E08 *Il y a les basiques, y a les Doliprane, tout ça on connaît*  
E03 *J'avais des douleurs, je me prends un truc anti douleur. J'ai vu anti douleur, et ça m'a fait de l'effet. Et puis c'est courant*  
E05 *Ben je prends un cachet maintenant, comme ça j'aurai plus mal à la tête*  
E05 *Dès que ça va pas, hop, un petit médicament et ça passe quoi*  
E34 *Des trucs doux, hein, parce que les autres je ne les supporte pas alors... J'ai pris un petit Doliprane quoi*  
E34 *Oui oui, mais j'appelle même pas ça médicament... Enfin si, c'est des médicaments, mais ouais*

Lors de l'entretien initial avec E28, on surprend même l'enquêtrice elle-même tenir des propos minorants : « *même les petits médicaments de dépannage que tout le monde consomme ; Doliprane, paracétamol, etc... ?* »

On devine en filigrane que la molécule a glissé du champ de médicament à celui d'objet de consommation du quotidien. Certains enquêtés en parlent en tout cas en ces termes. C'est quelque chose qu'il faut toujours avoir chez soi, au cas où.

- E16 *J'en ai acheté une boîte de Doliprane là, et c'est en cas de besoin, c'est tout*  
E40 *Ah dans ma pharmacie, oui, j'en ai, au cas où quoi*  
E05 *J'aime bien savoir que j'ai un Doliprane sous la main*  
E08 *Ah ben le paracétamol, ça c'est sûr, il faut toujours que j'en ai*  
E03 *Si j'ai un truc, Doliprane... ça c'est bien Doliprane, tout le monde a ça plus ou moins...*

En perdant son statut de médicament, le paracétamol est désormais perçu comme une pastille à sucer, totalement inoffensive, pour laquelle la population semble perdre de vue qu'il puisse exister des contre-indications ou présenter de potentiels effets secondaires.

- E36 *Doliprane, évidemment... Les classiques que tu te dis, bon, ça peut que me faire du bien, je crois pas que ça me fera beaucoup de mal...*  
E08 *Il y a des choses comme le Doliprane, bon ben je sais qu'il n'y a pas de risque*  
E26 *C'est pas méchant, un Doliprane... Elle m'a dit, le Docteur D, « tant que vous prenez que ça, c'est pas méchant... »*

Cette banalisation serait véhiculée également par les professionnels de santé.

Au-delà du fait que chaque laboratoire a produit son princeps (Doliprane, Efferalgan, Dafalgan...), auquel s'est ensuite ajouté un générique, le véritable danger de cette molécule réside en ce que des dizaines d'autres spécialités en contiennent, occasionnant de la confusion et majorant d'autant le risque de surdosage.

- E35 *Oh ben Efferalgan ou un truc comme ça... ou Doliprane...*
- E05 *Ouais, Doliprane, Dolirhume, paracétamol, enfin surtout les trucs pour la fièvre et la tête au final*
- E17 *Pour tout et rien, je prendrais des Efferalgan, mais pour les maux de tête, je prendrais plus du Doliprane*

Le Doliprane® est la spécialité la plus fréquemment citée dans notre étude avec onze enquêtés y faisant référence. Huit participants évoquent l'Efferalgan®, sept citent le paracétamol. Le Dafalgan® n'est relevé que dans quatre entretiens.

### **Un statut à part**

A travers tous ces aspects, on perçoit bien que le paracétamol bénéficie d'un statut à part parmi les médicaments.

- E12 *À part le Doliprane, j'achète rarement...*
- E17 *Donc vous voyez, c'est Doliprane essentiellement...*
- E22 *Nous, c'est Efferalgan, le sirop ou la bobologie, le petit spray, le petit pansement... voilà, mais autrement, niveau médicament, non...*
- E39 *Pas de médicament autre que traitement, à part un antidouleur quand même*

Il est d'ailleurs intéressant de noter que la défiance ou la réticence qui se manifeste envers les médicaments en général, ne se retrouvent que rarement ou beaucoup moins intensément avec le paracétamol. Dans notre corpus, on trouve ainsi plusieurs participants de l'étude se revendiquant anti-médicaments qui malgré tout en consomment encore.

- E19 *Je prenais une Aspirine quand j'avais mal au crâne, quelquefois, mais bon, le reste non, j'ai jamais pris de médicaments de ma vie quoi...*
- E28 *C'est le seul truc que je prends vraiment régulièrement, le truc de base que j'utilise quand même encore. Parce qu'à part ça, c'est des huiles essentielles, de l'homéopathie, des plantes.*
- E13 *À part du Doliprane, on prend plus grand-chose...*

Ce statut à part s'exprime également par son lieu de stockage. Si tous nos enquêtés disposent d'un lieu de stockage principal pour les médicaments, le paracétamol semble fréquemment s'en échapper pour être placé dans un endroit facilement accessible voire même trôner sur la table de la cuisine.

- E10 *Presque tous les médicaments, vous les prenez au moment du repas. Alors je les mets là, vous voyez*
- E14 *Alors, ce que j'ai sous la main, parce que c'est plus pratique, c'est juste mon paracétamol. [...] Et puis aussi pour m'apercevoir de quand ça va me manquer*
- E02 *Nous allons dans sa cuisine, sur la table, un plat avec un couvercle avec dedans Dafalgan 500mg (note de l'enquêtrice)*

### **Apport des journaux**

Le journal de santé renseigné au quotidien nous a permis de récolter des informations au plus proche de la réalité, autorisant ainsi une explicitation plus détaillée lors de l'entretien final. Pour la très grande majorité des enquêtés, la pratique consignée dans leur journal était cohérente avec la description qu'ils en faisaient lors de l'entretien initial.

Le format de l'étude nous permet de mettre à jour un autre aspect de la banalisation du produit ; chez plusieurs participants, la pratique consignée dans leur journal et explicitée dans l'entretien final, révèle une consommation notablement plus importante que ce que leur discours laissait à penser lors de l'entretien initial.

E31 initial *Doliprane, je n'ai pas l'habitude d'en prendre*

Alors même que l'on trouvera 5 prises en l'espace d'un mois dans son journal pour rhume, céphalées ou maux de gorge.

E31 final *Ben j'étais pas très en forme en fait... On a la tête lourde, on arrête pas de se moucher...*

E22 initial *La codéine, c'était le docteur D. qui me l'avait prescrit... C'est pas un médicament que je prends tous les jours*

Alors même que l'on trouvera 3 prises de Doliprane® seul et 10 prises de paracétamol codéiné dans son journal.

E35 initial *Ben, pas trop, non j'en prends pas de trop<sup>4</sup>*

Alors même que l'on trouve 3 prises autonomes de paracétamol et 3 prises d'ibuprofène dans le journal ce patient atteint de fibromyalgie.

E26 initial *On n'est pas bourrés de médicaments... Je prends moi le Doliprane une fois par jour, parce que je me suis fait opérer d'une main, et depuis, j'ai de l'algodystrophie [...] Je suis pas pour en prendre de trop non plus*

Ça ne l'empêche pas de rapporter 5 prises de Doliprane pour d'autres motifs que son algodystrophie dans son journal. Elle se justifie au cours de l'entretien final :

E26 final *On abuse pas, je suis obligée, mais [mon médecin] me dit « c'est pas méchant un Doliprane... »*

La banalisation des antalgiques de palier I -et en particulier du paracétamol-, est telle que la molécule qui fait désormais partie du quotidien des gens, est prise de manière automatique, sans même s'en rendre compte, et ce d'autant plus facilement que certains ne la voit plus forcément comme un médicament. On observe une tendance involontaire à la minimisation de la consommation.

Cette tendance est encore plus frappante chez les participants se revendiquant « anti-médicaments ».

E08 initial *Je suis pas trop médicament, je les prends vraiment quand je vois que j'ai pas le choix, quand je suis forcée de les prendre, mais sinon quand je peux me débrouiller avec l'homéopathie, les plantes, je préfère, voilà...*

E08 final *Ah ben le paracétamol, ça c'est sûr, il faut toujours que j'en ai, et puis j'ai tous les formats, j'ai en poudre pour mon petit, les comprimés pour moi, les gélules parce que mon grand il aime bien prendre en gélules... Non, le Doliprane, il faut qu'il y en ait tout le temps ! Voilà... Ben après, c'est vrai que moi je ne suis pas trop automédication.*

E17 initial *J'aime pas les médicaments, je suis plus anti-médicaments, enfin j'aime pas trop utiliser les médicaments, en fait.*

E17 final *Dans ma trousse à pharmacie, j'ai des Doliprane et des Efferalgan, j'ai essayé les deux, et puis voilà... Pour tout et rien, je prendrais plus facilement des Efferalgan, mais pour les maux de tête, je prendrais plus facilement du Doliprane, ouais, c'est en tâtonnant qu'on trouve sa petite solution...*

---

<sup>4</sup> E35 répond ici à la question de l'enquêtrice : « vous avez quelle image du médicament ? »

E34 initial *Je suis pas énormément médicament, c'est le genre de chose que j'essaye d'éviter de prendre au maximum*

Ça ne l'empêche pas de récupérer régulièrement du Doliprane® chez ses parents de manière à ne jamais en manquer

*Ils<sup>5</sup> se servent pas de la moitié de ce qui est prescrit, donc ben on récupère les Doliprane derrière. Donc ça permet d'en avoir toujours d'avance*

Toutefois, sa pratique peut paraître cohérente puisqu'il nie son statut de médicament au paracétamol

*Oui oui, mais j'appelle même pas ça médicament... Enfin si, c'est des médicaments, mais ouais*

Cette banalisation ambiante n'empêche toutefois pas certains de conserver à l'esprit que l'on a affaire à un médicament et qu'il faut rester attentifs et vigilants notamment lors d'une consommation autonome.

E14 *Le paracétamol, bon d'abord c'est pas anodin d'une part, et en plus c'est pas d'une grande efficacité*

E42 *J'évite les antalgiques par voie orale pour préserver mon foie*

E35 *Plus on mettra des médicaments, plus ça donnera des soucis*

E17 *Je pense que j'ai envie de les arrêter en me disant « faut pas que je sois accoutumée quoi »*

E22 *Si on en abuse de trop à un moment donné de toute façon, le corps s'habitue et ça fait pas grand-chose*

On se doit de noter le paradoxe soulevé par ces « anti-médicaments » qui en parallèle, consomment allègrement homéopathie, huiles essentielles et autres phytothérapies. E13 remarque d'ailleurs qu'aucune des médecines alternatives et complémentaires auxquelles s'adonnent ces personnes-là n'est soumise aux obligations drastiques auxquelles l'industrie pharmaceutique doit répondre pour nous garantir une pleine sécurité d'emploi.

E13 *La plupart de nos médicaments sont à base de plantes ! Mais bon, quitte à prendre un médicament, je préfère qu'il soit dosé, qu'il ait été testé, et que...*

---

<sup>5</sup> ses parents

# DISCUSSION

## Critique de la méthode

### **Les forces de l'étude**

Notre étude, par son analyse sociologique, s'est particulièrement intéressée aux déterminants pouvant donner sens aux comportements des acteurs. Par son approche compréhensive, la méthode qualitative nous a permis de saisir ce que les gens savent, comprendre comment ils pensent, explorer leurs émotions, et finalement décrypter pourquoi ils agissent de telle ou telle manière. In fine, ce travail explore le l'écart existant entre les données de la science et la réalité du quotidien.

La principale force de notre travail provient de sa méthode de recueil. L'association des entretiens semi-directifs et du journal personnel de santé a permis de coller au plus près de la réalité vécue par les enquêtés. Le recueil quotidien a rendu quasi-inexistant le biais de mémorisation. Le matériau final contient ainsi un grand nombre d'événements de santé avec la description précise du contexte et des pratiques en ayant découlées. Le concept d'« observation participante », ici porté par le journal personnel de santé, nous a permis tout en restant extérieur aux événements, de nous en imprégner. Sous l'éclairage de ces entretiens, il nous a autorisé l'interprétation de l'écart entre le « dire » et le « faire ».

Une autre qualité résulte du recrutement. Par commodité, celui-ci devait exclusivement s'effectuer en cabinet de médecine générale. Or, 32 participants ont pu être intégrés par ce biais ; le recrutement s'est ensuite poursuivi par bouche à oreilles jusqu'à obtenir nos 44 individus. Ce qui, en recherche quantitative, apparaîtrait comme un défaut de design de recrutement, s'est avéré être une force pour notre étude. La participation de certains de ces individus, ne fréquentant pas le système de santé, a enrichi l'étude de visions et de pratiques supplémentaires intéressantes dans le cadre d'une recherche qualitative visant la diversité des témoignages.

Par définition, la recherche qualitative n'a pas vocation à extrapoler ses résultats à l'ensemble de la population, elle ne recherche donc pas la représentativité de l'échantillon de sa population étudiée. Toutefois, ceci n'interdit pas la critique de la méthodologie notamment concernant le recrutement et la mesure.

### **Les limites et biais de l'étude**

L'intégralité des participants ont été recrutés sur la base du volontariat. Il est à craindre que les caractéristiques des individus s'étant proposé à l'étude soient différentes de celles des personnes ayant refusé d'y participer. Mécaniquement, la forme même de l'étude tend à attirer les individus soucieux de leur santé et familiers de l'écriture et à éloigner ceux en difficultés avec l'écrit (analphabètes et étrangers). A noter que le caractère chronophage explique probablement l'importante part d'inactifs ayant intégré l'étude.

Un autre défaut provient de la quotidienneté du recueil. S'il a la vertu de minimiser le biais de mémorisation, il engendre aussi une sensibilisation accrue à sa santé pouvant artificiellement moduler la quantité et la qualité les symptômes rapportés. Toutefois, ce biais semble compensé par une certaine lassitude s'installant rapidement au cours du mois. Fréquemment, la seconde partie du journal était moins dense que la première, plusieurs journaux n'ont d'ailleurs pas été remplis jusqu'à leur terme. Des relances téléphoniques ont permis de limiter ce phénomène.

Par ailleurs, comme Aïach le révèle, la période de recueil a également une influence sur les résultats obtenus(43). Notre étude s'est étalée sur 15 mois, or, la probabilité d'épisodes infectieux aigus est plus forte en période épidémique hivernale. Ainsi, ce type d'événements de santé nous intéressant pour la pratique d'automédication par paracétamol est malheureusement probablement réparti de manière inéquitable selon cette saisonnalité.

Malgré leur volontariat et la garantie d'anonymat, le fait que certains participants aient pu craindre d'être jugés à travers leurs actes a également pu modifier leurs pratiques ou au moins leur retranscription.

Notons enfin que le design de cette étude a initialement été écrit en vue d'explorer les pratiques d'auto-soins au sens large. Bien qu'ayant la certitude que la thématique du paracétamol revenait souvent, ce verbatim n'y est donc pas spécifiquement dédié, pouvant parfois donner l'impression d'une carence d'explications des pratiques nous intéressant. Si le questionnement de l'étude première englobait notre objet d'étude, il n'en demeure pas moins que par nature, une analyse secondaire de données qualitatives implique ce risque d'imprécision du verbatim quant à certains questionnements spécifiques analysés secondairement. Pour autant, s'il eut été intéressant que l'étude s'y pencha davantage, il n'était pas envisageable d'en faire le sujet exclusif d'une enquête qualitative sans notamment risquer d'engendrer un important biais de recueil par déficit de spontanéité.

## **Discussion des principaux résultats**

### **Motifs de recours**

L'analyse des 44 couples entretiens/journaux de santé a permis de dresser une typologie des symptômes aboutissant à l'usage autonome du paracétamol. Comme on pouvait s'y attendre, il s'agit majoritairement de petits maux du quotidien, connus des patients, et jugés par ces derniers -à tort ou à raison- suffisamment bénins pour surseoir à une consultation médicale. L'automédication apparaît dans ces conditions une solution raisonnable aux yeux de la personne pour rétablir rapidement ses capacités et permettre la poursuite de ses activités. On retrouve pêle-mêle les céphalées, les douleurs ostéo-articulaires, la fièvre et les symptômes ORL. Comme toutes les enquêtes par questionnaire se rapportant à l'automédication, nos résultats retrouvent donc des pathologies bénignes comme motifs prépondérants de recours. C'est d'ailleurs sur ce constat que se sont basés Laure(48) et Raynaud(4) pour conclure que l'automédication concernait essentiellement les « petits maux de la vie quotidienne ». Les enquêtes épidémiologiques de Molina (49) et d'Aïach & Cèbe (50) précisaient que la douleur était le premier motif de recours à l'automédication.

Si les participants connaissent les indications du paracétamol, ils ne sont pourtant pas si rares à s'en affranchir et à le consommer face à toute situation d'inconfort (fatigue, toux, nausées).

Dans notre corpus, les raisons les plus fréquemment avancées pour recourir au paracétamol en automédication sont la reconnaissance de symptômes bénins et familiers (rendant ainsi inutile la consultation) et l'expérience personnelle (ou de l'entourage) de la pathologie et du médicament. Le paracétamol représente cette opportunité de prise en charge autonome et précoce d'un symptôme jugé bénin et familier par un remède jugé inoffensif. Certains auteurs parlent de « patients impatientes ». Dans l'immense majorité des cas, il est consommé selon le *modèle empirique* décrit par Sylvie Fainzang(23), selon lequel le patient juge la consultation médicale inutile car le symptôme est familier et que son expérience prime. Les recours à titre préventif ou à visée hypnotique relèvent davantage du *modèle cognitif* impliquant une interprétation d'un symptôme dont le sujet a acquis une expérience personnelle, le conduisant à le gérer d'une manière qui lui est propre, individuelle et non forcément partagée. Trois participantes, faisant part de leur aversion envers le monde médical, y recourent davantage sous l'angle du modèle dit *de substitution* selon lequel bien que le symptôme ne soit pas familier, il a déjà justifié une consultation chez le médecin et la réponse alors apportée avait été jugée insatisfaisante. Le *modèle moral*

selon lequel le médecin n'est pas consulté du fait d'un symptôme relevant de la sphère intime n'a jamais été invoqué. Le besoin de soulagement rapide, retrouvé en filigrane tout au long de notre verbatim est avancée par 66% des interrogés dans l'étude mediaprism réalisée fin 2015 pour le magazine *60 millions de consommateurs*.

Dans la revue de l'Ordre National des Médecins(51), Fainzang écrit que « *L'automédication et la volonté d'autonomie qui va avec peuvent résulter soit de la confiance, soit de la méfiance envers le médecin. Dans le premier cas, le patient considère son médecin comme compétent et cherche à reproduire les prescriptions médicales antérieures. Dans le deuxième cas, le médecin est jugé incompetent pour résoudre un problème donné et le patient décide de gérer lui-même son mal en faisant ses propres choix, en fixant ses posologies, en développant ses stratégies de réduction des risques médicamenteux... Dans tous les cas, l'automédication traduit la mise en acte d'une autonomie avec parfois la volonté de s'affranchir de l'autorité médicale.* »

Si les usagers relevant du modèle *cognitif* consomment le paracétamol de manière presque automatique, ceux relevant des modèles *empirique* -et davantage encore-, de *substitution* souhaitent majoritairement retarder la consommation du paracétamol. Dans l'ensemble, le recours à la consultation médicale pour ce type de symptômes restait exceptionnel.

Bien qu'anecdotique, l'usage du paracétamol à visée hypnotique a retenu notre attention car on en retrouve régulièrement l'évocation en pratique quotidienne.

En 1999, une enquête canadienne rapportait que 48% des 176 personnes âgées alors incluses utilisaient des médicaments PMF (« nonprescription products ») pour leurs troubles du sommeil. Or, parmi ces 48%, 19% recouraient au paracétamol(52). En 2014, dans ses travaux s'intéressant à l'utilité du paracétamol dans l'amélioration du sommeil(53) en population auvergnate, M.C. BUI note que 75% des 111 médecins interrogés ont des patients utilisant le paracétamol pour « mieux s'endormir », que 14% d'entre eux déclarent en prescrire à cette fin et conclue sa thèse par la constatation que « la proportion de patients et médecins pensant que le paracétamol améliore le sommeil est importante et rend pertinente une étude paracétamol versus placebo ».

Partant du constat que le paracétamol est l'un des médicaments les plus fréquemment utilisé pour le traitement des troubles du sommeil, une équipe néerlandaise travaille depuis 2014(54) à vérifier son efficacité dans cette indication. Bien qu'on ne puisse exclure un effet principalement placebo, une des premières

hypothèses pour expliquer l'effet positif de la molécule est que ces personnes ont des douleurs non reconnues comme telles, qui non traitées, dégradent la qualité du sommeil. On ne doit pas non plus occulter l'hypothèse de l'abaissement de la température corporelle. Mais les récentes découvertes de la neuro-imagerie fonctionnelle suggèrent une autre hypothèse ; que le paracétamol stimule l'activité des récepteurs aux cannabinoïdes, renforçant par réaction en chaîne le système sérotoninergique, impliqué notamment dans la thermorégulation et la régulation du cycle circadien.

Peut-être que la molécule pourrait devenir une alternative thérapeutique intéressante dans l'insomnie légère.

Fainzang(23) avançait que « *lorsque des médicaments sont pris dans des situations différentes de celles pour lesquelles ils sont normalement prescrits, cet usage, qualifié par les experts de mésusage ou de détournement d'usage, est en lui-même [...] l'expression d'un savoir, acquis par l'expérience, sur l'effet que peut produire une substance donnée* ».

En 1990, Barthe(55) soulignait que l'auto-évaluation d'une manifestation corporelle et sa traduction en termes de pathologie était préalable à toute prise de décisions de soins. Il notait l'importance de l'interprétation des symptômes dans le recours thérapeutique, c'est à dire à partir de quand le sujet s'estime malade et pense la consultation médicale nécessaire. L'auto-examen et l'autodiagnostic sont effectivement des concepts primordiaux en matière d'automédication. Bien que le décryptage du symptôme soit classiquement un acte attribué à l'expertise médicale, on constate que chaque individu s'automédiquant s'y hasarde avec plus ou moins de réussite. Si la grande majorité des enquêtés revendiquent la connaissance des symptômes les amenant à s'automédiquer, notre étude révèle que certains d'entre eux refusent de se prêter à cet exercice par manque de confiance en leurs capacités d'analyse de leurs symptômes. Une erreur lors de cette phase risque effectivement d'amener à traiter de manière inadéquate la pathologie causale dont le diagnostic serait alors retardé. Dans *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*(23), S. Fainzang décrit les deux phases, perceptive et cognitive, de l'auto-examen clinique qui conduisent à l'interprétation de la douleur. Une automédication responsable et de qualité implique effectivement de savoir s'il faut considérer la manifestation corporelle « comme le symptôme d'une pathologie, comme la pathologie en soi ou comme une de ses conséquences ».

En accord avec les observations que faisait Barthe(55), à savoir que l'interprétation correcte des symptômes croît à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, notre étude semble indiquer que les craintes de mauvaise lecture des symptômes soient essentiellement observées dans les couches socio-professionnelles les plus vulnérables. Toutefois, l'influence du milieu social sur la pratique de l'automédication semble être un sujet controversé dans la littérature puisque pour Aïach et Cèbe(50), c'est le niveau de connaissances sur le corps qui serait le déterminant le plus pertinent. De même qu'on l'a noté pour la perception des symptômes, l'influence du milieu social sur le recours à l'automédication est également assez controversée. Raynaud a montré que cette pratique concernait davantage les personnes de milieux sociaux et culturels plutôt favorisés. À l'instar de certains qui estiment qu'il existe une tendance prononcée à l'automédication chez les gens des couches populaires, notre étude semble indiquer une plus grande propension à l'automédication par le paracétamol parmi les ouvriers et employés. Doit-on alimenter la controverse sur le recours à l'automédication en général ou considérer que le paracétamol est un produit à part, qui semble être davantage consommé par les individus de classes défavorisées ?

Même si les médicaments semblent inspirer certaines inquiétudes (crainte des effets secondaires, de l'accoutumance/dépendance...), selon Bergot(56) l'aversion pour les médicaments, exprimée par plusieurs de nos enquêtés, se justifierait davantage par une volonté de « mise à distance de ces produits jugés chimiques, en contradiction avec le naturel ». Tout comme la critique de sa nature synthétique revient souvent (régulièrement opposé à la phytothérapie et aux huiles essentielles), le médicament est à plusieurs reprises dans notre corpus, considéré comme entravant les défenses naturelles de notre organisme. Malgré cela, on constate que ces individus ne sont pas nécessairement ceux qui s'automédiquent le moins. Pour ces individus, le fait de se revendiquer « anti-médicaments » n'est pas vu comme une contradiction et semble donc être compatible avec l'automédication. Ce qui pourrait apparaître comme une incohérence, n'est probablement que l'expression du refus de la mainmise du monde médical sur les décisions concernant leur santé.

L'apport de la neuro-imagerie fonctionnelle nous a poussé à la vigilance quant à d'éventuelles descriptions d'effets du paracétamol sur les composantes émotionnelle et/ou sociale de la douleur. Si notre verbatim ne nous a pas permis de relever

d'arguments en ce sens, l'observation d'une proportion presque deux fois plus importante de recours au paracétamol en automédication chez nos enquêtés de CSP les plus vulnérables versus ceux de CSP favorisée semblait de prime abord intéressante. Bien que cette consommation ait pu être interprétée comme une recherche inconsciente de mieux-être fondée sur une hypothétique expérience personnelle antérieure, il faut se rendre à l'évidence que les conditions d'emploi difficiles et fréquemment pourvoyeuses de troubles musculo-squelettiques de ces couches sociales sont une raison plus plausible de cette consommation.

Toutefois, l'analyse des registres utilisés par les participants pour la description de leur état de santé psychologique a révélé une étrange disparité. L'évocation des pathologies bénignes et ponctuelles mise à part, l'ambiance générale se dégageant de cette partie narrative libre était différente selon la catégorie socio-professionnelle et selon que le participant s'automédique ou non. Les journaux dominés par les registres apparentés à la souffrance étaient ainsi prépondérants chez les individus de CSP moins favorisée recourant au paracétamol en automédication alors même qu'ils faisaient figure d'exception dans le reste du corpus. Le registre du bien-être psycho-social domine ainsi tout autant les journaux des individus de CSP moins favorisée ne consommant pas de paracétamol que ceux des individus de CSP aisée -s'automédiquant ou non-. La douleur émotionnelle et sociale retranscrite dans ces journaux majeure peut-être la perception de douleur physique, justifiant in fine le recours au paracétamol. Peut-être qu'au travers de cette médicalisation, on peut ici y voir une tentative inconsciente de fournir une explication médicale à leur souffrance sociale. Bien qu'il serait tentant d'y voir un lien avec les effets désormais démontrés du paracétamol sur les composantes émotionnelle et sociale de la douleur, les observations de notre étude restent trop fragiles pour en tirer une telle conclusion.

### **Pratiques d'automédication**

Les connaissances d'ordre médical, à la fois des pathologies et des thérapeutiques conditionnent grandement le recours à l'automédication. Si la pratique fait encore l'objet de critiques de la part des médecins, c'est justement parce qu'ils jugent insuffisants les savoir sur lesquels cette pratique se fonde. Or, paradoxalement, les sujets recourant à cette pratique revendiquent des compétences, assises précisément sur leur savoir.

Si au savoir professionnel ou expert, certains lui opposent le savoir « profane » des usagers, Fainzang, en tant qu'anthropologue, refuse l'usage du concept de

« profane » qui implique selon elle « *un rapport de domination entre les savoirs médicaux et les savoirs populaires* »(23). Elle recourt donc au terme de savoir « *recomposé* ». Au-delà de la quête affichée de neutralité, ce qualificatif explicite bien que le savoir de l'utilisateur est une combinaison de savoirs provenant de diverses sources. Le patient constitue ainsi ses connaissances à partir d'informations provenant de consultations antérieures, de conseils officinaux précédents, des notices pharmaceutiques, des médias (presse & TV), de campagnes sanitaires nationales ou d'internet.

Concernant la notice pharmaceutique, Akrich(57) notait qu'en proposant « de façon explicite une définition du médicament et de ses usages », elle prolongeait la consultation médicale et l'interaction avec le pharmacien. Or, il semble que pour ce qui est des antalgiques usuels, elle ait tendance dans le cadre de l'automédication à se supplanter -en sus du médecin- au conseil du pharmacien. Dans l'étude réalisée en Loire Atlantique en 2017 par Baconnais(58), les demandes de conseils aux pharmaciens en termes d'antalgiques étaient significativement moindre que pour d'autres spécialités pharmaceutiques.

Mais notre enquête montre en outre, qu'au savoir acquis auprès du monde médical au sens large, s'ajoute souvent l'expérience de l'individu, voire même celle de son entourage, qu'il finit parfois par s'approprier. Jouet et al.(59) décrivait ainsi la maladie comme un épisode « *initiatique* » ou « *autodidacte* ».

Nos travaux tendent ainsi à montrer que le savoir dit « profane » s'avère souvent être le résultat de l'assimilation -plus ou moins correcte- d'informations transmises en grande partie par le monde médical, doublées d'une dose de savoir expérientiel. Dans les travaux de Michel(60), les patients étaient respectivement 71% et 68% à s'adresser à leur médecin et à leur pharmacien pour l'information relative aux médicaments. Le patient accumule ainsi un certain savoir légitimant l'automédication encouragée par les pouvoirs publics, l'industrie pharmaceutique et la société en général.

Un des leviers majeurs permettant aux patients de devenir acteur de leur santé est l'accès à l'information. Or, avec la popularisation d'internet, le volume de données mis à la disposition des individus a considérablement augmenté. L'accès à des informations de santé permet une certaine appropriation des connaissances par le public. En enrichissant le savoir des patients, internet tend à relativiser le « pouvoir » des médecins. Certains auteurs comme Hardey(61) y voient même un « outil contribuant à libérer le patient de la domination biomédicale ».

Dans notre corpus, les participants restent pourtant majoritairement méfiants vis-à-vis du net concernant leur santé, invoquant massivement le manque de fiabilité des informations trouvées. Observation que confirme l'équipe bordelaise de Gouverneur qui notait en 2014(62) que seuls 46,6% de son panel déclaraient se documenter sur internet concernant les médicaments, et que les deux tiers de ceux-ci consultaient exclusivement des forums de consommateurs.

Bien que dans son étude concernant les usagers du site d'informations de santé grand public *www.doctissimo.fr*, Romeyer(63) affirme que les usagers « semblent avoir intégré la différence entre l'information médicale professionnelle, spécialisée et scientifique diffusée par le corps médical, et l'information de santé grand public », nos enquêtés fréquentent exclusivement les forums de discussions et autres sites dits médicaux, sans précisément jamais évoquer les sites de sociétés savantes médicales. Admettant que les usagers fassent la différence entre ces deux types de sources d'information, le jargon médical représente probablement un important frein à l'accès à cette littérature médicale et scientifique vérifiée.

Sans surprise, les enquêtés utilisant régulièrement ce canal d'information sont majoritairement en recherche de solutions alternatives et complémentaires à la médecine allopathique. Certains, ouvertement opposés au monde médical, n'accordent même aucune crédibilité aux données scientifiques vérifiées ; ils se préoccupent donc moins de la fiabilité de la source que de la pluralité des points de vue exposés. Romeyer rapporte qu'ils « viennent se rassurer, trouver des gens qui souffrent de la même pathologie qu'eux, discuter avec ceux qui les comprennent le mieux et vivent la même chose. De facto, les critiques des médecins sur la véracité et le manque de sérieux des informations médicales sur Internet, ne trouvent que peu de prise chez ces usagers ».

Finalement, nos résultats sont davantage en phase avec le constat plus réaliste que Wyatt et al.(64) dressent, selon lequel le patient actif, autonome et capable d'une évaluation critique de l'information reste marginal.

Si les participants sont majoritairement satisfaits de l'action du paracétamol lorsqu'ils décident d'y recourir de façon autonome, certains se plaignent du manque de rapidité d'action ou de sa modeste efficacité (notamment comparativement aux AINS). Toutefois, en accord avec les conclusions de la société française d'étude et de traitement de la douleur, aucun effet indésirable grave n'est relevé. Leur étude attentive de la littérature(65) s'est avérée rassurante ; « en dehors de l'hépatotoxicité liée au surdosage massif le plus souvent intentionnel, les autres effets indésirables

potentiels du paracétamol [digestifs, rénaux, cardio-vasculaires, hémostasie et allergiques] restent rares et bien souvent très inférieurs à ceux des autres médicaments utilisés dans la lutte contre la douleur comme les AINS ». En revanche, il existe un risque commun à tous les antalgiques, malheureusement absent des campagnes sanitaires nationales sur l'automédication qu'est le mésusage voire l'abus médicamenteux. Sans aller jusqu'à parler de réelle addiction, un usage régulier d'antalgiques peut aboutir à des céphalées par abus médicamenteux. Selon Dousset et Henry(66), cette entité syndromique est présente « dans un tiers des cas de céphalées chroniques quotidiennes, elles-mêmes présentes chez 3% de la population générale ». Ils ajoutent que des efforts doivent être faits pour porter l'affection à la connaissance des professions médicales et paramédicales mais surtout de la population générale afin de prévenir la survenue de ces céphalées par abus médicamenteux, pas toujours réversibles.

Si pour beaucoup, l'automédication renvoie à un achat spontané après conseils en officine, l'essentiel des prises médicamenteuses autonomes se font pourtant à partir du contenu de la « pharmacie familiale ». Dans ses travaux, C. Haas(67) a ainsi montré que les individus consomment avant tout les médicaments de leur pharmacie familiale et que 52,2% des enquêtés venant en officine déclaraient « avoir utilisé des médicaments contenus dans leur armoire à pharmacie avant de venir ». Elle précise d'ailleurs que 20,7% des médicaments achetés le sont en prévision d'un besoin ultérieur.

En observant les différentes voies d'approvisionnement en paracétamol, on se rend compte de manière plus ou moins attendue que le médecin n'est jamais loin ; qu'il soit conseiller ou prescripteur, son rôle est central. Il arrive ainsi fréquemment que le médecin ait été le premier prescripteur d'un traitement ensuite réutilisé pour des symptômes similaires. Dans leur rapport, Gimbert et Chauffaut(2) notent d'ailleurs que contrairement aux pays nordiques et anglo-saxons, ces pratiques sont très développées dans notre société. Ainsi, en 2012, près de 60 % des Français interrogés déclaraient réutiliser les médicaments de leur pharmacie familiale, qu'ils aient été acquis en libre accès ou sur ordonnance.

Certains participants de notre enquête vont jusqu'à demander à leur médecin de rajouter au bas de l'ordonnance du jour, des médicaments à PMF remboursables en vue de les utiliser ultérieurement de manière autonome, ce sont des ordonnances dites « suggérées ». Dans ses travaux, C. Huchet(68) retrouvait ce type de demandes dans

20% des consultations de renouvellement de traitements chroniques, précisant que ces demandes concernaient davantage les antalgiques et AINS. Au-delà du remboursement du produit accessible en vente libre, on peut imaginer que le patient cherche la légitimation de son savoir « recomposé » et la « bénédiction » de sa pratique par le médecin. Mais la pharmacie familiale peut également se voir approvisionnée par l'intermédiaire de prescriptions dites « par anticipation ». Si elles sont également rédigées en dehors de tout cadre thérapeutique, elles diffèrent de celles « suggérées » en ceci que c'est le médecin, dans son rôle d'éducation thérapeutique, qui en est cette fois-ci à l'initiative. Une étude analysant la consommation de paracétamol entre 2006 et 2015(31) indique que 86% des boîtes délivrées sont obtenues sur ordonnance, confirmant ainsi notre impression.

Bien que les entretiens aient été menés entre avril 2014 et juin 2015, soit - pour les derniers entretiens-, plus de 30 mois après la promulgation du texte autorisant la vente de médicaments par internet, nous n'avons trouvé aucune mention d'acquisition de médicaments par ce biais. Cette constatation est en parfait accord avec les travaux de Gouverneur(62) qui ne retrouvaient des achats de médicaments en ligne que chez moins de 3% des enquêtés ; 52% de ceux n'ayant pas testé déclaraient « n'[avoir] pas confiance en la qualité du médicament » ainsi acquis.

Nous avons constaté des adaptations volontaires de posologies ; il semble qu'elles soient essentiellement le fait d'enquêtés de faible niveau d'études. Ceux majorant les doses le font dans l'espoir d'augmenter leurs chances de « guérison », alors que ceux les diminuant le font en vue de faire correspondre la dose à leur constitution et/ou de limiter les effets indésirables potentiels du paracétamol. Dans cette interaction patient-médicament, Fainzang(69) parle respectivement de logiques de cumul et d'identité.

Le design de notre étude n'ayant pas été construit pour explorer les connaissances des participants en matière de thérapeutiques, les entretiens ne recèlent pas tous de telles données. L'aperçu qu'il nous est donné d'en voir apparaît toutefois mitigé. S'il ne ressort pas de typologie des individus montrant un bagage satisfaisant concernant notre molécule d'étude, on note en revanche de fréquents mésusages chez les individus de CSP moins favorisées. L'enquête d'une équipe nancéenne s'intéressant au bon usage du paracétamol(70) menée en 2014 auprès de 302 patients recrutés en situation d'automédication en officine estime à 84,4% la proportion de « bons usagers », précisant ainsi que le bon usage était significativement

associé à une bonne connaissance du paracétamol. L'étude ne fait pas état du niveau socio-professionnel des participants. Une autre étude menée en 2015 auprès de 809 patients par cette même équipe(71) ne retrouvait plus que 17,9% d'individus ayant une « connaissance suffisante », précisant que le risque de toxicité hépatique était particulièrement méconnu. La littérature foisonne d'études offrant des conclusions diamétralement opposées selon les critères retenus pour caractériser le « bon usage ».

### **Une certaine banalisation**

Le fait que les pouvoirs publics encouragent l'automédication pour les pathologies bénignes, légitime le recours autonome aux antalgiques pour ces maux du quotidien. L'automédication par le paracétamol est donc progressivement devenue évidente, automatique, jusqu'à se banaliser totalement. Ainsi, la banalité des symptômes traités par le paracétamol a fini par banaliser la molécule elle-même. Nos enquêtés décrivent d'ailleurs le paracétamol comme un « petit » médicament, « doux », de « confort », même plus nécessairement considéré comme un médicament. Dans l'inconscient collectif, les Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan® et autres « paracétamol » revêtent en effet aujourd'hui une parfaite innocuité. Et ce faible risque perçu tend inconsciemment à majorer la consommation.

Par ses travaux, Grézy Chabardès(72) démontre d'ailleurs que les Français achetant du paracétamol sans ordonnance ont une très faible notion du principe actif contenu puisque la reconnaissance du paracétamol variait de 90% pour le Doliprane® à seulement 58% pour le Dafalgan® ou l'Efferalgan®. Cette méconnaissance explique que ces spécialités -ainsi que celles contenant du paracétamol en association- soient si fréquemment associés entre elles.

Il paraît alors licite de penser que le packaging des différents laboratoires commercialisant les grandes marques de paracétamol puisse influencer les consommateurs. Le Dafalgan® dans sa boîte rouge pourrait en effet évoquer un médicament plus fort que le Doliprane® sous son emballage jaune ou que l'Efferalgan® sous sa bannière bleue. Notre étude semble pourtant battre en brèche cette idée puisque c'est justement le Dafalgan® qui est -et de loin- le moins cité par les enquêtés.

C'est donc l'association de la banalisation et de la méconnaissance des usagers qui aboutit à la situation actuelle très pourvoyeuse de surdosages involontaires.

Dans le discours de nos enquêtés, le paracétamol apparaît fréquemment comme un « indispensable » de la pharmacie familiale, destiné à soigner les petits maux de tous les jours. Les travaux d'une équipe toulousaine en retrouvent ainsi dans 91% des armoires à pharmacie(73). Dans nos travaux, nous avons remarqué qu'il y tenait d'ailleurs une place particulière puisque nombre de nos enquêtés l'en extirpent pour le rendre plus facilement accessible dans la pièce de vie. Dans son étude s'intéressant aux pharmacies familiales, G. Vitetta(74) retrouvait ainsi « une certaine logique entre le lieu de stockage des traitements et leur fréquence d'utilisation ».

Le paracétamol est progressivement passé du statut de médicament à celui de bien de consommation, c'est désormais « quelque chose » qu'il faut avoir chez soi, que nos enquêtés aiment à avoir d'avance, « au cas où ». La perte de son statut de médicament semble faire oublier aux consommateurs que l'utilisation d'un médicament -aussi courant soit-il-, n'est jamais anodine, qu'elle implique des précautions d'emplois et présentera toujours de potentiels effets secondaires.

Il faut également souligner ce que rapportent deux participants, à savoir qu'il n'est pas rare que cette idée d'innocuité du paracétamol soit nourrie des propos de professionnels de santé -source d'information privilégiée de la population-. C'est probablement cette innocuité prétendue et supposée qui explique son statut si particulier aux yeux de la population. L'éternel refus de la chimie est en effet dans notre verbatim, bien moins prégnant vis-à-vis du paracétamol que pour tout autre molécule. C'est ainsi que nombre de participants se revendiquant pourtant « anti-médicaments » en consomment encore alors même qu'ils s'obstinent à éviter toute autre allopathie.

Les fiches de bonnes pratiques de l'automédication éditées en 2008 par l'AFSSAPS(75)(Annexe 3) ainsi que la campagne réalisée en 2012 par le ministère de la santé « Le médicament n'est pas un produit comme les autres »(76)(Annexe 4) visaient précisément à faire prendre conscience aux Français des risques liés à la banalisation de la consommation du médicament, dans l'espoir d'aboutir à cette depuis maintenant trop longtemps souhaitée « automédication responsable ».

A l'été 2016, la députée girondine Michèle Delaunay a par ailleurs dénoncé une autre facette de cette banalisation représentée par l'arrivée sur les étagères des officines d'une multitude de médicaments complaisamment aromatisés. S'il semble effectivement pertinent de masquer l'amertume des médicaments pour parvenir à traiter les enfants en bas âge, il n'est en revanche pas souhaitable que les médicaments PMF deviennent des produits marketing que l'industrie pharmaceutique aromatise sans autres raisons que commerciales (Efferalgan®

cappuccino, Fervex® framboise). Ces goûts inutilement attrayant et sucrés exposent -notamment chez les jeunes-, à un risque de surconsommation, accompagnée de ses potentiels effets secondaires.

### **Entre autonomies et dépendances**

Certains envisagent l'automédication comme un acte pouvant contribuer à la libération des patients du « joug » du pouvoir médical. E42 rapporte ainsi lors de son entretien initial : *« Est-ce que les médecins sont prêts à lâcher ce pouvoir qu'ils ont sur les patients... Parce que le patient qui se remet complètement à son médecin, il est vraiment dans une relation de soumission. Le médecin est tout puissant. Et bien, est-ce qu'ils sont prêts à lâcher un peu et à collaborer avec les patients ? Parce que moi, j'aimerais bien un médecin avec lequel on peut discuter, pas d'égal à égal, parce qu'on n'est pas... Non, pas sur ce plan-là, mais oui, dire "voilà, je fais ceci cela, qu'est-ce que vous en pensez ?" ... ».*

Or, selon une enquête Ipsos réalisée fin 2015 pour l'AFIPA(32), loin d'y être hostiles, 59% des médecins généralistes perçoivent l'automédication comme « un levier crédible pour désengorger leurs cabinets médicaux » et 63% estiment qu'elle leur permettrait de « se recentrer sur des problèmes de santé plus lourds ».

Toutefois, afin d'en optimiser les bénéfices et d'en réduire les risques, il semble essentiel que le médecin y conserve un rôle primordial, notamment d'éducation thérapeutique. Il apparaît notamment capital qu'il informe les patients sur les pathologies s'y prêtant, qu'il leur inculque la culture du recours à la consultation en cas de persistance des symptômes au-delà d'un certain délai et surtout qu'il les informe sur d'éventuels risques d'interactions médicamenteuses ou de surdosage.

Finalement, loin d'entretenir une relation de concurrence, l'automédication se montre parfaitement complémentaire de la consultation médicale.

Si la facilité d'accès aux soins primaires, le très faible reste à charge et la place des médecins dans notre société contribuent indéniablement à expliquer la modestie de notre marché de l'automédication, il apparaît toutefois légitime de s'enquérir des motivations des autres parties prenantes que sont l'industrie pharmaceutique, les pouvoirs publics et dans une certaine mesure notre société consumériste.

Il est en effet licite de s'interroger sur les intentions de l'industrie pharmaceutique et des officinaux qui souhaitent tant voir progresser le secteur de l'automédication ; est-ce pour soigner mieux ou simplement pour vendre plus ?

La position des pouvoirs publics est également complexe ; sous la pression des lobbies, ils feignent de céder à notre société consumériste mais œuvrent en réalité au développement de l'automédication essentiellement par souci budgétaire. Les risques sanitaires inhérents à cette pratique ne pouvant être ignorés, tout ceci se doit de respecter les enjeux de santé publique. La question de l'ouverture à la concurrence (vente en grandes surfaces) de médicaments PMF et non remboursables -revenant régulièrement sur la table-, est symptomatique de l'ambiguïté voire de la schizophrénie de nos gouvernants. Bien qu'avancée au prétexte de rendre du pouvoir d'achat aux Français, on perçoit bien que cette mesure aurait pour effet premier de permettre à la sécurité sociale de réaliser de substantielles économies. Or, ces dernières s'opéreraient au prix d'une banalisation encore accrue de l'« objet » médicament, accompagnée des risques relatifs à leur surconsommation. La Suède en a fait l'amère expérience puisque les hospitalisations pour intoxication ont presque doublé suite à l'autorisation de la vente du paracétamol hors des officines en 2009. Finalement, après six années de vente libre, le paracétamol a disparu des étals des grandes surfaces, bureaux de tabac et autres stations-service(77).

Si la littérature est unanime pour dire que l'automédication en général est majoritairement pratiquée par des sujets socialement intégrés de bon niveau socio-culturel, il est probable que la question financière et les facteurs culturels soient également des freins à l'automédication des ménages modestes. Coutinet et Abecassis(78) ajoutent que l'essor de cette pratique « va vraisemblablement contribuer à l'accentuation des inégalités sociales de santé, en amplifiant les défauts des mécanismes de coassurance, et des inégalités d'accès aux médicaments, dans la mesure où le délistage d'un produit est souvent associé à une hausse de son prix ». L'automédication ne devrait pas être envisagée comme une source de revenus (pour l'industrie pharmaceutique et les officinaux) ou d'économies potentielles (pour la sécurité sociale), mais bien comme un enjeu de santé publique de sorte qu'elle ne participe pas de la tant redoutée médecine à deux vitesses.

## CONCLUSION

Les femmes, les adultes jeunes, les actifs, les urbains et ceux ayant une bonne image du système de santé semblent davantage recourir au paracétamol en automédication. En revanche, contrairement à ce qui est classiquement admis pour l'automédication en général, les enquêtés des catégories socio-professionnelles aisées semblent bien moins y recourir que ceux des CSP les moins favorisées. On pourrait l'interpréter comme la conséquence d'un mode de vie plus rude des individus des CSP les plus basses, mais on relève chez les participants de cette couche sociale, s'automédiquant par le paracétamol, une évidente détresse émotionnelle et sociale non retrouvée dans le reste de l'échantillon, notamment chez les individus de même CSP ne s'automédiquant pas par le paracétamol. Cela traduirait-il donc une quête inconsciente de l'effet désormais démontré d'atténuation des composantes émotionnelle et sociale de la douleur par le paracétamol ?

Dans notre enquête, le paracétamol est en majeure partie consommé pour soulager des affections aiguës bénignes et passagères telles que céphalées, troubles ostéo-articulaires ou fièvre. Les raisons évoquées sont la recherche d'un soulagement rapide et d'un gain de temps sans que ne soit jamais mentionnée la difficulté d'accès aux soins. Il ne semble donc pas exister d'automédication subie. Par ailleurs, les prises de ce produit dans le but de soulager une fatigue, d'anticiper des douleurs voire même de les prévenir ne sont pas rares. Certaines personnes attribuent même au paracétamol des vertus hypnotiques. Ces usages « non académiques » -ou mésusages-, sont ici essentiellement le fait d'individus de faible niveau social, alors même que nous l'avons vu, ce sont ces couches populaires qui recourent le plus facilement au paracétamol.

Si les connaissances mobilisées par chacun des participants se nourrissent des conseils et de l'expérience de l'entourage, le monde médical reste toutefois très présent dans les discours ; que ce soit comme source de savoir, comme premier prescripteur du médicament ou comme recours en cas de persistance des symptômes. Avant la prise de paracétamol, on retrouve souvent l'évocation d'une phase initiale d'« observation vigilante » des symptômes. Bien que l'achat spontané progresse, notre étude a constaté que le paracétamol consommé en automédication est majoritairement tiré de l'armoire à pharmacie et que les comprimés sont encore essentiellement obtenus sur prescription. Même si certains enquêtés se disent mal à l'aise avec l'autodiagnostic et le maniement des médicaments, les pratiques sont en général bien assumées. Bien que dans l'ensemble, les pratiques soient cohérentes et les posologies adaptées, certaines indications retenues intriguent et certaines adaptations posologiques inquiètent. Les

situations à risque de mésusage ou de surdosage ne sont malheureusement pas si rares.

Thérapeutique des petits maux banals du quotidien, l'analyse des entretiens a montré que l'usage du paracétamol s'est totalement banalisé, au point même parfois qu'il en perde son statut de médicament. L'idée d'innocuité -également véhiculée par le monde médical- et sa bonne tolérance semblent participer de sa banalisation. C'est ainsi que la molécule glisse dans le domaine des biens de consommation, faisant oublier aux enquêtés ses risques potentiels. La lecture des entretiens nous apprend que cette banalisation est parvenue à un point tel que l'automédication par le paracétamol n'est même plus nécessairement présente à l'esprit des enquêtés. Les journaux personnels de santé ont ainsi permis de révéler une certaine minimisation involontaire de la fréquence de consommation rapportée lors des entretiens. C'est notamment le cas des individus déclarant ne pas consommer de médicaments voire même se revendiquant « anti-médicaments » qui en fin de compte en consomment régulièrement. Cette notion de consommation non conscientisée vient s'ajouter aux différents mésusages relevés pour en accentuer les risques.

S'il est sûr et efficace lorsqu'il est consommé selon les recommandations, l'omniprésence du paracétamol dans les foyers, l'étroitesse de sa marge thérapeutique et sa banalisation doivent appeler à la vigilance. Les efforts d'éducation thérapeutique impliquant le trio médecin-patient-pharmacien doivent être poursuivis et renforcés (notamment à destination des plus fragiles) pour optimiser les bénéfices de la pratique sans risquer d'en augmenter les risques. De manière à limiter les surdosages par association involontaire, on pourrait s'inspirer des autorités canadiennes et apposer la mention « contient du paracétamol » ainsi que la notion de risque de « toxicité hépatique » sur les emballages des spécialités concernées(79). Des campagnes sanitaires spécifiques de l'automédication doivent être conduites pour responsabiliser les usagers et parfaire leurs connaissances. La population ayant manifestement des difficultés à accéder à des informations de santé fiables, on pourrait également imaginer la création d'une plateforme numérique gouvernementale traitant spécifiquement de l'automédication. L'idée serait de centraliser sur cette plateforme du contenu qualitatif à destination du grand public.

Le médecin généraliste doit avoir à l'esprit les fréquentes dérives associées à la consommation de cet antalgique, veiller à ne pas alimenter sa banalisation et -bien que cette molécule soit ubiquiste-, poursuivre l'éducation thérapeutique, notamment à destination des plus modestes. Ceci permettrait de responsabiliser et sécuriser encore davantage les pratiques d'automédication par le paracétamol.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Cas	Sexe	Classe d'âge	Niveau d'études	Profession	Activité	Environnement	Discours méd	Discours santé	Usage méd	Automédication	Automéd paraC	ttt hab	Santé
Cas\01	Femme	45 - 60 ans	Brevet	Employé	Chômage	Urbain	Confiance	Ambivalence	Modéré	Restreinte	OUI	oui	moyen
Cas\02	Femme	> 75 ans	Certificat d'études	Au foyer	Retraité	Urbain	Confiance	Confiance	Modéré	Restreinte	OUI	oui	bon
Cas\03	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Cadre / intellectuelle	Retraité	Urbain	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	très bon
Cas\04	Femme	30 - 45 ans	Master	Cadre / intellectuelle	En activité	Urbain	Ambivalence	Confiance	Pas d'usage	Inexistante	NON	non	bon
Cas\05	Homme	< 30 ans	Brevet	Ouvrier	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Pas d'usage	Restreinte	OUI	non	très bon
Cas\06	Femme	30 - 45 ans	Doctorat	Cadre / intellectuelle	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	non	très bon
Cas\07	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Employé	Retraité	Urbain	Confiance	Ambivalence	Modéré	Restreinte	NON	oui	très bon
Cas\08	Femme	30 - 45 ans	Licence	Profession intermédiaire	Parent au foyer	Urbain	Confiance	Confiance	Modéré	Restreinte	OUI	oui	moyen
Cas\09	Femme	30 - 45 ans	Baccalauréat	Employé	En activité	Urbain	Défiance	Confiance	Modéré	Majeure	OUI	non	moyen
Cas\10	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Employé	Retraité	Urbain	Ambivalence	Confiance	Modéré	Modérée	OUI	oui	bon
Cas\11	Femme	45 - 60 ans	Brevet	Employé	En invalidité	Urbain	Confiance	Confiance	Important	Restreinte	NON	oui	mauvais
Cas\12	Femme	< 30 ans	Brevet	Employé	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Pas d'usage	Restreinte	OUI	non	très bon
Cas\13	Femme	30 - 45 ans	Baccalauréat	Au foyer	Parent au foyer	Urbain	Confiance	Confiance	Modéré	Restreinte	OUI	oui	moyen
Cas\14	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Employé	Retraité	Urbain	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	très bon
Cas\15	Femme	30 - 45 ans	Baccalauréat	Profession intermédiaire	En activité	Rural	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	bon
Cas\16	Femme	> 75 ans	Brevet	Employé	Retraité	Rural	Confiance	Confiance	Important	Restreinte	OUI	oui	moyen
Cas\17	Femme	30 - 45 ans	BTS	Employé	En activité	Semi-rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	bon
Cas\18	Femme	> 75 ans	Certificat d'études	Ouvrier	Retraité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Important	Inexistante	NON	oui	moyen
Cas\19	Homme	> 75 ans	Brevet	Cadre / intellectuelle	Retraité	Urbain	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	bon
Cas\20	Homme	30 - 45 ans	BTS	Employé	En activité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Restreint	Modérée	NON	oui	moyen
Cas\21	Femme	< 30 ans	Brevet	Employé	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Modéré	Modérée	NON	oui	très bon
Cas\22	Homme	45 - 60 ans	Not applicable	Employé	En activité	Urbain	Défiance	Ambivalence	Modéré	Restreinte	OUI	oui	moyen
Cas\23	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Profession intermédiaire	En invalidité	Urbain	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	NON	non	moyen
Cas\24	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Profession intermédiaire	Retraité	Rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Inexistante	OUI	oui	très bon
Cas\25	Femme	60 - 75 ans	Brevet	Employé	Retraité	Urbain	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	NON	oui	bon
Cas\26	Femme	60 - 75 ans	Certificat d'études	Employé	Retraité	Semi-rural	Ambivalence	Confiance	Modéré	Modérée	OUI	oui	bon
Cas\27	Homme	> 75 ans	Certificat d'études	Ouvrier	Retraité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Modéré	Modérée	NON	oui	bon
Cas\28	Femme	45 - 60 ans	Licence	Profession intermédiaire	En activité	Rural	Défiance	Ambivalence	Pas d'usage	Inexistante	NON	non	bon
Cas\29	Femme	< 30 ans	Master	Employé	En activité	Rural	Défiance	Ambivalence	Restreint	Restreinte	NON	non	très bon
Cas\30	Homme	60 - 75 ans	Certificat d'études	Profession intermédiaire	Retraité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Important	Majeure	OUI	non	bon
Cas\31	Femme	45 - 60 ans	Brevet	Employé	En activité	Semi-rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	bon
Cas\32	Homme	60 - 75 ans	Baccalauréat	Profession intermédiaire	Retraité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Modéré	Modérée	NON	oui	moyen
Cas\33	Homme	30 - 45 ans	Baccalauréat	Artisan / commerçant / patron	En activité	Rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	NON	non	très bon
Cas\34	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Ouvrier	En activité	Rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	non	bon
Cas\35	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Ouvrier	En invalidité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Restreint	Restreinte	OUI	oui	mauvais
Cas\36	Femme	30 - 45 ans	Master	Cadre / intellectuelle	En activité	Semi-rural	Confiance	Confiance	Important	Modérée	OUI	non	très bon
Cas\37	Homme	30 - 45 ans	Brevet	Ouvrier	En activité	Rural	Ambivalence	Confiance	Restreint	Modérée	OUI	non	bon
Cas\38	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Artisan / commerçant / patron	Chômage	Rural	Ambivalence	Ambivalence	Restreint	Restreinte	OUI	non	bon
Cas\39	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Employé	En activité	Rural	Confiance	Confiance	Pas d'usage	Restreinte	OUI	oui	mauvais
Cas\40	Femme	60 - 75 ans	Baccalauréat	Employé	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Important	Majeure	OUI	oui	très bon
Cas\41	Homme	45 - 60 ans	Brevet	Artisan / commerçant / patron	Chômage	Rural	Défiance	Ambivalence	Pas d'usage	Inexistante	NON	non	moyen
Cas\42	Femme	60 - 75 ans	Licence	Cadre / intellectuelle	Retraité	Rural	Défiance	Ambivalence	Pas d'usage	Inexistante	NON	non	très bon
Cas\43	Homme	60 - 75 ans	Licence	Cadre / intellectuelle	Retraité	Rural	Défiance	Ambivalence	Pas d'usage	Inexistante	NON	non	très bon
Cas\44	Homme	30 - 45 ans	Licence	Employé	En activité	Urbain	Confiance	Confiance	Modéré	Modérée	OUI	oui	moyen

Discours méd : Discours vis-à-vis des médecins  
 Discours santé : Discours vis-à-vis de notre système de santé  
 Usage méd : Usage des médicaments

Automédication : Recours à l'automédication en général  
 Automéd paraC : Recours au paracétamol en automédication  
 ttt hab : Traitement médical au quotidien

## Annexe 2 : Présentation d'une page de journal personnel de santé

Développez ici les réponses aux questions posées, plus particulièrement celles auxquelles vous avez répondu « oui ».

Vous pouvez raconter votre journée, ce que vous avez fait, ressenti, vos trajets. Essayez d'expliquer les problèmes de santé, les soucis quotidiens que vous rencontrez, leur cause, leur gravité, l'inquiétude suscitée... Racontez comment vous y avez remédié, quel produit, quel soin, quels effets attendus...

le matin vivait en forme 1h30 de tennis  
 Ai fait mes courses et rencontré des amis(es)  
 - Et après midi, fatigue, j'ai touché la pelouse  
 - puis après, en lisant et écoutant de la musique  
 - puis café en voyant tout le travail extérieur  
 à faire seule et ceci m'inquiète  
 - Ven 17h. Visite d'une amie, nous avons  
 beaucoup discuté, ça fait du bien,  
 ensuite visite de ma fille accompagnée  
 - pour parler aux douleurs d'épaules et cervicales  
 au travail, prise de Dafalgan.

Journée du : 13/03/2014

1) Comment évaluez-vous votre état de santé aujourd'hui?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(1 : en très mauvaise santé 10 : en excellente santé)

2) Aujourd'hui, s'est-il passé quelque chose qui vous a fait vous sentir bien?

oui  non

3) Aujourd'hui, s'est-il passé quelque chose qui vous a fait vous sentir mal?

oui  non

4) Avez-vous pris et/ou fait quelque chose pour vous sentir bien?

oui  non

5) Êtes-vous sorti aujourd'hui (travail, courses, loisirs...)?

oui  non

6) Avez-vous rendu visite ou reçu un/des proche(s) aujourd'hui?

oui  non

7) Avez-vous eu un problème de santé aujourd'hui?

oui  non

- Si oui, avez-vous déjà rencontré ce problème de santé dans votre vie?

oui : quand ?  non

- Si oui, avez-vous recherché des informations se rapportant à ce problème de santé?

oui  non

8) Avez-vous dû modifier les activités que vous aviez programmées parce que vous ne vous sentez pas bien?

oui  non

9) Avez-vous pris un médicament aujourd'hui qui ne fait pas partie de votre traitement quotidien?

oui  non

10) Avez-vous discuté de vos soucis de santé avec quelqu'un d'autre?

oui  non

NB : Merci de préciser vos réponses par 'oui' sur la page suivante.

## Annexe 3 : Fiche de bonne pratique

### ATTENTION!

- Lisez toujours la notice et conservez-la avec le médicament, à l'intérieur de la boîte d'origine.  
En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée ni à la vue des enfants.
- En cas d'événement(s) indésirable(s), parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



MÉDICAMENT :

CACHET DU PHARMACIEN :

Pour plus d'informations [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)



Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Copyright © 2010 AFSSAPS - Santé Publique France

## Paracétamol en bref

*Vous venez de vous procurer un médicament contenant du paracétamol et disponible en accès direct dans votre pharmacie.*

**LE PARACÉTAMOL SOULAGE LA DOULEUR ET PERMET DE FAIRE BAISSER LA FIÈVRE.**

## Les conseils de votre pharmacien sur ce médicament contenant du paracétamol



-  **Ne prenez pas ce médicament sans avis médical si vous souffrez d'une maladie grave du foie.**
-  **Respectez toujours un intervalle d'au moins 4 heures entre les prises, voire 8 heures chez l'enfant.**
-  **Si vous prenez en même temps un autre médicament, vérifiez qu'il ne contient pas aussi du paracétamol, pour éviter tout risque de surdosage.**  
En effet, de très nombreux médicaments en contiennent (seul ou associé à d'autres substances). Ils peuvent se présenter sous différents noms de marque, sous différentes formes et différents dosages. Pour les reconnaître, vous trouverez les informations concernant leur composition sur la boîte et dans la notice.
-  **Ne dépassez jamais les doses indiquées dans la notice :**  
un surdosage en paracétamol peut endommager le foie de manière irréversible.
-  **En cas de persistance de la douleur plus de 5 jours ou de la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'aggravation, ne continuez pas le traitement sans l'avis de votre médecin.**

# LE MÉDICAMENT N'EST PAS UN PRODUIT COMME LES AUTRES

Le médicament contient des substances actives qui ont des effets sur votre organisme. Il est là pour soigner mais s'il est mal utilisé, il peut être dangereux. Suivez la prescription de votre médecin et les conseils de votre pharmacien.



**Chaque traitement correspond à un cas particulier.**

Vous ne devez pas utiliser les médicaments des autres. C'est votre médecin qui évalue votre état de santé et décide du traitement adéquat. Ainsi toute consultation n'aboutit pas systématiquement à une prescription.



**Indiquez à votre médecin et à votre pharmacien**

**les médicaments que vous utilisez** afin d'éviter les interactions avec d'autres médicaments. Signalez-leur votre état de santé et vos antécédents médicaux (allergie, grossesse, opération chirurgicale, maladie chronique...).



**Respectez la prescription :** dosage, heure de prise et durée du traitement. Lisez la notice, conservez-la avec le médicament dans sa boîte jusqu'à la fin du traitement.



**Restez attentifs aux effets secondaires éventuels.**

Indiquez à votre médecin ou à votre pharmacien les effets indésirables que vous avez pu remarquer.

LES MÉDICAMENTS,  
NE LES PRENEZ PAS  
N'IMPORTE COMMENT.



*Suivez la prescription de votre médecin et les conseils de votre pharmacien.*



[WWW.SANTE.GOUV.FR/MEDICAMENT](http://WWW.SANTE.GOUV.FR/MEDICAMENT)

## **LISTE DES FIGURES**

- FIGURE 1** Mécanismes d'action du paracétamol
- FIGURE 2** Les médicaments d'automédication
- FIGURE 3** Marché européen de l'automédication en 2014
- FIGURE 4** Caractéristiques de l'échantillon

## BIBLIOGRAPHIE

1. Coulomb A, Baumelou A, Ministère de la Santé et des Solidarités. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Paris: La documentation française; 2007 p. 32p.
2. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? [Internet]. 2014 mars [consulté le 13 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
3. AFIPA. Manifeste pour une automédication responsable [Internet]. 2016 [consulté le 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.veille-infosplus.fr/filagenda/files/2016/06/CP-Afipa-campagne-de-com-juin16.pdf>
4. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication, Rev Fr Aff Soc 2008;(1):81-94.
5. Fainzang S. L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. Anthropol Sociétés 2010;34(1):115-33.
6. WHO. Model list of essential medicines - 20th list [Internet]. 2017 [consulté le 21 févr 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th\\_EML2017\\_FINAL\\_amendedAug2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1)
7. AFSSAPS. Rapport Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France (1998-2008) [Internet]. 2010 [consulté le 26 sept 2017]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3b13d02741902933e1f930db3d882603.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3b13d02741902933e1f930db3d882603.pdf)
8. ANSM. Ventes de médicaments en France : le rapport d'analyse de l'année 2012 [Internet]. 2013 [consulté le 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/Ventes-de-medicaments-en-France-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2012-Communiqué>
9. AFIPA. 15ème baromètre AFIPA 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 13 nov 2017]. Disponible sur: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/afipa-documents/afipa/KZ3WXcBkkFpY4rtc.pdf>
10. Adnet F, Atout S, Galinski M, Lapostolle F. Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. Réanimation. 2005;14(8):721-6.
11. Tjølsen A, Lund A, Hole K. Antinociceptive effect of paracetamol in rats is partly dependent on spinal serotonergic systems. Eur J Pharmacol 1991;193(2):193-201.
12. Pini LA, Sandrini M, Vitale G. The antinociceptive action of paracetamol is associated with changes in the serotonergic system in the rat brain. Eur J Pharmacol 1996;308(1):31-40.
13. Mallet C, Eschalier A, Daulhac L. Paracetamol: Update on its Analgesic Mechanism of Action. Pain Relief Cecilia Maldonado IntechOpen [Internet]. 2017 [consulté le 21 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.intechopen.com/books/pain-relief-from-analgesics-to-alternative-therapies/paracetamol-update-on-its-analgesic-mechanism-of-action>
14. Kerckhove N, Mallet C, François A, Boudes M, Chemin J, Voets T, et al. Ca(v)3.2 calcium channels: the key protagonist in the supraspinal effect of paracetamol. Pain 2014;155(4):764-72.

15. Feldberg W, Gupta KP, Milton AS, Wendlandt S. Effect of pyrogen and antipyretics on prostaglandin activity in cisternal c.s.f. of unanaesthetized cats. *J Physiol* 1973;234(2):279-303.
16. Ayoub SS, Botting RM, Goorha S, Colville-Nash PR, Willoughby DA, Ballou LR. Acetaminophen-induced hypothermia in mice is mediated by a prostaglandin endoperoxide synthase 1 gene-derived protein. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004;101(30):11165-9.
17. Dewall CN, Macdonald G, Webster GD, Masten CL, Baumeister RF, Powell C, et al. Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence. *Psychol Sci* 2010;21(7):931-7.
18. Durso GRO, Luttrell A, Way BM. Over-the-Counter relief from pains and pleasures alike. *Psychol Sci* 2015;26(6):750-8.
19. Mischkowski D, Crocker J, Way BM. From painkiller to empathy killer: acetaminophen (paracetamol) reduces empathy for pain. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2016;11(9):1345-53.
20. Jensen MS, Rebordosa C, Thulstrup AM, Toft G, Sørensen HT, Bonde JP, et al. Maternal Use of Acetaminophen, Ibuprofen, and Acetylsalicylic Acid During Pregnancy and Risk of Cryptorchidism. *Epidemiology* 2010;21(6):779.
21. Lecomte T. Chiffres de l'automédication en France et à l'étranger. *Actual Doss En Santé Publique* 1999;27:30-1.
22. Pouillard J. Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. 2001 [consulté le 13 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
23. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
24. URPS Aquitaine. La charte de l'Automédication [Internet]. [consulté le 3 oct 2017]. Disponible sur: <http://aquitaine.infirmiers-urps.org/dossiers/31/la-charte-de-l-automedication>
25. Poirier A. L'impact de la discussion autour de l'automédication sur la prescription du médecin généraliste, lors d'une consultation pour une affection aiguë : enquête par observations directes auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée en 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2016.
26. Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. - Legilux [Internet]. 2001. Disponible sur: [http://legilux.public.lu/eli/dir\\_ue/2001/83/jo](http://legilux.public.lu/eli/dir_ue/2001/83/jo)
27. Code de la sécurité sociale - Article R163-3. Code de la sécurité sociale.
28. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. 2008-641 2008.
29. ANSM. Médicaments en accès direct [Internet]. [consulté le 29 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/%28offset%29/0>
30. Ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments. 2012.
31. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br J Clin Pharmacol* 2018
32. IPSOS, AFIPA. Quelles sont les pratiques des Français en terme d'automédication ? [Internet]. 2015 [consulté le 17 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/quelles-sont-les-pratiques-des-francais-en-terme-dautomedication>

33. Roulet L, Asseray N, Foucher N, Potel G, Lapeyre-Mestre M, Ballereau F. Étude des comportements d'automédication chez les patients admis dans un service d'urgences médicales. *Thérapie* 2012;67(5):447-55.
34. Bégau B, Martin K, Haramburu F, Moore N. Rates of spontaneous reporting of adverse drug reactions in France. *JAMA* 2002;288(13):1588.
35. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, et al. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a cross-sectional multicentre survey in emergency departments. *Drug Saf* 2013;36(12):1159-68.
36. Watkins PB, Kaplowitz N, Slattery JT, Colonese CR. Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily : a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):87-93.
37. Boudjemai Y, Mbida P, Potinet-Pagliaroli V, Géffard F, Leboucher G, Brazier J-L, et al. Patients' knowledge about paracetamol (acetaminophen): a study in a French hospital emergency department. *Ann Pharm Fr* 2013;71(4):260-7.
38. Harb J. Automédication par paracétamol : que savent les malades ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Marseille; 2012.
39. Montastruc J-L, Bondon-Guittona E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance : risques et effets indésirables de l'automédication. *Thérapie*. 2016;71(2):257-62.
40. Zhang Q, Bal-dit-Sollier C, Drouet L, Simoneau G, Alvarez J-C, Pruvot S, et al. Interaction between acetaminophen and warfarin in adults receiving long-term oral anticoagulants: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67(3):309-14.
41. Verbrugge LM. Health Diaries. *Med Care*. 1980;18(1):73.
42. Wheeler L, Reis HT. Self-Recording of Everyday Life Events: Origins, Types, and Uses. *J Pers* 1991;59(3):339-54.
43. Aiach P. Approche sociologique des données de morbidité. *Sci Soc Santé* 1986;4(1):75-95.
44. Lucas A-S. L'utilisation des journaux personnels pour établir un état des lieux de l'automédication auprès d'habitants de Loire-Atlantique et de Vendée : analyse de l'outil méthodologique et étude pilote [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2013.
45. Projet ANR [Internet]. ANR. [consulté le 25 janv 2018]. Disponible sur: [http://www.agence-nationale-recherche.fr/projet-anr/?tx\\_lwmsuivibilan\\_pi2\[CODE\]=ANR-12-DSSA-0003](http://www.agence-nationale-recherche.fr/projet-anr/?tx_lwmsuivibilan_pi2[CODE]=ANR-12-DSSA-0003)
46. Villegoueix J. « Maux quotidiens, auto soins et automédication »: analyse des pratiques et des comportements à partir de journaux personnels de santé dans une population de Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2016.
47. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 1<sup>re</sup> éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
48. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie* 1998;53(2):127-35.
49. Molina N. L'automédication. Paris: Presses universitaires de France; 1988.
50. Aiach P, Cèbe D. Expression des symptômes et conduites de maladie : facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation. Paris: Doin; 1991.
51. Fainzang S. Automédication et nouvelles technologies. *Bull Ordre Natl Médecins* 2015;38:12-5.
52. Sproule BA, Busto UE, Buckle C, Herrmann N, Bowles S. The use of non-prescription sleep products in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):851-7.

53. Bui M-C. Utilité du Paracétamol dans l'amélioration du sommeil : étude épidémiologique transversale exploratoire sur l'avis et la pratique de patients et médecins généralistes en Auvergne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont-Ferrand; 2014.
54. van de Glind EM, Hooft L, Tulner LR, Tulen JH, Kuper IM, Hamburger HL, et al. Acetaminophen for self-reported sleep problems in an elderly population (ASLEEP): study protocol of a randomized placebo-controlled double-blind trial. *Trials* 2014;15:10.
55. Barthe J-F. Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques. *Rev Fr Sociol* 1990;31(2):283-96.
56. Bergot-Le Floch A-L, Moulin P, Haxaire C. L'automédication et ses déterminants. 2015 [consulté le 20 juill 2017]; Disponible sur: [https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2003/files/2015/12/ACTES\\_5\\_Bergot-Le-Floch\\_Moulin\\_Haxaire.pdf](https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2003/files/2015/12/ACTES_5_Bergot-Le-Floch_Moulin_Haxaire.pdf)
57. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. *Tech Cult* 1995;(25-26):129-57.
58. Bacconnais C, Rousseau P. Automédication et médication officinale : quel rôle pour le pharmacien ? Observations directes de ces deux pratiques au comptoir des officines de Loire-Atlantique et de Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2017.
59. Jouet E, Flora LG, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. 2010 [consulté le 11 mars 2018];2010(58-59). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113/>
60. Michel F. Pratiques de l'automédication par le paracétamol en population générale : étude quantitative sur les connaissances des patients à propos du paracétamol en automédication dans le département de la Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2016.
61. Hardey M. « E-health »: the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Inf Commun Soc* 2001;4(3):388-405.
62. Gouverneur A, Bourenane H, Chung A, Daguerre C, Devarieux M, Malifarge L, et al. Comment le grand public utilise Internet pour rechercher des informations sur le médicament ? *Thérapie* 2014;69(2):169-74.
63. Romeyer H. TIC et santé : entre information médicale et information de santé. *TIC Société* 2008;2(1):29-42.
64. Wyatt S, Henwood F, Hart A, Platzer H. L'extension des territoires du patient : Internet et santé au quotidien. *Sci Soc Santé* 2004;22(1):45-68.
65. Perrot S, Bertin P, Eschalié A. Le paracétamol est-il vraiment peu efficace et dangereux ? *Société Fr Détude Trait Douleur* [Internet]. 2015 [consulté le 20 juill 2017];(3). Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissFETD/2015/dossierdumoiss150415lep-aracetamolest-ildangereuxvd.pdf>
66. Dousset V, Henry P. Céphalées chroniques quotidiennes, céphalées par abus médicamenteux Définitions, épidémiologie. *Douleur Analgésie* 2005;18(4):135-8.
67. Haas C. L'automédication et la médication officinale : étude quantitative des déterminants du choix des médicaments d'automédication : enquête par questionnaires au sein des officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2014.
68. Huchet C. Les demandes de prescriptions supplémentaires au cours des consultations de renouvellement : enquête par observation directe auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2015.

69. Fainzang S. Les médicaments dans l'espace privé : Gestion individuelle ou collective. *Anthropol Sociétés* 2003;27(2):139-54.
70. Severin A-L, Petitpain N, Scala-Bertola J, Lata arche C, Yelehe-Okouma M, Di Patrizio P, et al. Etude prospective du bon usage et de la connaissance du paracétamol pris en automédication. *Thérapie* 2016;71(3):287-96.
71. Cipolat L, Loeb O, Lata arche C, Pape E, Gillet P, Petitpain N. Le paracétamol : connaissance, usage et risque de surdosage en patientèle urbaine de médecine générale. Etude prospective descriptive transversale. *Thérapie* 2017;72(4):453-63.
72. Grézy Chabardès C. Paracétamol, aspirine et ibuprofène vendus sans ordonnance, état des lieux des connaissances des acheteurs : étude descriptive transversale dans 42 pharmacies d'officine de Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse 3; 2014.
73. Bismuth M, Oustric S, Boyer P, Escourrou B, Brillac T, Mesthe P, et al. La pharmacie familiale : enquête auprès d'un échantillon de patients en Midi-Pyrénées. *Thérapie* 2011;66(2):131-4.
74. Vitetta G. Identification des pratiques d'auto-soin à partir de la pharmacie familiale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 individus [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2016.
75. Informations pour les patients - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [consulté le 18 mars 2018]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Informations-pour-les-patients/\(offset\)/1#paragraph\\_15950](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Informations-pour-les-patients/(offset)/1#paragraph_15950)
76. Ministère de la santé. Le médicament n'est pas un produit comme les autres [Internet]. 2012 [consulté le 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/campagne-medicaments-affiche.pdf>
77. Gravier J. Paracétamol : la Suède fait marche arrière [Internet]. *Le quotidien du pharmacien*. 2014 [consulté le 5 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/10/06/paracetamol-la-suede-fait-marche-arriere\\_187356](https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/10/06/paracetamol-la-suede-fait-marche-arriere_187356)
78. Coutinet N, Abecassis P. Le développement des médicaments d'automédication : enjeux pour les firmes, les institutions de régulation et les consommateurs. *L'association d'économie sociale. Approches institutionnelles des inégalités en économie sociale*, L'harmattan 2007;1-15.
79. Canada - Ministère de la santé. Norme d'étiquetage pour l'acétaminophène révisée [Internet]. 2016 [consulté le 6 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/revisee-norme-etiquetage-acetaminophene.html>

Vu, le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vu, le Directeur de thèse,  
Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS,

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine,  
Madame la Professeure Pascale JOLLIET,

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# RESUME

## Titre

Pratiques de l'automédication par le paracétamol :  
Réflexions à partir d'entretiens et de journaux personnels de santé en  
Loire Atlantique et Vendée

### Introduction :

Le paracétamol est actuellement l'antalgique de référence, et la douleur est le principal motif de recours à l'automédication. Il est aujourd'hui le médicament le plus consommé à travers le monde ; chacun en possède dans sa pharmacie. L'avènement en 2008 de la vente dite « over the counter » est venue légitimer les pratiques existantes d'automédication par le paracétamol mais jusqu'alors taboues.

### Objectifs :

Décrire et comprendre les comportements d'automédication par le paracétamol (qui s'automédie par le paracétamol, pourquoi et comment). Les déterminants du recours au paracétamol sont-ils les mêmes que ceux de l'automédication en général ? Existe-t-il une trace d'atténuation des composantes émotionnelle et sociale de la douleur ?

### Matériels et méthode :

Analyse secondaire d'un corpus de 44 dispositifs entretiens/journaux personnels de santé menés entre mars 2014 et juin 2015 en Loire Atlantique et Vendée.

### Résultats :

Les enquêtés de classe populaire semblent davantage s'automédiquer par le paracétamol. La souffrance émotionnelle et sociale est plus marquée chez les individus de cette catégorie sociale ayant recours à cette molécule, pouvant faire évoquer une recherche inconsciente d'effets sur ces composantes de la douleur. On note par ailleurs que le médecin conserve un rôle primordial dans l'automédication, notamment concernant la constitution du savoir et dans une certaine mesure l'obtention du médicament. La banalisation de la molécule est telle qu'aux yeux de certains, elle va jusqu'à perdre son statut de médicament, faisant ainsi occulter ses risques potentiels majeurs et aboutissant à des consommations qui ne sont plus nécessairement conscientisées. Bien que globalement, les pratiques se cantonnent au cadre des pathologies aiguës bénignes, dans le but d'obtenir un soulagement rapide, les situations d'usages détournés et de surdosages ne sont pas rares.

### Conclusion :

Si le respect des règles de bonnes pratiques garantit une parfaite innocuité du paracétamol, sa banalisation expose aujourd'hui la population à des situations de mésusages et de surdosages devant appeler à la vigilance. L'essor de l'automédication encouragé par les autorités doit ainsi être accompagné d'informations accessibles et adaptées au public pour garantir une balance bénéfice-risque favorable à la pratique de l'auto-soin. C'est aussi le rôle du médecin généraliste de contribuer à cette éducation en santé.

## Mots-clés

Automédication, paracétamol, antalgiques, journaux de santé, médecine générale