

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N° 004.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Hemant GHOORAH
né le 28.12.1985 à l'île Maurice

Sandrine DESPLANS
née le 05.09.1985 à Lille

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2016

**ÉTUDE DES PRATIQUES D'AUTOMÉDICATION
DE PATIENTÈLES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES
EN LOIRE-ATLANTIQUE ET EN VENDÉE**

Président : Madame le Professeur Leïla Moret
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent Brutus
Membres du jury : Monsieur le Professeur Lionel Goronflot
Monsieur le Professeur Eric Dailly

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

A mes parents,

Vous m'avez toujours soutenu,

Merci à toi maman pour ta patience, tes re-re et relectures précieuses, je sais que tu as souvent eu les oreilles qui saignaient en m'entendant parler,

A toi papa, parti trop tôt, j'espère que de là-haut tu es fier de moi.

A mon frère et ma sœur,

Sébastien, je serai enfin libre de venir vous voir sans penser à mon travail qui n'avance pas...

Marianne, je sais que tu as dû faire d'énormes efforts pour ne pas parler pendant que j'essayais de me concentrer, tu n'y es d'ailleurs jamais parvenue. Merci aussi d'avoir trouvé le 250^{ème} mot de mon résumé !

A mon mari,

Merci de m'avoir supporté ces dix dernières années, d'avoir renoncé à quelques parties de pêche si précieuses et à tant de sorties pour que je puisse travailler.

A mes enfants,

Zélie, ma grande fille chérie, Simon mon petit ange, et Henri mon petit loulou adoré.

A mes beaux parents,

Merci d'avoir gardé les enfants si souvent.

A mes amis,

Aurore, promis, les prochaines vacances au ski seront chez toi,

Pauline, merci d'avoir rendu l'externat plus sympa,

Cynthia, Frédo, Agnès, Biscotte ... Enfin bref, la bande de Moulins, je suis enfin libre de sortir sans regarder l'heure ! Pas de bol, maintenant il y a les enfants !

A Hemant,

Tu m'as épargné la corvée des statistiques, et tu as bien avancé quand les événements malheureux m'ont obligé à faire une pause.

A Madame le Professeur Leïla Moret,

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

A Monsieur le Professeur Lionel Goronflot,

A Monsieur le Professeur Eric Dailly,

Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail et d'avoir accepté de participer à ce jury.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Merci de votre engagement dans notre travail et de toute l'aide que vous nous avez apportée.

**A mes maitres de stages, aux différents professionnels de santé que j'ai pu
rencontrer durant mon cursus,**

Merci d'avoir enrichi mon domaine de connaissances.

A mes nouveaux collègues de travail,

*Pierrick, l'attente fut longue mais c'est bon, il y aura bientôt un deuxième médecin installé au
cabinet.*

Laurence, je te remercie de ton aide précieuse et des petits cafés pris en papotant.

*Les deux Gaëlle, Olivier, Solène, Emeline et Audrey, j'espère que notre collaboration se
déroulera dans la joie et la bonne humeur.*

Sandrine Desplans,

Novembre 2015.

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant rendu possible, d'une manière ou d'une autre, la réalisation de ce travail.

Je remercie de tout cœur notre directeur de thèse, le Dr. Laurent Brutus, pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée. Ses explications sur l'utilisation du logiciel d'analyse statistique, les documents électroniques qu'il nous a fournis, ses suggestions d'articles scientifiques, ses conseils sur la rédaction, ses relectures, sa disponibilité, la rigueur scientifique dont il fait preuve, les innombrables échanges par e-mail et le fait qu'il ait le contact facile m'ont été indispensables au cours de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à notre Présidente du jury, Mme. le Professeur Leïla Moret, et aux membres du jury, M. le Professeur Lionel Goronflot et M. le Professeur Eric Dailly, pour le grand intérêt qu'ils portent au sujet de l'automédication.

Merci à Sandrine de m'avoir proposé de faire cette thèse avec elle. Ce projet s'est révélé être plus intéressant que je ne le pensais.

Merci également à tous ceux que je n'ai jamais encore rencontrés, mais qui ont fait que je suis devenu la personne que je suis.

Cette thèse est dédiée à ma grand-mère, mes parents, mes deux sœurs, mes amis (anciens et nouveaux, notamment Jérémie, Sophie, Pierre, Marion et Laurène). Un clin d'œil à Nestor qui, j'espère, pourra être présent au moment de la soutenance.

Enfin, je dédie ce travail aux futurs thésards qui s'intéresseront à ce domaine de recherche.

*Hemant Ghoorah,
Novembre 2015.*

“One of the reasons for its success is that science has built-in, error-correcting machinery at its very heart. Some may consider this an overbroad characterization, but to me every time we exercise self-criticism, every time we test our ideas against the outside world, we are doing science. When we are self-indulgent and uncritical, when we confuse hopes and facts, we slide into pseudoscience and superstition.”

– Carl Sagan,
The Demon-Haunted World: Science as a Candle in the Dark

“When examining evidence relevant to a given belief, people are inclined to see what they expect to see, and conclude what they expect to conclude. Information that is consistent with our pre-existing beliefs is often accepted at face value, whereas evidence that contradicts them is critically scrutinized and discounted. Our beliefs may thus be less responsive than they should to the implications of new information.”

– Thomas Gilovich,
How We Know What Isn't So: The Fallibility of Human Reason in Everyday Life

TABLE DE MATIÈRES : Chapitres

LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	12
1. LES SOINS PRIMAIRES	13
1.1. Les différents systèmes existants dans le monde.....	13
1.2. Population cible.....	16
2. L'AUTO-SOIN OU SELF-CARE	17
2.1. Les médecines alternatives.....	17
2.2. L'automédication	18
2.3. <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	22
3. NOTRE ÉTUDE.....	24
MATÉRIELS ET MÉTHODES	25
1. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	25
2. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE ET RÉPARTITION DES TÂCHES	26
2.1. Le questionnaire.....	26
2.2. Rôles de chacun des co-thésards	27
2.3. Méthode d'analyse des données.....	27
3. ANALYSE DES DONNÉES.....	29
4. LES LIMITES DE NOTRE ÉTUDE.....	30
RÉSULTATS.....	31
1. QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES.....	31
1.1. Statistiques comparatives et de morbidité.....	31
1.2. Résumé des données générales.....	36
2. RECOURS À L'AUTOMÉDICATION.....	37
3. CONSULTATIONS AU DÉCOURS DE L'AUTOMÉDICATION	43
4. EFFICACITÉ DE L'AUTOMÉDICATION	54
5. NOMBRE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS	59
6. MOYEN D'OBTENTION DES PRODUITS.....	63
7. UTILISATION DE PRODUITS NON-PRESCRITS	67
8. UTILISATION DE PRODUITS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	72
9. AUTOMÉDICATION ET RECHERCHE D'INFORMATION	77
10. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES RESPIRATOIRES.....	85
11. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES OSTÉO-ARTICULAIRES	93
12. DONNÉES DIVERSES.....	101
13. AUTOMÉDICATION À RISQUE POUR LA SANTÉ.....	108

DISCUSSION.....	115
1. VALIDITÉ DE NOTRE ÉTUDE.....	115
1.1. La méthode utilisée.....	115
1.2. Statistiques comparatives.....	118
2. RECOURS À L’AUTOMÉDICATION.....	119
3. CONSULTATIONS AU DÉCOURS DE L’AUTOMÉDICATION	123
4. EFFICACITÉ DE L’AUTOMÉDICATION	129
5. NOMBRE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS	131
6. MOYEN D’OBTENTION DES PRODUITS.....	133
7. UTILISATION DE PRODUITS NON-PRESCRITS	135
8. UTILISATION DE PRODUITS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	138
9. AUTOMÉDICATION ET RECHERCHE D’INFORMATION	141
10. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES RESPIRATOIRES ET OSTÉO-ARTICULAIRES ...	144
11. AUTOMÉDICATION À RISQUE POUR LA SANTÉ.....	150
CONCLUSION.....	156
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	158
ANNEXE A : Notre auto-questionnaire.....	168
ANNEXE B : Classification Internationale des Soins Primaires.....	171

TABLE DE MATIÈRES : Tableaux

Tableau 1.1	Comparaison de notre échantillon à la population générale de Loire-Atlantique et Vendée et à la population-type d'une salle d'attente.	31
Tableau 2.1	Données sociodémographiques caractérisant le comportement d'automédication.	38
Tableau 2.2	Données médicosociales caractérisant le comportement d'automédication.	40
Tableau 2.3	Variables explicatives indépendantes associées au comportement d'automédication : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 1715).	42
Tableau 3.1	Données sociodémographiques caractérisant les automédiants et la décision de consulter.	44
Tableau 3.2	Données médicosociales caractérisant les automédiants et la décision de consulter.	46
Tableau 3.3	Données sur le problème de santé caractérisant les automédiants et la décision de consulter.	48
Tableau 3.4	Connaissances et recherche d'information des automédiants et la décision de consulter.	50
Tableau 3.5	Variables explicatives indépendantes associées au fait de consulter suite à, ou au cours d'un problème de santé ayant entraîné une automédication : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 953).	53
Tableau 4.1	Efficacité de l'automédication selon les données sociodémographiques.	54
Tableau 4.2	Efficacité de l'automédication selon les données médicosociales.	55
Tableau 4.3	Efficacité de l'automédication selon les données sur le problème de santé.	56
Tableau 4.4	Efficacité de l'automédication selon les connaissances et la recherche d'information.	57
Tableau 5.1	Nombre de médicaments utilisés selon les caractéristiques sociodémographiques.	59
Tableau 5.2	Nombre de médicaments utilisés selon les caractéristiques médicosociales.	60
Tableau 5.3	Nombre de médicaments utilisés selon les données sur le problème de santé.	60
Tableau 5.4	Nombre de médicaments utilisés selon les connaissances et la recherche d'information.	61
Tableau 6.1	Moyen d'obtention des produits selon les caractéristiques sociodémographiques.	63
Tableau 6.2	Moyen d'obtention des produits selon les caractéristiques médicosociales.	64
Tableau 6.3	Moyen d'obtention des produits selon les données sur le problème de santé.	64
Tableau 6.4	Moyen d'obtention des produits selon les connaissances et la recherche d'information.	65
Tableau 7.1	Utilisation de produits non-prescrits selon les caractéristiques sociodémographiques.	67
Tableau 7.2	Utilisation de produits non-prescrits selon les caractéristiques médicosociales.	68
Tableau 7.3	Utilisation de produits non-prescrits selon les données sur le problème de santé.	69
Tableau 7.4	Utilisation de produits non-prescrits selon les connaissances et la recherche d'information.	70

Tableau 8.1	Utilisation de PSC selon les caractéristiques sociodémographiques.	72
Tableau 8.2	Utilisation de PSC selon les caractéristiques médicosociales.	72
Tableau 8.3	Utilisation de PSC selon les données sur le problème de santé.	73
Tableau 8.4	Utilisation de PSC selon les connaissances et la recherche d'information.	74
Tableau 8.5	Variables explicatives indépendantes associées à l'utilisation de PSC : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 885).	76
Tableau 9.1	Recherche d'information sur le problème de santé selon les caractéristiques sociodémographiques.	78
Tableau 9.2	Recherche d'information sur le problème de santé selon les caractéristiques médicosociales.	80
Tableau 9.3	Recherche d'information sur le problème de santé selon les données sur le problème de santé.	82
Tableau 9.4	Recherche d'information sur le problème de santé selon les connaissances.	84
Tableau 10.1	Automédication pour symptômes respiratoires selon les caractéristiques sociodémographiques.	85
Tableau 10.2	Automédication pour symptômes respiratoires selon les caractéristiques médicosociales.	86
Tableau 10.3	Automédication pour symptômes respiratoires selon les données sur le problème de santé.	88
Tableau 10.4	Automédication pour symptômes respiratoires selon les connaissances et la recherche d'information.	89
Tableau 10.5	Variables explicatives indépendantes associées à l'automédication pour symptôme(s) respiratoire(s) : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 709).	92
Tableau 11.1	Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les caractéristiques sociodémographiques.	93
Tableau 11.2	Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les caractéristiques médicosociales.	94
Tableau 11.3	Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les données sur le problème de santé.	96
Tableau 11.4	Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les connaissances et la recherche d'information.	97
Tableau 11.5	Variables explicatives indépendantes associées à l'automédication pour symptôme(s) ostéo-articulaire(s) : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 888).	100
Tableau 12.1	Automédication des hommes et des femmes selon la classe d'âge.	101
Tableau 12.2	Nombre de symptômes rapportés selon le genre.	101
Tableau 12.3	Existence d'une maladie chronique selon l'état de santé perçue.	103
Tableau 12.4	Le temps de soin selon le temps de souffrance.	104
Tableau 12.5	Idée du diagnostic selon l'existence d'un antécédent du problème.	104
Tableau 12.6	Idée du diagnostic selon le niveau d'études.	104
Tableau 12.7	Recours à un praticien non-conventionnel selon le genre.	105
Tableau 12.8	Recours à un autre praticien selon l'existence d'une maladie chronique.	105
Tableau 12.9	Adhésion à une complémentaire santé selon la couverture sociale.	106

TABLE DE MATIÈRES : Figures

Figure 1 : Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé (d'après Becker et al., 1977).	23
Figure 2 : Répartition des classes d'âge dans la population étudiée.....	31
Figure 3 : La totalité des symptômes rapportés et leurs fréquences respectives.....	32
Figure 4 : Les symptômes respiratoires et leurs fréquences respectives.	33
Figure 5 : Les symptômes ostéo-articulaires et leurs fréquences respectives.....	34
Figure 6 : Les taux d'automédication pour les cinq principales familles de symptômes suivant la vague d'enquête.	35
Figure 7 : Les taux de consultation pour les cinq principales familles de symptômes suivant la vague d'enquête.....	35
Figure 8 : Le taux d'achats pour l'occasion suivant les cinq principales familles de symptômes et la vague d'enquête.	36
Figure 9 : Les taux de maladie chronique selon la classe d'âge.....	102
Figure 10 : L'état de santé perçue comme 'bon' selon la classe d'âge.....	102
Figure 11 : L'état de santé perçue comme 'bon' et la fréquence de maladie chronique selon le niveau du diplôme.....	103
Figure 12 : Produits d'automédication déjà en leur possession, utilisés par les automédiquants ayant rapporté un symptôme ostéo-articulaire.....	107
Figure 13 : Produits d'automédication déjà en leur possession, utilisés par les automédiquants ayant rapporté des symptômes autres qu'ostéo-articulaires.....	107
Figure 14 : Les fréquences d'utilisation des différents produits.	108
Figure 15 : La répartition des médicaments de la classe 'N' du système ATC.	108
Figure 16 : La répartition des médicaments de la classe 'R' du système ATC.	109
Figure 17 : La répartition des divers PSC.....	109
Figure 18 : La répartition des médicaments de la classe 'M' du système ATC.	110
Figure 19 : La fréquence de prise prolongée d'AINS oraux selon les symptômes.....	112
Figure 20 : Le nombre de médicaments utilisés par automédiquant et leur fréquence d'utilisation...	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFIPA	Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien
ALD	Affection de Longue Durée
AMD	Aide Médicale Départementale
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMO	Assurance Médicale Obligatoire
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
AVK	Anti-Vitamine K
Bac	Baccalauréat
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
CADES	Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAPI	Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISP-2	Classification Internationale des Soins Primaires (synonyme) ICPC-2 : <i>International Classification of Primary Care</i>
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Catégorie SocioProfessionnelle
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECOGEN	Eléments de la consultation en médecine générale
EMA	European Medicines Agency
HAS	Haute Autorité de Santé
HBM	Health Belief Model
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LEEM	Les Entreprises du Médicament
MAC	Médecines Alternatives et Complémentaires
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTC	Over The Counter
P4P	Pay for Performance
PSC	Produits de Santé Complémentaires (homéopathie, produits naturels, plantes, alicaments, huiles essentielles)
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

L'automédication est une pratique courante. Elle concerne les personnes confrontées à un problème de santé. Après l'apparition d'un symptôme, elles ont le choix non exclusif d'attendre, d'essayer de se soigner par elles-mêmes, ou de consulter un médecin.

Notre travail porte sur l'automédication, mais pour comprendre ce phénomène, nous devons auparavant nous intéresser à ce qu'il se passe autour. Nous évoquerons tout d'abord le fonctionnement du système de soins français, en comparaison avec celui d'autres pays notamment européens. Ensuite, nous aborderons le vaste sujet de l'auto-soin, allant de la pratique d'une activité physique, à l'équilibre alimentaire, en passant par le recours à certaines médecines alternatives, ou à l'automédication. Nous verrons alors plus précisément le parcours du médicament, de sa fabrication à son utilisation.

Après ce tour d'horizon, nous parlerons des objectifs de notre étude : connaître les motivations du recours à l'automédication, et repérer, s'il y en a, les déterminants de ce comportement.

1. LES SOINS PRIMAIRES

1.1. Les différents systèmes existants dans le monde

1.1.1. A l'étranger

Un article de l'IRDES paru en 2009, nous présente trois modèles types de l'organisation du système de soins primaires (1).

Le modèle normatif hiérarchisé que l'on retrouve en Espagne (Catalogne), en Finlande et en Suède est un système de santé organisé autour des soins primaires. Ils sont régulés par l'Etat sous une forme décentralisée et financés majoritairement par les impôts. Les soins primaires se réalisent dans des centres de santé à statut public avec des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux. Il existe parfois des services de médecine interne pour les personnes âgées, qui correspondent à nos hôpitaux locaux en France.

Le modèle professionnel hiérarchisé confie au médecin généraliste une fonction centrale. C'est le cas au Royaume-Uni, aux Pays Bas, en Australie et en Nouvelle Zélande. Le médecin généraliste a surtout un rôle de filtre et de pivot du système de soins. Il régule l'accès aux soins spécialisés (qui se font surtout à l'hôpital), mais il fait aussi de la prévention et de la coordination. Le travail se fait en équipe et les rémunérations sont mixtes.

Enfin, le modèle professionnel non hiérarchisé dans lequel il n'y a pas de projet global, ni d'organisation territoriale ou populationnelle des soins primaires. On retrouve ce modèle en Allemagne ou au Canada. Il y coexiste un système de financement collectif des dépenses de santé et une offre de soins privée. Il est possible d'accéder directement à des spécialistes avec parfois une pénalité financière. La médecine générale est majoritairement libérale, payée à l'acte et s'exerce de façon isolée. Il existe des centres de santé, mais minoritaires et destinés aux populations défavorisées.

Dans les années 90, ces systèmes de soins vont évoluer du fait du vieillissement de la population et des professionnels de santé, des coûts élevés, des nouvelles technologies...

- On retrouve tout d'abord un renforcement de la décentralisation territoriale et financière : l'Etat attribue des allocations financières aux collectivités qui doivent se responsabiliser et assumer la charge financière de leurs propres décisions.
- Les professionnels de santé se regroupent pour une approche coordonnée des soins et une meilleure coopération.
- Il existe un mode mixte de rémunération des médecins.

Ces modèles ont un objectif commun, celui de favoriser l'émergence de solutions innovantes permettant une pratique de la médecine générale basée sur les données scientifiques, une structuration de l'offre de soins autour des soins primaires et une équité en termes d'accès aux soins (tant sur le plan géographique que financier).

1.1.2. En France

Un article paru dans la revue trimestrielle du haut conseil de la santé publique (2) nous rappelle quelques notions d'histoire. On peut distinguer 3 périodes de grands changements dans l'exercice de la profession médicale.

- Avant la première guerre mondiale :

L'unification de la profession médicale s'est faite en 1892, par la loi du 30 novembre qui supprima le corps des officiers de santé (ils exerçaient surtout à l'hôpital, qui leur offrait « des corps », leur permettant de faire progresser la science) supprimant ainsi la concurrence. A cette époque il existait un régime des honoraires libres, avec parfois paiement en nature, ou actes gratuits. En 1881, les « sociétés médicales » avaient créé des tarifs syndicaux qui restaient facultatifs. En 1893, la loi institue l'assistance médicale gratuite et le tarif à l'acte dont l'usage reste limité.

- A partir des années 1920 :

Le nombre d'étudiants en médecine ne cesse d'augmenter avec une féminisation de la profession. La médecine générale libérale n'a pas de contraintes. Elle s'exerce seul majoritairement, et 80 % des cabinets se situent en ville. Les assurances sociales et le tiers payant se développent. En 1927, les syndicats médicaux se réunissant en une nouvelle Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) votent, lors du premier congrès, une charte médicale qui scelle les principes libéraux de la profession : libre choix du médecin traitant, respect du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation.

- A partir de 1945 :

Le principal changement est la création de la sécurité sociale par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, avec des principes de conventionnement, mais qui ne seront réellement appliqués qu'à partir de 1960 avec le paiement à l'acte. Dans cette période, la médecine fait de grands progrès. Un arrêté du 6 octobre 1949 établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance. Le salariat, initialement complémentaire de la médecine libérale et considéré comme une « médecine sociale », se développe de plus en plus avec l'apparition du temps plein dans les années 50. En 1958, apparaissent les CHU (Loi Debré) et, avec eux, la possibilité de « faire carrière » à l'hôpital public.

La charte de 1927 détermine encore largement l'organisation du système de soins ambulatoires en France. Mais les soins primaires qui s'inscrivaient dans un modèle professionnel non-hiérarchisé évoluent depuis plusieurs années vers les deux autres modèles. Initialement centrée sur l'hôpital, l'organisation de l'offre de soin s'est recentrée vers le secteur ambulatoire.

Une décentralisation du système de santé est apparue par la création des URCAM en 1996 (ordonnance Juppé), modifiées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Leurs missions et leurs moyens sont transférés aux ARS créées le 21 juillet 2009 par la loi HPST (3). Les ARS sont chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Elles sont également chargées de réguler, orienter et organiser l'offre des services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux et à garantir l'efficacité du système de santé notamment en matière d'équité géographique (loi Fourcade du 10 août 2011 qui réaffirme la liberté d'installation) (4).

Des aides sociales sont également apparues, permettant aux plus démunis un accès facilité aux soins. Aujourd'hui, après de nombreuses évolutions depuis 1945, toute personne qui réside et qui travaille en France est obligatoirement affiliée au régime de sécurité sociale française dont elle relève : c'est l'AMO. Mais il existe, en plus, depuis le 27 juillet 1999, la CMU « de base » qui est accordée aux personnes qui ne relèvent d'aucun régime d'assurance maladie. Seule condition

exigée : habiter en France depuis au moins trois mois. Ainsi que la CMU complémentaire, qui permet la prise en charge du ticket modérateur et de certains forfaits médicaux. Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant, et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Elle est accordée gratuitement à toutes les personnes éligibles dont les ressources sont inférieures à un certain plafond. Enfin depuis le 1^{er} janvier 2000, l'AME se substitue à l'AMD. Elle est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

La rémunération des médecins a également beaucoup évolué. Depuis la loi du 13 août 2004, les assurés sociaux ont l'obligation de déclarer un médecin traitant qui devient leur référent et qui est chargé d'organiser leur parcours de soins. Il doit tenir un dossier médical personnalisé, rédiger les protocoles de soins et faire les demandes d'ALD. Pour chaque déclaration, le médecin perçoit 40 euros par patient et par an. Sont ensuite apparus en juillet 2009 les CAPI. Ces contrats étaient passés entre le médecin et l'assurance maladie et introduisaient pour la première fois en France une rémunération en fonction de l'atteinte de certains objectifs de santé publique. Depuis juillet 2011, les CAPI ont été remplacés par la P4P, désormais appelée ROSP par l'assurance maladie. Le principe est sensiblement le même : le médecin marque des points selon qu'il remplit ou non certains objectifs (1300 points au total), 1 point équivalant à 7 euros, et perçoit chaque année un complément de revenu. Actuellement, c'est le projet de loi sur le tiers payant généralisé qui fait débat. Ce système permettrait au patient de ne plus faire l'avance des frais.

Les « maisons de santé » pluridisciplinaires se développent, même si elles restent encore peu nombreuses. Elles permettent un travail en équipe et un temps de travail choisi, car, depuis quelques années, l'exercice libéral de la médecine n'attire plus. Selon un rapport réalisé en 2009 par le Dr. Legmann (5), président du Conseil de l'Ordre des Médecins, le nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre n'avait jamais été aussi élevé. Pourtant, les disparités de leur répartition sur le territoire continuent d'augmenter, ne permettant plus un accès aux soins égal pour tous. De plus, il existe un vieillissement des professionnels (bon nombre de cabinets ferment pour cause de départ en retraite sans trouver de successeur) ainsi qu'une progression constante de la féminisation. Selon une mission confiée au Dr. Legmann en avril 2010 (5), les médecins généralistes d'aujourd'hui, pour des raisons de « contraintes familiales », de « paperasserie » ou encore de charges trop lourdes, ne souhaitent plus s'installer, préférant le remplacement (+ 523 % en 20 ans) ou le salariat.

Enfin depuis quelques années, on peut se demander si les pouvoirs publics ne tentent pas de donner un rôle de répartiteur plus qu'un rôle de soignant au médecin généraliste. En effet, de plus en plus d'actes sont délégués aux autres professions médicales. Les sages-femmes peuvent faire les suivis de grossesse (6), de la prévention/contraception (7) et certaines vaccinations (8). Les pharmaciens peuvent gérer l'équilibration des patients sous AVK (9), et un projet de loi voudrait leur permettre de faire les vaccinations. Les infirmières se spécialisent dans le suivi de certaines maladies chroniques (10). Toutes ces réformes font débat. Est-ce pour permettre un meilleur suivi du patient en recentrant l'activité sur les missions principales (la couverture vaccinale notamment) ? Est-ce pour pallier à une pénurie de médecins ? Ou tout simplement est-ce un moyen de faire des économies ? Le tout est de redéfinir clairement le rôle de chacun et d'insister sur la notion de collaboration entre les différents intervenants.

1.2. Population cible

Le carré de White est une figure issue de travaux réalisés par White, Williams et Greenberg, et publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical Care » (11). Il situe les soins primaires par rapport aux soins secondaires et tertiaires. Lorsque l'on parle de soins primaires, une partie de la population a déjà été sélectionnée : les personnes qui ne ressentent aucun symptôme et celles qui ressentent un problème de santé mais qui ne consultent pas en sont exclus. C'est ce que Verbrugge et Ascione décrivent en 1987 par « the iceberg of morbidity » (12) : les médecins ne voient que la partie émergée de l'iceberg, la partie immergée concernant tous les problèmes de santé ressentis par le patient mais non rapportés au médecin.

L'étude ECOGEN (13) réalisée en 2012 en observation directe et ayant pour but d'analyser les motifs de recours en soins primaires a permis d'éliminer un certain nombre de biais que l'on retrouve dans les études réalisées en salle d'attente, mais pas le biais de sélection. Elle a donc permis une analyse plus fine de la partie émergée de l'iceberg en France, mais la partie immergée est demeurée une inconnue.

Un peu plus tôt, en 2011, McAteer (14) et Elliott (15) réactualisent cette vision de l'iceberg, leur but étant de connaître la taille de la partie immergée. Leur étude a été réalisée au Royaume-Uni. 8000 adultes de 18 à 60 ans sélectionnés de façon aléatoire ont reçu un questionnaire recueillant des informations sur 25 symptômes physiques ou psychiques allant du plus banal au plus grave. Ces informations concernaient les caractéristiques des symptômes, les mesures prises pour les gérer, mais elles contenaient également des données démographiques et socio-économiques. Sur les 2 semaines précédentes (au moment où ils remplissaient le questionnaire) le nombre de symptômes ressentis variait de 0 à 22. Les 5 principaux étaient l'asthénie, les céphalées, les douleurs articulaires et dorsales et les troubles du sommeil. Pour un peu moins de la moitié des symptômes, les personnes ne faisaient rien du tout, pour 35 % les personnes ont effectué de l'auto-soin et pour 12 % elles ont consulté un professionnel de santé. Pour 25 % de tous les symptômes, l'utilisation de médicaments OTC était la stratégie préférentielle. Le médecin généraliste a été le professionnel de santé le plus consulté (8 % des symptômes). Enfin, les caractéristiques des symptômes (gravité, durée) influent davantage sur la prise en charge que les caractéristiques démographiques ou socio-économiques.

2. L'AUTO-SOIN OU *SELF-CARE*

Norbert Elias, philosophe allemand du 20^{ème} siècle, a montré comment les transformations structurelles de la société mènent progressivement à un renforcement des autocontrôles par les individus (16), notamment dans le domaine de la santé. La responsabilisation accrue de chacun conduit en quelque sorte la personne atteinte d'une maladie chronique à devenir « médecin de soi-même ». C'est le concept de « *self-care* » apparu dans les années 70.

Le *self-care* est aujourd'hui défini par l'OMS (17) comme le fait pour une personne de « prendre soin de soi par soi-même, afin d'établir sa santé, de la maintenir, de prévenir la maladie et de la traiter ». C'est de ce terme que découle la notion d'auto-soin, définie par l'OMS comme la « décision que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé ».

L'auto-soin fait donc référence aux 2 parties de l'iceberg décrit plus haut, avant tout la partie immergée qui concerne tout ce que les gens font pour être et rester en bonne santé (alimentation, exercice physique...), mais aussi la partie émergée. C'est le cas par exemple de l'éducation thérapeutique qui « vise à aider les patients à acquérir et à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (18). Il s'agit donc de redéfinir le partage des soins et des responsabilités entre soignants et soignés. C'est le cas aussi de tous les « petits maux » pour lesquels les personnes ne consultent pas.

Selon Claude Le Pen, économiste de la santé, « deux univers cohabitent et se recoupent, celui de la maladie contre laquelle on se défend et celui du capital santé qu'on doit préserver » (19).

La culture du « bien être » est devenue depuis la deuxième partie du 20^{ème} siècle, voire le dernier tiers (20), un domaine en plein essor. Elle regroupe les « médecines alternatives », ou les médicaments en libre service pour rester dans le domaine médical, mais peut s'étendre à beaucoup d'autres domaines (alimentation, écologie, sport,...).

2.1. Les médecines alternatives

De plus en plus de Français ont recours aux MAC. Selon un sondage du Point paru en 2010 (21), 39 % d'entre eux déclaraient avoir recours aux médecines naturelles au moins une fois dans l'année. Et selon un article paru dans le magazine MARIANNE en mai 2013, 60 % des complémentaires santé prévoient un forfait « médecines alternatives » dans leur contrat (19).

L'une des principales raisons du succès des MAC, n'est-elle pas la déshumanisation de la médecine moderne ? À l'hôpital, le malade n'est plus qu'un numéro sur une étiquette ; il est de plus en plus difficile d'identifier « son » médecin. En effet, les patients se plaignent souvent lors de leurs séjours hospitaliers de ne jamais avoir le même interlocuteur : différents internes, les praticiens hospitaliers, parfois les chefs de services, sans parler des infirmières et aides soignantes qui se succèdent dans une même journée. En ville, l'activité du médecin de famille se modifie. Il a de moins en moins de temps à passer avec le patient, et les visites à domicile (qui permettent aussi de mieux connaître une personne) se raréfient, par manque de temps et de rentabilité. Selon un article du Point d'octobre 2010 sur les MAC (21), la médecine conventionnelle n'a pas perdu son efficacité mais son humanité, et c'est cela que les personnes vont retrouver dans ces médecines « parallèles » dites holistiques, c'est-à-dire qu'elles s'adressent autant au corps qu'à l'esprit.

Parmi ces MAC et selon les définitions du dictionnaire LAROUSSE, on retrouve : l'ostéopathie (méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrales ou

musculaires), l'étiopathie (méthode de médecine naturelle par manipulation qui recherche l'origine de la douleur), la mésothérapie (méthode thérapeutique consistant à injecter des médicaments par voie intradermique à des doses minimales), la phytothérapie (le traitement ou la prévention des maladies par l'usage des plantes), la réflexothérapie (méthode thérapeutique consistant à provoquer des réflexes au niveau d'une région située à distance de celle qui est atteinte), la naturopathie (l'ensemble de pratiques visant à aider l'organisme à guérir de lui-même par des moyens exclusivement naturels), la médecine traditionnelle chinoise dont l'acupuncture (qui consiste à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique), la sophrologie (basée sur l'hypnose et la relaxation et qui permet de combattre la douleur), la médecine traditionnelle indienne (ayurvédique), l'homéopathie (basée sur la mémoire moléculaire et qui consiste à prescrire à un malade, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente) ou encore l'EMDR (l'auto-guérison par les mouvements oculaires), la chromothérapie, l'hypnose, le reiki...

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins reconnaît 4 de ces médecines alternatives : l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie et la mésothérapie, et 30 à 40 % des médecins généralistes exerceraient une médecine alternative selon le président de l'Union Nationale des Médecins à exercice particulier (magazine MARIANNE 2013) (19).

Bon nombre de ces thérapeutes exercent également à l'hôpital, parfois de façon non officielle, comme les « coupeurs de feu » dans certains services (urgences, oncologie...).

2.2. L'automédication

2.2.1. Définition

L'automédication est définie par le Conseil de l'Ordre des Médecins (22) comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». Par conséquent, comme le médicament est un produit ayant reçu une AMM, qu'elle soit française ou européenne, cette définition est celle retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens.

En 2007, le ministre de la santé Xavier Bertrand charge Alain Coulomb et Alain Baumelou de mener une réflexion sur les conditions de développement du secteur de l'automédication en France (23). Pour cela, les groupes de travail se sont accordés pour redéfinir l'automédication « comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi, est définie comme automédication, 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'automédication étant désormais un comportement, la définition se rapproche de celle du *self-care*. Nous allons ici nous concentrer sur l'automédication « médicamenteuse ».

L'automédication a beaucoup augmenté depuis quelques années. En 2008, avec l'autorisation d'installer des rayonnages de médicaments en accès libre dits « Over The Counter » (24), les observateurs s'attendaient à une plus forte augmentation encore, mais selon une enquête du FIGARO en 2014 (25), les chiffres n'explorent pas et semblent même diminuer avec un recul de 3 % du chiffre d'affaire des médicaments vendus sans ordonnances en 2013 par rapport à 2012.

Le 20 janvier 2015, l'AFIPA a présenté les résultats de son 13^{ème} baromètre (26) concernant les produits d'automédication. Le marché semble s'être redressé en 2014 notamment grâce aux produits d'antalgie, de dermatologie et des troubles digestifs dont les fabricants ont largement utilisé la publicité grand public. La grève des médecins généralistes fin 2014 a également fait augmenter les ventes de 15 %. Selon les études, l'automédication concernait 70 à 80 % des Français et 7,6 % du marché pharmaceutique global en France en 2012, et était nettement inférieure à celle de nos voisins européens (27). Elle est aujourd'hui encouragée par les pouvoirs publics pour les « situations bénignes » comme les douleurs, l'insomnie, la fatigue, la toux, le mal de gorge, la constipation, la fièvre peu élevée, les problèmes cutanés banals... Des maux dont l'intensité ou la gêne fonctionnelle ne sont pas de nature à limiter les activités habituelles. Il existe alors un discours assez contradictoire de la part des pouvoirs publics, avec une frontière assez mince entre prise de risque et prise d'autonomie, qui initialement déconseillaient l'automédication à l'aide de la communication grand public (magazines télévision, internet...), puis qui l'autorisent et même l'encouragent. Car associée aux remboursements massifs, aux « switches » ou délistages des médicaments à prescription obligatoire vers la prescription facultative, au développement des spécialités génériques, elle permet de réduire les coûts de santé supportés par la sécurité sociale. Un rapport de l'AFIPA de décembre 2003 montre qu'en 2002 le développement de génériques a permis une économie de 500 millions d'euros, et l'automédication une économie trois fois plus importante. Et cela sans compter les économies faites sur les visites et consultations évitées (28). Selon l'INSEE, au deuxième trimestre 2014, la contribution des administrations de sécurité sociale (qui regroupent l'ensemble des entités juridiques et institutionnelles chargées du service public de la sécurité sociale) à la dette (des administrations de sécurité sociale et des administrations publiques locales) a diminué de 3,9 Md€ (29), les principaux mouvements venant de la CADES.

L'automédication semble être une pratique courante, avec ses avantages et ses inconvénients. Selon différentes études à ce sujet (30–33), les avantages sont un gain de temps pour le patient, ainsi que pour le médecin qui peut se consacrer aux pathologies plus lourdes, et les inconvénients concernent le problème du retard au diagnostic, les interactions et les mésusages.

Les « règles » à retenir selon les recommandations de l'AFSSAPS (34) sont :

- Faire valider son choix par le pharmacien ;
- Etre très vigilant en cas de grossesse, d'allaitement, de maladies chroniques ou pour un enfant ;
- Privilégier la monothérapie ;
- Lire la notice d'utilisation ;
- Respecter les modalités de prise : posologie, durée... ;
- Consulter son médecin si les symptômes persistent et l'informer de l'automédication ;
- Contacter son médecin ou son pharmacien en cas d'effets indésirables.

2.2.2. Le médicament

Selon l'article L5111-1 du code de la santé publique (35), « on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

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

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

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

Tout médicament, avant d'être commercialisé, doit recevoir une AMM (36). Cette autorisation est délivrée par les autorités compétentes que sont l'EMA et l'ANSM en France. Ces AMM sont ensuite publiées au journal officiel avec un numéro d'enregistrement que l'on retrouve sur le conditionnement « médicament autorisé n° ». S'il n'y a pas eu de demande de remboursement, le médicament est directement commercialisé, sinon, la commission de transparence de l'HAS évalue le Service Médical Rendu (SMR) ou l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR). A partir de là, le Comité Economique des Produits de santé (CEPS) négocie les prix, mais la décision finale revient à l'UNCAM. Le prix comprend le Prix Fabriquant hors Taxes (PFHT), la marge du grossiste répartiteur, la marge du pharmacien et la TVA.

Depuis 1994, il existe une ATU (37) pour permettre un accès plus rapide à un médicament dans des cas graves ou lorsqu'il n'y a pas d'équivalent.

Pour ce qui est de la fabrication du médicament jusqu'à son arrivée dans les mains du consommateur, plusieurs étapes se succèdent :

Une entreprise pharmaceutique peut vendre son médicament à une officine, une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), ou à un grossiste répartiteur. Les établissements de santé qui possèdent une PUI achètent 95 % de leurs médicaments directement auprès des entreprises pharmaceutiques ou de leurs dépositaires. Les officines achètent dans 80 % des cas à des grossistes répartiteurs. Depuis 2009, elles peuvent mutualiser leurs achats de médicaments non remboursables auprès de centrales d'achats.

Tous ces établissements de santé sont autorisés et irrégulièrement inspectés par l'ANSM.

La définition réglementaire ne recouvre qu'une facette de ce qu'est un médicament. On peut aussi le définir principalement par son mode de délivrance (les médicaments de prescription médicale obligatoire versus médicaments de prescription médicale facultative) et par sa prise en charge ou son absence de prise en charge par les régimes de base. Ces deux critères permettent de classer les médicaments.

	Prescription obligatoire (liste 1 et 2, stupéfiants)	Prescription non obligatoire (hors liste)
Remboursable	ETHIQUE	SEMI-ETHIQUE (AUTOMEDICATION POTENTIELLE)
Non-remboursable	ETHIQUE	AUTOMEDICATION STRICTE

Les médicaments qui nécessitent une prescription médicale sont appelés médicaments éthiques. Ils comprennent les médicaments de la liste 1 ou 2 et les stupéfiants. Ils ont un prix fixé et ne peuvent faire l'objet de publicité en direction du grand public.

Les médicaments qui sont de prescription médicale facultative se divisent en deux catégories :

- Les médicaments semi-éthiques qui peuvent être remboursés par l'AMO s'ils ont été prescrits par un médecin ;
- Les médicaments OTC non-remboursés et dont le prix est libre. La liste est établie par l'ANSM depuis le 1^{er} juillet 2008.

Ceux-ci font l'objet d'une publicité « grand public » qui est contrôlée par la commission de contrôle de la publicité et du bon usage des soins.

L'automédication médicamenteuse ne devrait donc concerner que les médicaments à prescription non-obligatoire et non-remboursés. Cependant les personnes confrontées à un problème de santé ont toujours la possibilité de réutiliser dans « l'armoire à pharmacie familiale » des médicaments de la liste 1 ou 2, voire des stupéfiants, qui leur avaient été prescrits auparavant et qu'ils n'avaient pas totalement utilisés.

Cela amène l'OMS (27) et l'AFIPA (38) à parler d'automédication responsable ou automédication rationnelle.

Cependant, il convient également de s'intéresser à la représentation mentale du médicament (effet placebo ou nocebo). Selon le Pr. Gérard Ostermann (39), le médicament agit « sur l'activité psychique inconsciente qui jauge la maladie sur la représentation mentale de celle-ci [...] la forme per os rappelant le stade oral des premiers mois de vie », et dans une époque de grands progrès techniques, de surconsommation..., le médicament devient presque un aliment avec lequel on se « remplit » pour « faire taire » la maladie. Parfois, l'automédication devient même une toxicomanie, ou encore, le médicament devient un objet transitionnel qui guérit de tous les maux.

2.3. *Health Belief Model (HBM)*

Vu sa pertinence dans le domaine du recours aux soins, il nous paraît essentiel d'exposer brièvement ce que l'on entend par le modèle de croyances relatives à la santé ou plus communément, le *Health Belief Model* (HBM).

Développé dans les années 1950 pour tenter d'expliquer pourquoi les campagnes de dépistage aux Etats-Unis, de la tuberculose en particulier, n'avaient pas le succès escompté, l'HBM est devenu l'un des outils théoriques les plus utilisés dans le domaine de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé (40). En bref, ce modèle permet d'identifier les facteurs psychosociaux et leur interaction qui déterminent si une personne décide d'adopter ou pas certains comportements afin d'améliorer son état de santé. Il stipule qu'une personne peut agir pour prévenir une maladie (ou une condition désagréable) si elle possède les connaissances minimales en matière de santé et si elle considère cette dernière comme une dimension importante (41,42). Surtout, ce qui sous-tend l'HBM est la notion de croyances personnelles et de perceptions par rapport au problème de santé et par rapport aux stratégies qui sont accessibles ou non à la personne (40). Les cinq perceptions qui déterminent si une personne ira jusqu'à adopter un comportement pour prévenir la détérioration de sa santé sont (40,43) :

- La perception de la sévérité des conséquences (d'une maladie ou d'une condition désagréable) ;
- La perception de sa vulnérabilité (les risques engendrés par la maladie) ;
- La perception des bénéfices de l'action préventive (en quoi le comportement est utile) ;
- La perception du coût de l'action préventive (les obstacles entravant l'adoption du comportement) ;
- La perception de son auto-efficacité (la croyance qu'elle est capable d'adopter le comportement).

Certaines variables peuvent modifier les perceptions ci-dessus, par exemple, les facteurs culturels, le niveau d'études, l'expérience antérieure, les compétences et la motivation (40). Un sixième élément qui influence la décision de la personne est l'incitation à l'action. Plusieurs facteurs peuvent inciter une personne à adopter un nouveau comportement, à savoir d'autres personnes, des événements ou de l'information. La Figure 1 à la page suivante résume l'HBM (42). La limitation majeure de l'HBM est qu'il considère seulement les croyances liées à la santé ou à la maladie (41,42), et donc, ne permet pas d'expliquer les comportements qui ont leur origine dans des motifs autres que la santé.

L'automédication est un des comportements que peuvent adopter les personnes en réponse à un problème de santé. Les motifs qui poussent les personnes à s'automédiquer peuvent être aussi bien en rapport avec la santé (par exemple, guérir, mieux dormir, etc.) que sans rapport (par exemple, gagner du temps et économiser de l'argent en évitant le passage chez le médecin). La décision de consulter ou pas un médecin alors qu'une personne a déjà commencé à s'automédiquer peut aussi être analysée dans le contexte de l'HBM. Dans ce sens, l'HBM peut être un paradigme utile pour interpréter les résultats obtenus dans notre étude.

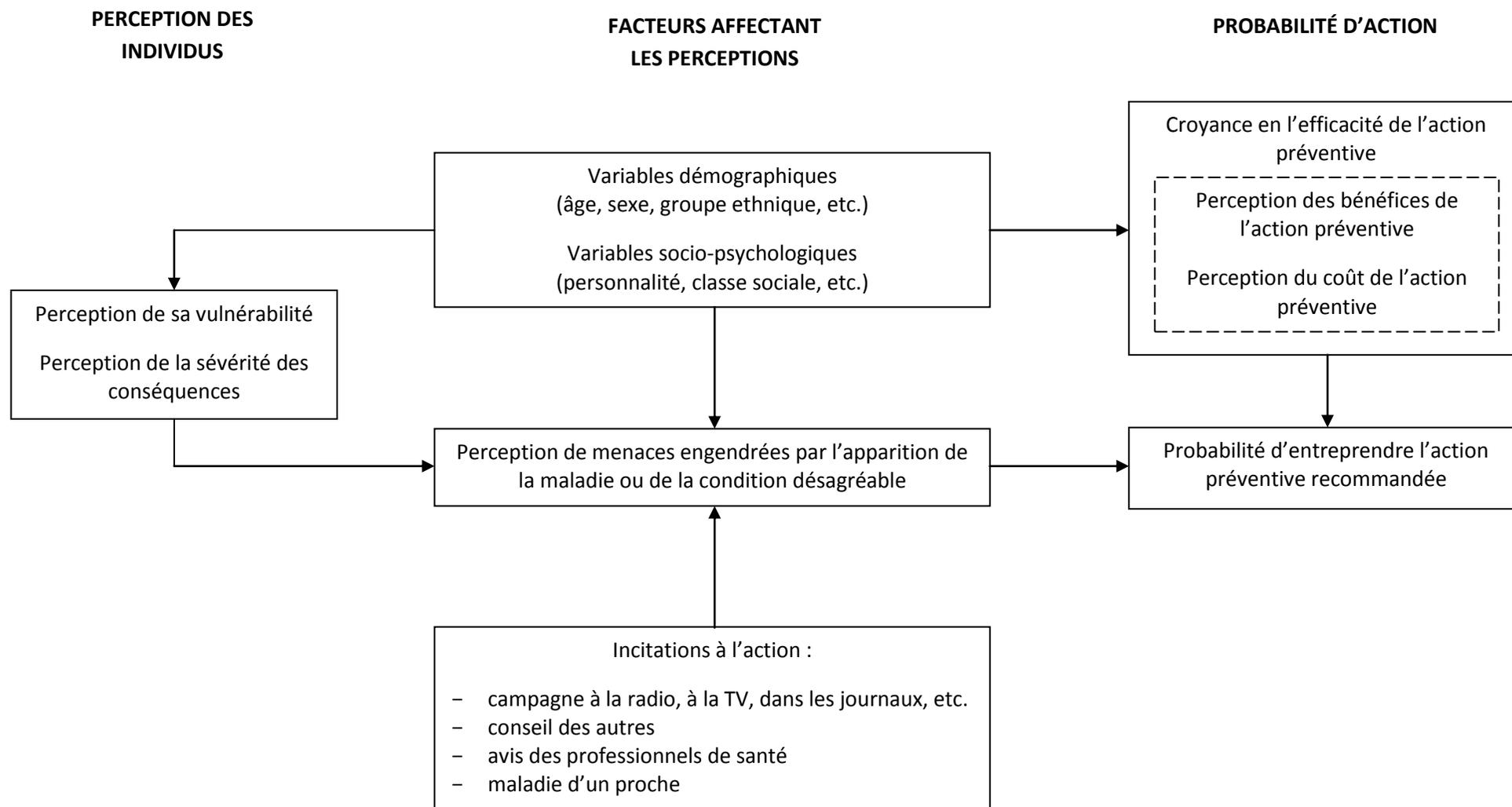


Figure 1 : Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé (d'après Becker et al., 1977).

3. NOTRE ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude transversale de type descriptif. Celle-ci s'est déroulée de mai 2013 à mai 2014 à l'aide de questionnaires distribués aux patients dans différents cabinets de médecine générale de Loire-Atlantique.

L'objectif principal était de dresser un « portrait type » des personnes ayant recours à l'automédication, et de le comparer aux études précédentes. Jusqu'ici, les résultats décrivaient plutôt une jeune femme urbaine, ayant des enfants et appartenant aux catégories sociales supérieures (44).

Les objectifs secondaires consistaient à :

- Décrire les motivations et les motifs principaux du recours à l'automédication : était-ce volontaire (gain de temps, maux bénins...) ou forcé (déserts médicaux, manque de moyens financiers...) ?
- Etablir si l'automédication était toujours rationnelle ou responsable au sens de l'OMS.
- Vérifier si les médicaments utilisés, potentiellement dangereux, étaient en adéquation avec les souffrances ressenties.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive, d'une population de patients en salle d'attente venant consulter un médecin et ayant accepté de répondre au questionnaire dont l'objectif principal, comme évoqué plus haut, était de dresser le « portrait type » de la personne pratiquant l'automédication.

L'enquête s'est déroulée de mai 2013 à mai 2014 en 2 phases de 4 semaines dans les salles d'attente de médecins généralistes (124 au total), maîtres de stage de la Faculté de Médecine de Nantes, exerçant en zone urbaine, semi-urbaine et rurale des départements de Vendée et de Loire-Atlantique et accueillant des internes de médecine générale en stage de médecine générale ambulatoire de niveau 1.

Les internes en stage au moment de l'étude étaient chargés de déposer les questionnaires en salle d'attente et d'inciter les patients à les remplir. Les patients avaient été préalablement informés des objectifs de l'étude par des affiches collées dans les secrétariats ou les salles d'attente. Les patients remplissaient eux-mêmes les questionnaires, d'une durée de 15 minutes environ, sur la base du volontariat, et l'anonymat leur était garanti. Ils déposaient ensuite les questionnaires dans des urnes mises à disposition en salle d'attente ou au secrétariat, et les internes les récupéraient.

Il n'y a pas eu de mode de sélection ni de nombre minimum de questionnaire à remplir par cabinet de médecin. Les questionnaires ont été mis à disposition des patients pendant un mois.

Les critères d'inclusion étaient d'être volontaire et majeur.

2. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE ET RÉPARTITION DES TÂCHES

2.1. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré conjointement par des médecins généralistes, des sociologues et des géographes des Universités de Nantes et d'Angers. Il a été mis au point et préalablement testé lors de la vague 0 de l'étude ayant fait l'objet de la thèse de Charlotte Desbarbieux (45).

Il était construit selon deux axes :

- La première partie du questionnaire était inaugurée par la question suivante : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souffert d'au moins un problème de santé que vous avez soigné par vous-même, sans avoir besoin de consulter votre médecin ? ». Cette partie définissait le dernier problème de santé pour lequel le patient avait eu recours à l'automédication au cours des 6 mois précédents (nature du problème, antécédent du problème, idée du diagnostic, durée des symptômes...), les avis et discussions qu'il avait pu avoir autour de ce problème et la façon dont il s'est soigné. Cette première partie permettait également de questionner les raisons du recours à l'automédication et la satisfaction occasionnée par ce comportement.
- La deuxième partie du questionnaire précisait les caractéristiques sociodémographiques de la personne : âge, sexe, activité professionnelle, niveau d'études, situation familiale, lieu de résidence, modalités d'accès aux soins, niveau de protection sociale, médecin traitant déclaré, distance à leur pharmacie et appréciation de l'état de santé.

Les 35 questions qui composaient le questionnaire étaient :

- Des questions fermées pour lesquelles les individus pouvaient choisir une ou plusieurs réponses proposées à l'avance par les rédacteurs du questionnaire. Elles permettaient de faciliter la saisie et l'analyse des réponses. Elles avaient également l'avantage de stimuler la mémoire des individus et ainsi de raccourcir le temps de remplissage du questionnaire. Cependant, les questions fermées présentent l'inconvénient de limiter le choix des réponses à celles conçues par les rédacteurs. Afin de laisser la possibilité aux individus de s'exprimer par une réponse différente, il a été introduit à la liste des réponses proposées une catégorie « autre », permettant ainsi de renseigner une nouvelle réponse n'ayant pas été proposée.
- Des questions ouvertes pour lesquelles les individus étaient libres d'écrire ce qu'ils voulaient (motifs, raisons, problèmes de santé...).

2.2. Rôles de chacun des co-thésards

Ces questionnaires ont donc été distribués en début de stage, lors d'une réunion présentant l'étude aux internes. Nous leur avons également fourni des enveloppes timbrées pour le retour des questionnaires au DMG. Nous avons ensuite vérifié par des relances téléphoniques, que l'enquête se déroulait sans problème et dans les temps.

Une fois toutes les enveloppes retournées en notre possession, nous avons compté et trié les questionnaires par cabinet et par praticien, et envoyé le tout (889 questionnaires pour la vague 1 et 1217 pour la vague 2) à un ingénieur d'étude recruté par le programme de recherche et chargé de la saisie des informations grâce au logiciel Modalisa (Kynos, Paris, France).

Une fois le travail de codage réalisé, nous nous sommes répartis les tâches de la façon suivante : Hemant Ghoorah s'est plus particulièrement chargé de l'analyse des données tandis que Sandrine Desplans se concentrait sur la rédaction.

2.3. Méthode d'analyse des données

2.3.1. Recueil des données

Il a été réalisé par un ingénieur d'étude utilisant le logiciel Modalisa (comme évoqué plus haut).

2.3.2. Exploitation des données

Le fichier que nous avons récupéré était un fichier Excel composé d'autant de lignes que de questionnaires analysables et de colonnes représentant les variables ou questions posées aux patients.

Nous avons tout d'abord renommé chaque variable afin de faciliter par la suite l'analyse statistique par le logiciel STATA (StataCorp, Texas, USA).

Nous avons ensuite débuté le travail de codage des données :

- Nous avons utilisé la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) (46) pour coder les pathologies exprimées par les patients. Ainsi à chaque symptôme exprimé a été associé une lettre correspondant à un système et un chiffre correspondant à une affection. Mais devant le grand nombre de symptômes évoqués par les patients, nous avons décidé de nous concentrer sur les 5 chapitres les plus fréquemment cités. Le chapitre A (signes généraux/non-spécifiés), le chapitre D (symptômes digestifs), le chapitre L (symptômes ostéo-articulaires), le chapitre N (symptômes neurologiques) et le chapitre R (symptômes respiratoires).
- Pour les médicaments, nous nous sommes servis de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) de l'OMS, qui utilise une lettre pour l'appareil concerné et un chiffre pour son action. Les produits de santé complémentaires (homéopathie, produits naturels, plantes, alicaments et huiles essentielles) ont été codés par la lettre 'Z' pour les différencier des médicaments de la classification ATC.

Pour les questions fermées nous avons utilisé un codage binaire chaque fois que cela était possible. Ainsi les réponses par « oui » ont toutes été codées par 1 et les réponses par « non »

ont toutes été codées par 0. De même pour la variable « sexe », le 1 a été attribué au sexe masculin, et le 0 au sexe féminin.

Dans tout le fichier, l'absence de réponse a été codée par un « vide » dans la case correspondante.

Pour les questions à choix multiples, nous avons créé autant de colonnes qu'il y avait de réponses, et attribué un 1 quand le patient avait sélectionné cette réponse et un 0 quand le patient ne l'avait pas sélectionné.

Certaines variables ont aussi été créées pour permettre une meilleure analyse des données. Par exemple, la variable booléenne 'ménage', c'est-à-dire avec (1) ou sans (0) enfant, a été créée à partir des six réponses fournies à la question 26. D'autres variables créées à partir des données recensées comprennent, entre autres : surpeuplement du logement (réponses aux questions 35 et 36), nombre d'antalgiques, d'AINS, de corticoïdes et d'antibiotiques pris par un individu, nombre de médicaments et de PSC utilisés (réponses à la question 9), nombre de symptômes rapportés (réponse à la question 3), et recours à un praticien conventionnel et/ou non-conventionnel (réponse à la question 13bis).

Pour la variable « âge » indiquée en années, nous avons regroupé trois classes: les 18-44 ans, les 45-59 ans, et les 60-90 ans.

Les variables distances domicile-médecin et domicile-pharmacie ont été dichotomisées selon les médianes (50^{ème} percentile) observées, soit 4 km et 2 km respectivement.

La médiane de l'état de santé perçue se situant à 8, nous avons défini un score de 1 à 7 comme étant une perception mauvaise ou médiocre de sa santé et un score de 8 à 10 comme étant une bonne perception de sa santé.

Le niveau d'étude a été divisé en 3 groupes : inférieur au bac, bac, et supérieur au bac.

Pour analyser la variable « catégorie socioprofessionnelle » nous avons utilisé la définition de la population active au sens du Bureau International du Travail (BIT) ; la catégorie de référence étant les employés puisque les pourcentages la concernant étaient souvent les plus proches de la moyenne générale.

Enfin, pour la couverture sociale, nous avons choisi des regroupements en trois catégories : CMU/AME, assurance maladie étudiante, et CPAM/MSA/autres régimes.

3. ANALYSE DES DONNÉES

Après avoir corrigé la saisie des données avec notre directeur de thèse, nous avons réalisé l'analyse de celles-ci grâce au logiciel de traitement statistique STATA 13 (StataCorp LP, College Station, Texas 77845 USA).

Nous avons choisi comme seuil de signification statistique la valeur $p < 5\%$ (risque alfa ou risque de rejeter à tort l'hypothèse nulle). Cependant, devant la multitude de tests réalisés, la valeur $p < 0,1\%$ nous a semblé plus pertinente.

Pour la comparaison de pourcentages, nous avons choisi d'avoir recours au test du chi-2 (χ^2). Le test du chi-2 de Pearson est un test statistique permettant d'évaluer s'il existe une relation statistiquement significative entre deux variables, ou si à l'inverse, celles-ci sont indépendantes. Il est utilisé pour savoir si une relation découverte au sein d'un échantillon étudié est valable à l'échelle de la population totale dont est tiré cet échantillon. Pour que l'on puisse affirmer qu'il existe une relation entre les variables étudiées, il faut que la valeur de « p » soit inférieure au seuil du risque alfa ($p < 0,05$). Le test de tendance du chi-2 nous a permis de déterminer si l'évolution d'une variable par rapport à une autre variable (notamment l'âge et le niveau du diplôme) suivait une tendance linéaire ou pas. Enfin, pour comparer les différentes modalités des variables CSP et couverture sociale entre elles, nous avons utilisé une régression logistique bivariée.

Pour une analyse globale des résultats nous avons dans un second temps utilisé la régression logistique multivariée. L'intérêt majeur de ce procédé est de quantifier la force de l'association entre chaque variable explicative et la variable d'intérêt, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (prise en compte des facteurs de confusion potentiels).

4. LES LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

Ce travail comporte un certain nombre de biais « intrinsèques » liés au questionnaire en auto-administration. Le recueil de données « patients » s'adresse à des patients dont le recrutement est biaisé. En effet,

- La population intéressée par l'enquête se trouve en salle d'attente de médecins généralistes. Il s'agit d'une population ayant un réel accès au soin. En effet, si l'on reprend le carré de White présenté en introduction, environ trois quarts des adultes exposés à un problème de santé ne consultent pas leur médecin généraliste.
- Nous pouvons également penser que les individus présents dans les salles d'attente de ces cabinets médicaux ont accepté la présence d'étudiants en médecine lors de la consultation, ce qui peut représenter une forme de sélection de patients. En effet, tous les patients ne souhaitent pas forcément la présence d'un étudiant lors de la visite chez leur médecin. Ainsi, la population cernée n'est sans doute pas, sur ce point, représentative de la population générale.
- Les questionnaires étaient à disposition de tous les patients venant consulter, et nous n'avons pas déterminé la population n'ayant pas répondu ou pris le temps de remplir le questionnaire (pas envie de répondre, incompréhension, étrangers, vision altérée...). Cependant, une enquête *ad hoc* a été réalisée en juin 2015 pour tenter de caractériser la population des salles d'attente et particulièrement celle des « non-répondants ».
- Le remplissage des questionnaires demandait de savoir lire et écrire. Or, en 2011, 16 % des personnes de 18 à 65 ans résidant en France métropolitaine éprouvent des difficultés dans les domaines fondamentaux de l'écrit, dont 7 % peuvent être considérées en situation d'illettrisme (47).
- Le caractère déclaratif des réponses au questionnaire faisait appel à la mémoire et favorisait le biais de mémorisation, voire un biais de sincérité et d'authenticité.
- Le questionnaire a été élaboré par des médecins, des géographes et des sociologues. Certains patients n'ont peut-être pas compris l'intitulé de certaines questions. Cette limite a été minimisée dans cette enquête par la phase de pré-test du questionnaire (vague 0).
- Le temps estimé pour remplir le questionnaire était de moins de 15 min. Pour les cabinets où les médecins n'avaient pas ou peu de retard dans leurs consultations les jours d'enquête, les patients pouvaient ne pas avoir le temps nécessaire de répondre entièrement aux questions.

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

RÉSULTATS

1. QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES

1.1. Statistiques comparatives et de morbidité

Le Tableau 1.1 ci-dessous compare la distribution selon l'âge et le sexe de la population de notre échantillon comparée à la population générale des départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2014 selon l'INSEE (48), et à la population-type d'une salle d'attente de médecine générale en France selon l'étude ECOGEN de 2012 (13). Globalement, notre population enquêtée apparaît plus jeune et plus féminine que celle des deux autres populations. Nous recueillons correctement la parole des 45-59 ans, mais sous-estimons celle des plus de 60 ans.

Tableau 1.1 Comparaison de notre échantillon à la population générale de Loire-Atlantique et Vendée et à la population-type d'une salle d'attente.

	Notre échantillon n = 2106	Populations de Loire-Atlantique et Vendée n = 1 572 869	Population-type d'une salle d'attente n = 17 174
Genre			
Homme	29,1 %	48,0 %	40,0 %
Femme	70,9 %	52,0 %	60,0 %
Age (années)			
18 – 44	49,4 %	43,8 %	32,7 %
45 – 59	24,7 %	24,9 %	23,7 %
60+	25,9 %	31,3 %	43,6 %

La Figure 2 ci-dessous représente notre échantillon subdivisé en trois classes d'âge que nous avons choisies de façon arbitraire. Les trois quarts des participants avaient entre 18 et 60 ans.

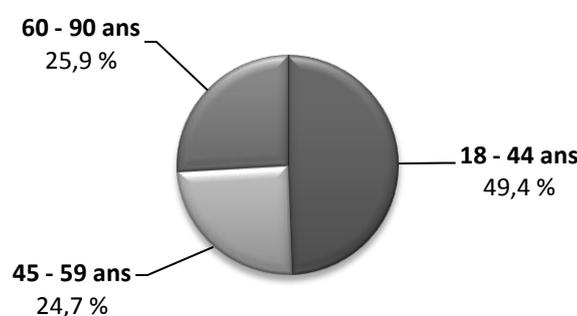


Figure 2 : Répartition des classes d'âge dans la population étudiée.

La Figure 3 ci-dessous représente toutes les familles de symptômes renseignés par les automédiquants et leurs fréquences respectives. Parmi les 1447 symptômes individuels rapportés, quasiment la moitié concernaient le système respiratoire (45,9 %), suivis de symptômes ostéo-articulaires (15,8 %), digestifs (9,5 %), neurologiques (8,6 %) et généraux/non-spécifiés (6,3 %).

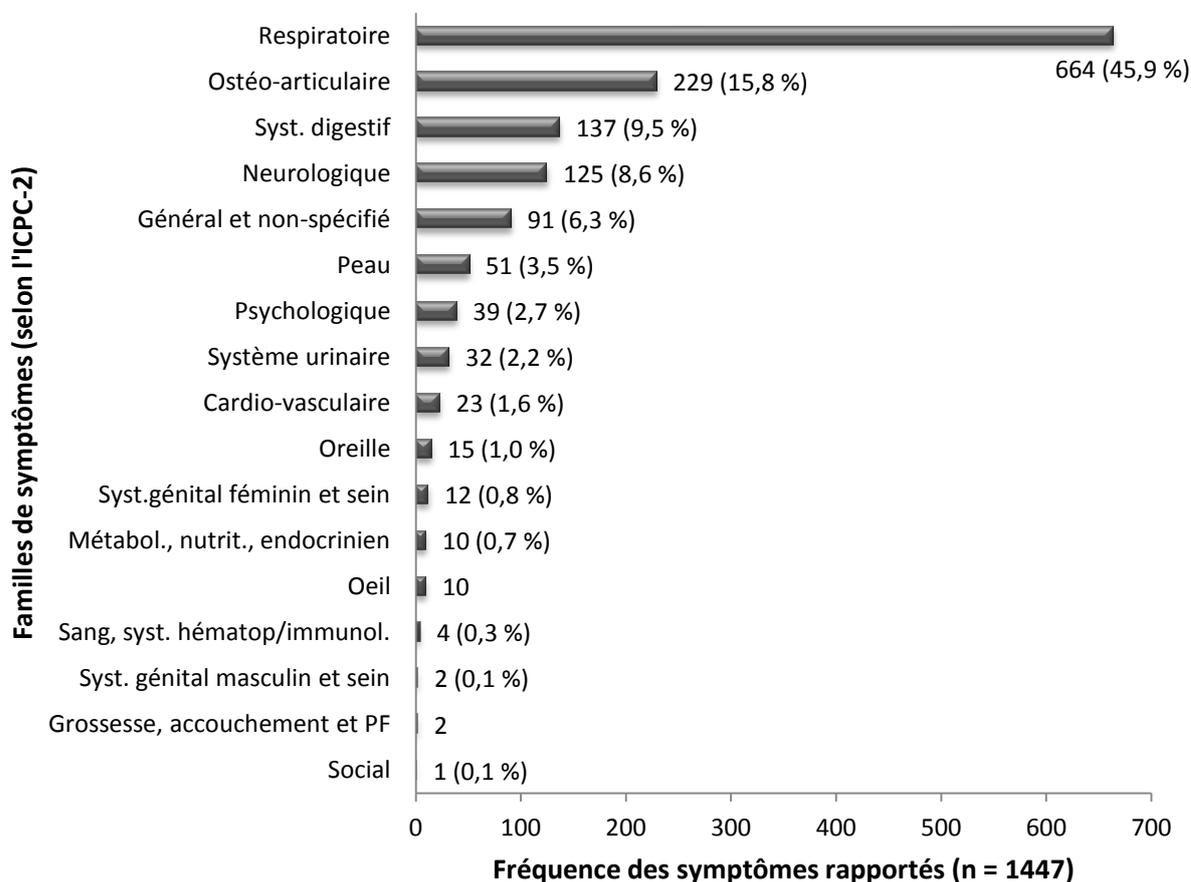


Figure 3 : La totalité des symptômes rapportés et leurs fréquences respectives.

La Figure 4 ci-dessous représente les différents symptômes respiratoires recensés et leur prévalence dans notre population. Un total de 664 symptômes respiratoires a été inventorié. Nous remarquerons d'emblée qu'ils relevaient essentiellement du domaine de l'infection de l'appareil respiratoire (y compris ORL).

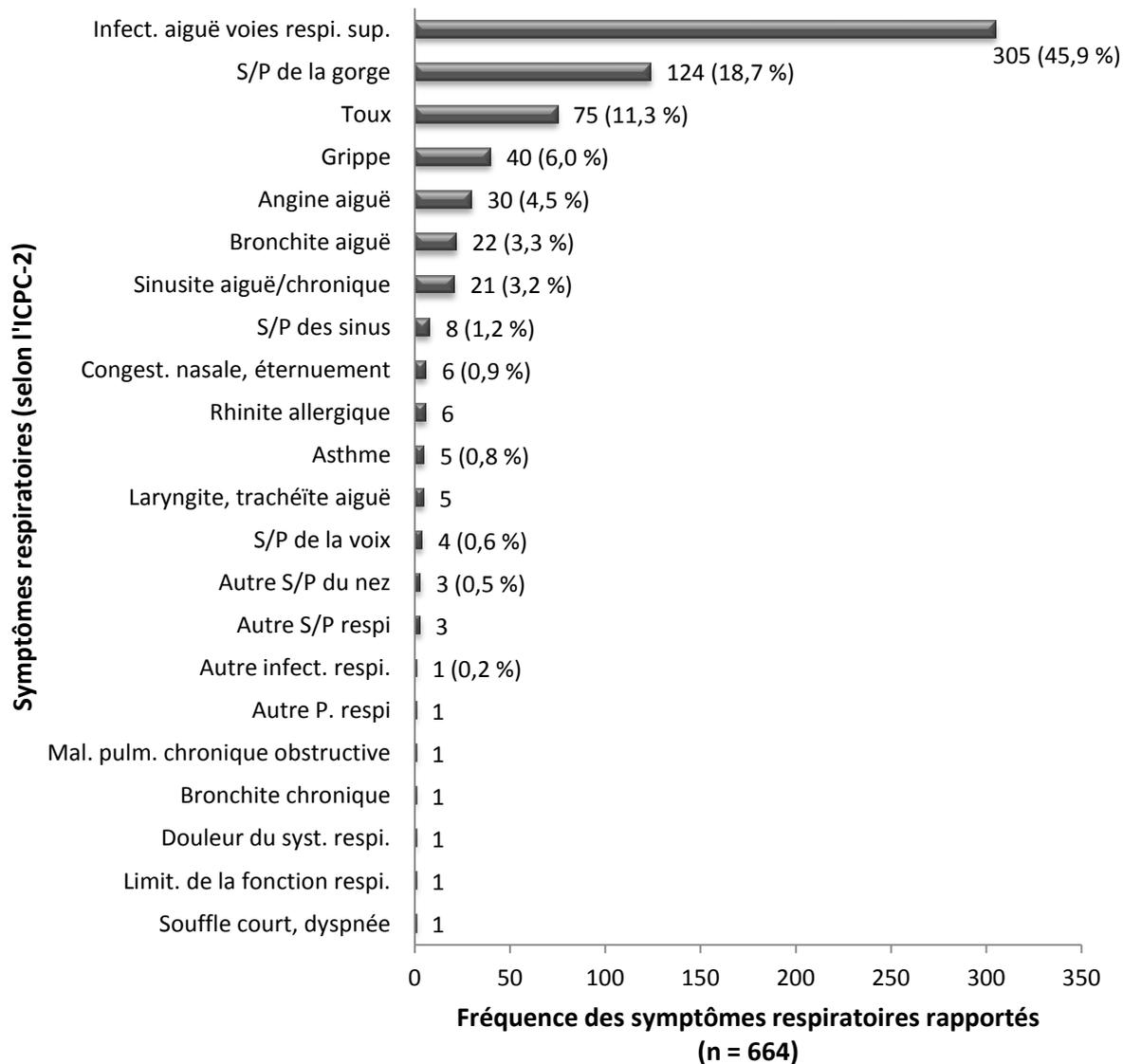


Figure 4 : Les symptômes respiratoires et leurs fréquences respectives.

La Figure 5 ci-dessous représente les symptômes ostéo-articulaires pour lesquels les individus se sont automédiqués. 229 symptômes ostéo-articulaires ont été recueillis en tout, avec plus de la moitié qui étaient en rapport avec une douleur rachidienne (dorsalgies, lombalgies et cervicalgies).

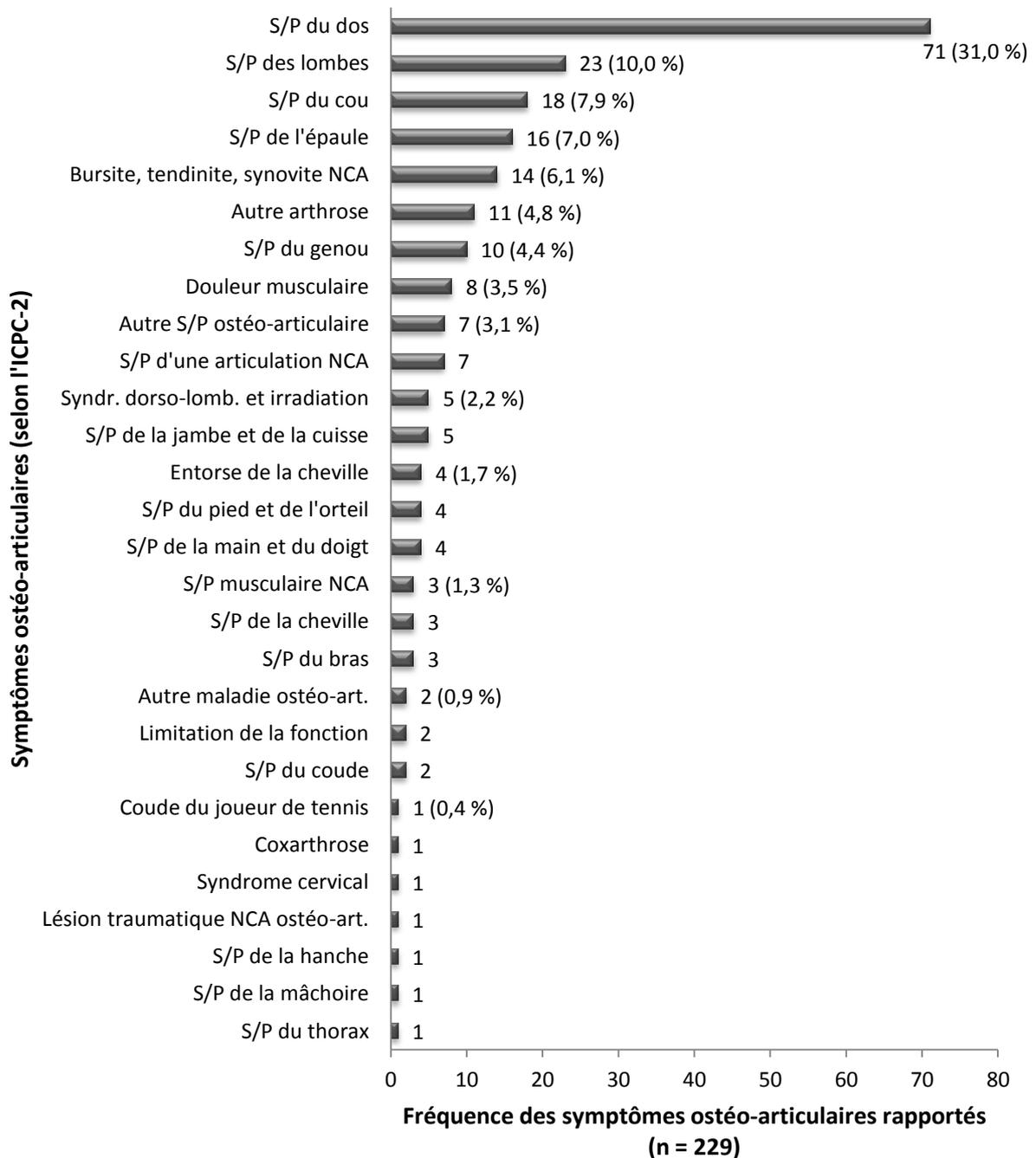


Figure 5 : Les symptômes ostéo-articulaires et leurs fréquences respectives.

Les taux d'automédication étaient comparables entre les deux vagues d'enquête pour chacune des cinq principales familles de symptômes rapportés (cf. Figure 6).

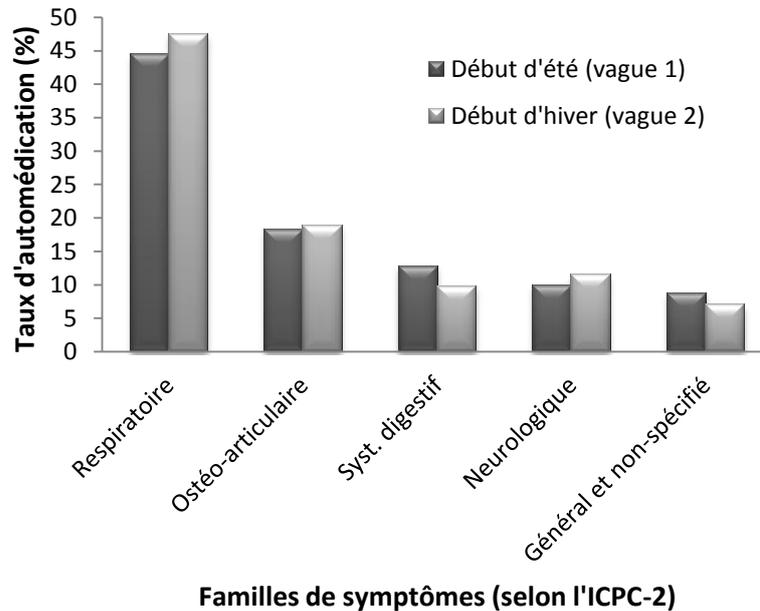


Figure 6 : Les taux d'automédication pour les cinq principales familles de symptômes suivant la vague d'enquête.

Cependant, les automédiquants ont davantage consulté pour un problème respiratoire lors de la vague 2 que lors de la vague 1 (30,6 % vs. 16,5 % ; $\chi^2 = 7,2$; $p = 0,007$), comme le montre la Figure 7 ci-dessous :

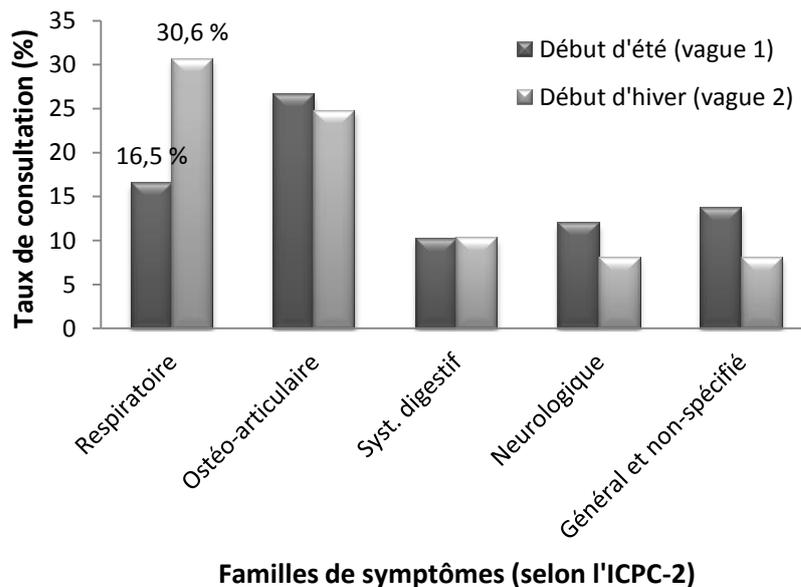


Figure 7 : Les taux de consultation pour les cinq principales familles de symptômes suivant la vague d'enquête.

Les problèmes respiratoires constituaient la très grande majorité des motifs d'achats de produits pour l'occasion. Les taux d'achats respectifs au cours la vague 1 et 2 pour des problèmes respiratoires étaient de 46,0 % et 54,3 % respectivement ($\chi^2 = 1,9$; $p = 0,17$ (NS)) (cf. Figure 8).

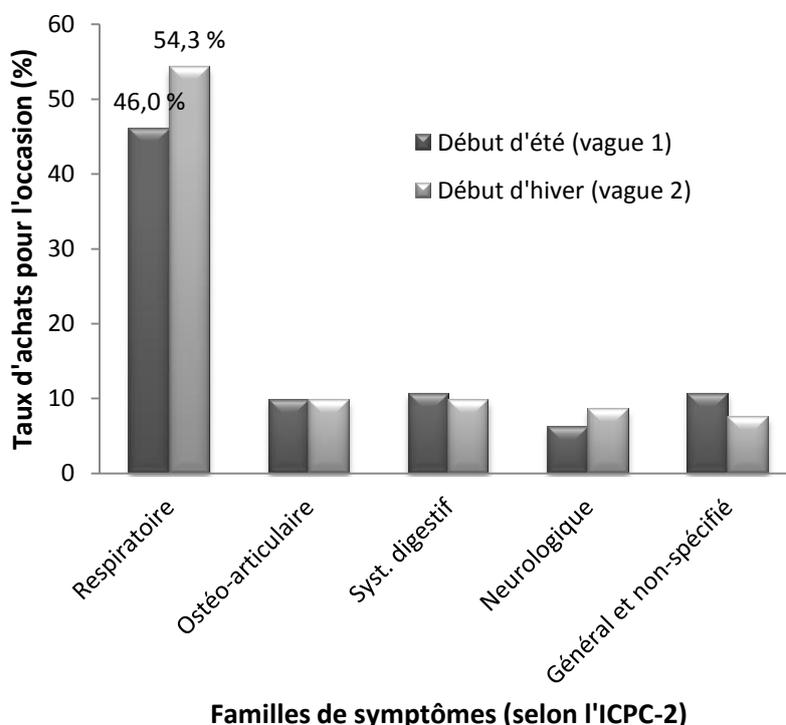


Figure 8 : Le taux d'achats pour l'occasion suivant les cinq principales familles de symptômes et la vague d'enquête.

1.2. Résumé des données générales

Schématiquement, la moitié de notre échantillon était composée d'individus de 18-44 ans, un quart d'individus de 45-59 ans et l'autre quart d'individus de 60-90 ans (70,9 % de femmes vs. 29,1 % d'hommes).

Les cinq principales familles de symptômes rapportés, par ordre décroissant, étaient : respiratoires, ostéo-articulaires, digestifs, neurologiques et généraux/non-spécifiés.

Tandis que les symptômes respiratoires étaient essentiellement de nature infectieuse et aiguë, les symptômes ostéo-articulaires étaient plutôt de nature chronique et récurrente.

Bien que les individus étaient aussi nombreux à s'automédiquer lors de la vague 1 que lors de la vague 2, ils ont davantage consulté le médecin pour un problème *respiratoire* lors de la vague 2 (début d'hiver, novembre à décembre).

La grande majorité des achats de produits pour l'occasion intéressait les personnes souffrant d'un symptôme respiratoire.

2. RECOURS À L'AUTOMÉDICATION

2.1. Données sociodémographiques

57,1 % (IC 95 % : 55 – 59) des répondants ont déclaré s'automédiquer (cf. Tableau 2.1).

Notre population était composée de 70,9 % de femmes et 29,1 % d'hommes, avec une prépondérance d'automédication chez les femmes (61,0 % vs. 47,0 % ; $\chi^2 = 34,2$; $p < 0,001$).

La Figure 2 représente notre population en termes de ses différentes classes d'âge (cf. sect. 1.1, p. 31). Il y avait une tendance linéaire à la diminution de l'automédication à mesure que l'âge augmentait ($\chi^2 = 145,9$; $p < 0,001$) – 69,3 % des 18-44 ans (OR = 1), 52,5 % des 45-59 ans (OR = 0,49 ; IC : 0,39 – 0,61) et 38,2 % des 60-90 ans (OR = 0,27 ; IC : 0,22 – 0,34) se sont automédiqués. Le lecteur est invité à se référer au Tableau 12.1 (p. 101) pour des détails spécifiques au genre.

51,7 % des individus avaient un ou plusieurs enfant(s), et se sont plus automédiqués que ceux qui n'en avaient pas (67,0 % vs. 46,5 % ; $\chi^2 = 82$; $p < 0,001$).

La catégorie socioprofessionnelle (CSP) et l'automédication étaient liées. Nous avons pris comme CSP de référence les employés (OR = 1). Par rapport aux employés qui se sont automédiqués à 56,3 %, les agriculteurs exploitants (36,0 % ; OR = 0,44 ; IC : 0,19 – 1,00 ; $p = 0,05$) et les ouvriers (48,8 % ; OR = 0,74 ; IC : 0,56 – 0,99 ; $p = 0,04$) se sont moins automédiqués, tandis que les étudiants et personnes en formation se sont plus automédiqués (69,7 % ; OR = 1,79 ; IC : 1,07 – 2,98 ; $p = 0,03$). Il n'y avait pas de différence significative pour les autres CSP.

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation de l'automédication à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 75,4$; $p < 0,001$) – 46,0 % de ceux qui n'avaient pas le bac (OR = 1), 56,7 % de ceux qui avaient le bac (OR = 1,54 ; IC : 1,21 – 1,96) et 67,5 % de ceux qui avaient au-delà du bac (OR = 2,44 ; IC : 1,98 – 3,00) se sont automédiqués.

Concernant la couverture sociale, nous avons choisi la CMU/AME comme référence pour effectuer les comparaisons. Il n'a été retrouvé aucune différence significative concernant l'automédication. Il en va de même concernant le fait d'avoir une complémentaire santé ou pas.

31,1 % des individus n'étaient pas propriétaires de leur logement. Ils se sont plus automédiqués que les autres (65,0 % vs. 53,8 % ; $\chi^2 = 22,8$; $p < 0,001$).

3,7 % des individus vivaient dans un logement surpeuplé (moins de 18 m² par personne), et ils se sont davantage automédiqués (72,9 % vs. 57,3 % ; $\chi^2 = 6,7$; $p = 0,01$).

Tableau 2.1 Données sociodémographiques caractérisant le comportement d'automédication.

Caractéristiques	Population		Recours à l'automédication				p
	%	n = 2106	Oui		Non		
			57,1 %	n = 1203	42,9 %	n = 903	
Genre							
Homme	29,1	606	47,0	285	53,0	321	< 0,001
Femme	70,9	1477	61,0	901	39,0	576	
Age (années)							
18 – 44	49,4	1038	69,3	719	30,7	319	< 0,001*
45 – 59	24,7	518	52,5	272	47,5	246	
60 – 90	25,9	544	38,2	208	61,8	336	
Ménage							
Avec enfant(s)	51,7	994	67,0	666	33,0	328	< 0,001
Sans enfant	48,3	928	46,5	432	53,5	496	
Situation professionnelle							<i>p</i> [†]
1 Agriculteur exploitant	1,3	25	36,0	9	64,0	16	0,05
2 Artisan, C ou CE	4,3	81	53,1	43	46,9	38	0,58
3 Cadre ou PIS	12,2	232	60,8	141	39,2	91	0,23
4 Profession intermédiaire	26,2	498	60,8	303	39,2	195	0,12
5 Employé	36,8	698	56,3	393	43,7	305	-
6 Ouvrier	13,6	258	48,8	126	51,2	132	0,04
7 Etudiant et en formation	4,0	76	69,7	53	30,3	23	0,03
8 Inactif	1,6	31	51,6	16	48,4	15	0,61
Niveau d'études							
Inférieur au bac	37,8	768	46,0	353	54,0	415	< 0,001*
Bac	21,2	432	56,7	245	43,3	187	
Supérieur au bac	41,0	833	67,5	562	32,5	271	
Couverture sociale							<i>p</i> [†]
MSA/CPAM/autres régimes	95,2	1956	56,9	1112	43,1	844	0,1
CMU/AME	2,5	51	68,6	35	31,4	16	-
Assurance maladie étudiante	2,3	47	63,8	30	36,2	17	0,62
Complémentaire santé							
Oui	96,4	1978	57,0	1128	43,0	850	0,58
Non	3,6	73	60,3	44	39,7	29	
Propriétaire du logement							
Oui	68,9	1431	53,8	770	46,2	661	< 0,001
Non	31,1	646	65,0	420	35,0	226	
Logement surpeuplé							
Oui	3,7	70	72,9	51	27,1	19	0,01
Non	96,3	1830	57,3	1049	42,7	781	

* Test de tendance du chi-2

† Régression logistique bivariée

2.2. Données médicosociales

42,2 % de notre population provenait de la vague 1 (début d'été, de mai à juin), et 57,8 % de la vague 2 (début d'hiver, de novembre à décembre). Il n'y avait pas de différence entre les taux d'automédication de la vague 1 et 2 (cf. Tableau 2.2).

La grande majorité des individus (98,2 %) avait un médecin traitant, et il n'y avait pas de lien entre cette variable et l'automédication.

Les individus ayant une maladie chronique représentaient 35,3 % de la population, et se sont moins automédiqués (52,5 % vs. 60,1 % ; $\chi^2 = 10,9$; $p = 0,001$).

58,1 % des répondants ont situé leur état de santé de 8 à 10 (bon) sur une échelle de 1 à 10. Ces derniers avaient plutôt tendance à s'automédiquer plus que ceux ayant évalué leur état de santé de 1 à 7 (mauvais à médiocre) (59,0 % vs. 54,8 % ; $\chi^2 = 3,6$; $p = 0,06$ (NS)).

29,5 % des individus consultaient leur médecin traitant au plus 2 fois par an, et se sont plus automédiqués que ceux qui le consultaient au moins 3 fois par an (61,1 % vs. 55,7 % ; $\chi^2 = 4,9$; $p = 0,03$).

51,3 % des individus habitaient à plus de 4 km du cabinet médical, et se sont plus automédiqués que ceux habitant plus près du cabinet (60,4 % vs. 53,6 % ; $\chi^2 = 9,2$; $p = 0,002$).

En revanche, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la distance domicile-pharmacie et l'automédication.

2.3. Résumé des analyses bivariées du comportement d'automédication

2.3.1. Données sociodémographiques

L'automédication était plus fréquente chez les femmes, les jeunes, les ménages avec enfant(s), les étudiants et personnes en formation par rapport aux employés, les plus diplômés, les personnes locataires de leur logement et celles habitant un logement surpeuplé.

2.3.2. Données médicosociales

L'automédication était plus prononcée chez les personnes avec un bon état de santé perçue, et moins prononcée chez les personnes atteintes d'une maladie chronique. Elle était plus fréquente chez les personnes consultant moins régulièrement leur médecin, ainsi que chez celles habitant plus loin du cabinet médical.

Tableau 2.2 Données médicosociales caractérisant le comportement d'automédication.

Caractéristiques	Population		Recours à l'automédication				p
			Oui		Non		
	%	n = 2106	57,1 %	n = 1203	42,9 %	n = 903	
Vague d'enquête							
Vague 1	42,2	889	57,9	515	42,1	374	0,52
Vague 2	57,8	1217	56,5	688	43,5	529	
Médecin traitant							
Oui	98,2	2060	57,1	1176	42,9	884	0,54
Non	1,8	37	62,2	23	37,8	14	
Maladie chronique							
Oui	35,3	705	52,5	370	47,5	335	0,001
Non	64,7	1294	60,1	778	39,9	516	
Etat de santé perçue							
1 – 7	41,9	856	54,8	469	45,2	387	0,06
8 – 10	58,1	1188	59,0	701	41,0	487	
Fréq. de consultation							
≤ 2 fois / an	29,5	584	61,1	357	38,9	227	0,03
≥ 3 fois / an	70,5	1396	55,7	778	44,3	618	
Distance domicile – médecin							
d < 4 km	48,7	968	53,6	519	46,4	449	0,002
d ≥ 4 km	51,3	1019	60,4	615	39,6	404	
Distance domicile – pharmacie							
d < 2 km	47,5	980	57,1	560	42,9	420	0,76
d ≥ 2 km	52,5	1082	56,5	611	43,5	471	

2.4. Analyse multivariée du comportement d'automédication

L'analyse multivariée par régression logistique n'a retenu que quatre variables expliquant le comportement d'automédication dans la population étudiée : le genre, l'âge, le ménage (avec ou sans enfant) et le niveau d'études (cf. Tableau 2.3). Le modèle final explique 7,4 % de la variance du comportement d'automédication (pseudo $R^2 = 0,074$).

Notre étude montre que la probabilité de recourir à l'automédication est 55 % plus élevée chez les femmes que chez les hommes (OR = 1,55 ; IC : 1,25 – 1,94 ; $p < 0,001$).

Les jeunes de 18 – 44 ans sont 64 % plus susceptibles de s'automédiquer (OR = 1,64 ; IC : 1,29 – 2,1 ; $p < 0,001$) que la tranche d'âge de référence (45 – 59 ans, OR = 1), tandis que les plus âgés (60 – 90 ans) sont 32 % moins susceptibles de s'automédiquer (OR = 0,68 ; IC : 0,5 – 0,92 ; $p = 0,01$).

Le fait d'appartenir à un ménage avec enfant(s) est davantage (46 % de plus) associé au comportement d'automédication que s'il s'agit d'un ménage sans enfant (OR = 1,46 ; IC : 1,16 – 1,85 ; $p = 0,001$).

Enfin, le recours à l'automédication est 66 % plus probable chez ceux ayant un niveau d'études supérieur au bac (OR = 1,66 ; IC : 1,35 – 2,05 ; $p < 0,001$) que chez ceux ayant juste le bac. Ceux n'ayant pas le bac n'ont pas été retenus dans le modèle final car éliminés lors de l'analyse multivariée ($p = 0,38$).

La procédure pas-à-pas descendante utilisée tient compte de la présence simultanée dans le modèle des variables suivantes : catégorie socioprofessionnelle, propriétaire du logement, état de santé perçue, fréquence de consultation, distance domicile-médecin, maladie chronique et surpeuplement du logement. Elles n'ont cependant pas été retenues. A noter cependant que la variable 'surpeuplement du logement' a failli rester dans le modèle car éliminée à un seuil très proche du degré de significativité (OR = 1,75 ; IC : 0,97 – 3,18 ; $p = 0,06$). Ceci peut laisser penser que vivre dans un logement surpeuplé serait davantage associé au comportement d'automédication.

Tableau 2.3

Variables explicatives indépendantes associées au comportement d'automédication : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 1715).

AUTOMÉDICATION	ORa	(IC 95 %)	p
Genre			
Homme	1	–	–
Femme	1,55	(1,25 – 1,94)	< 0,001
Age (années)			
18 – 44	1,64	(1,29 – 2,1)	< 0,001
45 – 59	1	–	–
60 – 90	0,68	(0,5 – 0,92)	0,01
Ménage avec enfant(s)			
Oui	1,46	(1,16 – 1,85)	0,001
Non	1	–	–
Niveau d'études			
Inférieur au bac			0,38
Bac	1	–	–
Supérieur au bac	1,66	(1,35 – 2,05)	< 0,001

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; ORa : odds ratio ajusté

3. CONSULTATIONS AU DÉCOURS DE L'AUTOMÉDICATION

3.1. Données sociodémographiques

26,9 % des automédiquants consultaient spécifiquement pour le même problème pour lequel ils s'étaient automédiqués (cf. Tableau 3.1).

La population d'automédiquants était constituée de 76,0 % de femmes et 24,0 % d'hommes, sans qu'il y ait de différence significative entre les deux sexes quant au fait de consulter ou pas.

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation du taux de consultation à mesure que l'âge augmentait ($\chi^2 = 61,6$; $p < 0,001$) – 19,7 % des 18-44 ans (OR = 1), 31,3 % des 45-59 ans (OR = 1,87 ; IC : 1,35 – 2,57) et 46,8 % des 60-90 ans (OR = 3,59 ; IC : 2,54 – 5,07) ont consulté.

60,7 % des automédiquants avaient un ou plusieurs enfant(s), et ils étaient moins nombreux à venir consulter (20,9 % vs. 34,0 % ; $\chi^2 = 23,0$; $p < 0,001$).

Nous avons gardé la même CSP comme référence : 23,4 % des employés consultaient (OR = 1). Il y avait une différence significative avec les agriculteurs exploitants (66,7 % ; OR = 6,53 ; IC : 1,60 – 26,6 ; $p = 0,01$) ainsi qu'avec les ouvriers (37,9 % ; OR = 1,99 ; IC : 1,29 – 3,07 ; $p = 0,002$) qui consultaient davantage.

Il y avait une tendance linéaire de diminution du taux de consultation à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 24$; $p < 0,001$) – 35,4 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 25,9 % de ceux ayant le bac (OR = 0,64 ; IC : 0,44 – 0,92) et 20,6 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 0,47 ; IC : 0,35 – 0,64).

Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait de consulter et la couverture sociale, le fait d'avoir ou pas une complémentaire santé, d'être propriétaire ou pas de son logement et de vivre dans un logement surpeuplé ou pas.

Tableau 3.1 Données sociodémographiques caractérisant les automédiquants et la décision de consulter.

Caractéristiques	Automédiquants		Recours à la consultation				p
	%	n = 1203	Oui 26,9 % n = 319		Non 73,1 % n = 866		
Genre							
Homme	24,0	285	29,2	82	70,8	199	0,27
Femme	76,0	901	25,8	229	74,2	658	
Age (années)							
18 – 44	60,0	719	19,7	140	80,3	572	< 0,001*
45 – 59	22,7	272	31,3	84	68,7	184	
60 – 90	17,3	208	46,8	94	53,2	107	
Ménage							
Avec enfant(s)	60,7	666	20,9	138	79,1	521	< 0,001
Sans enfant	39,3	432	34,0	145	66,0	281	
Situation professionnelle							p [†]
1 Agriculteur exploitant	0,8	9	66,7	6	33,3	3	0,01
2 Artisan, C ou CE	4,0	43	23,8	10	76,2	32	0,96
3 Cadre ou PIS	13,0	141	24,8	35	75,2	106	0,74
4 Profession intermédiaire	28,0	303	23,3	70	76,7	230	0,97
5 Employé	36,3	393	23,4	91	76,6	297	-
6 Ouvrier	11,6	126	37,9	47	62,1	77	0,002
7 Etudiant et en formation	4,9	53	17,0	9	83,0	44	0,29
8 Inactif	1,4	16	31,2	5	68,8	11	0,48
Niveau d'études							
Inférieur au bac	30,4	353	35,4	123	64,6	224	< 0,001*
Bac	21,1	245	25,9	63	74,1	180	
Supérieur au bac	48,5	562	20,6	114	79,4	440	
Couverture sociale							p [†]
MSA/CPAM/autres régimes	94,5	1112	26,5	290	73,5	804	0,31
CMU/AME	3,0	35	34,3	12	65,7	23	-
Assurance maladie étudiante	2,5	30	16,7	5	83,3	25	0,11
Complémentaire santé							
Oui	96,3	1128	26,5	294	73,5	817	0,83
Non	3,7	44	27,9	12	72,1	31	
Propriétaire du logement							
Oui	64,7	770	28,0	212	72,0	546	0,22
Non	35,3	420	24,6	102	75,4	312	
Logement surpeuplé							
Oui	4,6	51	23,5	12	76,5	39	0,75
Non	95,4	1049	25,5	264	74,5	770	

* Test de tendance du chi-2

† Régression logistique bivariée

3.2. Données médicosociales

42,8 % des automédiants provenaient de la vague 1 (période de mai à juin), et 57,2 % de la vague 2 (période de novembre à décembre) (cf. Tableau 3.2). Il y avait une tendance à ce que les automédiants de la vague 2 consultent davantage (29,1 % vs. 24,0 % ; $\chi^2 = 3,8$; $p = 0,05$ (NS)).

Le fait d'avoir un médecin traitant ou pas n'avait pas d'influence sur la décision de consulter.

32,2 % des automédiants avaient une maladie chronique. Ils consultaient proportionnellement plus que les autres (33,4 % vs. 22,8 % ; $\chi^2 = 14,6$; $p < 0,001$).

40,1 % des automédiants avaient un état de santé perçue de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10), et ils étaient plus nombreux à venir consulter (36,8 % vs. 19,4 % ; $\chi^2 = 43,0$; $p < 0,001$).

68,6 % des automédiants voyaient leur médecin traitant au moins 3 fois par an, et ils étaient plus nombreux à venir consulter que ceux le voyant moins souvent (29,8 % vs. 19,4 % ; $\chi^2 = 13,4$; $p < 0,001$).

45,8 % des individus habitaient à moins de 4 km du cabinet médical, et ils ont plus consulté que ceux habitant plus loin du cabinet (29,0 % vs. 23,6 % ; $\chi^2 = 4,16$; $p = 0,04$).

En revanche, le fait de consulter ou pas n'était pas lié à la distance domicile-pharmacie.

Tableau 3.2 Données médicosociales caractérisant les automédiquants et la décision de consulter.

Caractéristiques	Automédiquants		Recours à la consultation				p
	%	n = 1203	Oui		Non		
			26,9 %	n = 319	73,1 %	n = 866	
Vague d'enquête							
Vague 1	42,8	515	24,0	121	76,0	383	0,05
Vague 2	57,2	688	29,1	198	70,9	483	
Médecin traitant							
Oui	98,1	1176	26,8	311	73,2	849	0,94
Non	1,9	23	26,1	6	73,9	17	
Maladie chronique							
Oui	32,2	370	33,4	122	66,6	243	< 0,001
Non	67,8	778	22,8	175	77,2	594	
Etat de santé perçue							
1 – 7	40,1	469	36,8	171	63,2	294	< 0,001
8 – 10	59,9	701	19,4	134	80,6	556	
Fréq. de consultation							
≤ 2 fois / an	31,4	357	19,4	68	80,6	283	< 0,001
≥ 3 fois / an	68,6	778	29,8	229	70,2	540	
Distance domicile – médecin							
d < 4 km	45,8	519	29,0	148	71,0	362	0,04
d ≥ 4 km	54,2	615	23,6	144	76,4	465	
Distance domicile – pharmacie							
d < 2 km	47,8	560	26,0	143	74,0	406	0,98
d ≥ 2 km	52,2	611	26,1	158	73,9	447	

3.3. Données sur le problème de santé

76,1 % des automédiquants n'ont mentionné qu'un seul symptôme pour lequel ils se sont soignés, sans qu'il y ait de lien statistiquement significatif entre le nombre de symptômes (un ou plusieurs) et la décision de consulter ou pas (cf. Tableau 3.3). Il n'y avait pas de lien non plus entre le fait d'être un homme ou une femme et le nombre de symptômes présentés ($p = 0,14$) (cf. Tableau 12.2, p. 101).

54,3 % des automédiquants ont souffert pendant plus d'une semaine, et ils étaient plus nombreux à venir consulter (37,1 % vs. 16,6 % ; $\chi^2 = 58,1$; $p < 0,001$).

26,1 % des automédiquants se sont soignés pendant plus de 7 jours, et ils étaient proportionnellement plus nombreux à venir consulter (39,8 % vs. 18,9 % ; $\chi^2 = 47,7$; $p < 0,001$).

Le temps de soin était lié au temps de souffrance (cf. Tableau 12.4, p. 104). Les individus ayant souffert pendant plus d'une semaine ont continué l'automédication au-delà de 7 jours (43,7 % vs. 6,0 % d'automédiquants ; $\chi^2 = 188$; $p < 0,001$ | 56,9 % vs. 4,3 % d'automédiquants venant consulter ; $\chi^2 = 56,5$; $p < 0,001$).

19,2 % des automédiquants ont eu recours à un autre praticien. 53,2 % sont allés voir des praticiens conventionnels (principalement des kinésithérapeutes) et 50,5 % des praticiens non-conventionnels (principalement des ostéopathes), la somme des pourcentages dépassant 100 % car certains ont eu recours aux deux. Ils étaient proportionnellement plus nombreux à venir consulter s'ils avaient eu recours à au moins un de ces praticiens (49,8 % vs. 21,3 % ; $\chi^2 = 71,0$; $p < 0,001$). Il n'y avait pas de lien significatif entre le fait d'avoir consulté spécifiquement un praticien conventionnel ou non-conventionnel et de venir consulter le médecin ou pas. Voir le Tableau 12.7 (p. 105) pour des spécificités liées au sexe.

Le nombre de médicaments utilisés, l'utilisation ou non de PSC et le moyen d'obtention des produits n'étaient pas liés au fait de venir consulter ou pas.

45,2 % des individus ont utilisé des produits non-prescrits par un médecin, et ils étaient moins nombreux à venir consulter (19,5 % vs. 32,9 % ; $\chi^2 = 25,2$; $p < 0,001$).

29,1 % des automédiquants ont trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace », et ils étaient plus nombreux à venir consulter (52,7 % vs. 15,7 % ; $\chi^2 = 164,4$; $p < 0,001$).

Tableau 3.3 Données sur le problème de santé caractérisant les automédiquants et la décision de consulter.

Caractéristiques	Automédiquants		Recours à la consultation				p
	%	n = 1203	Oui		Non		
			26,9 %	n = 319	73,1 %	n = 866	
Nombre de symptômes							
Un	76,1	855	26,7	226	73,3	620	0,39
Plusieurs	23,9	268	24,1	64	75,9	202	
Temps de souffrance							
Moins d'une semaine	45,7	515	16,6	85	83,4	427	< 0,001
Plus d'une semaine	54,3	611	37,1	224	62,9	380	
Temps de soin							
≤ 7 jours	73,9	784	18,9	147	81,1	629	< 0,001
> 7 jours	26,1	277	39,8	109	60,2	165	
Recours à un autre praticien							
Oui	19,2	216	49,8	106	50,2	107	< 0,001
Non	80,8	911	21,3	192	78,7	708	
Conventionnels							
Oui	53,2	115	51,8	59	48,2	55	0,53
Non	46,8	101	47,5	47	52,5	52	
Non-conventionnels							
Oui	50,5	109	45,8	49	54,2	58	0,24
Non	49,5	107	53,8	57	46,2	49	
Nbr. de médicaments utilisés							
Un seul	64,5	540	25,8	138	74,2	396	0,19
Plusieurs	35,5	297	21,8	64	78,2	230	
Produits de santé complémentaires							
Oui	19,3	194	20,2	39	79,8	154	0,16
Non	80,7	810	25,1	201	74,9	601	
Moyen d'obtention							
Déjà en ma possession	71,3	771	24,8	189	75,2	574	0,61
Achat pour l'occasion	28,7	310	23,3	71	76,7	234	
Prescription antérieure							
Oui	54,8	610	32,9	198	67,1	403	< 0,001
Non	45,2	503	19,5	97	80,5	401	
Efficacité							
Pas du tout / peu efficace	29,1	333	52,7	173	47,3	155	< 0,001
Assez / très efficace	70,9	813	15,7	126	84,3	677	

3.4. Connaissances et recherche d'information

15,2 % des automédiquants n'avaient pas d'antécédent du problème dont ils ont souffert (cf. Tableau 3.4). Ils étaient proportionnellement plus nombreux à venir consulter (42,9 % vs. 24,3 % ; $\chi^2 = 25,9$; $p < 0,001$).

Globalement, très peu d'automédiquants n'avaient aucune idée du diagnostic (15,6 %), et dans ce cas ils étaient proportionnellement plus nombreux à venir consulter (38,2 % vs. 25,3 % ; $\chi^2 = 12,6$; $p < 0,001$).

48,8 % des automédiquants ont discuté de leur problème de santé avec leur entourage. Ils étaient plus nombreux à venir consulter (35,9 % vs. 19,4 % ; $\chi^2 = 39,1$; $p < 0,001$).

40,0 % des automédiquants ont recherché de l'information à propos de leur(s) problème(s) de santé. Ils étaient plus nombreux à venir consulter (36,4 % vs. 20,6 % ; $\chi^2 = 35,3$; $p < 0,001$).

Les automédiquants ayant cherché de l'information sur Internet (54,0 %) étaient plus nombreux à venir consulter (41,0 % vs. 31,1 % ; $\chi^2 = 4,8$; $p = 0,03$). Ceux ayant demandé conseil au pharmacien (46,7 %) étaient moins nombreux à venir consulter (27,4 % vs. 44,3 % ; $\chi^2 = 14,1$; $p < 0,001$). Ceux ayant cherché de l'information auprès des proches (46,2 %) étaient plus nombreux à venir consulter (42,1 % vs. 31,6 % ; $\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$). Enfin, ceux ayant reçu de l'information de la télévision et la radio (5,2 %) étaient proportionnellement plus nombreux à venir consulter (62,5 % vs. 35,0 % ; $\chi^2 = 7,4$; $p = 0,01$). Il n'y avait pas de lien significatif entre le taux de consultation et la recherche d'information dans les journaux et revues.

Dans le groupe qui consultait, les sources d'information étaient tout d'abord Internet (60,7 %), puis les proches (53,6 %), le pharmacien (35,1 %), ensuite les journaux et revues (13,1 %) et enfin la télévision et la radio (8,9 %).

Tandis que dans le groupe qui ne consultait pas, le pharmacien était la source d'information principale (53,2 %), suivie de très près par Internet (50,2 %), puis les proches (42,3 %), ensuite les journaux et revues (9,2 %) et enfin la télévision et la radio (3,1 %).

Tableau 3.4 *Connaissances et recherche d'information des automédiquants et la décision de consulter.*

Caractéristiques	Automédiquants		Recours à la consultation				p
	%	n = 1203	Oui		Non		
			26,9 %	n = 319	73,1 %	n = 866	
Antécédent							
Oui	84,8	990	24,3	238	75,7	742	< 0,001
Non	15,2	178	42,9	75	57,1	100	
Idée du diagnostic							
Oui	84,4	972	25,3	244	74,7	720	< 0,001
Non	15,6	180	38,2	68	61,8	110	
Discussion							
Oui	48,8	569	35,9	203	64,1	363	< 0,001
Non	51,2	596	19,4	114	80,6	473	
Recherche d'information							
Oui	40,0	465	36,4	168	63,6	293	< 0,001
Non	60,0	699	20,6	142	79,4	548	
Internet							
Oui	54,0	251	41,0	102	59,0	147	0,03
Non	46,0	214	31,1	66	68,9	146	
Pharmacien							
Oui	46,7	217	27,4	59	72,6	156	< 0,001
Non	53,3	248	44,3	109	55,7	137	
Proches							
Oui	46,2	215	42,1	90	57,9	124	0,02
Non	53,8	250	31,6	78	68,4	169	
Journaux et Revues							
Oui	10,5	49	44,9	22	55,1	27	0,19
Non	89,5	416	35,4	146	64,6	266	
TV et radio							
Oui	5,2	24	62,5	15	37,5	9	0,01
Non	94,8	441	35,0	153	65,0	284	

3.5. Résumé des analyses bivariées du recours à la consultation

3.5.1. Données sociodémographiques

Les personnes ayant eu le plus recours à la consultation étaient plutôt âgées, sans enfant et peu diplômées. Les agriculteurs exploitants et les ouvriers ont consulté plus fréquemment que les employés.

3.5.2. Données médicosociales

Consultaient davantage les individus provenant de la vague 2 (début d'hiver), ceux ayant une maladie chronique et un état de santé perçue de mauvais ou médiocre, ceux qui fréquentent régulièrement le médecin (≥ 3 fois/an) et ceux habitant près du cabinet médical.

3.5.3. Données sur le problème de santé

Un temps de souffrance et un temps de soin prolongés (> 7 jours), le recours préalable à un autre praticien, la réutilisation de produits antérieurement prescrits et l'automédication ressentie comme « pas du tout ou peu efficace » entraînaient les automédiquants à venir consulter.

3.5.4. Connaissances et recherche d'information

Les fréquences de consultation étaient plus élevées chez les automédiquants sans antécédent du problème, sans idée du diagnostic, ayant discuté de leur problème avec leur entourage et ayant recherché/reçu de l'information (en particulier sur Internet, auprès des proches et de la télévision et la radio). Demander conseil au pharmacien était associé au fait de ne pas venir consulter.

3.6. Analyse multivariée du recours à la consultation

A l'issue d'une analyse par régression logistique multivariée utilisant une procédure pas-à-pas descendante, les variables suivantes ont été retenues, et sont associées au fait de consulter pour un problème de santé ayant entraîné une automédication : vague d'enquête, âge, temps de soin, discussion autour du problème, recherche d'information, prescription antérieure, recours à un autre praticien et efficacité de l'automédication (cf. Tableau 3.5). Le modèle final explique 25,0 % de la variance du fait de consulter (pseudo $R^2 = 0,250$).

La probabilité de consulter apparaît 53 % plus élevée en début d'hiver qu'en début d'été (OR = 1,53 ; IC : 1,06 – 2,19 ; $p = 0,02$).

Les jeunes (18 – 44 ans) sont 41 % moins susceptibles de consulter (OR = 0,59 ; IC : 0,38 – 0,9 ; $p = 0,01$) que la tranche d'âge de référence (45 – 59 ans), alors que les plus âgés (60 – 90 ans) apparaissent au contraire 119 % plus enclins à consulter (OR = 2,19 ; IC : 1,29 – 3,73 ; $p = 0,004$).

La probabilité de consulter apparaît 52 % plus élevée chez ceux qui s'automédiquent pendant plus de sept jours que chez ceux qui s'automédiquent pendant moins de sept jours (OR = 1,52 ; IC : 1,02 – 2,25 ; $p = 0,04$).

Discuter de son problème de santé et rechercher de l'information à ce sujet augmentent le recours à la consultation de 96 % (OR = 1,96 ; IC : 1,35 – 2,86 ; $p < 0,001$) et de 47 % (OR = 1,47 ; IC : 1,01 – 2,15 ; $p = 0,05$) respectivement.

Les gens utilisant certains produits prescrits au préalable par un médecin sont aussi 90 % plus susceptibles de consulter (OR = 1,90 ; IC : 1,32 – 2,74 ; $p = 0,001$).

Le recours à un autre praticien augmente de 81 % la probabilité de consulter (OR = 1,81 ; IC : 1,17 – 2,79 ; $p = 0,01$).

Enfin, une automédication « pas du tout ou peu efficace » multiplie par 7,27 la probabilité de consulter pour le problème de santé en question (OR = 7,27 ; IC : 5,06 – 10,4 ; $p < 0,001$).

Ont été incluses dans l'analyse de départ les variables ménage, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études, état de santé perçue, fréquence de consultation, distance domicile-médecin, maladie chronique, temps de souffrance, antécédent et idée du diagnostic, mais elles n'ont pas été retenues par la procédure pas-à-pas descendante.

Tableau 3.5

Variables explicatives indépendantes associées au fait de consulter suite à, ou au cours d'un problème de santé ayant entraîné une automédication : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 953).

CONSULTATION	ORa	(IC 95 %)	p
Vague d'enquête			
Vague 1 (mai – juin)	1	–	–
Vague 2 (nov – déc)	1,53	(1,06 – 2,19)	0,02
Age (années)			
18 – 44	0,59	(0,38 – 0,9)	0,01
45 – 59	1	–	–
60 – 90	2,19	(1,29 – 3,73)	0,004
Temps de soin			
≤ 7 jours	1	–	–
> 7 jours	1,52	(1,02 – 2,25)	0,04
Discussion autour du problème			
Oui	1,96	(1,35 – 2,86)	< 0,001
Non	1	–	–
Recherche d'information			
Oui	1,47	(1,01 – 2,15)	0,05
Non	1	–	–
Prescription antérieure			
Oui	1,90	(1,32 – 2,74)	0,001
Non	1	–	–
Recours à un autre praticien			
Oui	1,81	(1,17 – 2,79)	0,01
Non	1	–	–
Efficacité de l'automédication			
Pas du tout / peu efficace	7,27	(5,06 – 10,4)	< 0,001
Assez / très efficace	1	–	–

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; ORa : odds ratio ajusté

Nous avons conservé dans les tableaux qui suivent, par souci de clarté, seulement les données statistiquement significatives ($p < 0,05$).

4. EFFICACITÉ DE L'AUTOMÉDICATION

4.1. Données sociodémographiques

70,9 % des automédiquants se sont trouvés « assez ou très efficaces » (cf. Tableau 4.1).

En prenant les employés comme CSP de référence (OR = 1), les ouvriers étaient proportionnellement plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (42,2 % vs. 27,6 % ; OR = 1,92 ; IC : 1,25 – 2,96 ; $p = 0,003$). Il n'y avait pas de différence avec les autres CSP.

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation de l'efficacité de l'automédication à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 9,9$; $p = 0,002$) – ceux n'ayant pas le bac étaient 65,6 % à trouver l'automédication « assez ou très efficace » (OR = 1), ceux ayant le bac étaient 68,6 % (OR = 1,14 ; IC : 0,80 – 1,64) et ceux ayant au-delà du bac étaient 75,4 % (OR = 1,60 ; IC : 1,18 – 2,17).

Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes et les hommes, les classes d'âge, les ménages avec ou sans enfant(s), les différentes catégories de couverture sociale, l'adhésion ou non à une complémentaire santé, les propriétaires ou non et les logements surpeuplés ou non quant à l'efficacité de l'automédication.

Tableau 4.1 Efficacité de l'automédication selon les données sociodémographiques.

Caractéristiques	Efficacité de l'automédication				p
	Pas du tout / peu efficace		Assez / très efficace		
	29,1 %	n = 333	70,9 %	n = 813	
Situation professionnelle					p^\dagger
1 Agriculteur exploitant	14,3	1	85,7	6	0,45
2 Artisan, C ou CE	23,8	10	76,2	32	0,60
3 Cadre ou PIS	26,5	36	73,5	100	0,81
4 Profession intermédiaire	30,1	90	69,9	209	0,47
5 Employé	27,6	102	72,4	268	-
6 Ouvrier	42,2	49	57,8	67	0,003
7 Etudiant et en formation	28,8	15	71,2	37	0,85
8 Inactif	21,4	3	78,6	11	0,61
Niveau d'études					
Inférieur au bac	34,4	111	65,6	212	0,002*
Bac	31,4	74	68,6	162	
Supérieur au bac	24,6	135	75,4	413	

* Test de tendance du chi-2

† Régression logistique bivariée

4.2. Données médicosociales

Les individus ayant un état de santé perçue de 1 à 7 (mauvais à médiocre) étaient plus nombreux à avoir trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (38,3 % vs. 22,5 % ; $\chi^2 = 32,3$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 4.2).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les vagues d'enquête, le fait d'avoir un médecin traitant ou pas, d'avoir ou non une maladie chronique, les fréquences de consultation, les distances domicile-médecin et les distances domicile-pharmacie quant à l'efficacité de l'automédication.

Tableau 4.2 Efficacité de l'automédication selon les données médicosociales.

Caractéristiques	Efficacité de l'automédication		<i>p</i>
	Pas du tout / peu efficace 29,1 % n = 333	Assez / très efficace 70,9 % n = 813	
Etat de santé perçue			
1 – 7	38,3 171	61,7 276	< 0,001
8 – 10	22,5 151	77,5 519	

4.3. Données sur le problème de santé

Les individus ayant souffert pendant plus d'une semaine étaient plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (38,5 % vs. 19,3 % ; $\chi^2 = 47,9$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 4.3).

Ceux qui se sont soignés pendant plus de 7 jours étaient proportionnellement plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (39,0 % vs. 25,2 % ; $\chi^2 = 19$; $p < 0,001$).

Ceux ayant eu recours à un autre praticien étaient proportionnellement plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (38,9 % vs. 26,6 % ; $\chi^2 = 12,4$; $p < 0,001$), et il y avait un lien entre le fait d'avoir consulté un praticien conventionnel et de trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (45,9 % vs. 31,0 % ; $\chi^2 = 4,9$; $p = 0,03$). Par contre, il n'y avait pas de lien avec le recours au praticien non-conventionnel.

Il n'y avait pas de lien entre l'efficacité de l'automédication et le nombre de symptômes, le nombre de médicaments utilisés, l'utilisation ou non de PSC, le moyen d'obtention des produits et l'utilisation ou non de produits non-prescrits par un médecin.

Tableau 4.3 Efficacité de l'automédication selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Efficacité de l'automédication				p
	Pas du tout / peu efficace		Assez / très efficace		
	29,1 %	n = 333	70,9 %	n = 813	
Temps de souffrance					
Moins d'une semaine	19,3	97	80,7	405	< 0,001
Plus d'une semaine	38,5	227	61,5	362	
Temps de soin					
≤ 7 jours	25,2	196	74,8	582	< 0,001
> 7 jours	39,0	107	61,0	167	
Recours à un autre praticien					
Oui	38,9	82	61,1	129	< 0,001
Non	26,6	237	73,4	653	
Conventionnels					
Oui	45,9	51	54,1	60	0,03
Non	31,0	31	69,0	69	
Non-conventionnels					
Oui	36,2	38	63,8	67	0,43
Non	41,5	44	58,5	62	

4.4. Connaissances et recherche d'information

Les individus n'ayant pas eu d'antécédent du problème dont ils souffraient étaient proportionnellement plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (41,8 % vs. 27,0 ; $\chi^2 = 15,0$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 4.4). De même pour ceux n'ayant eu aucune idée du diagnostic (44,6 % vs. 26,5 % ; $\chi^2 = 22,6$; $p < 0,001$).

Les individus ayant discuté de leur problème étaient plus nombreux à trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace » (33,6 % vs. 25,1 % ; $\chi^2 = 10$; $p = 0,002$).

D'une manière générale, il n'y avait pas de lien significatif entre la recherche d'information et l'efficacité de l'automédication. Cependant, ceux ayant cherché de l'information dans les journaux et revues étaient proportionnellement plus nombreux à trouver l'automédication « assez ou très efficace » (83,3 % vs. 67,1 %, $p = 0,02$).

Tableau 4.4 Efficacité de l'automédication selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Efficacité de l'automédication				p
	Pas du tout / peu efficace		Assez / très efficace		
	29,1 %	n = 333	70,9 %	n = 813	
Antécédent					
Oui	27,0	261	73,0	706	< 0,001
Non	41,8	69	58,2	96	
Idée du diagnostic					
Oui	26,5	252	73,5	698	< 0,001
Non	44,6	75	55,4	93	
Discussion					
Oui	33,6	184	66,4	363	0,002
Non	25,1	146	74,9	436	
Recherche d'information					
Oui	31,2	140	68,8	309	0,15
Non	27,2	184	72,8	492	
Internet					
Oui	34,7	85	65,3	160	0,08
Non	27,0	55	73,0	149	
Pharmacien					
Oui	30,3	64	69,7	147	0,72
Non	31,9	76	68,1	162	
Proches					
Oui	31,0	63	69,0	140	0,95
Non	31,3	77	68,7	169	
Journaux et Revues					
Oui	16,7	8	83,3	40	0,02
Non	32,9	132	67,1	269	
TV et radio					
Oui	31,8	7	68,2	15	0,95
Non	31,1	133	68,9	294	

4.5. Résumé des analyses bivariées de l'efficacité de l'automédication

4.5.1. Données sociodémographiques

La majorité des automédiquants ont trouvé l'automédication « assez ou très efficace ». Par rapport aux employés, les ouvriers ont davantage signalé que l'automédication était « pas du tout ou peu efficace ». L'efficacité ressentie augmentait avec le niveau du diplôme.

4.5.2. Données médicosociales

Un manque d'efficacité de l'automédication a été signalé davantage par les personnes avec un état de santé perçue de mauvais ou médiocre.

4.5.3. Données sur le problème de santé

Un temps de souffrance et un temps de soin longs (> 7 jours) ainsi que le recours à un autre praticien étaient associés au fait d'avoir signalé l'automédication comme étant « pas du tout ou peu efficace ».

4.5.4. Connaissances et recherche d'information

Ont rapporté un manque d'efficacité à l'automédication les automédiquants sans antécédent du problème, sans idée du diagnostic et ceux ayant discuté de leur problème avec leur entourage.

5. NOMBRE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS

5.1. Données sociodémographiques

35,5 % des automédiquants ont utilisé plus d'un médicament (cf. Tableau 5.1). Par *médicament*, on entend tout produit inscrit dans la classification ATC de l'OMS.

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à utiliser plusieurs médicaments (37,5 % vs. 29,3 % ; $\chi^2 = 4,3$; $p = 0,04$).

Les jeunes automédiquants de 18-44 ans ont davantage utilisé plusieurs médicaments (39,1 % des 18-44 ans vs. 29,0 % des 45-59 ans vs. 29,5 % des 60-90 ans ; $\chi^2_2 = 8,3$; $p = 0,02$).

Ceux ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac ont davantage utilisé plusieurs médicaments (38,9 % de ceux ayant au-delà du bac vs. 40,5 % de ceux ayant le bac vs. 26,5 % de ceux n'ayant pas le bac ; $\chi^2_2 = 11,7$; $p = 0,003$).

En prenant CMU/AME comme référence de comparaison (OR = 1), il y avait un lien statistiquement significatif entre le type de couverture sociale et le nombre de médicaments utilisés. Les bénéficiaires de la CMU/AME ont davantage utilisé un seul médicament par rapport aux bénéficiaires de la MSA/CPAM/autres régimes (88,0 % vs. 63,8 % ; OR = 4,16 ; IC : 1,24 – 14,0 ; $p = 0,02$) et par rapport aux bénéficiaires d'une assurance maladie étudiante (88,0 % vs. 57,1 % ; OR = 5,5 ; IC : 1,25 – 24,3 ; $p = 0,02$).

Le ménage avec ou sans enfant, la catégorie socioprofessionnelle, l'adhésion à une complémentaire santé ou non, être propriétaire ou pas de son logement et habiter dans un logement surpeuplé ou pas n'étaient pas liés au nombre de médicaments utilisés.

Tableau 5.1 Nombre de médicaments utilisés selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Nombre de médicaments utilisés				p
	Un seul		Plusieurs		
	64,5 %	n = 540	35,5 %	n = 297	
Genre					
Homme	70,7	135	29,3	56	0,04
Femme	62,5	397	37,5	238	
Age (années)					
18 – 44	60,9	323	39,1	207	0,02*
45 – 59	71,0	130	29,0	53	
60 – 90	70,5	86	29,5	36	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	73,5	161	26,5	58	0,003*
Bac	59,5	103	40,5	70	
Supérieur au bac	61,1	257	38,9	164	
Couverture sociale					p^\dagger
MSA/CPAM/autres régimes	63,8	493	36,2	280	0,02
CMU/AME	88,0	22	12,0	3	-
Assurance maladie étudiante	57,1	12	42,9	9	0,02

* Test du chi-2 de Pearson à deux degrés de liberté

† Régression logistique bivariée

5.2. Données médicosociales

Les individus consultant leur médecin traitant au moins 3 fois par an étaient plus nombreux à utiliser plusieurs médicaments (38,5 % vs. 30,8 % ; $\chi^2 = 4,4$; $p = 0,04$) (cf. Tableau 5.2).

Le nombre de médicaments utilisés n'était pas lié à la vague d'enquête, au fait d'avoir un médecin traitant ou pas, au fait d'avoir une maladie chronique ou pas, à l'état de santé perçue, ni à la distance domicile-médecin ou domicile-pharmacie.

Tableau 5.2 Nombre de médicaments utilisés selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Nombre de médicaments utilisés				p
	Un seul		Plusieurs		
	64,5 %	n = 540	35,5 %	n = 297	
Fréq. de consultation					
≤ 2 fois / an	69,2	175	30,8	78	0,04
≥ 3 fois / an	61,5	332	38,5	208	

5.3. Données sur le problème de santé

Les personnes polysymptomatiques étaient proportionnellement plus nombreuses à utiliser plusieurs médicaments (58,7 % vs. 28,7 % ; $\chi^2 = 59,9$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 5.3).

Il n'y avait pas de lien entre le nombre de médicaments utilisés et le temps de souffrance, le temps de soin, le recours à un autre praticien, le moyen d'obtention des produits et l'utilisation de produits non-prescrits.

Tableau 5.3 Nombre de médicaments utilisés selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Nombre de médicaments utilisés				p
	Un seul		Plusieurs		
	64,5 %	n = 540	35,5 %	n = 297	
Nombre de symptômes					
Un	71,3	430	28,7	173	< 0,001
Plusieurs	41,3	85	58,7	121	

5.4. Connaissances et recherche d'information

Les personnes ayant eu un antécédent du problème dont elles souffraient étaient plus nombreuses à utiliser plusieurs médicaments (37,5 % vs. 23,1 % ; $\chi^2 = 8,3$; $p = 0,004$) (cf. Tableau 5.4). De même pour celles qui avaient une idée du diagnostic (38,3 % vs. 22,5 % ; $\chi^2 = 10,4$; $p = 0,001$).

Le fait d'avoir discuté ou pas de son problème n'était pas lié au nombre de médicaments utilisés.

D'une manière générale, il n'y avait pas de lien significatif entre la recherche d'information et l'utilisation d'un seul ou plusieurs médicaments. Cependant, les individus ayant demandé conseil au pharmacien étaient plus nombreux à avoir utilisé plusieurs médicaments (41,0 % vs. 26,6 % ; $\chi^2 = 6,6$; $p = 0,01$).

Tableau 5.4 Nombre de médicaments utilisés selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Nombre de médicaments utilisés				p
	Un seul		Plusieurs		
	64,5 %	n = 540	35,5 %	n = 297	
Antécédent					
Oui	62,5	454	37,5	273	0,004
Non	76,9	80	23,1	24	
Idée du diagnostic					
Oui	61,7	436	38,3	271	0,001
Non	77,5	86	22,5	25	
Recherche d'information					
Oui	66,2	190	33,8	97	0,48
Non	63,7	341	36,3	194	
Internet					
Oui	67,4	99	32,6	48	0,67
Non	65,0	91	35,0	49	
Pharmacien					
Oui	59,0	85	41,0	59	0,01
Non	73,4	105	26,6	38	
Proches					
Oui	65,7	88	34,3	46	0,86
Non	66,7	102	33,3	51	
Journaux et Revues					
Oui	82,4	14	17,6	3	0,15
Non	65,2	176	34,8	94	
TV et radio					
Oui	50,0	3	50,0	3	0,4
Non	66,6	187	33,4	94	

5.5. Résumé de analyses bivariées du nombre de médicaments utilisés

5.5.1. Données sociodémographiques

La majorité des personnes ont utilisé un seul médicament ATC. Celles qui en ont utilisé plusieurs à la fois étaient préférentiellement du sexe féminin, plutôt jeunes, avec un niveau de diplôme élevé et bénéficiaires de tous les autres régimes mis à part la CMU/AME (ces dernières ont plutôt utilisé un seul médicament à la fois).

5.5.2. Données médicosociales

Les individus consultant très régulièrement leur médecin traitant (≥ 3 fois/an) ont davantage utilisé plusieurs médicaments.

5.5.3. Données sur le problème de santé

La poly-automédication était associée à la poly-symptomatologie.

5.5.4. Connaissances et recherche d'information

L'existence d'un antécédent du problème et d'une idée du diagnostic ainsi que le fait de demander conseil au pharmacien étaient associés à l'utilisation de plusieurs médicaments.

6. MOYEN D'OBTENTION DES PRODUITS

6.1. Données sociodémographiques

La majorité des automédiquants (71,3 %) ont utilisé des produits déjà en leur possession, quelle que soit la tranche d'âge considérée (cf. Tableau 6.1).

En particulier, les jeunes automédiquants de 18-44 ans avaient tendance à davantage utiliser des produits déjà en leur possession (74,0 % des 18-44 ans vs. 66,8 % des 45-59 ans vs. 68,1 % des 60-90 ans ; $\chi^2_2 = 5,6$; $p = 0,06$ (NS)).

Ceux ayant des enfants étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits déjà en leur possession (74,8 % vs. 66,2 % ; $\chi^2 = 8,5$; $p = 0,004$).

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation d'utilisation de produits déjà en sa possession à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 7,7$; $p = 0,01$) – 65,4 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 69,6 % de ceux ayant le bac (OR = 1,21 ; IC : 0,83 – 1,77) et 74,4 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 1,54 ; IC : 1,13 – 2,11).

Le genre, la catégorie socioprofessionnelle, le type de couverture sociale, le fait d'avoir une complémentaire santé ou pas, être propriétaire de son logement ou pas et habiter dans un logement surpeuplé ou pas n'étaient pas liés au moyen d'obtention des produits.

Tableau 6.1 *Moyen d'obtention des produits selon les caractéristiques sociodémographiques.*

Caractéristiques	Moyen d'obtention des produits				p
	Achetés pour l'occasion		Déjà en ma possession		
	28,7 %	n = 310	71,3 %	n = 771	
Age (années)					
18 – 44	26,0	173	74,0	492	0,06*
45 – 59	33,2	83	66,8	167	
60 – 90	31,9	52	68,1	111	
Ménage					
Avec enfant(s)	25,2	154	74,8	457	0,004
Sans enfant	33,8	129	66,2	253	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	34,6	99	65,4	187	0,01**
Bac	30,4	68	69,6	156	
Supérieur au bac	25,6	138	74,4	402	

* Test du chi-2 de Pearson à deux degrés de liberté

** Test de tendance du chi-2

6.2. Données médicosociales

Les personnes provenant de la vague 2 (période de novembre à décembre) étaient plus nombreuses à avoir acheté des produits pour l'occasion que ceux provenant de la vague 1 (période de mai à juin) (31,4 % vs. 25,1 % ; $\chi^2 = 5,2$; $p = 0,02$) (cf. Tableau 6.2).

Le fait d'avoir un médecin traitant ou pas, avoir une maladie chronique ou pas, l'état de santé perçue, la fréquence de consultation, la distance domicile-médecin et domicile-pharmacie n'étaient pas liés au fait d'acheter pour l'occasion ou d'utiliser des produits déjà en sa possession.

Tableau 6.2 *Moyen d'obtention des produits selon les caractéristiques médicosociales.*

Caractéristiques	Moyen d'obtention des produits				p
	Achetés pour l'occasion		Déjà en ma possession		
	28,7 %	n = 310	71,3 %	n = 771	
Vague d'enquête					
Vague 1	25,1	118	74,9	352	0,02
Vague 2	31,4	192	68,6	419	

6.3. Données sur le problème de santé

Les individus s'étant soignés pendant plus de 7 jours étaient proportionnellement plus nombreux à avoir acheté des produits pour l'occasion (41,2 % vs. 25,0 % ; $\chi^2 = 24,2$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 6.3).

Les personnes ayant utilisé des produits non-prescrits étaient plus nombreuses à les avoir achetés pour l'occasion (45,6 % vs. 14,5 % ; $\chi^2 = 123$; $p < 0,001$).

Le nombre de symptômes, le temps de souffrance et le recours ou non à un autre praticien n'étaient pas liés au fait d'acheter pour l'occasion ou d'utiliser des produits déjà en sa possession.

Tableau 6.3 *Moyen d'obtention des produits selon les données sur le problème de santé.*

Caractéristiques	Moyen d'obtention des produits				p
	Achetés pour l'occasion		Déjà en ma possession		
	28,7 %	n = 310	71,3 %	n = 771	
Temps de soin					
≤ 7 jours	25,0	192	75,0	577	< 0,001
> 7 jours	41,2	103	58,8	147	
Prescription antérieure					
Oui	14,5	81	85,5	479	< 0,001
Non	45,6	223	54,4	266	

6.4. Connaissances et recherche d'information

Les individus n'ayant pas eu d'antécédent du problème dont ils souffraient étaient proportionnellement plus nombreux à avoir acheté des produits pour l'occasion (44,1 % vs. 26,5 % ; $\chi^2 = 18$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 6.4). De même que ceux n'ayant eu aucune idée du diagnostic (37,9 % vs. 27,3 % ; $\chi^2 = 6,9$; $p = 0,01$).

D'une manière générale, les personnes ayant recherché de l'information étaient plus nombreuses à avoir acheté des produits pour l'occasion (40,6 % vs. 21,5 % ; $\chi^2 = 44,8$; $p < 0,001$), tout particulièrement celles ayant demandé conseil au pharmacien (51,5 % vs. 29,8 % ; $\chi^2 = 20,1$; $p < 0,001$). En revanche, celles ayant consulté Internet étaient plus nombreuses à utiliser des produits déjà en leur possession (65,3 % vs. 52,4 % ; $\chi^2 = 7,1$; $p = 0,01$). Il n'y avait pas de lien significatif entre le moyen d'obtention des produits et la recherche d'information auprès des proches, dans les journaux et revues et à la télévision ou la radio.

Les sources d'information chez ceux qui ont acheté leurs produits pour l'occasion étaient principalement le pharmacien (63,1 %), suivies d'Internet (46,4 %), des proches (39,3 %), des journaux et revues (11,3 %) et enfin de la télévision et la radio (3,0 %).

Tableau 6.4 Moyen d'obtention des produits selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Moyen d'obtention des produits				p
	Achetés pour l'occasion		Déjà en ma possession		
	28,7 %	n = 310	71,3 %	n = 771	
Antécédent					
Oui	26,5	249	73,5	690	< 0,001
Non	44,1	60	55,9	76	
Idée du diagnostic					
Oui	27,3	250	72,7	665	0,01
Non	37,9	55	62,1	90	
Recherche d'information					
Oui	40,6	168	59,4	246	< 0,001
Non	21,5	140	78,5	511	
Internet					
Oui	34,7	78	65,3	147	0,01
Non	47,6	90	52,4	99	
Pharmacien					
Oui	51,5	106	48,5	100	< 0,001
Non	29,8	62	70,2	146	
Proches					
Oui	35,5	66	64,5	120	0,06
Non	44,7	102	55,2	126	
Journaux et Revues					
Oui	44,2	19	55,8	24	0,61
Non	40,2	149	59,8	222	
TV et radio					
Oui	31,2	5	68,8	11	0,44
Non	40,9	163	59,1	235	

6.5. Résumé des analyses bivariées du moyen d'obtention des produits

6.5.1. Données sociodémographiques

La tendance générale était d'utiliser des produits déjà en sa possession. Ce comportement était plus fréquent chez les jeunes, les ménages avec enfant(s) et les plus diplômés.

6.5.2. Données médicosociales

L'achat de produits pour l'occasion était plus prononcé lors de la vague 2 (début d'hiver) que lors de la vague 1 (début d'été).

6.5.3. Données sur le problème de santé

Un temps de soin > 7 jours et l'utilisation de produits non-prescrits étaient associés à l'achat pour l'occasion.

6.5.4. Connaissances et recherche d'information

Les personnes sans antécédent du problème et sans idée du diagnostic ont davantage acheté des produits pour l'occasion. Celles ayant demandé conseil au pharmacien étaient très particulièrement enclines à en acheter, alors que celles ayant consulté Internet ont davantage utilisé des produits déjà en leur possession.

7. UTILISATION DE PRODUITS NON-PRESCRITS

7.1. Données sociodémographiques

45,2 % des individus ont utilisé des produits non-prescrits par un médecin, tandis que 54,8 % ont réutilisé des produits antérieurement prescrits (cf. Tableau 7.1).

Les femmes étaient plus nombreuses à utiliser des produits non-prescrits (47,1 % vs. 39,9 % ; $\chi^2 = 4,1$; $p = 0,04$).

Les individus ayant utilisé des produits non-prescrits par un médecin étaient en moyenne plus jeunes (40,4 ans [39,2 – 41,6] vs. 44,9 ans [43,7 – 46,2], $p < 0,001$, test de Wilcoxon-Mann-Whitney). Il y avait une tendance linéaire à la diminution de l'utilisation de produits non-prescrits avec l'âge ($\chi^2 = 29,5$; $p < 0,001$) – 50,7 % des 18-44 ans (OR = 1), 43,2 % des 45-59 ans (OR = 0,74 ; IC : 0,55 – 0,99) et 28,1 % des 60-90 ans (OR = 0,38 ; IC : 0,26 – 0,54).

Les ménages avec enfant(s) étaient plus nombreux à utiliser des produits non-prescrits que les ménages sans enfant (49,1 % vs. 40,2 % ; $\chi^2 = 7,7$; $p = 0,01$).

Plus le niveau d'études était élevé, plus l'utilisation de produits non-prescrits était fréquente – 37,8 % de ceux n'ayant pas le bac vs. 48,5 % de ceux ayant le bac vs. 49,3 % de ceux ayant au-delà du bac ont utilisé des produits non-prescrits ($\chi^2_2 = 11,5$; $p = 0,003$).

Il n'y avait pas de lien entre l'utilisation de produits prescrits ou non et la CSP, la couverture sociale, le fait d'avoir une complémentaire santé ou non, le fait d'être propriétaire de son logement ou non et habiter dans un logement surpeuplé ou non.

Tableau 7.1 Utilisation de produits non-prescrits selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Certains produits prescrits par médecin ?				p
	Oui		Non		
	54,8 %	n = 610	45,2 %	n = 503	
Genre					
Homme	60,1	155	39,9	103	0,04
Femme	52,9	444	47,1	395	
Age (années)					
18 – 44	49,3	331	50,7	341	< 0,001*
45 – 59	56,8	143	43,2	109	
60 – 90	71,9	133	28,1	52	
Ménage					
Avec enfant(s)	50,9	313	49,1	302	0,01
Sans enfant	59,8	239	40,2	161	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	62,2	196	37,8	119	0,003**
Bac	51,5	120	48,5	113	
Supérieur au bac	50,7	268	49,3	261	

* Test de tendance du chi-2

** Test du chi-2 de Pearson à deux degrés de liberté

7.2. Données médicosociales

Les individus indemnes d'une maladie chronique étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits par un médecin (50,6 % vs. 36,8 % ; $\chi^2 = 17,9$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 7.2).

L'utilisation de produits non-prescrits était liée à un meilleur état de santé perçue avec un score entre 8 et 10 (49,5 % vs. 40,3 % ; $\chi^2 = 8,9$; $p = 0,003$).

Ceux consultant leur médecin traitant deux fois par an ou moins étaient proportionnellement plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits (55,6 % vs. 40,9 % ; $\chi^2 = 19,6$; $p < 0,001$).

L'utilisation de produits non-prescrits n'était pas liée à la vague d'enquête, au fait d'avoir un médecin traitant ou pas et à la distance domicile-médecin ou domicile-pharmacie.

Tableau 7.2 Utilisation de produits non-prescrits selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Certains produits prescrits par médecin ?				p
	Oui		Non		
	54,8 %	n = 610	45,2 %	n = 503	
Maladie chronique					
Oui	63,2	218	36,8	127	< 0,001
Non	49,4	355	50,6	364	
Etat de santé perçue					
1 – 7	59,7	259	40,3	175	0,003
8 – 10	50,5	328	49,5	322	
Fréq. de consultation					
≤ 2 fois / an	44,4	148	55,6	185	< 0,001
≥ 3 fois / an	59,1	424	40,9	294	

7.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants ayant souffert pendant moins d'une semaine étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits par un médecin (50,6 % vs. 40,8 % ; $\chi^2 = 10,3$; $p = 0,001$) (cf. Tableau 7.3).

De même, ceux s'étant soignés pendant moins de 7 jours étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits (48,7 % vs. 40,5 % ; $\chi^2 = 5,3$; $p = 0,02$).

Les individus n'ayant pas eu recours à un autre praticien étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits (49,2 % vs. 28,2 % ; $\chi^2 = 29,3$; $p < 0,001$).

Tableau 7.3 Utilisation de produits non-prescrits selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Certains produits prescrits par médecin ?				p
	Oui		Non		
	54,8 %	n = 610	45,2 %	n = 503	
Temps de souffrance					
Moins d'une semaine	49,4	241	50,6	247	0,001
Plus d'une semaine	59,2	341	40,8	235	
Temps de soin					
≤ 7 jours	51,3	390	48,7	370	0,02
> 7 jours	59,5	160	40,5	109	
Recours à un autre praticien					
Oui	71,8	145	28,2	57	< 0,001
Non	50,8	440	49,2	427	
Conventionnels					
Oui	75,5	83	24,5	27	0,21
Non	67,4	62	32,6	30	
Non-conventionnels					
Oui	67,0	67	33,0	33	0,14
Non	76,5	78	23,5	24	

7.4. Connaissances et recherche d'information

D'une manière générale, la recherche d'information n'était pas liée à l'utilisation de produits prescrits ou non par un médecin (cf. Tableau 7.4). Mais, les automédiquants ayant cherché de l'information sur Internet et auprès des proches étaient moins nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits (42,1 % vs. 53,5 % ; $\chi^2 = 5,6$; $p = 0,02$ et 39,5 % vs. 54,1 % ; $\chi^2 = 9,2$; $p = 0,002$ respectivement). A l'opposé, les automédiquants ayant demandé conseil au pharmacien étaient plus nombreux à avoir utilisé des produits non-prescrits (57,6 % vs. 37,7 % ; $\chi^2 = 17,3$; $p < 0,001$).

L'utilisation de produits prescrits ou non par un médecin n'était pas liée au fait d'avoir eu un antécédent, d'avoir eu une idée du diagnostic, ou d'avoir discuté de son problème.

Tableau 7.4 Utilisation de produits non-prescrits selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Certains produits prescrits par médecin ?				p
	Oui		Non		
	54,8 %	n = 610	45,2 %	n = 503	
Recherche d'information					
Oui	52,7	228	47,3	205	0,3
Non	55,9	371	44,1	293	
Internet					
Oui	57,9	135	42,1	98	0,02
Non	46,5	93	53,5	107	
Pharmacien					
Oui	42,4	89	57,6	121	< 0,001
Non	62,3	139	37,7	84	
Proches					
Oui	60,5	121	39,5	79	0,002
Non	45,9	107	54,1	126	
Journaux et Revues					
Oui	51,1	24	48,9	23	0,82
Non	52,9	204	47,1	182	
TV et radio					
Oui	65,2	15	34,8	8	0,22
Non	52,0	213	48,0	197	

7.5. Résumé des analyses bivariées de l'utilisation de produits non-prescrits

7.5.1. Données sociodémographiques

Presque la moitié des automédiquants a utilisé des produits non-prescrits, et l'autre moitié a réutilisé des produits antérieurement prescrits. Ont davantage utilisé des produits non-prescrits les personnes du sexe féminin, les plus jeunes, celles appartenant à des ménages avec enfant(s) et les plus diplômées.

7.5.2. Données médicosociales

L'absence de maladie chronique, la perception d'une meilleure santé et la fréquence de consultation peu élevée (≤ 2 fois/an) étaient associées à l'utilisation de produits non-prescrits.

7.5.3. Données sur le problème de santé

L'utilisation de produits non-prescrits était plus fréquente chez les automédiquants ayant souffert ou s'étant soignés pendant moins d'une semaine ainsi que chez ceux n'ayant pas eu recours à un autre praticien.

7.5.4. Connaissances et recherche d'information

La recherche d'information sur Internet et auprès des proches était associée à l'utilisation de produits antérieurement prescrits, alors que la recherche d'information auprès du pharmacien était associée à l'utilisation de produits non-prescrits.

8. UTILISATION DE PRODUITS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

8.1. Données sociodémographiques

19,3 % des automédiquants ont utilisé des produits de santé complémentaires (PSC) (cf. Tableau 8.1).

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation de l'utilisation de PSC à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 4,4$; $p = 0,04$) – 15,3 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 19,9 % de ceux ayant le bac (OR = 1,37 ; IC : 0,85 – 2,22) et 21,8 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 1,54 ; IC : 1,03 – 2,3).

Le genre, l'âge, avoir un enfant ou pas, la situation professionnelle, le type de couverture sociale, avoir une complémentaire santé ou pas, être propriétaire de son logement ou pas et habiter dans un logement surpeuplé n'étaient pas liés à l'utilisation de ces produits.

Tableau 8.1 Utilisation de PSC selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Utilisation de PSC				p
	Oui		Non		
	19,3 %	n = 194	80,7 %	n = 810	
Niveau d'études					0,04*
Inférieur au bac	15,3	40	84,7	221	
Bac	19,9	42	80,1	169	
Supérieur au bac	21,8	110	78,2	394	

* Test de tendance du chi-2

8.2. Données médicosociales

Les automédiquants qui consultaient leur médecin traitant 2 fois par an ou moins étaient proportionnellement plus nombreux à utiliser des PSC (23,8 % vs. 18,1 % ; $\chi^2 = 4,2$; $p = 0,04$) (cf. Tableau 8.2).

La vague d'enquête, avoir un médecin traitant ou pas, avoir ou non une maladie chronique, l'état de santé perçue et la distance domicile-médecin et domicile-pharmacie n'étaient pas liés à l'utilisation de ces produits.

Tableau 8.2 Utilisation de PSC selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Utilisation de PSC				p
	Oui		Non		
	19,3 %	n = 194	80,7 %	n = 810	
Fréq. de consultation					0,04
≤ 2 fois / an	23,8	73	76,2	234	
≥ 3 fois / an	18,1	117	81,9	530	

8.3. Données sur le problème de santé

Les individus s'étant automédiqués pendant plus de 7 jours étaient proportionnellement plus nombreux à utiliser des PSC (27,2 % vs. 17,3 % ; $\chi^2 = 11,1$; $p = 0,001$) (cf. Tableau 8.3).

Les automédiquants ayant acheté des produits pour l'occasion étaient proportionnellement plus nombreux à utiliser des PSC (24,6 % vs. 17,6 % ; $\chi^2 = 6,3$; $p = 0,01$).

Les automédiquants ayant utilisé de produits non-prescrits par un médecin étaient plus nombreux à utiliser des PSC (29,4 % vs. 10,4 % ; $\chi^2 = 56,4$; $p < 0,001$).

Le nombre de symptômes, le temps de souffrance, le recours à un autre praticien ou non, le nombre de médicaments utilisés et l'efficacité de l'automédication n'étaient pas liés à l'utilisation de ces produits.

Tableau 8.3 Utilisation de PSC selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Utilisation de PSC				p
	Oui		Non		
	19,3 %	n = 194	80,7 %	n = 810	
Temps de soin					
≤ 7 jours	17,3	124	82,7	594	0,001
> 7 jours	27,2	65	72,8	174	
Moyen d'obtention					
Déjà en ma possession	17,6	123	82,4	577	0,01
Achat pour l'occasion	24,6	68	75,4	208	
Prescription antérieure					
Oui	10,4	54	89,6	467	< 0,001
Non	29,4	133	70,6	320	

8.4. Connaissances et recherche d'information

Les individus ayant discuté de leur problème étaient plus nombreux à s'automédiquer avec des PSC (23,3 % vs. 15,6 % ; $\chi^2 = 9,5$; $p = 0,002$) (cf. Tableau 8.4).

La recherche d'information était liée à l'utilisation de ces produits (27,3 % vs. 15,0 % ; $\chi^2 = 22,4$; $p < 0,001$), notamment la recherche sur Internet (34,0 % vs. 18,5 % ; $\chi^2 = 11,0$; $p = 0,001$) et la recherche dans les journaux et revues (55,6 % vs. 24,3 % ; $\chi^2 = 16,1$; $p < 0,001$).

Tableau 8.4 Utilisation de PSC selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Utilisation de PSC				p
	Oui		Non		
	19,3 %	n = 194	80,7 %	n = 810	
Discussion					
Oui	23,3	112	76,7	368	0,002
Non	15,6	80	84,4	433	
Recherche d'information					
Oui	27,3	102	72,7	272	< 0,001
Non	15,0	92	85,0	523	
Internet					
Oui	34,0	72	66,0	140	0,001
Non	18,5	30	81,5	132	
Pharmacien					
Oui	26,1	48	73,9	136	0,61
Non	28,4	54	71,6	136	
Proches					
Oui	30,5	54	69,5	123	0,18
Non	24,4	48	75,6	149	
Journaux et Revues					
Oui	55,6	20	44,4	16	< 0,001
Non	24,3	82	75,7	256	
TV et radio					
Oui	30,0	3	70,0	7	0,84
Non	27,2	99	72,8	265	

8.5. Résumé des analyses bivariées de l'utilisation de PSC

8.5.1. Données sociodémographiques

Environ un cinquième des automédiquants a déclaré avoir utilisé des produits de santé complémentaires. La propension à l'emploi de tels produits augmentait avec le niveau du diplôme.

8.5.2. Données médicosociales

L'utilisation de PSC était plus fréquente chez les personnes consultant peu leur médecin traitant (≤ 2 fois/an).

8.5.3. Données sur le problème de santé

L'emploi de PSC était associé à un temps de soin > 7 jours, à l'achat de produits pour l'occasion et à l'utilisation de produits non-prescrits.

8.5.4. Connaissances et recherche d'information

Les personnes ayant discuté de leur problème avec leur entourage et celles ayant recherché de l'information sur Internet, dans les journaux et les revues ont davantage utilisé des PSC.

8.6. Analyse multivariée de l'utilisation de PSC

Les variables suivantes sont associées à l'utilisation de produits de santé complémentaires (PSC) : le temps de soin, la recherche d'information et l'utilisation de produits prescrits ou non par un médecin (cf. Tableau 8.5).

L'analyse multivariée par régression logistique pas-à-pas descendante tient compte de la présence simultanée d'autres variables dans le modèle, qui n'ont finalement pas été retenues : genre, âge, niveau d'études, propriétaire du logement, fréquence de consultation, moyen d'obtention des produits et discussion autour du problème. Le modèle final explique 8,6 % de la variance d'utilisation de PSC (pseudo $R^2 = 0,086$).

Notre étude montre qu'un temps de soin de plus de sept jours est 83 % plus fortement associé à l'utilisation de PSC (OR = 1,83 ; IC : 1,25 – 2,67 ; $p = 0,002$).

La recherche d'information est 1,96 fois plus associée à l'utilisation de PSC (OR = 1,96 ; IC : 1,38 – 2,79 ; $p < 0,001$).

Enfin, la probabilité d'utiliser des PSC est 3,4 fois plus élevée chez ceux qui ne réutilisent pas d'anciennes prescriptions médicales (OR = 3,40 ; IC : 2,36 – 4,9 ; $p < 0,001$).

Tableau 8.5

Variables explicatives indépendantes associées à l'utilisation de PSC : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique ($n = 885$).

PRODUITS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	ORa	(IC 95 %)	p
Temps de soin			
≤ 7 jours	1	–	–
> 7 jours	1,83	(1,25 – 2,67)	0,002
Recherche d'information			
Oui	1,96	(1,38 – 2,79)	< 0,001
Non	1	–	–
Prescription antérieure			
Oui	1	–	–
Non	3,40	(2,36 – 4,9)	< 0,001

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; ORa : odds ratio ajusté

9. AUTOMÉDICATION ET RECHERCHE D'INFORMATION

9.1. Données sociodémographiques

39,9 % des automédiquants ont recherché de l'information au sujet de leur problème de santé (cf. Tableau 9.1). Les sources d'information comprenaient, par ordre décroissant : Internet (54,0 %), le pharmacien (46,7 %), les proches (46,2 %), les journaux et revues (4,2 %) et la télévision ou la radio (2,2 %). Etant donné le faible effectif des sous-populations de ces deux derniers cas, soit 49 et 25 personnes respectivement, nous avons choisi de ne considérer que les trois sources d'information principales (Internet, pharmacien et proches) pour effectuer les analyses bivariées (test du chi-2 de Pearson).

Globalement, il n'y avait pas de lien significatif entre la recherche d'information et le fait d'être un homme ou une femme. En revanche, les hommes par rapport aux femmes ont davantage recherché de l'information auprès des proches (60,5 % vs. 41,7 % ; $\chi^2 = 12,2$; $p < 0,001$). Enfin, il sera noté que les femmes avaient tendance à recourir au pharmacien un peu plus que les hommes (49,6 % vs. 39,5 % ; $\chi^2 = 3,5$; $p = 0,06$ (NS)).

D'une manière générale, il y avait une tendance linéaire à l'augmentation de la recherche d'information à mesure que l'âge augmentait ($\chi^2 = 14,7$; $p < 0,001$) – 35,8 % des 18-44 ans (OR = 1), 43,8 % des 45-59 ans (OR = 1,4 ; IC : 1,05 – 1,86) et 50,0 % des 60-90 ans (OR = 1,79 ; IC : 1,3 – 2,48) ont recherché de l'information au sujet de leur problème de santé. Or, pour les automédiquants ayant demandé conseil au pharmacien, on observait une tendance dégressive entre 18-44 ans et 45-59 ans, et une légère remontée pour les 60-90 ans (53,0 % vs. 36,2 % vs. 42,3 % ; $\chi^2_2 = 9,9$; $p = 0,007$).

Les individus appartenant à des ménages sans enfant étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information (45,2 % vs. 35,4 % ; $\chi^2 = 10,0$; $p = 0,002$).

Par rapport à la CSP de référence (employés, OR = 1), les professions intermédiaires étaient moins nombreuses à rechercher de l'information (33,1 % vs. 42,4 % ; OR = 0,67 ; IC : 0,49 – 0,92 ; $p = 0,01$). En revanche, elles semblaient davantage rechercher de l'information sur Internet (62,2 % vs. 49,4 % ; OR = 1,69 ; IC : 1,01 – 2,82 ; $p = 0,05$) par rapport aux employés. En outre, les ouvriers (62,3 % vs. 38,1 % ; OR = 2,68 ; IC : 1,41 – 5,08 ; $p = 0,003$) et les étudiants (72,0 % vs. 38,1 % ; OR = 4,17 ; IC : 1,65 – 10,6 ; $p = 0,003$) étaient proportionnellement plus nombreux que les employés à demander conseil à leurs proches.

Il y avait une tendance linéaire à la diminution de la recherche d'information à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 14,6$; $p < 0,001$) – 47,9 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 39,4 % de ceux ayant le bac (OR = 0,71 ; IC : 0,50 – 0,99) et 34,8 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 0,58 ; IC : 0,44 – 0,77) ont cherché de l'information au sujet de leur problème de santé.

Globalement, la recherche d'information n'était pas liée au type de couverture sociale dont bénéficiaient les individus (CMU/AME prise comme modalité de référence). Les statistiques spécifiques de la recherche d'information sur Internet, auprès du pharmacien et des proches ne sont pas analysables pour cause de manque de puissance (effectif < 30).

La recherche d'information n'était pas liée au fait d'avoir une complémentaire santé ou pas, d'être propriétaire de son logement ou pas et d'habiter dans un logement surpeuplé ou pas.

Tableau 9.1 Recherche d'information sur le problème de santé selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Recherche d'information				p	Internet				p	Pharmacien				p	Proches				p
	Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non		
	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
	39,9	465	60,1	699		54,0	251	46,0	214		46,7	217	53,3	248		46,2	215	53,8	250	
Genre																				
Homme	41,0	114	59,0	164	0,7	54,4	62	45,6	52	0,97	39,5	45	60,5	69	0,06	60,5	69	39,5	45	< 0,001
Femme	39,7	345	60,3	524		54,2	187	45,8	158		49,6	171	50,4	174		41,7	144	58,3	201	
Age (années)																				
18 – 44	35,8	251	64,2	450	< 0,001*	53,0	133	47,0	118	0,94*	53,0	133	47,0	118	0,007**	49,0	123	51,0	128	0,20*
45 – 59	43,8	116	56,2	149		59,5	69	40,5	47		36,2	42	63,8	74		43,1	50	56,9	66	
60 – 90	50,0	97	50,0	97		50,5	49	49,5	48		42,3	41	57,7	56		42,3	41	57,7	41	
Ménage																				
Avec enfant(s)	35,4	230	64,6	419	0,002	53,9	124	46,1	106	0,68	49,6	114	50,4	116	0,47	46,5	107	53,5	123	0,66
Sans enfant	45,2	187	54,8	227		51,9	97	48,1	90		46,0	86	54,0	101		44,4	83	55,6	104	
Situation professionnelle					p†					p†					p†					p†
1 Agriculteur exploitant	44,4	4	55,6	5	0,90	75,0	3	25,0	1	0,34	50,0	2	50,0	2	1,00	100	4	0	0	omis
2 Artisan, C ou CE	42,5	17	57,5	23	0,99	52,9	9	47,1	8	0,78	58,8	10	41,2	7	0,49	41,2	7	58,8	10	0,81
3 Cadre ou PIS	37,7	52	62,3	86	0,33	51,9	27	48,1	25	0,75	44,2	23	55,8	29	0,47	50,0	26	50,0	26	0,13
4 Profession intermédiaire	33,1	98	66,9	198	0,01	62,2	61	37,8	37	0,05	49,0	48	51,0	50	0,87	34,7	34	65,3	64	0,58
5 Employé	42,4	160	57,6	217	-	49,4	79	50,6	81	-	50,0	80	50,0	80	-	38,1	61	61,9	99	-
6 Ouvrier	44,2	53	55,8	67	0,74	52,8	28	47,2	25	0,66	37,7	20	62,3	33	0,12	62,3	33	37,7	20	0,003
7 Etudiant et en formation	48,1	25	51,9	27	0,44	60,0	15	40,0	10	0,33	44,0	11	56,0	14	0,58	72,0	18	28,0	7	0,003
8 Inactif	33,3	5	66,7	10	0,49	100	5	0	0	omis	40,0	2	60,0	3	0,66	40,0	2	60,0	3	0,93
Niveau d'études																				
Inférieur au bac	47,9	161	52,1	175	< 0,001*	49,7	80	50,3	81	0,51*	42,9	69	57,1	92	0,18*	45,3	73	54,7	88	0,95*
Bac	39,4	93	60,6	143		63,4	59	36,6	34		47,3	44	52,7	49		49,5	46	50,5	47	
Supérieur au bac	34,8	192	65,2	359		53,7	103	46,3	89		50,0	96	50,0	96		45,8	88	54,2	104	
Couverture sociale					p†					p†					p†					p†
MSA/CPAM/autres régimes	39,8	428	60,2	647	0,96	54,2	232	45,8	196	0,27	46,3	198	53,7	230	0,04	46,0	197	54,0	231	0,12
CMU/AME	39,4	13	60,6	20	-	38,5	5	61,6	8	-	76,9	10	23,1	3	-	23,1	3	76,9	10	-
Assur. maladie étudiante	43,3	13	56,7	17	0,75	46,1	6	53,9	7	0,69	46,1	6	53,9	7	0,12	76,9	10	23,1	3	0,01

* Test de tendance du chi-2

** Test du chi-2 de Pearson à deux degrés de liberté

† Régression logistique bivariée

9.2. Données médicosociales

La vague d'enquête n'était pas liée à la recherche d'information sauf concernant la recherche sur Internet, pour laquelle les automédiquants de la vague 1 (période de mai à juin) en ont eu plus recours (60,8 % vs. 49,5 % ; $\chi^2 = 5,7$; $p = 0,02$) que ceux de la vague 2 (période de novembre à décembre) (cf. Tableau 9.2).

Ceux soignés pour une maladie chronique étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information (46,5 % vs. 36,8 % ; $\chi^2 = 9,6$; $p = 0,002$) sans qu'il y ait de source d'information privilégiée entre Internet, le pharmacien ou les proches.

Les automédiquants avec un état de santé perçue de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10) étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information (47,2 % vs. 34,7 % ; $\chi^2 = 17,8$; $p < 0,001$), avec une préférence pour Internet (62,0 % vs. 46,6 % ; $\chi^2 = 10,8$; $p = 0,001$), que ceux avec un meilleur état de santé perçue (score de 8 à 10).

D'une manière générale, la fréquence de consultation n'était pas liée de manière statistiquement significative à la recherche d'information. Cependant, les individus consultant deux fois par an ou moins ont demandé davantage conseil à leurs proches (55,4 % vs. 42,3 % ; $\chi^2 = 6,2$; $p = 0,01$).

Les individus habitant à moins de 2 km de la pharmacie étaient plus nombreux à rechercher de l'information au sujet de leur problème de santé que ceux habitant plus loin (42,3 % vs. 36,2 % ; $\chi^2 = 4,4$; $p = 0,04$). Paradoxalement, il n'y avait pas de lien significatif entre la distance domicile-pharmacie et le recours au pharmacien.

Avoir un médecin traitant ou pas et la distance domicile-médecin n'étaient pas liés à la recherche d'information.

Tableau 9.2 Recherche d'information sur le problème de santé selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Recherche d'information				p	Internet				p	Pharmacien				p	Proches				p
	Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non		
	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
	39,9	465	60,1	699		54,0	251	46,0	214		46,7	217	53,3	248		46,2	215	53,8	250	
Vague d'enquête																				
Vague 1	37,3	186	62,7	312	0,12	60,8	113	39,2	73	0,02	43,5	81	56,5	105	0,27	48,9	91	51,1	95	0,34
Vague 2	41,9	279	58,1	387		49,5	138	50,5	141		48,7	136	51,3	143		44,4	124	55,6	155	
Maladie chronique																				
Oui	46,5	167	53,5	192	0,002	57,5	96	42,5	71	0,41	43,7	73	56,3	94	0,30	41,9	70	58,1	97	0,12
Non	36,8	277	63,2	476		53,4	148	46,6	129		48,7	135	51,3	142		49,5	137	50,5	140	
Etat de santé perçue																				
1 – 7	47,2	216	52,8	242	< 0,001	62,0	134	38,0	82	0,001	43,1	93	56,9	123	0,12	43,5	94	56,5	122	0,23
8 – 10	34,7	234	65,3	441		46,6	109	53,4	125		50,4	118	49,6	116		49,1	115	50,9	119	
Fréq. de consultation																				
≤ 2 fois / an	37,1	130	62,9	220	0,22	53,9	70	46,1	60	0,59	42,3	55	57,7	75	0,26	55,4	72	44,6	58	0,01
≥ 3 fois / an	41,0	307	59,0	441		56,7	174	43,3	133		48,2	148	51,8	159		42,3	130	57,7	177	
Distance domicile – pharmacie																				
d < 2 km	42,3	229	57,7	312	0,04	55,9	128	44,1	101	0,51	44,5	102	55,5	127	0,39	48,0	110	52,0	119	0,71
d ≥ 2 km	36,2	214	63,8	377		52,8	113	47,2	101		48,6	104	51,4	110		46,3	99	53,7	115	

9.3. Données sur le problème de santé

Globalement, la recherche d'information n'était pas liée au nombre de symptômes évoqués, mais il y avait spécifiquement un lien avec la recherche d'information sur Internet : ceux ayant eu un seul symptôme étaient plus nombreux à chercher de l'information sur Internet (57,6 % vs. 43,5 % ; $\chi^2 = 5,8$; $p = 0,02$) que ceux en ayant eu plusieurs (cf. Tableau 9.3).

Les automédiquants ayant souffert pendant plus d'une semaine étaient plus nombreux à rechercher de l'information (46,7 % vs. 31,3 % ; $\chi^2 = 27,3$; $p < 0,001$), notamment sur Internet (61,9 % vs. 43,7 % ; $\chi^2 = 13,6$; $p < 0,001$). En revanche, ils étaient proportionnellement moins nombreux à avoir recours au pharmacien (39,5 % vs. 58,1 % ; $\chi^2 = 14,2$; $p < 0,001$) que ceux ayant souffert pendant moins d'une semaine.

L'analyse du temps de soin semble suivre la même tendance que le temps de souffrance. Les individus s'étant automédiqués pendant plus de sept jours étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information (56,5 % vs. 32,5 % ; $\chi^2 = 48,5$; $p < 0,001$), notamment sur Internet (67,3 % vs. 47,6 % ; $\chi^2 = 14,9$; $p < 0,001$). En revanche, ils étaient moins nombreux à avoir recours au pharmacien (39,9 % vs. 55,6 % ; $\chi^2 = 9,4$; $p = 0,002$) que ceux s'étant automédiqués pendant sept jours ou moins.

Enfin, ceux ayant eu recours à un autre praticien étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information (62,3 % vs. 34,7 % ; $\chi^2 = 54,1$; $p < 0,001$), et il s'avère que la source d'information la moins favorisée était le pharmacien (37,9 % vs. 51,0 % ; $\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$).

Tableau 9.3 Recherche d'information sur le problème de santé selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Recherche d'information				p	Internet				p	Pharmacien				p	Proches				p
	Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non		
	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
	39,9	465	60,1	699		54,0	251	46,0	214		46,7	217	53,3	248		46,2	215	53,8	250	
Nombre de symptômes																				
Un	40,7	342	59,3	499	0,08	57,6	197	42,4	145	0,02	46,5	159	53,5	183	0,82	45,3	155	54,7	187	0,81
Plusieurs	34,7	92	65,3	173		43,5	40	56,5	52		47,8	44	52,2	48		46,7	43	53,3	49	
Temps de souffrance																				
Moins d'une semaine	31,3	160	68,7	351	< 0,001	43,7	70	56,3	90	< 0,001	58,1	93	41,9	67	< 0,001	42,5	68	57,5	92	0,29
Plus d'une semaine	46,7	281	53,3	321		61,9	174	38,1	107		39,5	111	60,5	170		47,7	134	52,3	147	
Temps de soin																				
≤ 7 jours	32,5	252	67,5	523	< 0,001	47,6	120	52,4	132	< 0,001	55,6	140	44,4	112	0,002	44,8	113	55,2	139	0,84
> 7 jours	56,5	153	43,5	118		67,3	103	32,7	50		39,9	61	60,1	92		43,8	67	56,2	86	
Recours à autre praticien																				
Oui	62,3	132	37,7	80	< 0,001	60,6	80	39,4	52	0,06	37,9	50	62,1	82	0,01	51,5	68	48,5	64	0,16
Non	34,7	312	65,3	586		51,0	159	49,0	153		51,0	159	49,0	153		44,2	138	55,8	174	

9.4. Connaissances sur le problème de santé

Globalement, les automédiants n'ayant pas eu d'antécédent du problème étaient proportionnellement plus nombreux à rechercher de l'information à ce sujet (50,3 % vs. 37,8 % ; $\chi^2 = 9,7$; $p = 0,002$), de préférence sur Internet (66,7 % vs. 51,6 % ; $\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$) (cf. Tableau 9.4). À l'inverse, ceux ayant eu un antécédent étaient plus nombreux à demander conseil au pharmacien que ceux n'ayant pas eu d'antécédent (51,6 % vs. 26,4 % ; $\chi^2 = 17,9$; $p < 0,001$). Avoir ou pas une idée du diagnostic n'était pas lié à la recherche d'information.

D'une manière générale, les automédiants ayant discuté de leur problème étaient plus nombreux à rechercher de l'information à ce sujet (54,7 % vs. 25,0 % ; $\chi^2 = 106,3$; $p < 0,001$), notamment sur Internet (59,2 % vs. 43,8 % ; $\chi^2 = 9,5$; $p = 0,002$) et, bien entendu, auprès de leurs proches (59,6 % vs. 19,2 % ; $\chi^2 = 64,9$; $p < 0,001$).

9.5. Résumé des analyses bivariées de la recherche d'information

9.5.1. Données sociodémographiques

Les hommes ont davantage demandé conseil à leurs proches, alors que les femmes avaient plutôt tendance à demander l'avis du pharmacien. La recherche d'information augmentait avec l'âge, mais en même temps le recours aux conseils du pharmacien *diminuait* puis remontait légèrement pour les plus âgés. Les personnes vivant dans des ménages sans enfant ont davantage recherché de l'information. Les professions intermédiaires ont moins recherché de l'information que les employés, cependant elles sembleraient avoir eu davantage recours à Internet. Les ouvriers et les étudiants ont davantage sollicité leurs proches. Moins elles étaient diplômées, plus elles avaient besoin de rechercher de l'information.

9.5.2. Données médicosociales

Les personnes issues de la vague 1 ont davantage recherché de l'information sur Internet. La recherche d'information était plus fréquente chez les personnes atteintes d'une maladie chronique et celles ayant une perception mauvaise ou médiocre de leur santé. Celles qui fréquentent peu leur médecin (≤ 2 fois/an) ont davantage sollicité leurs proches. Celles habitant près de la pharmacie ont davantage recherché de l'information, mais pas spécialement auprès du pharmacien.

9.5.3. Données sur le problème de santé

Le fait d'avoir eu un seul symptôme était lié à la recherche d'information sur Internet. Un temps de souffrance et un temps de soin allongés (> 7 jours) étaient liés à la recherche d'information, surtout sur Internet mais pas auprès du pharmacien. Le recours à un autre praticien était lié à la recherche d'information mais pas auprès du pharmacien.

9.5.4. Connaissances sur le problème de santé

La recherche d'information était plus fréquente, surtout sur Internet, chez les personnes sans antécédent du problème. Celles avec un antécédent ont eu davantage recours aux conseils du pharmacien. Celles qui ont discuté de leur problème ont davantage utilisé Internet et sollicité leurs proches.

Tableau 9.4 Recherche d'information sur le problème de santé selon les connaissances.

Caractéristiques	Recherche d'information				p	Internet				p	Pharmacien				p	Proches				p
	Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non		
	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
	39,9	465	60,1	699		54,0	251	46,0	214		46,7	217	53,3	248		46,2	215	53,8	250	
Antécédent																				
Oui	37,8	370	62,2	610	0,002	51,6	191	48,4	179	0,01	51,6	191	48,4	179	< 0,001	44,3	164	55,7	206	0,15
Non	50,3	87	49,7	86		66,7	58	33,3	29		26,4	23	73,6	64		52,9	46	47,1	41	
Discussion																				
Oui	54,7	309	45,3	256	< 0,001	59,2	183	40,8	126	0,002	44,0	136	56,0	173	0,06	59,6	184	40,4	125	< 0,001
Non	25,0	146	75,0	439		43,8	64	56,2	82		53,4	78	46,6	68		19,2	28	80,8	118	

10. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

10.1. Données sociodémographiques

46,2 % des automédiquants avaient (au moins) un symptôme respiratoire (cf. Tableau 10.1).

Il y avait une tendance linéaire à la diminution de l'automédication pour symptôme respiratoire à mesure que l'âge augmentait ($\chi^2 = 31,4$; $p < 0,001$) – 51,9 % des automédiquants de 18-44 ans (OR = 1), 43,3 % des 45-59 ans (OR = 0,71 ; IC : 0,53 – 0,94) et 28,7 % des 60-90 ans (OR = 0,37 ; IC : 0,26 – 0,54) avaient un symptôme respiratoire.

Les individus ayant des enfants étaient plus nombreux à s'automédiquer pour symptôme respiratoire que ceux n'ayant pas d'enfant (51,1 % vs. 40,0 % ; $\chi^2 = 12,1$; $p = 0,001$).

Il y avait une tendance linéaire à l'augmentation de l'automédication pour symptôme respiratoire à mesure que le niveau d'études augmentait ($\chi^2 = 13,6$; $p < 0,001$) – 38,0 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 46,2 % de ceux ayant le bac (OR = 1,4 ; IC : 0,99 – 1,97) et 51,1 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 1,70 ; IC : 1,28 – 2,26).

Etre un homme ou une femme, la situation professionnelle, la couverture sociale, avoir une complémentaire santé ou pas, être propriétaire de son logement ou pas et habiter dans un logement surpeuplé n'étaient pas liés à l'automédication pour symptôme respiratoire.

Tableau 10.1 Automédication pour symptômes respiratoires selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Symptômes respiratoires		Autres symptômes		p
	46,2 %	n = 525	53,8 %	n = 612	
Age (années)					
18 – 44	51,9	359	48,1	333	< 0,001*
45 – 59	43,3	113	56,7	148	
60 – 90	28,7	52	71,3	129	
Ménage					
Avec enfant(s)	51,1	326	48,9	312	0,001
Sans enfant	40,0	161	60,0	241	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	38,0	121	62,0	197	< 0,001*
Bac	46,2	109	53,8	127	
Supérieur au bac	51,1	280	48,9	268	

* Test de tendance du chi-2

10.2. Données médicosociales

Les individus ayant une maladie chronique se sont moins automédiqués pour symptôme respiratoire que ceux n'ayant pas de maladie chronique (39,8 % vs. 49,7 % ; $\chi^2 = 9,2$; $p = 0,002$) (cf. Tableau 10.2).

Ceux qui n'ont pas consulté étaient plus nombreux à s'automédiquer pour un problème respiratoire que ceux qui ont consulté (53,6 % vs. 25,4 % ; $\chi^2 = 69,3$; $p < 0,001$).

Ceux avec un état de santé perçue de moyen à mauvais (score de 1 à 7 sur 10) se sont moins automédiqués pour symptôme respiratoire (40,4 % vs. 51,1 % ; $\chi^2 = 12,2$; $p < 0,001$).

La vague d'enquête, le fait d'avoir ou pas un médecin traitant, la fréquence de consultation, la distance domicile-médecin et la distance domicile-pharmacie n'étaient pas liés à l'automédication pour symptôme respiratoire.

Tableau 10.2 Automédication pour symptômes respiratoires selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Symptômes respiratoires		Autres symptômes		p
	46,2 %	n = 525	53,8 %	n = 612	
Maladie chronique					
Oui	39,8	139	60,2	210	0,002
Non	49,7	368	50,3	373	
Consultation					
Oui	25,4	75	74,6	220	< 0,001
Non	53,6	445	46,4	386	
Etat de santé perçue					
1 – 7	40,4	180	59,6	265	< 0,001
8 – 10	51,1	340	48,9	325	

10.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants ayant souffert pendant moins d'une semaine étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire que ceux ayant souffert pendant plus d'une semaine (56,0 % vs. 38,2 % ; $\chi^2 = 34,3$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 10.3). Et dans cette sous-population qui souffrait d'un symptôme respiratoire, les individus consultaient plus fréquemment quand ils avaient souffert pendant plus d'une semaine (20,2 % consultaient) que quand ils avaient souffert pendant moins d'une semaine (10,4 % consultaient) ($\chi^2 = 9,3$; $p = 0,002$).

Les automédiquants s'étant soignés pendant 7 jours ou moins étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (54,7 % vs. 38,2 % ; $\chi^2 = 39,0$; $p < 0,001$). Et dans cette sous-population qui souffrait d'un symptôme respiratoire, les individus consultaient plus fréquemment quand ils s'étaient soignés pendant plus de 7 jours (20,9 % consultaient) que quand ils s'étaient soignés pendant moins de 7 jours (12,6 % consultaient) ($\chi^2 = 4,1$; $p = 0,04$).

Les individus ayant eu recours à un autre praticien étaient moins nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (13,3 % vs. 54,9 % ; $\chi^2 = 114,5$; $p < 0,001$).

Les automédiquants ayant utilisé plusieurs médicaments étaient proportionnellement plus nombreux que ceux n'en ayant utilisé qu'un seul quand il s'agissait de symptôme respiratoire (65,8 % vs. 41,0 % ; $\chi^2 = 46,0$; $p < 0,001$).

Ceux ayant utilisé des PSC étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (57,8 % vs. 46,2 % ; $\chi^2 = 8,4$; $p = 0,004$).

Ceux ayant utilisé des anti-inflammatoires non-stéroïdiens oraux (AINS oraux) étaient moins nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (21,5 % vs. 51,0 % ; $\chi^2 = 39,7$; $p < 0,001$).

Ceux ayant utilisé des produits non-prescrits par un médecin étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (58,3 % vs. 37,3 % ; $\chi^2 = 46,8$; $p < 0,001$).

Les individus ayant trouvé l'automédication « assez ou très efficace » étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (49,3 % vs. 41,6 % ; $\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$).

Le moyen d'obtention des produits n'était pas lié au fait d'avoir eu un symptôme respiratoire ou d'autres symptômes.

Tableau 10.3 Automédication pour symptômes respiratoires selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Symptômes respiratoires		Autres symptômes		p
	46,2 %	n = 525	53,8 %	n = 612	
Temps de souffrance					
Moins d'une semaine	56,0	281	44,0	221	< 0,001
Plus d'une semaine	38,2	224	61,8	362	
Temps de soin					
≤ 7 jours	54,7	418	45,3	346	< 0,001
> 7 jours	38,2	84	61,8	136	
Recours à un autre praticien					
Oui	13,3	27	86,7	176	< 0,001
Non	54,9	482	45,1	396	
Conventionnels					
Oui	14,5	16	85,5	94	0,57
Non	11,8	11	88,2	82	
Non-conventionnels					
Oui	11,9	12	88,1	89	0,55
Non	14,7	15	85,3	87	
Nbr. de médicaments utilisés					
Un seul	41,0	212	59,0	305	< 0,001
Plusieurs	65,8	194	34,2	101	
Produits de santé complémentaires					
Oui	57,8	111	42,2	81	0,004
Non	46,2	361	53,8	421	
Utilisation d'AINS oraux					
Oui	21,5	28	78,5	102	< 0,001
Non	51,0	467	49,0	448	
Prescription antérieure					
Oui	37,3	216	62,7	363	< 0,001
Non	58,3	285	41,7	204	
Efficacité					
Pas du tout / peu efficace	41,6	131	58,4	184	0,02
Assez / très efficace	49,3	387	50,7	398	

10.4. Connaissances et recherche d'information

Les individus ayant eu un antécédent respiratoire étaient plus nombreux à s'automédiquer pour ce problème que ceux n'ayant pas eu d'antécédent (50,8 % vs. 19,2 % ; $\chi^2 = 55,3$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 10.4).

Les individus ayant eu une idée du diagnostic étaient plus nombreux à s'automédiquer pour symptôme respiratoire (49,5 % vs. 28,2 % ; $\chi^2 = 25,3$; $p < 0,001$).

Les automédiquants n'ayant pas discuté de leur problème étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (57,2 % vs. 34,6 % ; $\chi^2 = 57,7$; $p < 0,001$).

D'une manière générale, les automédiquants ayant recherché de l'information étaient moins nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (34,8 % vs. 54,3 % ; $\chi^2 = 40,4$; $p < 0,001$). Ceci est valable pour la recherche d'information sur Internet (23,8 % vs. 48,0 % ; $\chi^2 = 28$; $p < 0,001$), auprès des proches (26,7 % vs. 41,8 % ; $\chi^2 = 10,9$; $p = 0,001$) et dans les journaux et revues (22,4 % vs. 36,4 % ; $\chi^2 = 3,7$; $p = 0,05$). A l'inverse, les automédiquants ayant demandé conseil au pharmacien étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme respiratoire (49,8 % vs. 21,5 % ; $\chi^2 = 38,3$; $p < 0,001$).

Tableau 10.4 Automédication pour symptômes respiratoires selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Symptômes respiratoires		Autres symptômes		p
	46,2 %	n = 525	53,8 %	n = 612	
Antécédent					
Oui	50,8	490	49,2	474	< 0,001
Non	19,2	31	80,8	130	
Idee du diagnostic					
Oui	49,5	469	50,5	479	< 0,001
Non	28,2	46	71,8	117	
Discussion					
Oui	34,6	188	65,4	356	< 0,001
Non	57,2	329	42,8	246	
Recherche d'information					
Oui	34,8	153	65,2	286	< 0,001
Non	54,3	367	45,7	309	
Internet					
Oui	23,8	57	76,2	182	< 0,001
Non	48,0	96	52,0	104	
Pharmacien					
Oui	49,8	103	50,2	104	< 0,001
Non	21,5	50	78,5	182	
Proches					
Oui	26,7	54	73,3	148	0,001
Non	41,8	99	58,2	138	
Journaux et Revues					
Oui	22,4	11	77,6	38	0,05
Non	36,4	142	63,6	248	
TV et radio					
Oui	23,8	5	76,2	16	0,28
Non	35,4	148	64,6	270	

10.5. Résumé des analyses bivariées de l'automédication pour symptômes respiratoires

10.5.1. Données sociodémographiques

Presque la moitié des automédiquants a rapporté un symptôme respiratoire. L'automédication pour un problème respiratoire diminuait avec l'âge. Elle était plus élevée pour les ménages avec enfant(s) et pour les plus diplômés.

10.5.2. Données médicosociales

Se sont moins automédiquées pour un problème respiratoire les personnes ayant une maladie chronique et celles ayant une perception médiocre ou mauvaise de leur état de santé. Celles qui n'ont pas consulté se sont davantage automédiquées pour un problème respiratoire.

10.5.3. Données sur le problème de santé

Un temps de souffrance et un temps de soin relativement courts (≤ 7 jours) étaient liés au fait d'avoir eu un symptôme respiratoire. Les symptômes respiratoires ne poussaient pas les automédiquants à consulter un autre praticien, bien au contraire. Ils ont davantage utilisé plusieurs médicaments, des produits non-prescrits ainsi que des PSC, mais très peu d'AINS. La plupart ont trouvé l'automédication « assez ou très efficace ».

10.5.4. Connaissances et recherche d'information

Avoir un antécédent et une idée du diagnostic était lié au fait d'avoir eu un problème respiratoire. Ces personnes ont moins discuté de leur problème avec leur entourage et ont moins recherché de l'information sur Internet, auprès des proches ou dans les journaux et revues. Cependant, elles ont davantage eu recours à l'avis du pharmacien.

10.6. Analyse multivariée de l'automédication pour un problème respiratoire

Une analyse multivariée par régression logistique utilisant une procédure pas-à-pas descendante a permis de ne retenir que les variables suivantes qui sont associées à l'automédication pour un problème respiratoire : antécédent du problème, idée du diagnostic, discussion autour du problème, recherche d'information, temps de soin, prescription antérieure, nombre de médicaments utilisés, utilisation de produits complémentaires et recours à un autre praticien (cf. Tableau 10.5). Le modèle final explique 23,8 % de la variance d'automédication pour un problème respiratoire (pseudo $R^2 = 0,238$).

Le fait de s'automédiquer pour un problème respiratoire est associé à une fréquence 2,44 fois plus élevée d'avoir déjà eu ce problème auparavant (OR = 2,44 ; IC : 1,33 – 4,47 ; $p = 0,004$) et 2,11 fois plus élevée d'avoir une idée du diagnostic (OR = 2,11 ; IC : 1,22 – 3,66 ; $p = 0,01$).

Il est 2,08 fois plus probable qu'ils n'aient pas discuté de leur problème de santé (OR = 2,08 ; IC : 1,43 – 3,01 ; $p < 0,001$), et 58 % plus probable qu'ils n'aient pas cherché d'information à ce sujet (OR = 1,58 ; IC : 1,06 – 2,34 ; $p = 0,03$).

Le fait d'être atteint d'un problème respiratoire augmente de 59 % la probabilité de se soigner pendant sept jours ou moins plutôt que sur une période prolongée (OR = 1,59 ; IC : 0,99 – 2,54 ; $p = 0,050$).

Une personne s'automédiquant pour symptôme respiratoire est 2,90 fois plus susceptible d'utiliser des produits non-prescrits (OR = 2,90 ; IC : 2,01 – 4,18 ; $p < 0,001$) que des produits anciennement prescrits par un médecin.

Le fait d'avoir un problème respiratoire en cours multiplie par 3,72 (OR = 3,72 ; IC : 2,54 – 5,46 ; $p < 0,001$) et 5,17 (OR = 5,17 ; IC : 2,47 – 10,8 ; $p < 0,001$) respectivement, les probabilités d'utiliser plusieurs médicaments et d'utiliser des PSC.

Enfin, l'automédication pour symptôme respiratoire est 6,87 fois plus fréquemment associée à l'absence de recours à un autre praticien (OR = 6,87 ; IC : 3,69 – 12,8 ; $p < 0,001$).

Cette analyse tient compte de la présence simultanée dans le modèle d'autres variables non-retenues par la procédure pas-à-pas descendante : genre, âge, ménage, niveau d'études, consultation, état de santé perçue, maladie chronique, temps de souffrance et efficacité de l'automédication.

Tableau 10.5

Variables explicatives indépendantes associées à l'automédication pour symptôme(s) respiratoire(s) : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 709).

SYMPTÔME(S) RESPIRATOIRE(S)	ORa	(IC 95 %)	p
Antécédent du problème			
Oui	2,44	(1,33 – 4,47)	0,004
Non	1	–	–
Idée du diagnostic			
Oui	2,11	(1,22 – 3,66)	0,01
Non	1	–	–
Discussion autour du problème			
Oui	1	–	–
Non	2,08	(1,43 – 3,01)	< 0,001
Recherche d'information			
Oui	1	–	–
Non	1,58	(1,06 – 2,34)	0,03
Temps de soin			
≤ 7 jours	1,59	(0,99 – 2,54)	0,050
> 7 jours	1	–	–
Prescription antérieure			
Oui	1	–	–
Non	2,90	(2,01 – 4,18)	< 0,001
Nombre de médicaments utilisés			
Un seul	1	–	–
Plusieurs	3,72	(2,54 – 5,46)	< 0,001
Utilisation de PSC			
Oui	5,17	(2,47 – 10,8)	< 0,001
Non	1	–	–
Recours à un autre praticien			
Oui	1	–	–
Non	6,87	(3,69 – 12,8)	< 0,001

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; ORa : odds ratio ajusté

11. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES OSTÉO-ARTICULAIRES

11.1. Données sociodémographiques

Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à s'automédiquer pour un problème ostéo-articulaire (23,9 % vs. 16,9 % ; $\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$) (cf. Tableau 11.1).

L'automédication pour symptôme ostéo-articulaire concernait davantage les individus âgés de 45 ans et plus – 14,2 % des 18-44 ans vs. 24,9 % des 45-59 ans vs. 26,5 % des 60-90 ans ; $\chi^2_2 = 23,3$; $p < 0,001$).

L'automédication pour symptôme ostéo-articulaire concernait davantage les individus avec un niveau d'études inférieur au bac – 23,9 % de ceux n'ayant pas le bac vs. 15,7 % de ceux ayant le bac vs. 16,6 % de ceux ayant au-delà du bac ; $\chi^2_2 = 8,7$; $p = 0,01$).

Les automédiquants propriétaires de leur logement étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (20,4 % vs. 15,1 % ; $\chi^2 = 4,7$; $p = 0,03$).

Avoir un enfant ou non, la catégorie socioprofessionnelle, la couverture sociale, avoir une complémentaire santé ou pas et être dans un logement surpeuplé ou pas n'étaient pas liés à l'automédication pour symptôme ostéo-articulaire.

Tableau 11.1 Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques	Symptômes ostéo-art.		Autres symptômes		p
	18,6 %	n = 211	81,4 %	n = 926	
Genre					
Homme	23,9	63	76,1	201	0,01
Femme	16,9	145	83,1	712	
Age (années)					
18 – 44	14,2	98	85,8	594	< 0,001*
45 – 59	24,9	65	75,1	196	
60 – 90	26,5	48	73,5	133	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	23,9	76	76,1	242	0,01*
Bac	15,7	37	84,3	199	
Supérieur au bac	16,6	91	83,4	457	
Propriétaire du logement					
Oui	20,4	148	79,6	579	0,03
Non	15,1	60	84,9	337	

* Test du chi-2 de Pearson à deux degrés de liberté

11.2. Données médicosociales

Les individus avec un état de santé perçue de 1 à 7 (mauvais à médiocre) étaient proportionnellement plus nombreux à s'automédiquer pour un problème ostéo-articulaire que ceux avec un meilleur état de santé perçue (21,6 % vs. 15,6 % ; $\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$) (cf. Tableau 11.2).

Ceux qui sont venus consulter étaient proportionnellement plus nombreux à s'automédiquer pour un problème ostéo-articulaire que ceux qui ne sont pas venus consulter (25,4 % vs. 16,0 % ; $\chi^2 = 12,8$; $p < 0,001$).

La vague d'enquête, le fait d'avoir ou pas un médecin traitant, avoir ou pas une maladie chronique, la fréquence de consultation, la distance domicile-médecin et la distance domicile-pharmacie n'étaient pas liés à l'automédication pour symptôme ostéo-articulaire.

Tableau 11.2 Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les caractéristiques médicosociales.

Caractéristiques	Symptômes ostéo-art.		Autres symptômes		p
	18,6 %	n = 211	81,4 %	n = 926	
Consultation					
Oui	25,4	75	74,6	220	< 0,001
Non	16,0	133	84,0	698	
Etat de santé perçue					
1 – 7	21,6	96	78,4	349	0,01
8 – 10	15,6	104	84,4	561	

11.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants ayant souffert pendant plus d'une semaine étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (24,2 % vs. 11,7 % ; $\chi^2 = 28$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 11.3). Et dans cette sous-population qui souffrait d'un symptôme ostéo-articulaire, les individus consultaient plus fréquemment quant ils avaient souffert pendant plus d'une semaine (45,7 % consultaient) que quand ils avaient souffert pendant moins d'une semaine (16,9 % consultaient) ($\chi^2 = 14,7$; $p < 0,001$).

Les automédiquants s'étant soignés pendant plus de 7 jours étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (22,3 % vs. 14,1 % ; $\chi^2 = 9,6$; $p = 0,004$). Et dans cette sous-population qui souffrait d'un symptôme ostéo-articulaire, les individus consultaient plus fréquemment quant ils s'étaient soignés pendant plus de 7 jours (48,3 % consultaient) que quand ils s'étaient soignés pendant moins de 7 jours (24,3 % consultaient) ($\chi^2 = 9,8$; $p = 0,002$).

Les individus ayant eu recours à un autre praticien étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (46,3 % vs. 12,0 % ; $\chi^2 = 129,5$; $p < 0,001$) avec notamment, une préférence pour les praticiens non-conventionnels (54,5 % vs. 38,2 % ; $\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$).

Les automédiquants ayant utilisé des PSC étaient moins nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (10,9 % vs. 16,6 % ; $\chi^2 = 6,9$; $p = 0,01$).

Ceux ayant utilisé des anti-inflammatoires non-stéroïdiens oraux (AINS oraux) étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (53,1 % vs. 13,0 % ; $\chi^2 = 124$; $p < 0,001$).

Ceux ayant utilisé des produits déjà en leur possession étaient plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (20,4 % vs. 9,7 % ; $\chi^2 = 17$; $p < 0,001$).

Ceux ayant utilisé des produits non-prescrits par un médecin étaient moins nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (12,7 % vs. 23,3 % ; $\chi^2 = 19,9$; $p < 0,001$).

Les individus ayant trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace » étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu un symptôme ostéo-articulaire (22,9 % vs. 15,9 % ; $\chi^2 = 7,4$; $p = 0,007$).

Le nombre de médicaments utilisés n'était pas lié à l'automédication pour symptôme ostéo-articulaire en particulier.

Tableau 11.3 Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les données sur le problème de santé.

Caractéristiques	Symptômes ostéo-art.		Autres symptômes		p
	18,6 %	n = 211	81,4 %	n = 926	
Temps de souffrance					
Moins d'une semaine	11,7	59	88,3	443	< 0,001
Plus d'une semaine	24,2	142	75,8	444	
Temps de soin					
≤ 7 jours	14,1	108	85,9	656	0,004
> 7 jours	22,3	49	77,7	171	
Recours à un autre praticien					
Oui	46,3	94	53,7	109	< 0,001
Non	12,0	105	88,0	773	
Conventionnels					
Oui	41,8	46	58,2	64	0,16
Non	51,6	48	48,4	45	
Non-conventionnels					
Oui	54,5	55	45,5	46	0,02
Non	38,2	39	61,8	63	
Produits de santé complémentaires					
Oui	10,9	21	89,1	171	0,01
Non	18,9	148	81,1	634	
Utilisation d'AINS oraux					
Oui	53,1	69	46,9	61	< 0,001
Non	13,0	119	87,0	796	
Moyen d'obtention					
Déjà en ma possession	20,4	152	79,6	594	< 0,001
Achat pour l'occasion	9,7	29	90,3	270	
Prescription antérieure					
Oui	23,3	135	76,7	444	< 0,001
Non	12,7	62	87,3	427	
Efficacité					
Pas du tout / peu efficace	22,9	72	77,1	243	0,007
Assez / très efficace	15,9	125	84,1	660	

11.4. Connaissances et recherche d'information

Les individus ayant eu un antécédent du problème étaient proportionnellement moins nombreux à s'automédiquer pour un problème ostéo-articulaire (17,1 % vs. 28,6 % ; $\chi^2 = 11,9$; $p = 0,001$) (cf. Tableau 11.4).

Les individus ayant eu une idée du diagnostic étaient proportionnellement moins nombreux à s'automédiquer pour un problème ostéo-articulaire (17,4 % vs. 24,5 % ; $\chi^2 = 4,7$; $p = 0,03$).

Les automédiquants ayant discuté de leurs symptômes étaient plus nombreux à avoir eu un problème ostéo-articulaire (21,9 % vs. 15,1 % ; $\chi^2 = 8,5$; $p = 0,004$).

D'une manière générale, la recherche d'information n'était pas liée à l'automédication pour symptôme ostéo-articulaire. Cependant, on note que les automédiquants ayant demandé conseil au pharmacien étaient moins nombreux à avoir eu un problème ostéo-articulaire (8,7 % vs. 29,3 % ; $\chi^2 = 29,5$; $p < 0,001$), et que les automédiquants ayant recherché de l'information auprès de leurs proches étaient plus nombreux à avoir eu un problème ostéo-articulaire (25,2 % vs. 14,8 % ; $\chi^2 = 7,6$; $p = 0,01$).

Tableau 11.4 Automédication pour symptômes ostéo-articulaires selon les connaissances et la recherche d'information.

Caractéristiques	Symptômes ostéo-art.		Autres symptômes		p
	18,6 %	n = 211	81,4 %	n = 926	
Antécédent					
Oui	17,1	165	82,9	799	0,001
Non	28,6	46	71,4	115	
Idée du diagnostic					
Oui	17,4	165	82,6	783	0,03
Non	24,5	40	75,5	123	
Discussion					
Oui	21,9	119	78,1	425	0,004
Non	15,1	87	84,9	488	
Recherche d'information					
Oui	19,6	86	80,4	353	0,48
Non	17,9	121	82,1	555	
Internet					
Oui	19,7	47	80,3	192	0,97
Non	19,5	39	80,5	161	
Pharmacien					
Oui	8,7	18	91,3	189	< 0,001
Non	29,3	68	70,7	164	
Proches					
Oui	25,2	51	74,8	151	0,01
Non	14,8	35	85,2	202	
Journaux et Revues					
Oui	24,5	12	75,5	37	0,36
Non	19,0	74	81,0	316	
TV et radio					
Oui	23,8	5	76,2	16	0,62
Non	19,4	81	80,6	337	

11.5. Résumé des analyses bivariées de l'automédication pour symptômes ostéo-articulaires

11.5.1. Données sociodémographiques

Les symptômes ostéo-articulaires touchaient de préférence les hommes, les individus de plus de 45 ans, les peu diplômés et les propriétaires de leur logement.

11.5.2. Données médicosociales

Se sont davantage automédiquées pour un problème ostéo-articulaire les personnes ayant une perception mauvaise ou médiocre de leur état de santé et celles qui sont venues consulter.

11.5.3. Données sur le problème de santé

Un temps de souffrance et un temps de soin relativement longs (> 7 jours) étaient liés au fait d'avoir eu un symptôme ostéo-articulaire. Les symptômes ostéo-articulaires poussaient les automédiquants à consulter un autre praticien, en particulier un praticien non-conventionnel (ostéopathe). Ils ont davantage réutilisé des produits antérieurement prescrits et des produits déjà en leur possession, surtout des AINS oraux, mais très peu de PSC. Ils ont davantage trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace ».

11.5.4. Connaissances et recherche d'information

L'absence d'antécédent et d'idée du diagnostic a été rapportée par les personnes souffrant d'un problème ostéo-articulaire. Elles ont davantage discuté de leur problème avec leur entourage. Elles ont recherché de l'information auprès de leurs proches plutôt qu'auprès du pharmacien.

11.6. Analyse multivariée de l'automédication pour un problème ostéo-articulaire

Les cinq variables retenues issues de l'analyse multivariée par régression logistique pas-à-pas descendante sont : antécédent du problème, temps de souffrance, moyen d'obtention des produits, utilisation de PSC et recours à un autre praticien (cf. Tableau 11.5).

Le modèle de départ incluait, en plus, les variables suivantes : genre, âge, ménage, niveau d'études, consultation, état de santé perçue, maladie chronique, temps de soin, nombre de médicaments utilisés, prescription antérieure, efficacité de l'automédication, idée du diagnostic, discussion autour du problème et recherche d'information.

Le modèle final explique 14,9 % de la variance d'automédication pour un problème ostéo-articulaire (pseudo $R^2 = 0,149$).

L'absence d'antécédent du problème est 82 % plus fréquente que la présence de cet antécédent chez ceux qui s'automédiquent pour un problème ostéo-articulaire (OR = 1,82 ; IC : 1,06 – 3,13 ; $p = 0,03$).

Il est 75 % plus probable qu'ils en souffrent depuis plus d'une semaine que moins longtemps (OR = 1,75 ; 1,15 – 2,64 ; $p = 0,01$).

S'automédiquer pour symptôme ostéo-articulaire multiplie par 3,09 (OR = 3,09 ; IC : 1,84 – 5,19 ; $p < 0,001$) la probabilité d'utiliser des produits déjà en sa possession plutôt que d'en acheter pour l'occasion.

Une personne souffrant de symptôme ostéo-articulaire est deux fois plus susceptible de ne pas utiliser de PSC que d'en utiliser (OR = 2,05 ; IC : 1,18 – 3,56 ; $p = 0,01$).

Enfin, elle est 6,22 fois plus susceptible d'avoir recours à un autre praticien (OR = 6,22 ; IC : 4,03 – 9,6 ; $p < 0,001$).

Tableau 11.5

Variables explicatives indépendantes associées à l'automédication pour symptôme(s) ostéo-articulaire(s) : résultats de l'analyse multivariée par régression logistique (n = 888).

SYMPTÔME(S) OSTÉO-ARTICULAIRE(S)	ORa	(IC 95 %)	p
Antécédent du problème			
Oui	1	–	–
Non	1,82	(1,06 – 3,13)	0,03
Temps de souffrance			
Moins d'une semaine	1	–	–
Plus d'une semaine	1,75	(1,15 – 2,64)	0,01
Moyen d'obtention des produits			
Déjà en ma possession	3,09	(1,84 – 5,19)	< 0,001
Achat pour l'occasion	1	–	–
Utilisation de PSC			
Oui	1	–	–
Non	2,05	(1,18 – 3,56)	0,01
Recours à un autre praticien			
Oui	6,22	(4,03 – 9,6)	< 0,001
Non	1	–	–

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; ORa : odds ratio ajusté

12. DONNÉES DIVERSES

Nous présentons ici des résultats, des tableaux, des schémas et des analyses secondaires que, par souci de clarté, nous n'avons pas pu intégrer dans les sections précédentes.

Il y avait une tendance linéaire à la diminution de l'automédication à mesure que l'âge augmentait. Ceci est vrai tant chez les hommes que chez les femmes (cf. Tableau 12.1).

Tableau 12.1 Automédication des hommes et des femmes selon la classe d'âge.

	Hommes				<i>p</i>	Femmes				<i>p</i>
	Automédication					Automédication				
	Oui		Non			Oui		Non		
%	n	%	n	%	n	%	n			
	46,9	284	53,1	321		61,0	898	39,0	574	
Age (années)										
18 – 44	57,9	139	42,1	101	< 0,001*	72,6	570	27,4	215	< 0,001*
45 – 59	49,3	70	50,7	72		53,4	198	46,6	173	
60 – 90	33,6	75	66,4	148		41,1	130	58,9	186	

* Test de tendance du chi-2

Chez les hommes ($\chi^2 = 27,2$; $p < 0,001$) : 57,9 % des 18-44 ans (OR = 1), 49,3 % des 45-59 ans (OR = 0,71 ; IC : 0,46 – 1,07) et 33,6 % des 60-90 ans (OR = 0,37 ; IC : 0,25 – 0,54) se sont automédiqués.

Chez les femmes ($\chi^2 = 104,5$; $p < 0,001$) : 72,6 % des 18-44 ans (OR = 1), 53,4 % des 45-59 ans (OR = 0,43 ; IC : 0,33 – 0,56) et 41,1 % des 60-90 ans (OR = 0,26 ; IC : 0,2 – 0,35) se sont automédiqués.

Ainsi, quelle que soit la classe d'âge, les femmes l'emportaient sur les hommes concernant le recours à l'automédication.

Les femmes n'ont pas rapporté plus de symptômes que les hommes (cf. Tableau 12.2).

Tableau 12.2 Nombre de symptômes rapportés selon le genre.

	Nombre de symptômes rapportés				<i>p</i>
	Un seul		Plusieurs		
	%	n	%	n	
	76,2 %	n = 844	23,8 %	n = 264	
Genre					
Homme	79,6	207	20,4	53	0,14
Femme	75,1	637	24,9	211	

Il n'y avait pas de lien entre la vague d'enquête et le nombre de symptômes rapportés. Que ce soit en début d'été (vague 1) ou en début d'hiver (vague 2), 76 % des automédiquants ont rapporté un seul symptôme et 24 % en ont rapporté plusieurs.

La probabilité d'avoir une maladie chronique augmentait linéairement avec l'âge ($\chi^2 = 265,7$; $p < 0,001$) : 19,3 % des 18-44 ans (OR = 1), 42,2 % des 45-59 ans (OR = 3,06 ; IC : 2,39 – 3,91) et 60,9 % des 60-90 ans (OR = 6,53 ; IC : 5,02 – 8,5) avaient une maladie chronique (cf. Figure 9).

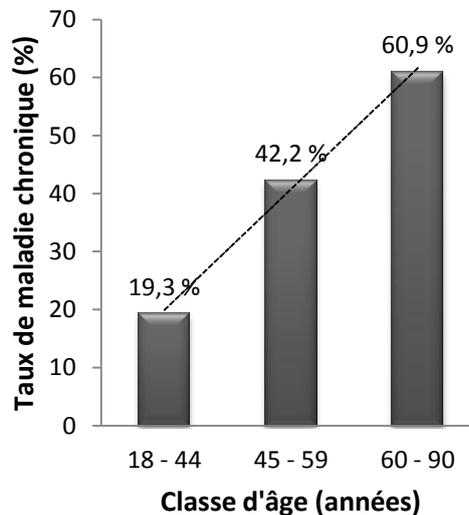


Figure 9 : Les taux de maladie chronique selon la classe d'âge.

La probabilité d'avoir une bonne perception de sa santé diminuait avec l'âge ($\chi^2 = 115,4$; $p < 0,001$) : 68,5 % des 18-44 ans (OR = 1), 54,9 % des 45-59 ans (OR = 1,79 ; IC : 1,43 – 2,23) et 40,1 % des 60-90 ans (OR = 3,25 ; IC : 2,58 – 4,09) ont déclaré avoir un score d'état de santé perçue de 8 à 10 sur 10 (cf. Figure 10).

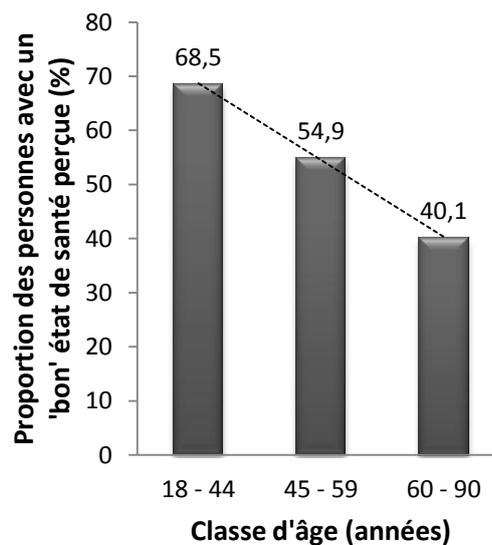


Figure 10 : L'état de santé perçue comme 'bon' selon la classe d'âge.

Il y avait une association robuste entre l'état de santé perçue et l'existence d'une maladie chronique, les personnes ayant déclaré leur état de santé perçue comme mauvais ou médiocre (score de 1 à 7 sur 10) étant davantage atteintes d'une maladie chronique (54,8 % vs. 21,0 % ; $\chi^2 = 237$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 12.3).

Tableau 12.3 Existence d'une maladie chronique selon l'état de santé perçue.

Etat de santé perçue	Existence d'une maladie chronique				p
	Oui		Non		
	35,0 %	n = 684	65,0 %	n = 1270	
1 - 7	54,8	443	45,2	366	< 0,001
8 - 10	21,0	241	79,0	904	

La perception d'un bon état de santé augmentait avec le niveau d'études, et la probabilité d'avoir une maladie chronique diminuait (cf. Figure 11).

48,1 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 57,5 % de ceux ayant le bac (OR = 1,45 ; IC : 1,14 - 1,85) et 68,8 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 2,37 ; IC : 1,69 - 2,61) s'estimaient être en bonne santé ($\chi^2 = 68,5$; $p < 0,001$).

44,2 % de ceux n'ayant pas le bac (OR = 1), 34,1 % de ceux ayant le bac (OR = 1,53 ; IC : 1,19 - 1,97) et 27,4 % de ceux ayant au-delà du bac (OR = 2,1 ; IC : 1,69 - 2,61) ont déclaré avoir une maladie chronique ($\chi^2 = 46,4$; $p < 0,001$).

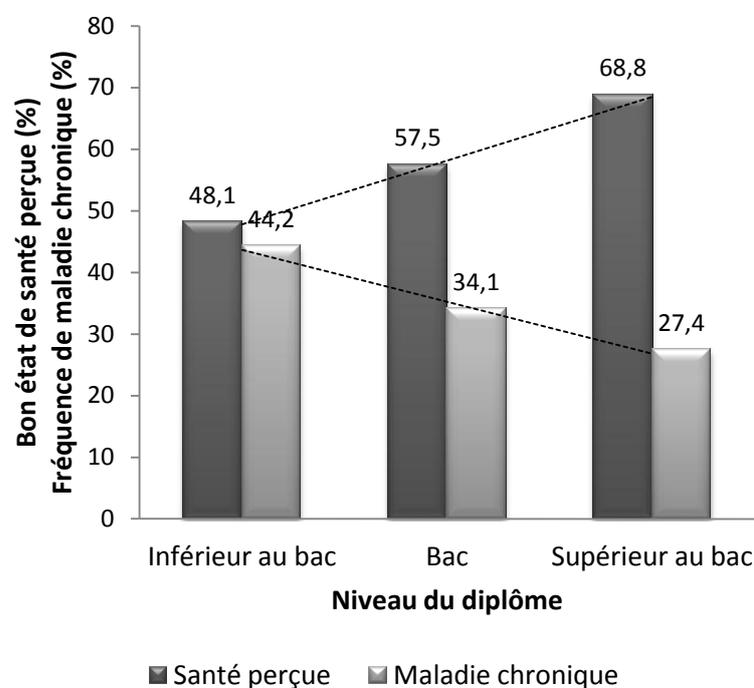


Figure 11 : L'état de santé perçue comme 'bon' et la fréquence de maladie chronique selon le niveau du diplôme.

Les automédiquants ayant souffert pendant plus d'une semaine se sont davantage soignés pendant plus de 7 jours (43,7 % vs. 6,0 % ; $\chi^2 = 188$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 12.4).

Tableau 12.4 *Le temps de soin selon le temps de souffrance.*

	Temps de soin				p
	≤ 7 jours		> 7 jours		
	74,1 %	n = 756	25,9 %	n = 264	
Temps de souffrance					
Moins d'une semaine	94,0	453	6,0	29	< 0,001
Plus d'une semaine	56,3	303	43,7	235	

Avoir une idée du diagnostic était fortement lié au fait d'avoir eu un antécédent du problème (89,2 % vs. 61,1 % ; $\chi^2 = 92,5$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 12.5).

Tableau 12.5 *Idée du diagnostic selon l'existence d'un antécédent du problème.*

	Antécédent				p
	Oui		Non		
	84,8 %	n = 974	15,2 %	n = 175	
Idée du diagnostic					
Oui	89,2	864	10,8	105	< 0,001
Non	61,1	110	38,9	70	

Avoir une idée du diagnostic ou pas n'était pas lié au fait de discuter de son problème avec son entourage.

Avoir une idée du diagnostic augmentait avec le niveau d'études (cf. Tableau 12.6) – 76,7 % de ceux n'ayant pas le bac vs. 87 % de ceux ayant le bac vs. 88,2 % de ceux ayant au-delà du bac avaient une idée du diagnostic ($\chi^2_2 = 22$; $p < 0,001$).

Tableau 12.6 *Idée du diagnostic selon le niveau d'études.*

	Idée du diagnostic				p
	Oui		Non		
	84,6 %	n = 941	15,4 %	n = 172	
Niveau d'études					
Inférieur au bac	76,7	250	23,3	76	< 0,001
Bac	87,0	207	13,0	31	
Supérieur au bac	88,2	484	11,8	65	

Il n'y avait pas de lien entre le genre et le recours à un autre praticien. Cependant, dans la sous-population de ceux qui ont eu recours à un autre praticien, les femmes ont eu recours aux praticiens non-conventionnels (principalement des ostéopathes) plus que les hommes (56,2 % vs. 36,0 % ; $\chi^2 = 6,2$; $p = 0,01$) (cf. Tableau 12.7).

Tableau 12.7 Recours à un praticien non-conventionnel selon le genre.

	Recours à un praticien non-conventionnel				<i>p</i>
	Oui		Non		
	51,4 %	n = 109	48,6 %	n = 103	
Genre					
Homme	36,0	18	64,0	32	0,01
Femme	56,2	91	43,8	71	

Les praticiens conventionnels figurant parmi les réponses des participants comprenaient, par ordre alphabétique : addictologue, algologue, cardiologue, chimiothérapeute, dentiste, dermatologue, gastro-entérologue, gynécologue, kinésithérapeute, neurochirurgien, neurologue, nutritionniste, ophtalmologue, ORL, orthopédiste, phlébologue, pneumologue, podologue, proctologue, psychiatre, psychologue, radiologue, radiothérapeute, rhumatologue et stomatologue.

Les praticiens non-conventionnels comprenaient, par ordre alphabétique : acupuncteur, chiropraticien, énergéticien, homéopathe, magnétiseur, médecine chinoise, ostéopathe, rebouteux, Reiki, Shiatsu et sophrologue.

Les automédiquants ayant eu recours à un autre praticien étaient davantage atteints d'une maladie chronique (45,7 % vs. 29,6 % ; $\chi^2 = 18,9$; $p < 0,001$) (cf. Tableau 12.8).

Tableau 12.8 Recours à un autre praticien selon l'existence d'une maladie chronique.

	Existence d'une maladie chronique				<i>p</i>
	Oui		Non		
	32,6 %	n = 352	67,4 %	n = 729	
Recours à autre praticien					
Oui	45,7	90	54,3	107	< 0,001
Non	29,6	262	70,4	622	

50 % des bénéficiaires de la CMU/AME n'avaient que la CMU de base, c'est-à-dire qu'ils ne bénéficiaient pas d'une complémentaire santé (cf. Tableau 12.9).

Tableau 12.9 Adhésion à une complémentaire santé selon la couverture sociale.

	Bénéficiaire d'une complémentaire santé			
	Oui		Non	
	96,4 %	n = 1939	3,6 %	n = 72
Couverture sociale				
MSA/CPAM/autres régimes	97,6	1874	2,4	47
CMU/AME	50,0	22	50,0	22
Assurance maladie étudiante	93,5	43	6,5	3

Afin de soigner leurs symptômes ostéo-articulaires, les automédiquants ont plutôt utilisé des produits déjà en leur possession ($p < 0,001$; cf. Tableau 11.3, p. 96), dont 29,1 % d'AINS oraux (cf. Figure 12). En revanche, quand il s'agissait de soigner d'autres symptômes *avec des produits déjà en leur possession*, les AINS oraux ne représentaient que 5,7 % des produits utilisés, soit approximativement 5 fois moins que le taux précédent (cf. Figure 13). Ce résultat montre que les personnes souffrant de problèmes ostéo-articulaires utilisent davantage des AINS oraux qu'ils ont souvent déjà en leur possession.

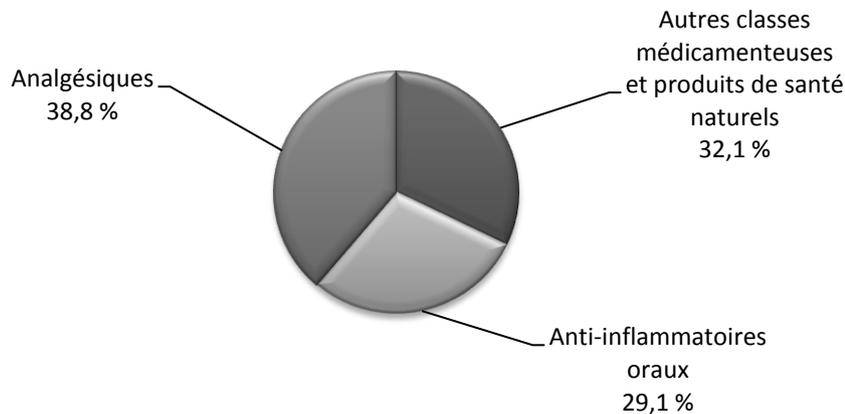


Figure 12 : Produits d'automédication déjà en leur possession, utilisés par les automédiquants ayant rapporté un symptôme ostéo-articulaire.

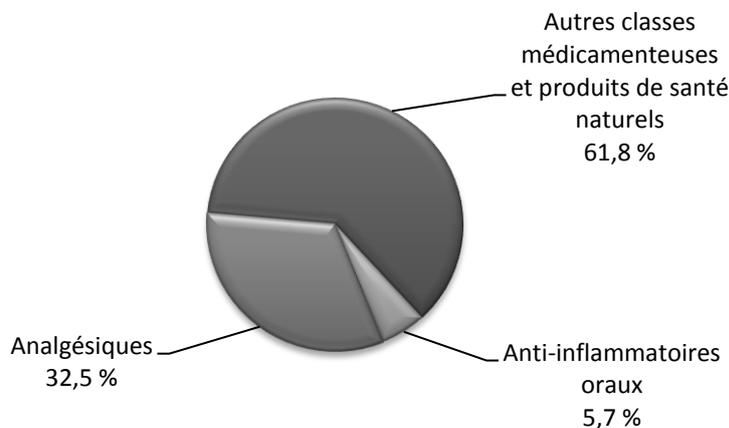


Figure 13 : Produits d'automédication déjà en leur possession, utilisés par les automédiquants ayant rapporté des symptômes autres qu'ostéo-articulaires.

13. AUTOMÉDICATION À RISQUE POUR LA SANTÉ

13.1. Les fréquences d'utilisation des produits

La Figure 14 ci-dessous représente les fréquences d'utilisation des 1432 produits recensés dans notre étude.

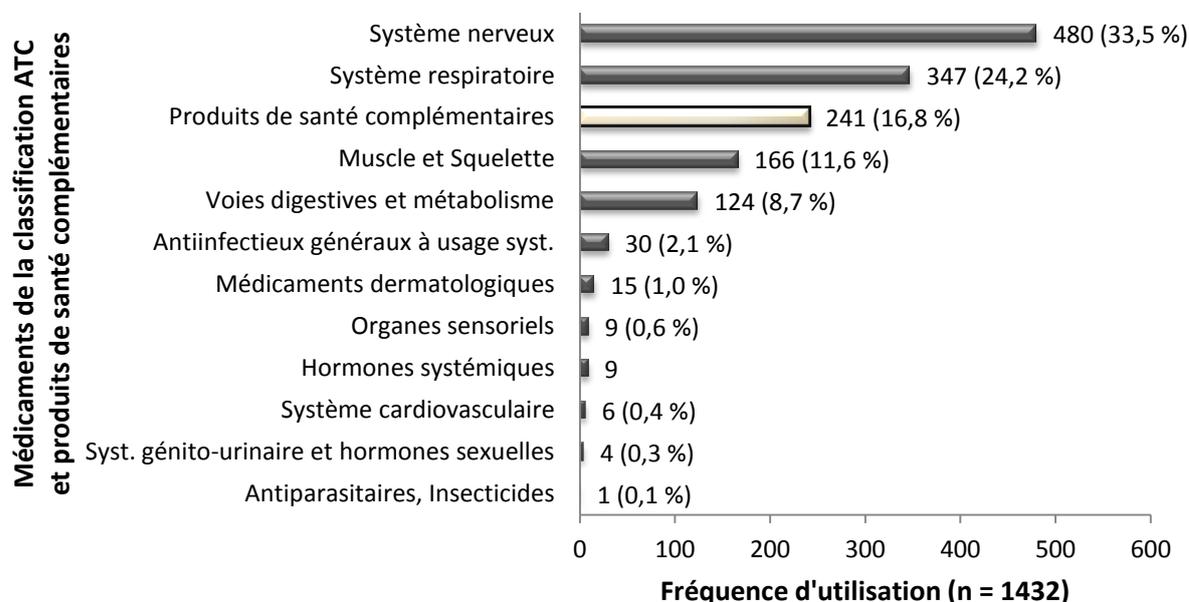


Figure 14 : Les fréquences d'utilisation des différents produits.

La grande majorité des produits (480 médicaments, soit 33,5 %) appartenait à la classe 'N' du système ATC (médicaments du système nerveux). Cette classe en elle-même était constituée essentiellement d'analgésiques (456 médicaments, soit 31,8 %), et se déclinait comme suit (cf. Figure 15) :

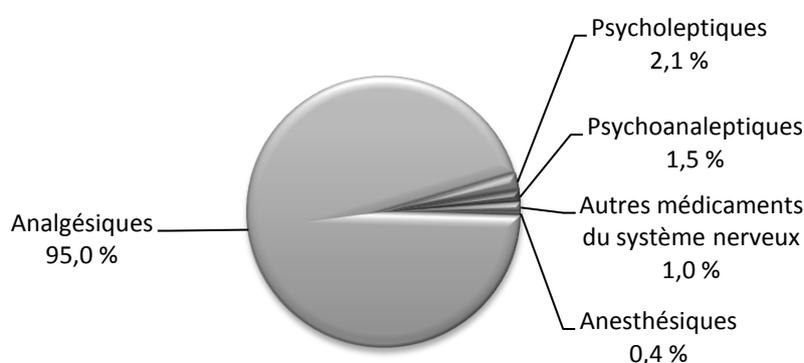


Figure 15 : La répartition des médicaments de la classe 'N' du système ATC.

La classe 'R' du système ATC (médicaments du système respiratoire) était la deuxième classe médicamenteuse la plus utilisée (347 médicaments, soit 24,2 %). Au sein de cette classe, les médicaments se répartissaient de la manière suivante (cf. Figure 16) :

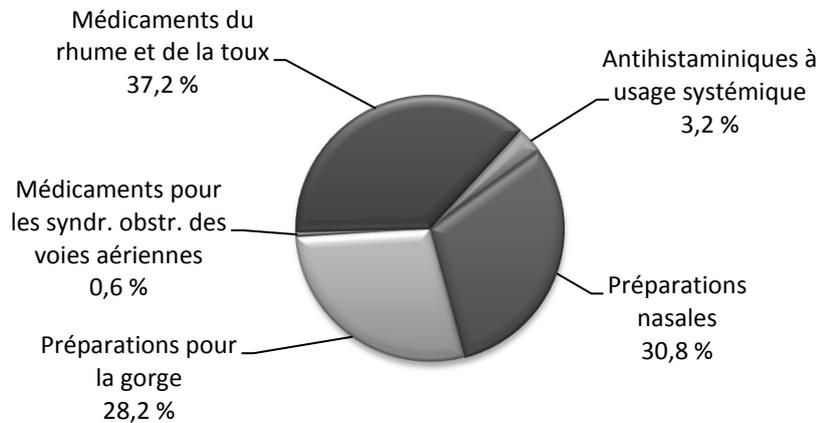


Figure 16 : La répartition des médicaments de la classe 'R' du système ATC.

En troisième position parmi les produits les plus fréquemment utilisés se retrouvaient les PSC (241 produits, soit 16,8 %). Ceux-ci se subdivisaient comme suit (cf. Figure 17) :

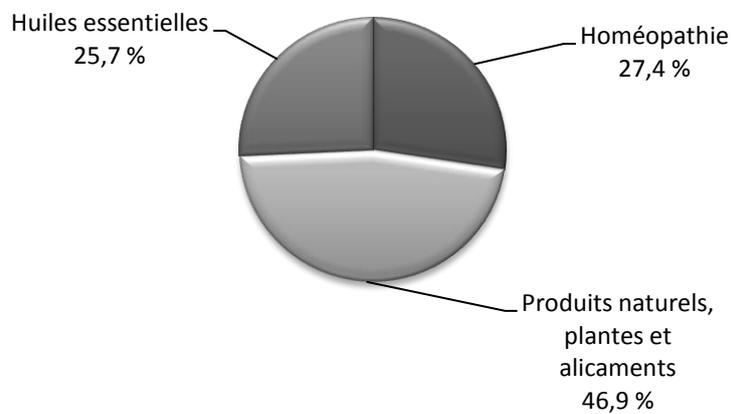


Figure 17 : La répartition des divers PSC.

Enfin, la classe 'M' des médicaments du système ATC (muscle et squelette) était la quatrième classe la plus utilisée en automédication (166 médicaments, soit 11,6 %), et était constituée surtout d'AINS oraux (cf. Figure 18) :

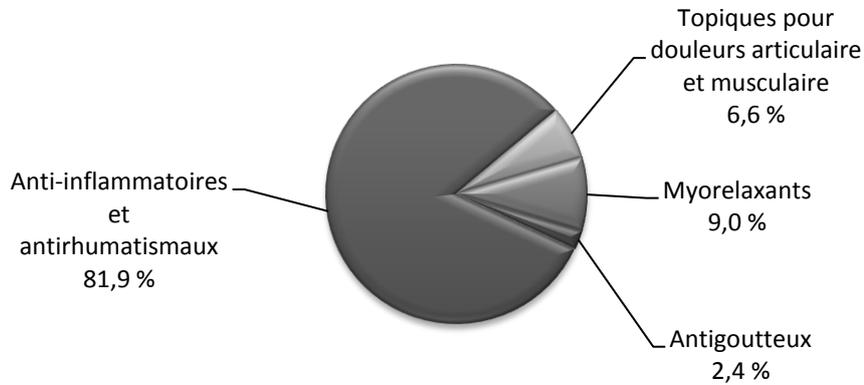


Figure 18 : La répartition des médicaments de la classe 'M' du système ATC.

Il y avait peu d'anti-infectieux généraux à usage systémique (30 médicaments, soit 2,1 %) et très peu de médicaments du système cardiovasculaire (6 médicaments, soit 0,4 %) utilisés en automédication.

13.2. Les médicaments et associations potentiellement nocifs

Il y avait une seule occasion où l'automédiquant prenait de manière concomitante 2 AINS. Il s'agissait d'une femme de 28 ans habitant Saint Nazaire, mariée et en couple avec enfant, assistante maternelle et ayant un CAP/BEP. Elle a pris pendant 3 jours du paracétamol, de l'Ibuprofène® et du Nurofen® en automédication pour soigner des « maux de tête jour et nuit » qu'elle avait depuis 3 à 7 jours. Elle avait déjà ces médicaments en sa possession, dont certains lui avaient été antérieurement prescrits. Utilisatrice fréquente du système de soins (au moins trois fois par an), elle estimait son état de santé comme mauvais à médiocre (score de 5 sur 10), avait déjà eu ce problème auparavant et avait une idée du diagnostic. Au début, elle ne voulait pas « aller chez le médecin pour rien et prendre la place de quelqu'un d'autre étant donné qu'il [lui] restait des médicaments ». Mais, ayant trouvé l'automédication « pas du tout efficace », elle a fini par consulter son médecin.

A deux occasions l'automédiquant associait un AINS à l'acide acétylsalicylique. La première concernait une femme de 34 ans habitant Nantes, mariée et en couple sans enfant, chercheuse et ayant un diplôme supérieur à bac+5. Elle a souffert pendant plus d'une semaine de « migraines », pathologie dont elle souffrait de manière chronique. Elle a pris du paracétamol, de l'Aspirine®, de l'ibuprofène et de la codéine. Par ailleurs, elle avait déjà eu recours à un neurologue, et avait déjà les médicaments en sa possession. Elle a discuté de ses symptômes avec ses collègues de travail. Utilisatrice fréquente du système de soins (au moins trois fois par an), elle estimait néanmoins son état de santé comme optimal (score de 10 sur 10). Elle a trouvé l'automédication « assez efficace », et « ignorait l'existence d'autres traitements adaptés à sa situation ». Elle a consulté son médecin.

La seconde concernait une femme de 60 ans habitant à La Grigonnais, journaliste retraitée et ayant un diplôme supérieur à bac+5 également. Elle a souffert pendant moins de 2 jours de « rhume, d'angine et de lombalgie ». Elle a pris de l'Aspégic® et un AINS pendant 3 jours. Les médicaments provenaient de son armoire à pharmacie et avaient été antérieurement prescrits. Elle a recherché de l'information auprès du pharmacien, mais avait déjà une idée du diagnostic. Les symptômes étaient « récurrents, connus et diagnostiqués à 100 % ». Elle ne consultait que rarement le médecin (1 à 2 fois par an), et estimait être en bonne santé (score de 8 sur 10). Elle a trouvé l'automédication « assez efficace », et n'a pas consulté pour ces symptômes.

Il y avait une seule association d'AINS oral et de corticoïde. Il s'agissait d'une femme de 40 ans habitant Saint-Gilles-Croix-de-Vie, pacsée et en couple avec enfant, opératrice numérique en photographie et ayant le bac. Elle a pris pendant un seul jour du tétrazépam, du diclofénac sodique et de la cortisone en automédication pour soigner une angine qu'elle avait depuis moins de 2 jours. Elle prenait déjà ces médicaments dans le cadre de problèmes ostéo-articulaires, puisqu'elle mentionne avoir eu recours à la kinésithérapie/ostéopathie/podologie et avoir une prescription médicale en sa possession. Il s'agit donc d'une personne ayant réutilisé des médicaments antérieurement prescrits pour un autre problème de santé. Utilisatrice fréquente du système de soins (au moins trois fois par an), elle estimait son état de santé comme mauvais à médiocre (score de 5 sur 10). Ayant ressentie « une douleur subite », elle a cherché des informations sur Internet, a trouvé l'automédication « un peu efficace », et n'a pas consulté un médecin.

28 personnes sur 525 (5,3 %) ayant eu un problème respiratoire se sont automédiquées avec des AINS oraux.

Parmi les 134 individus s'étant automédiqués avec des AINS oraux, 34 (25,4 %) en ont pris pendant plus de 7 jours. Ces derniers souffraient majoritairement de symptômes ostéo-articulaires (64,7 %) comme on peut le voir sur la Figure 19 ci-dessous :

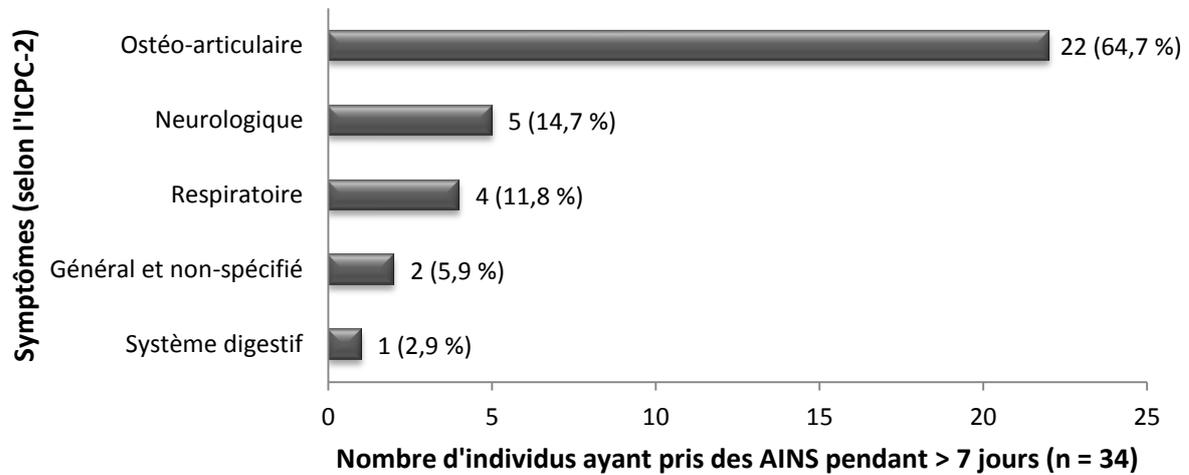


Figure 19 : La fréquence de prise prolongée d'AINS oraux selon les symptômes.

9 individus (7 femmes et 2 hommes) ont associé deux médicaments contenant du paracétamol (Paracétamol®, Doliprane®, Efferalgan® ou Fervex®). 7 individus avaient de 18 à 44 ans, et seulement 2 individus avaient plus de 60 ans. La plupart (7 individus) avait le bac. Il s'agissait de symptômes respiratoires ou de maux de tête. Ils avaient tous un antécédent du problème et une idée du diagnostic. Pour la plupart, ils avaient déjà les médicaments en leur possession, et se sont soignés pendant moins d'une semaine. Presque tous (8 individus) s'estimaient être en bonne santé (score ≥ 8 sur 10), et ont trouvé l'automédication « assez efficace ».

13.3. La poly-automédication

Parmi les 1203 automédiquants ayant répondu à la question 9 (« Avec quels produits vous êtes-vous soigné ? »), il y avait 1053 réponses exploitables. 837 personnes parmi ces 1053 (79,5 %) ont utilisé un médicament – on entend par *médicament* tout produit se trouvant dans le système ATC de l’OMS. De plus, comme on peut le constater sur la Figure 20 ci-dessous, près de deux tiers de ces automédiquants (64,5 %) ont consommé un seul médicament, et la grande majorité (93,8 %) a utilisé au maximum 2 médicaments.

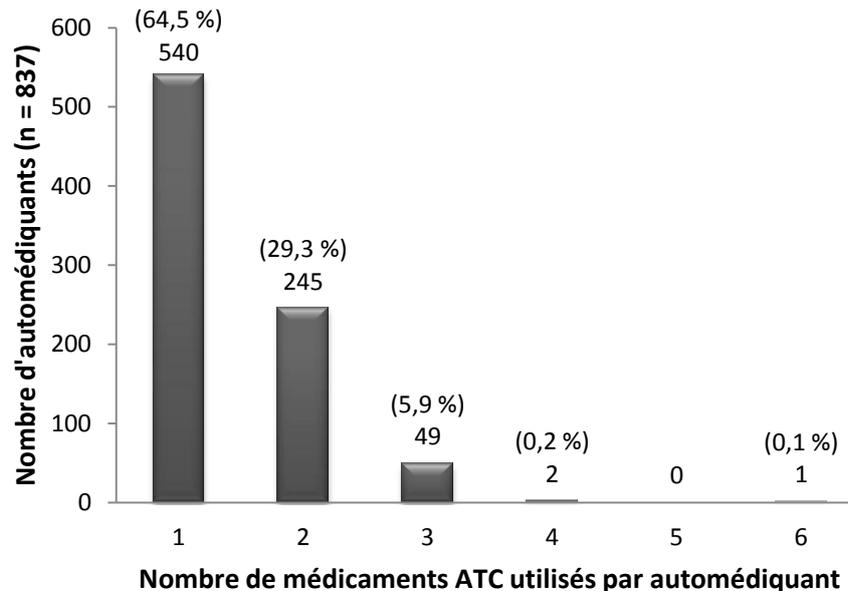


Figure 20 : Le nombre de médicaments utilisés par automédiquant et leur fréquence d'utilisation.

Il y avait 2 cas (0,2 %) où les automédiquants en question ont pris 4 médicaments.

Le premier cas concernait une femme de 53 ans habitant Nantes, célibataire sans enfant vivant seule, se trouvant en situation d'invalidité professionnelle et ayant le bac. Elle a pris pendant 7 jours de l'ibuprofène, du paracétamol, de la codéine et de l'amoxicilline pour « otite, bronchite et sinus bouchés » dont elle a souffert depuis plus d'une semaine. Les médicaments provenaient de son armoire à pharmacie, et certains d'entre eux lui avaient été antérieurement prescrits, en l'occurrence, par un médecin hospitalier auquel elle avait eu recours. Utilisatrice très régulière du système de soins (au moins une fois par mois) car traitée pour une maladie chronique, elle estimait son état de santé comme mauvais (score de 4 sur 10). Elle avait un antécédent du problème et une idée du diagnostic, n'a pas recherché de l'information à ce sujet, et n'a pas discuté de son problème avec quiconque. Elle avait « très mal », et a eu recours également à SOS médecins « qui ne pouvait rien faire ». Elle a trouvé l'automédication « pas du tout efficace », et a décidé de consulter son médecin au final.

Le second cas concernait un individu (sexe non précisé) de 45 ans habitant Les Sables d'Olonne, en couple avec enfant, exerçant le métier d'aide médico-psychologique et ayant le CAP/BEP. Il a pris pendant 2 jours du paracétamol et de l'acide acétylsalicylique en alternance, de l'Angispray®, Eludril® bain de bouche et des bonbons miel pour « mal de gorge et état grippal » dont il a souffert depuis 3 à 7 jours. N'ayant pas de prescription antérieure, il a utilisé ces médicaments d'accès direct, certains provenant de son armoire à pharmacie et d'autres qu'il a achetés pour l'occasion. Utilisateur fréquent du système de soins (au moins 3 fois par an) et atteint d'une maladie chronique, il estimait être en bonne santé (score de 8 sur 10). Il avait un antécédent du problème et une idée du diagnostic, n'a pas recherché de l'information à ce sujet, et n'a pas discuté de son problème avec quiconque. Il considérait sa façon de s'automédiquer comme étant « les premiers gestes [à faire] avant la consultation », l'a trouvée « un peu efficace », et a finalement décidé de consulter.

L'unique cas où l'automédiquant a déclaré consommer 6 médicaments était une situation particulière. Il s'agissait d'une femme de 57 ans, en couple sans enfant, commerçante et ayant le bac. Elle a pris pendant 8 jours un/des laxatif(s) pour un problème de constipation chronique « gênante et handicapante ». Par le passé, elle a essayé plusieurs laxatifs, à savoir Forlax®, Movicol®, Lansoyl®, Dulcolax®, Microlax® et X-PREP®. Elle avait déjà certains de ces produits antérieurement prescrits dans son armoire à pharmacie. Utilisatrice très fréquente du système de soins (au moins une fois par mois), elle estimait avoir un état de santé plutôt médiocre (score de 7 sur 10). Elle a discuté de son problème avec d'autres personnes ayant eu le même problème qu'elle, et a fait une recherche d'information sur Internet, auprès des proches et auprès du pharmacien. Elle a fini par consulter après avoir trouvé l'automédication « un peu efficace ».

DISCUSSION

1. VALIDITÉ DE NOTRE ÉTUDE

1.1. La méthode utilisée

1.1.1. Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative de type descriptif. Elle s'est déroulée en deux vagues successives dans 124 cabinets de médecins généralistes répartis dans des zones urbaines, semi-rurales et rurales des départements de Loire-Atlantique et Vendée. Cela dans le but d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible de la population fréquentant les cabinets médicaux libéraux de médecine générale.

1.1.2. La collecte des données

Faire participer les internes en stage a permis d'obtenir un échantillon important en un temps réduit. Une réunion avait permis, au préalable, de fournir à chacun les explications nécessaires au bon déroulement de l'étude.

Le principal biais de notre étude est un biais de sélection. En effet :

- L'enquête concernait une population fréquentant les cabinets médicaux excluant ceux qui ne consultaient pas. De plus, selon la façon dont les médecins informent leurs patients, certaines catégories de la population peuvent être moins présentes que d'autres. Par exemple, certains médecins ne renouvellent les traitements que pour un mois quand cela pourrait être fait pour 4 mois, ou encore certains préviennent les parents de ne pas consulter à la moindre rhinite ou petite toux des enfants mais d'attendre et de surveiller.
- Ensuite, il s'agissait d'un questionnaire en auto-passation entraînant une deuxième sélection puisque certaines personnes ont choisi de ne pas y répondre ou n'ont pas pu le faire (cécité, illettrisme...).

Les études utilisant un recueil des données par observation directe de consultations de médecine générale (comme ECOGEN) permettent d'éviter un certain nombre de biais, même s'il persiste toujours le même biais de sélection (population fréquentant les cabinets médicaux). On pourrait imaginer une étude se concentrant sur cette catégorie de la population qui ne consulte pas ou très peu, en allant récolter ces mêmes informations dans des centres sociaux, des centres d'hébergement, des PMI, ou directement chez l'habitant dans des quartiers défavorisés ou des fermes isolées en campagnes... ou même dans la rue. Toutefois, notre but était aussi d'étudier les comportements d'automédication dans une population ayant un accès réel aux soins.

En revanche, cette méthode a pu garantir l'anonymat et la sincérité des réponses, en tout cas peut être plus que par un recueil direct par un enquêteur.

Concernant le questionnaire plus précisément, le fait d'avoir réalisé un « pré-test » a permis de minimiser les biais de compréhension des questions et de revoir certaines questions. Le questionnaire était néanmoins assez long, d'une durée de quinze minutes environ, ce qui a pu rebuter certaines personnes. Les questions fermées permettaient d'avoir des réponses bien précises sur un certain nombre de sujets. A l'opposé, nous avons été obligés de garder des

questions ouvertes, notamment pour les symptômes ressentis et les médicaments utilisés, entraînant alors de possibles biais de mémoire ou d'authenticité. De plus, pour un problème de santé précis, le ressenti des personnes ne sera peut être pas le même, et les symptômes différents. En effet, selon le sociologue P. Aïach en 1986 dans « Approche sociologique des données de morbidité » (49) : « On sait aussi que les déclarations de maladies et de troubles de santé, dans les réponses faites par les femmes, sont plus fréquentes et que, pour certains types d'affections aiguës (respiratoires et digestives par exemple), les membres des classes supérieures en déclarent davantage sans qu'il y ait apparemment des raisons proprement médicales pouvant justifier cette sur-morbidité ; alors que les résultats d'examens approfondis et les données de mortalité différentielles selon le sexe ou la classe sociale indiquent au contraire une détérioration de l'état de santé plus importante chez les hommes et les classes les plus populaires. Toutes ces contradictions apparentes s'éclairent et s'expliquent à travers l'analyse de la maladie comprise comme un ensemble de rapports sociaux entre les sujets malades, ou supposés tels, avec tout ce qui caractérise le statut social et le rapport au corps, et tous ceux qui les entourent et qui les soignent ».

Certaines études, pour éviter ces biais, utilisent des modes de recueil différents comme les réponses fermées avec liste préétablies, ou les journaux de santé. En 1982, une étude menée par Aïach *et al.* (50) sur les variations de déclarations des pathologies selon le mode de recueil, a révélé que le nombre de symptômes était globalement multiplié par deux ou trois si, pour une même période de temps, on faisait tenir un journal d'observations quotidiennes sur les troubles et symptômes. Cette méthode de recueil rendant la personne totalement centrée sur elle-même, vont se retrouver dans le journal tous les symptômes peu marquants ainsi que ceux faisant partie d'un état habituel. L'intérêt du journal est alors de permettre de ne rien oublier mais avec un risque de surestimation. Avec l'utilisation de la liste préétablie, les symptômes d'ordre psychologique surtout seront plus présents. En effet, l'énerverment, l'état dépressif et même la constipation ou certains problèmes dermatologiques (boutons...) peuvent apparaître comme des symptômes ne relevant pas de la pathologie mais du monde des relations affectives ou de l'intimité. Ils ne sont alors pas déclarés spontanément mais reconnus sur une liste. Il en est de même pour certains troubles ayant un caractère honteux comme l'alcoolisme par exemple. L'intérêt de la liste est alors de supprimer les écarts liés au rapport avec les manifestations corporelles et psychiques susceptibles d'être interprétées comme pathologiques.

1.1.3. L'analyse des données

La saisie des données par un seul ingénieur d'étude nous a permis à la fois de gagner du temps et d'homogénéiser l'interprétation des données. Cependant, celui-ci n'ayant aucune connaissance médicale, des erreurs de lecture/réécriture ont pu se glisser à plusieurs reprises dans les fichiers, nous obligeant à les corriger.

Nous avons choisi, pour coder les différents symptômes ressentis, d'utiliser la Classification Internationale des Soins Primaires 2 (CISP-2), version française de l'*International Classification of Primary Care (ICPC-2)*, développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca). Elle appartient à la famille des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme classification associée à la Classification Internationale des Maladies (CIM). Il s'agit donc d'une classification reconnue de façon internationale, et particulièrement adaptée à l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale.

De même, pour coder les différents médicaments utilisés, nous nous sommes servis de la base de données Thériaque et de la classification ATC (51) qui regroupe tous les médicaments disponibles en France, destinée aux professionnels de santé.

Cette façon de procéder a pu causer d'autres biais, de classement cette fois, par enchaînement de plusieurs étapes avant d'obtenir un diagnostic final :

- A la base, il y a un problème de santé ressenti par un patient qui n'en connaît pas forcément la cause. Nous avons à plusieurs reprises vu la réponse « troubles intestinaux » : est-ce que cela signifiait constipation, diarrhée, gastro-entérite... ou même dépression ou anxiété par somatisation ? Le problème se posait de la même façon pour certains troubles musculo-squelettiques et pour les maladies psychosomatiques en général.
- Ensuite, certains patients ont pu faire un diagnostic. En effet certains items de la CISP-2 décrivent de vagues symptômes et d'autres des pathologies bien précises. L'accès à l'information étant aujourd'hui quasi illimité, notamment avec Internet, il est facile de se penser expert. Combien de personnes arrivent en consultation avec leur diagnostic déjà posé, qu'il soit bon ou mauvais ?
- Enfin, la dernière étape nous a concernés, puisque nous avons codé les symptômes/pathologies et les produits utilisés. Les classifications ont le mérite d'éviter les erreurs d'interprétation, mais il a été parfois difficile de trancher entre plusieurs items. Ainsi, lorsqu'il existait un doute entre plusieurs codes possibles, notamment pour les symptômes ressentis (et dans ce cas surtout psychologiques), nous nous sommes entendus sur une seule et même façon de faire : garder le code du symptôme le moins précis afin de ne pas risquer d'en exclure le sens.

Une fois le travail de codage terminé, il a fallu repenser les différentes classes à utiliser pour chaque variable. En effet, en commençant à regarder les données, nous nous sommes aperçus, que certains résultats n'étaient pas assez explicites ou que d'autres s'avéraient difficiles à analyser car éclatés en classes trop précises... Ainsi, nous nous sommes souvent limités à 2 ou 3 classes par variable (âge, ménage, niveau d'étude...). Seules la profession est demeurée en 8 catégories, chaque classe étant bien spécifique d'une catégorie de la population.

De plus, devant la multitude de symptômes différents ressentis par les patients, il était impossible de tout analyser. Nous avons donc préférés nous concentrer sur les principaux qui regroupaient de nombreux individus, permettant une analyse plus fine incluant davantage de variables. Mais sans doute d'autres études pourraient s'intéresser aux symptômes plus rares.

Ensuite pour l'analyse statistique en elle-même, nous avons retenu un risque alpha à 5 %, puisque c'est celui qui est habituellement utilisé dans les différentes études, mais nous avons considéré comme « très significatifs » les résultats avec un $p < 0,001$, compte tenu des multiples comparaisons effectuées au cours de ce travail descriptif.

Dans les analyses utilisant la régression logistique bivariée, pour chaque variable catégorielle nous avons utilisé comme classe de référence celle qui avait un pourcentage le plus proche de la moyenne des individus pour la variable d'intérêt.

1.2. Statistiques comparatives

Avant toute chose, nous avons souhaité situer notre échantillon par rapport à la population générale de Loire-Atlantique et de Vendée et à la population-type d'une salle d'attente (cf. Tableau 1.1, p. 31). Dans notre enquête, il existe une surreprésentation des femmes (70.9 %) quand, d'après l'étude ECOGEN (13), les femmes représenteraient 58 % d'une patientèle. Il y a certainement eu un biais de sélection dans notre étude, les femmes acceptant plus facilement de remplir les questionnaires. En effet, comme évoqué par Dominique Oliveira (52), il est vrai que les femmes sont souvent en charge de la santé, même s'il est difficile de trouver des données chiffrées sur ce point. Pour la distribution par âge, les chiffres sont également différents mais suivent la même tendance qu'en population générale avec une majorité de patients entre 18 et 44 ans pour notre échantillon comme pour la population générale, une chute du nombre de patients âgés de 45 à 59 ans et une remontée pour les patients âgés de plus de 60 ans. Les individus de plus de 60 ans qui sont par ailleurs la classe d'âge majoritaire dans une patientèle de médecine générale ont probablement beaucoup moins rempli le questionnaire sur l'automédication, probablement pour des problèmes de vue, voire de compréhension, et aussi par manque d'intérêt. A l'inverse, ce sont les 18-44 ans qui sont les plus nombreux dans notre échantillon. Ce furent peut-être les plus concernés par une étude sur l'automédication, mais aussi ceux ayant envie de faire passer le temps en attendant la consultation, et surtout probablement peu gênés par les handicaps mentionnés plus haut.

On peut donc dire que notre échantillon est peu représentatif d'une patientèle habituelle de médecine générale avec une surreprésentation des femmes et une sous-représentation des personnes âgées.

Au passage, il est intéressant de noter que, d'après les données de la littérature, les personnes avec certaines caractéristiques sociodémographiques sont plus partantes que d'autres pour participer aux enquêtes épidémiologiques. Galea *et al.* (53) nous informent que les femmes, les personnes ayant un statut socioéconomique supérieur, les personnes hautement diplômées, les personnes en activité et les personnes mariées sont plus enclines à y participer.

2. RECOURS À L'AUTOMÉDICATION

Le **taux d'automédication** dans notre population des salles d'attente en Loire-Atlantique et en Vendée s'élevait à 57,1 % (IC 95 % : 55 – 59). A titre comparatif, l'étude AFIPA-TNS Healthcare 2008 (38) estime que 7 Français sur 10 pratiquent l'automédication. Aniambossou *et al.* (54), après un sondage en ligne auprès du grand public (453 questionnaires exploitables, 33 % d'hommes et 66 % femmes âgés de 18 ans et plus), écrivent que 74 % ne s'adressent pas au médecin pour soigner des pathologies bénignes. Enfin, Deloitte SA (55), par le biais d'une étude en ligne d'un échantillon de 2000 répondants représentatif des Français de 18 ans et plus, estime qu'en 2013, 68 % sont favorables à l'automédication.

Le taux d'automédication relativement faible observé dans notre étude s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, un **biais de sélection**. Notre échantillon, étant composé de personnes qui consultent, n'était pas représentatif de la population générale. Puis, les limitations imposées par la **question 1** du questionnaire, « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souffert d'au moins un problème de santé que vous avez soigné par vous-même, *sans avoir besoin de consulter votre médecin ?* ». Il y a d'une part une limite de temps imposée à l'ancienneté de l'automédication (six derniers mois) : les personnes ayant répondu « non » auraient bien pu s'automédiquer il y a plus de six mois. D'autre part, nous avons voulu cibler l'automédication 'pure' (sans recours au médecin), ce qui veut dire que les individus qui se sont automédiqués et qui ont consulté un médecin dans la foulée ont pu répondre « non » également. Dans ce sens, notre définition de l'automédication était bien plus restrictive. Enfin, il n'est pas exclu qu'il y ait eu de **l'autocensure** de la part de certains patients ne voulant pas 'avouer' s'automédiquer. Tout ceci contribue à expliquer les différences observées des taux d'automédication.

2.1. Données sociodémographiques

Parmi les répondants à notre enquête, les **femmes** étaient surreprésentées (70,9 %) par rapport aux hommes (29,1 %). A titre de comparaison, d'après l'étude française multicentrique ECOGEN menée par Letrilliart *et al.* (13), une patientèle « typique » d'un médecin généraliste est composée de 58 % de femmes et 42 % d'hommes. Cette disparité peut s'expliquer, comme le montrent beaucoup d'études (56), par le fait que les femmes ont plus recours aux soins que les hommes. Toutefois, il se peut aussi que les femmes aient été plus enclines à remplir les auto-questionnaires, introduisant alors un biais de participation.

En analyse bivariée aussi bien qu'en analyse multivariée, les **femmes** se sont plus automédiquées que les hommes, et ce, indépendamment de la classe d'âge considérée (cf. § suivant). Ces données sont confirmées par l'enquête décennale de Santé 2002-2003 de l'INSEE selon Raynaud (57), et par Kassabi *et al.* (32) en 2000 lors d'une enquête portant sur 532 personnes faisant partie de la patientèle de médecins généralistes de l'Est parisien.

Les jeunes de 18-44 ans se sont automédiqués le plus, tant chez les hommes que chez les femmes (cf. Tableau 12.1, p. 101), et la tendance à s'automédiquer diminuait avec **l'âge**. Ce résultat restait significatif après ajustement. La baisse du taux d'automédication avec l'âge est également soulignée dans l'enquête décennale de Santé 2002-2003 de l'INSEE (57), mais à un détail près : ce sont les 40-50 ans qui s'automédiquent le plus. Kassabi *et al.* (32) confirment aussi que les jeunes s'automédiquent davantage. On peut imaginer que les jeunes actifs, d'une part, ont plus de difficulté à se libérer de leur travail pour se rendre en consultation, d'autre part, doivent se soigner avec les moyens à disposition pour être opérationnels. Ainsi, recourir à l'automédication est pour eux un gain de temps. Vu sous un autre angle, les personnes âgées,

ayant davantage de maladies chroniques (cf. sect. 2.2 § 2, p. 121), sont plus susceptibles d'avoir un traitement au long cours et seraient dès lors plus méfiantes à l'égard des contre-indications et des potentielles interactions pharmacologiques liées à la consommation de produits non-prescrits ou de médication officinale (HBM : perception d'obstacle à l'automédication).

Que ce soit en analyse bivariée ou multivariée, le fait d'appartenir à un **ménage** avec enfant(s) rendait plus probable le comportement d'automédication. Ce résultat était attendu pour plusieurs raisons, la principale étant que la fréquence des maladies infectieuses, entre autres les infections respiratoires, la grippe et la gastro-entérite virale, augmente avec la taille des ménages (Dingle *et al.* (58) cités par Katz (59)). En outre, dans l'enquête de Dingle *et al.*, plus des quatre cinquièmes des cas de grippe sont introduits dans les familles par les enfants en âge scolaire (59). Plusieurs études confirment que les enfants sont une source majeure de virus respiratoires (voir également sect. 10.1 § 3, p. 145). On peut aussi penser que les individus devant s'occuper des enfants ressentent davantage le besoin de se rétablir rapidement afin de pouvoir accomplir leurs rôles de parents. Ils sont généralement au minimum trois dans la famille, et pourraient croire que traiter rapidement les symptômes permet d'éviter le contagement entre individus (HBM : perception de bénéfices). Puis, sachant que la quasi-totalité des parents automédiquent leurs enfants (96 % selon Escourrou *et al.* (60)), ils fréquentent plus souvent les pharmacies, donc, sont plus susceptibles de s'automédiquer eux-mêmes (HBM : moins de perception d'obstacle). Ensuite, il serait moins commode pour eux, s'ils sont seuls avec enfants ou si le conjoint n'est pas disponible pour s'en occuper, de se rendre au cabinet accompagnés de leurs enfants (HBM : perception d'obstacle à la consultation). Enfin et surtout, le fait d'être plutôt nombreux dans la famille encourage le stockage de médicaments dans la pharmacie familiale. Raynaud (57) écrit que « les couples avec au moins deux enfants font plus fréquemment des achats de pharmacie non prescrits qui ne sont pas destinés à une personne identifiée du ménage mais qui sont pour les besoins de la famille en général ».

Disons d'emblée que l'effectif des agriculteurs exploitants était trop faible (inférieur à 30) pour garantir une puissance d'analyse suffisante. Nous n'avons pas pris en considération cette CSP. Les **étudiants** et les **personnes en formation** se sont plus automédiqués que les employés. Selon l'étude nantaise EDVIGE qui fait l'objet de la thèse d'Hélène Samson (61), la population des étudiants connaît un fort taux d'automédication en cas d'infections respiratoires hivernales : 76,5 % s'automédiquent au cours d'un semestre. Ce n'est pas étonnant de la part des étudiants chez qui, outre le gain de temps, le comportement d'automédication permettrait d'éviter de payer la consultation chez le généraliste. Raynaud (57) écrit que l'automédication « permet d'éviter de subir un coût d'opportunité de la consultation médicale ». Il continue en disant que comme les cadres et les artisans ont des journées de travail plus longues, afin de gagner du temps, « toutes choses égales par ailleurs et donc à revenus donnés », ces derniers « ont une plus forte probabilité de recours à l'automédication que les ouvriers ». D'après nos données, au sein de chaque CSP, la majorité des individus se sont automédiqués sauf chez les ouvriers, chez qui moins de la moitié (48,8 %) s'est automédiqué. Ce résultat est donc compatible avec l'hypothèse qu'avance Raynaud. De plus, nos résultats montrent que les ouvriers se sont *moins* automédiqués que les employés ; or, nous savons que les ouvriers et les employés ont un nombre d'heures de travail par an comparable (62). Il y a vraisemblablement d'autres facteurs à part le nombre d'heures de travail qui influencent le comportement d'automédication parmi les différentes CSP. La variable CSP n'a pas été retenue après analyse multivariée par régression logistique.

Il y avait un lien très significatif entre un **niveau d'études** élevé et le recours à l'automédication. Ceux ayant un diplôme au-delà du bac ont eu davantage recours à l'automédication, tandis que ceux n'ayant pas le bac (CAP ou BEP, BEPC, certificat d'études

primaires et aucun diplôme) ont eu le moins recours à l'automédication. Raynaud (57) rapporte une observation similaire mais avec CEP/BEPC comme modalité de référence. L'auteur fait mention d'un rapport publié par la Direction Générale de la Santé en 2002 (63), expliquant que « les personnes ayant un faible niveau d'études sont aussi celles qui expriment le plus de méfiance vis-à-vis des médicaments d'automédication, notamment vis-à-vis de leur qualité et de leur dangerosité » (HBM : perception d'obstacle à l'automédication). Dans ce même esprit, une enquête menée par TNS Sofres pour le LEEM (64) en 2011 et portant sur un échantillon national de 2023 personnes montre que « les plus diplômés ont tendance à davantage relativiser le danger [associé à l'automédication] ». Il est intéressant aussi de noter que Johnson *et al.* (65), par le biais d'une enquête en Oregon, montrent que les consommateurs de produits non-prescrits (donc, les automédiquants à proprement parler) ont plutôt un « faible scepticisme à l'égard de la médecine ». Autre hypothèse possible, l'automédication pouvant s'avérer coûteuse pour les ménages (57), ce sont plutôt les plus aisés financièrement qui y ont recours, et ceci est généralement le cas pour ceux qui ont un niveau d'études élevé. Enfin, ceux ayant un niveau d'études supérieur auraient plus de connaissances en matière de santé et plus de bagage intellectuel pour s'autonomiser et prendre des décisions seuls sans l'avis d'un médecin (HBM : perception d'auto-efficacité élevée) (cf. sect. 9.1 § 5, p. 142).

Ni l'appartenance à une certaine catégorie de **couverture sociale** ni l'adhésion à une **complémentaire santé** n'a eu d'influence sur le comportement d'automédication. L'enquête décennale de Santé 2002-2003 de l'INSEE (57) ne retrouve également aucun lien entre complémentaire santé et automédication. Or, on aurait pu penser que les bénéficiaires de la CMU complémentaire se seraient moins automédiqués, puisqu'ils bénéficient du tiers payant intégral chez le médecin (gratuité des soins) et n'ont aucune avance de frais sur les médicaments remboursables à condition d'avoir une prescription médicale. Par exemple, Bush *et al.* (66) ont montré que les individus qui ne règlent pas ou qui règlent partiellement les frais de médicaments prescrits sont moins susceptibles d'utiliser des produits non-prescrits que ceux qui règlent la totalité des frais de médicaments prescrits. En fait, une analyse plus détaillée de nos données (cf. Tableau 12.9, p. 106) montrait que 50 % des bénéficiaires de la CMU/AME n'avaient finalement pas de complémentaire santé (seulement la CMU de base), et devaient donc faire l'avance d'une partie des frais chez le médecin et de la totalité des dépenses chez le pharmacien. Cette constatation pourrait expliquer pourquoi les bénéficiaires de la CMU/AME se soient autant automédiqués que les autres.

Le fait que l'automédication était plus prononcée chez ceux n'étant pas **propriétaires** de leur logement et chez ceux habitant un **logement surpeuplé** n'a pas d'explication directe. Ces variables n'ont d'ailleurs pas été retenues lors de l'analyse multivariée.

2.2. Données médicosociales

En raison de la recrudescence hivernale des pathologies respiratoires (67), on aurait pu s'attendre à ce que le taux d'automédication global soit plus élevé en début d'hiver qu'en début d'été, mais cette association n'a pas été mise en évidence. A vrai dire, nous remarquons des taux similaires d'automédication entre le **début d'été** et le **début d'hiver** pour chacun des cinq principaux symptômes, à savoir les symptômes respiratoires, ostéo-articulaires, digestifs, neurologiques et généraux (cf. Figure 6, p. 35).

La proportion de personnes ayant déclaré avoir une **maladie chronique** était de 35,3 % dans notre échantillon. A titre de comparaison, selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2012 de l'INSEE (68), cette proportion est de 37 % en France

métropolitaine. En analyse bivariée seulement, ceux atteints d'une maladie chronique se sont moins automédiqués. Comme mentionné plus haut (cf. sect. 2.1 § 2, p. 119), on pourrait envisager qu'ils soient plus prudents vis-à-vis des médicaments non-prescrits et de médication officinale. Mais surtout, il existe une forte influence de la variable âge, car plus ils avançaient en âge, plus ils couraient le risque d'avoir une maladie chronique (cf. Figure 9, p. 102). L'étude australienne de Britt *et al.* (69) confirme cette tendance : 20 % des < 25 ans, 44 % des 25-44 ans, 77 % des 45-64 ans, 92 % des 65-74 ans et 96 % des > 74 ans souffrent d'une maladie chronique, et le nombre de maladies chroniques augmente avec l'âge. Selon l'INSEE (68), la proportion de Français déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 73 % pour les 85 ans et plus. Et nous avons vu plus haut que l'âge est une variable très significativement associée au comportement d'automédication (cf. sect. 2.1 § 2, p. 119). Laure (33), après une enquête menée auprès de 600 personnes résidant en Meurthe-et-Moselle en 1996, arrive à un résultat plus ou moins comparable au nôtre : « les personnes qui recourent à l'automédication sont surtout celles qui ne prennent aucun médicament ou un seul médicament par jour ».

Les personnes avec un bon état de **santé perçue** (score de 8 à 10 sur 10) tendaient à plus s'automédiquer que celles avec un état de santé perçue de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10), mais cette association n'était pas très significative ($p = 0,06$). Il se trouve que Raynaud (57) non plus ne rapporte pas de lien significatif entre l'état de santé perçue et le recours à l'automédication. En fait, dans notre étude, l'état de santé perçue était étroitement lié à l'âge (cf. Figure 10, p. 102) et à l'existence d'une maladie chronique (cf. Tableau 12.3, p. 103), les personnes âgées et/ou atteintes d'une maladie chronique ayant davantage une perception mauvaise ou médiocre de leur état de santé. Nous montrons aussi qu'à mesure que le niveau du diplôme augmentait, plus elles avaient une bonne perception de leur santé et moins elles avaient une maladie chronique (cf. Figure 11, p. 103). Encore une fois, nos données sont compatibles avec celles de l'INSEE (68), qui rapporte que la perception d'une bonne santé diminue avec l'âge, et qu'en excluant les personnes retraitées et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé et des maladies chroniques.

Comme on s'y attendait, le comportement d'automédication était lié à une moindre **fréquence de consultation** habituelle chez le médecin. Laure (33) rapporte ce même scénario : le groupe qui s'automédique consulte moins (5 fois par an en moyenne) que le groupe qui ne s'automédique pas (7 fois par an en moyenne).

Même si en analyse bivariée il y avait un lien entre l'automédication et la **distance domicile-médecin** (les personnes habitant plus loin s'automédiquant davantage), cette dernière variable n'a pas été retenue dans le modèle global après ajustement.

Au total, il apparaît que la mise en place du « libre accès » aux médicaments d'automédication en 2008 n'ait pas modifié le profil de l'automédiquant, puisque nos résultats sont parfaitement superposables à ceux décrits dans la littérature avant 2008.

3. CONSULTATIONS AU DÉCOURS DE L'AUTOMÉDICATION

Dans ce chapitre, nous allons étudier les caractéristiques des personnes ayant été amenées à consulter le médecin pour le problème en cours, alors qu'elles avaient déjà entamé une automédication. Nous considérerons donc les personnes ayant répondu « oui » aussi bien à la question 1 qu'à la question 2 de notre auto-questionnaire. On se rend compte, finalement, que ce n'est qu'une **minorité d'automédiquants** (26,9 %) qui ont décidé de consulter. Cette observation est compatible avec l'HBM qui postule que les personnes qui croient en l'efficacité de l'automédication sont plus susceptibles de se soigner par elles-mêmes, et que celles ayant entamé une automédication sont moins susceptibles de consulter le médecin (43). Dunnell *et al.* (70) cités par Anderson *et al.* (71), remarquent aussi que les personnes pratiquant l'automédication consultent moins fréquemment.

3.1. Données sociodémographiques

Les **femmes** ont consulté aussi fréquemment que les **hommes**. La littérature est riche en études montrant que les femmes ont davantage recours aux soins médicaux (43,72,73). L'une des explications la plus admise est qu'une fois les symptômes déclarés, les femmes sont davantage enclines à consulter parce qu'elles accepteraient plus facilement l'idée d'être malade et de demander de l'aide (73,74). Il n'y a pas de consensus quant à la validité de ces explications (73). Quoi qu'il en soit, nos données sur le recours à la consultation ne peuvent être comparées à celles d'études antérieures, puisque nous considérons spécifiquement la consultation des *automédiquants*, alors que les autres études ne considèrent pas l'automédication préalable. Nous en concluons que malgré le fait que les automédiquants femmes soient plus nombreuses, une fois ressenti le besoin de consulter, les deux sexes y ont recours également.

Le taux de consultation augmentait avec l'**âge**. Clairement, les automédiquants les plus âgés ont consulté le plus fréquemment. En fait, les données de la littérature montrent que les taux de consultation varient avec l'âge suivant une distribution en forme de U, avec les enfants et les personnes âgées consultant plus fréquemment (43). D'après le LEEM (64), un quart des Français disent consulter tout de suite un médecin quand ils sont malades, une proportion qui augmente « sensiblement » chez les 65 ans et plus (38 %). Ingham *et al.* (74) écrivent que la prépondérance de personnes âgées en soins primaires, d'une manière générale, est due à la fréquence des maladies chroniques chez elles. Selon l'HBM, les personnes âgées, souvent atteintes de maladies chroniques et souvent polymédiquées, auraient une perception plus sévère de leur problème de santé. Elles se sentiraient aussi plus vulnérables. Par exemple, la grippe peut paraître banale pour un jeune en bonne santé, mais pour une personne âgée, les conséquences peuvent être mortelles (75,76). Ensuite, les personnes âgées percevraient plus de bénéfices à consulter qu'à ne pas consulter (avoir l'avis du médecin, être examinées et rassurées, avoir des médicaments plus sûrs, renouveler leur ordonnance dans la foulée, etc.). Enfin, elles auraient un sentiment d'auto-efficacité insuffisant vis-à-vis de tout ce que l'automédication implique : autodiagnostic, autosurveillance, responsabilité, choix des médicaments, lecture de la notice, s'assurer de l'absence d'interaction médicamenteuse, faire confiance au pharmacien, etc.). L'influence de l'âge est significative en analyse bivariée aussi bien qu'en analyse multivariée.

En analyse bivariée, les automédiquants appartenant à des **ménages** sans enfant ont consulté plus fréquemment. La variable ménage n'étant toutefois pas significative en analyse multivariée, on peut envisager l'intervention de facteurs de confusion. *L'âge* est un facteur de confusion majeur. En effet, pour une classe d'âge donnée, il n'y avait aucun lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir un enfant et la décision de consulter. La confusion découle du fait que plus les individus étaient âgés, moins ils vivaient avec leur(s) enfant(s) : 73 % des 18-44 ans, 57 % des 45-59 ans et 6 % des 60-90 ans appartenaient à un ménage avec enfant (χ^2 à deux degrés de liberté = 572 ; $p < 0,001$). Nous en concluons que les automédiquants appartenant à des ménages sans enfant ont plus fréquemment consulté parce qu'ils sont plus âgés.

Les **ouvriers** étaient proportionnellement plus nombreux que les employés à se rendre en consultation, confirmant ce qui a été montré précédemment, c'est-à-dire que les ouvriers s'automédiquent moins (cf. sect. 2.1 § 4, p. 120). Il est donc logique qu'ils consultent davantage. Dans l'étude de McCormick *et al.* (77) citée par Cornford (78), les travailleurs manuels, les femmes et les enfants sont plus susceptibles de consulter. Sachant que la variable 'catégorie socioprofessionnelle' n'a pas été retenue lors de l'analyse multivariée, nous pouvons néanmoins essayer de l'interpréter. D'après Beffy (62), « la moitié des ouvriers doivent rester debout dans une posture pénible, porter des charges lourdes, ou effectuer des mouvements douloureux et fatigants. [...] Par ailleurs, une forte proportion des ouvriers est confrontée à un risque professionnel : les accidents du travail et les absences qui en découlent, sont donc plus fréquents chez les ouvriers [...] ». Ainsi, on pourrait penser que les ouvriers consultent davantage pour des raisons 'administratives', telles que pour avoir des certificats d'arrêt maladie ou d'accident de travail. Selon l'HBM, l'un des bénéfices perçus serait la possibilité d'obtenir des jours de repos tout en étant indemnisé. Puis, le fait qu'il y ait une perception de sévérité et de vulnérabilité plus importante étant donné le travail plus pénible, nous pouvons supposer que les médicaments d'automédication ne soient pas vécus comme suffisamment puissants, d'où le recours plus fréquent à la consultation. D'ailleurs, nous verrons plus loin que les ouvriers ont davantage trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace », et que ceci est un critère majeur de recours à la consultation (cf. sect. 4.1 § 1, p. 129). Enfin, avec un niveau d'études moins élevé que les employés, les ouvriers seraient peut-être moins armés pour prendre des décisions de leur propre initiative concernant leur santé (§ suivant).

Les personnes ayant un **niveau d'études** inférieur au bac ont le plus fréquemment consulté, et la tendance à consulter diminuait à mesure que le niveau d'études augmentait. Que les plus diplômés soient, davantage que les moins diplômés, plus à même de pouvoir s'occuper eux-mêmes de leur problème de santé, pourrait être une hypothèse (cf. sect. 2.1 § 5, p. 120 et 9.1 § 5, p. 142). D'ailleurs, il existait une tendance linéaire à l'augmentation de la proportion de ceux qui ont eu une idée du diagnostic avec le niveau d'études ($p < 0,001$; cf. Tableau 12.6, p. 104). Le niveau du diplôme n'a cependant pas été retenu lors de l'analyse multivariée. Le rapport 2015 sur l'état de santé de la population en France publié par la DREES (68) souligne l'existence d'un phénomène lié aux inégalités sociales et connu sous le terme de « gradient social de santé » :

Tous les indicateurs – que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée, ou le recours aux soins – font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études : on observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale, sans aucun effet seuil.

Le recours plus fréquent à la consultation des personnes moins diplômées mis en évidence dans notre étude était donc un résultat assez prévisible.

3.2. Données médicosociales

La **vague d'enquête** s'est révélée être une variable significative après analyse multivariée, avec un taux de consultation plus élevé en début d'hiver (vague 2, période de novembre à décembre) qu'en début d'été (vague 1, période de mai à juin). Nous savons que cette variation saisonnière n'est pas due à une différence portant sur le nombre de symptômes rapportés, car il n'y avait aucun lien entre ces deux variables : 76 % ont rapporté un seul symptôme et 24 % en ont rapporté plusieurs indépendamment de la vague d'enquête (cf. Résultats – Données diverses, p. 101). Par contre, on constate que les consultations pour symptômes respiratoires étaient significativement plus élevées en début d'hiver qu'en début d'été (30,6 % vs. 16,5 % ; cf. Figure 7, p. 35). Donc, au final, c'est la variation saisonnière des taux de consultation pour problème respiratoire qui serait responsable de la variation inter-vague des taux de consultation globaux.

Les individus ayant une **maladie chronique** ont consulté davantage, mais ce résultat n'était significatif qu'en analyse bivariée, probablement à cause des facteurs de confusion qui sont intervenus (l'âge en particulier). En effet, plus ils avançaient en âge, plus ils avaient une maladie chronique (cf. Figure 9, p. 102). En termes d'HBM et pour des raisons déjà explicitées (perception d'obstacles à l'automédication, perception de sévérité et de vulnérabilité accrue, manque d'auto-efficacité), les personnes âgées s'automédiquent moins, et par conséquent, consultent plus. Campbell *et al.* (43) nous rappellent que l'existence de symptômes ou de maladies chroniques est fortement liée au recours à des soins médicaux. En outre, Anderson *et al.* (71) émettent l'hypothèse suivante : les personnes avec une maladie chronique, étant suivies régulièrement, ont moins d'hésitation à recourir au médecin (ou en termes d'HBM, ils perçoivent moins d'obstacle à la consultation).

Encore une fois, l'état de **santé perçue** n'était pas une variable retenue après analyse multivariée, même si elle était très significative en analyse bivariée, avec un taux de consultation plus élevé chez ceux ayant un état de santé perçue de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10). Anderson *et al.* (71) confirment nos données et également celles de Kessel *et al.* (79). Il paraît logique de supposer que les personnes se percevant en moins bonne santé consultent davantage, entres autres en quête de réassurance. Plusieurs auteurs concluent que les personnes se considérant vulnérables et en mauvaise santé consultent plus fréquemment (43).

Il semble légitime de constater que les automédiquants ayant **l'habitude de consulter** leur médecin 3 fois par an ou plus plutôt que 2 fois par an ou moins ont davantage consulté. Cette variable n'a pas été retenue en analyse multivariée.

Les individus habitant à moins de 4 km du cabinet ont davantage consulté. Plusieurs études montrent que les individus **habitant près du cabinet** de leur médecin traitant sont plus susceptibles de consulter que ceux habitant plus loin, et ceci est valable aussi bien pour des problèmes aigus que chroniques (43). On pourrait interpréter ceci comme un accès plus facile au médecin du fait de la proximité du domicile au cabinet. Cette variable n'était plus significative après ajustement.

3.3. Données sur le problème de santé

Le **nombre de symptômes** dont souffraient les automédiquants n'était pas un critère influençant la décision de consulter un médecin. C'est aussi ce que constatent Anderson *et al.* (71). En revanche, ces derniers révèlent que la principale raison poussant les individus à consulter est le degré de gêne occasionnée par les symptômes. Cette observation est compatible avec le modèle de croyances relatives à la santé qui stipule que la perception de sévérité d'une condition désagréable est l'un des facteurs qui favorisent l'adoption d'un comportement préventif (en l'occurrence, ici, la décision de consulter son médecin). Il est intéressant de noter, au passage, que le nombre de symptômes présentés (un seul ou plusieurs) n'était pas lié au genre (cf. Tableau 12.2, p. 101). Or, selon Aïach (80) cité par Dumartin (81), les femmes auraient « tendance à déclarer des symptômes et des maladies en plus grand nombre que les hommes, sauf quand il s'agit de maladies graves ». Ingham *et al.* (74) rapportent aussi que les femmes présentent plus de symptômes que les hommes, et souvent plus sévèrement.

Un **temps de souffrance** plus long (plus d'une semaine par rapport à moins d'une semaine) amenait les individus à consulter davantage. Cette variable n'a finalement pas été retenue lors de l'analyse multivariée, mais une autre variable qui s'en rapproche, le temps de soin, est restée significative. En effet, ces deux variables sont redondantes, car le temps de souffrance et le temps de soins sont étroitement liés en analyse bivariée : les automédiquants ayant souffert plus d'une semaine se sont aussi soignés pendant plus de 7 jours (cf. Tableau 12.4, p. 104), et ont davantage consulté. En termes d'HBM, nous pouvons invoquer le fait que les bénéfices perçus de l'automédication (par exemple, gain de temps et d'argent) deviennent inférieurs à la sévérité perçue des symptômes (délai de guérison et gêne prolongés), ce qui conduit ces automédiquants à consulter le médecin. Cependant, nos données ne s'accordent pas avec celles d'Anderson *et al.* (71) qui retrouvent une relation inverse, c'est-à-dire un temps de souffrance plus long pour les non-consultants plutôt que pour les consultants, et suggèrent alors que les individus qui consultent sont les moins enclins à attendre la rémission des symptômes. Mais d'un autre côté, une enquête menée par van de Kar *et al.* (82) en 1988 et incluant 1000 patients d'une population de salles d'attente de généralistes aux Pays-Bas, souligne le fait que la sévérité des symptômes multiplie par 3,62 ($p < 0,001$) la probabilité de consulter. Dans leur étude (basée sur des principes relevant de l'HBM), ils ont pu identifier trois éléments déterminant la perception de **sévérité des symptômes**¹ :

1. A quel point les symptômes sont perçus comme menaçants, perturbateurs et pénibles ;
2. La reconnaissance des symptômes et la responsabilité personnelle perçue quant à leur apparition ;
3. Le degré d'embarras occasionné par les symptômes.

Ingham *et al.* (74) concluent également que la sévérité des symptômes est un des facteurs conduisant les individus à consulter. Au final, nous pouvons alors suggérer qu'un temps de souffrance et de soin prolongés augmentent le caractère perturbateur et la pénibilité des symptômes, donc la probabilité de consulter.

¹ "Three factors of perceived significance emerged: the first was defined by the extent to which symptoms were perceived as threatening, disruptive and painful; the second consisted of the familiarity of symptoms and the perceived personal responsibility for their occurrence; the third reflected how embarrassing the symptoms were."

Il existait un lien entre le **recours à un autre praticien** (kinésithérapeute, ostéopathe, etc.) et la consultation chez le médecin généraliste. Les individus ont sans doute été incités à consulter le généraliste soit directement par le praticien au vu des symptômes présentés, soit indirectement parce que celui-ci n'aurait pas été suffisamment efficace (cf. sect. 4.3 § 2, p. 129). Ce lien était significatif même après ajustement.

Réutiliser des **produits antérieurement prescrits** était lié, en analyse bivariée et multivariée, au fait de consulter le médecin. Comme nous le montrons plus loin, une fréquence de consultation élevée (≥ 3 fois/an) était liée à la réutilisation de produits antérieurement prescrits (cf. sect. 7.2 § 3, p. 136). Notre hypothèse est que ces individus sont des utilisateurs fréquents du système de soins.

Le fait de consulter était lié à un manque d'**efficacité** ressentie de l'automédication, que ce soit en analyse bivariée ou multivariée. Ce résultat était attendu de façon logique, car, en nous basant sur l'HBM, nous pouvions postuler qu'un manque d'auto-efficacité mènerait les automédiquants à consulter leur médecin. D'ailleurs, dans l'étude de van de Kar *et al.* (82), une bonne efficacité perçue de l'automédication diminue par 5,56 fois ($p < 0,001$) la probabilité de consulter un médecin. En d'autres termes, plus les automédiquants s'estiment efficaces, moins ils consultent, et inversement.

3.4. Connaissances et recherche d'information

En analyse bivariée seulement, avoir un **antécédent** du problème ou une **idée du diagnostic** conduisait les automédiquants à moins consulter. Ce derniers, *a priori*, avaient plus de connaissances sur leurs pathologies et leur traitement, et auraient davantage su comment se soigner (HBM : meilleure perception d'auto-efficacité, cf. sect. 4.4 § 1, p. 130). En accord avec ces données, Ingham *et al.* (83) confirment que les individus n'ayant pas d'idée sur l'origine de leurs symptômes ont une probabilité de consulter significativement plus élevée, et qu'ils sont en quête de réassurance. Il est également logique de constater qu'avoir une idée du diagnostic était fortement lié au fait d'avoir un antécédent du problème (cf. Tableau 12.5, p. 104).

Le fait de **discuter** de son problème de santé avec son entourage était associé à la décision de consulter le médecin. De plus, sachant que discuter de son problème n'était pas lié au fait d'avoir une idée du diagnostic ou pas, nous supposons que les automédiquants en ont discuté pour des raisons *autres* que la recherche d'un diagnostic. Peut-être pour avoir plus *d'information* au sujet de leur problème de santé et de son traitement ? En effet, il existait une association significative entre la recherche d'information auprès des proches et la discussion autour du problème (cf. sect. 9.4 § 2, p. 143). Donc, au final, nous pouvons émettre l'hypothèse que les automédiquants discutaient avec leur entourage dans l'optique d'avoir plus d'information au sujet de leur problème de santé. D'ailleurs, selon van de Kar *et al.* (82), le besoin d'information est un élément qui multiplie par 2,89 ($p < 0,001$) la probabilité de recourir à un médecin. Peut-être qu'il y aurait là le besoin d'être réassuré via la recherche d'une certaine 'normalité', c'est-à-dire le sentiment que l'individu est comme les autres.

Suivant la réflexion précédente, nous montrons que la recherche d'information, surtout auprès des **proches** et à travers les **médias** (Internet, la télévision et la radio), était associée à la décision de consulter le médecin. Nous proposons deux hypothèses. La première hypothèse est que les individus ont été amenés à consulter afin d'obtenir plus d'information sur leur problème de santé (43). La seconde hypothèse est qu'ils ont été encouragés à consulter par leurs proches ou par l'information provenant des médias. Ces données sont confirmées par van de Kar *et al.* (82) qui rapportent que les individus avisés par un proche ou connaissant un proche qui a eu le même problème, ou alors influencés par les médias, sont respectivement 3,12 fois et 1,18 fois ($p < 0,001$) plus susceptibles de consulter un médecin généraliste. Berkanovic *et al.* (84) mettent également en évidence l'importance majeure de l'influence du réseau social² vis-à-vis de la décision de consulter. De même, Campbell *et al.* (43) écrivent que les proches sont un facteur important déterminant le comportement de consultation d'un individu, car les conduites de maladie (ou *illness behaviour* des Anglo-Saxons) pourraient bien être transmises de génération en génération.

Enfin, nous terminerons cette partie de la discussion en mettant l'accent sur la constatation que la recherche d'information auprès du **pharmacien** a eu l'effet opposé, c'est-à-dire que les automédiquants ayant demandé conseil au pharmacien ont moins consulté leur médecin généraliste. Là aussi, nous émettons deux hypothèses, l'une tout aussi probable que l'autre. Une des hypothèses est que justement les individus qui se sont rendus à la pharmacie pour acheter des produits d'automédication n'avaient pas l'intention de consulter, et ont bénéficié du conseil du pharmacien dans la foulée. L'autre hypothèse est qu'ils se sont rendus à la pharmacie spécifiquement dans un but de recherche d'information, ont été satisfaits du conseil du pharmacien, et se sont dispensés d'une consultation chez le médecin.

² "social network influences"

4. EFFICACITÉ DE L'AUTOMÉDICATION

Nous nous intéresserons plus particulièrement à la **minorité d'automédiquants** (29,1 %, soit 333 personnes) ayant trouvé l'automédication « pas du tout ou peu efficace » afin de les caractériser. Nous rappelons au lecteur qu'un manque d'auto-efficacité est un facteur explicatif important de la probabilité de consulter (la multipliant par 7,27 selon notre analyse multivariée). La discussion suivante ne relève que des résultats d'analyses bivariées.

4.1. Données sociodémographiques

Les **ouvriers** étaient la seule CSP à considérer davantage l'automédication comme « pas du tout ou peu efficace » par rapport aux employés. D'une part, ceci explique pourquoi les ouvriers ont davantage consulté que les employés (cf. sect. 3.1 § 4, p. 124), et d'autre part, soulève la question de savoir pourquoi les ouvriers se sont trouvés moins efficaces que les employés. La pénibilité de leur métier, la sévérité de leurs symptômes et le relatif manque de puissance des médicaments de médication officinale pourraient faire partie des hypothèses plausibles.

Plus le **niveau d'études** diminuait, moins les automédiquants se trouvaient efficaces. Une explication fort possible est que, comme le signalent Raynaud (57) et le LEEM (64) (cf. sect. 2.1 § 5, p. 120), les moins diplômés sont les plus méfiants envers les médicaments d'automédication. Nous constatons également qu'ils consomment moins de médicaments à la fois (cf. plus loin, sect. 5.1 § 3, p. 131). Le manque de confiance vis-à-vis des médicaments d'automédication et l'hésitation subséquente à en consommer pourraient en partie expliquer la variabilité de l'efficacité ressentie suivant le niveau du diplôme.

4.2. Données médicosociales

Parmi toutes les variables médicosociales, l'état de **santé perçue** de mauvais à médiocre était la seule à être associée à un manque d'efficacité de l'automédication. En termes de modèle de croyances relatives à la santé, l'état de santé perçue de mauvais à médiocre correspondrait à une perception de vulnérabilité augmentée et, par conséquent, à une perception d'auto-efficacité diminuée.

4.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants ayant **souffert** plus longuement (> 1 semaine) et s'étant **soignés** plus longuement (> 7 jours) ont évidemment jugé l'automédication comme étant plutôt « pas du tout ou peu efficace » (HBM : sévérité des symptômes ; cf. sect. 3.3 § 2, p. 126).

Il y avait une association significative entre le fait d'avoir **recours à un autre praticien** et de trouver l'automédication « pas du tout ou peu efficace ». Comme nous le verrons plus loin, les personnes ayant consulté un autre praticien ont souffert davantage de problèmes ostéo-articulaires (cf. sect. 10.3 § 2, p. 146), et nous montrerons par la suite qu'elles ont été significativement moins efficaces à se soigner pour ce type de problème (cf. sect. 10.3 § 7, p. 148).

4.4. Connaissances et recherche d'information

Ceux qui n'ont pas eu d'**antécédent** du problème ou d'**idée du diagnostic** ont davantage signalé un manque d'efficacité à l'automédication. Ceci peut être expliqué par l'absence d'acquisition antérieure de connaissances sur les produits qui soulagent et sur la pathologie en elle-même. D'ailleurs, cette hypothèse est soutenue par Hanna *et al.* (85) qui rapportent que « quand on leur demande comment est-ce qu'elles jugent l'efficacité des produits non-prescrits [avant de les acheter], 99,7 % des personnes interrogées sont 'tout à fait d'accord' ou 'd'accord' qu'elles savent que les produits sont efficaces du fait d'un usage antérieur »³. La thèse de Camille Haas (86) montre également que pour 85 % des automédiants, c'est l'expérience personnelle qui guide le choix du médicament.

Les automédiants ayant **discuté** de leur problème avec leur entourage ont davantage signalé un manque d'efficacité à l'automédication. Cette constatation rejoint l'hypothèse émise précédemment (cf. sect. 3.4 § 2, p. 127), à savoir que les automédiants en discutent dans l'optique d'obtenir de l'information. Comme le remarque Fainzang (87), la connaissance d'un médicament d'automédication est généralement transmise par l'expérience antérieure, mais « elle se nourrit également des conseils de l'entourage, au point que l'expérience des proches est susceptible de venir se substituer à la sienne propre ».

³ "When asked how they judged the effectiveness of nonprescription medicines, 99.7% of respondents 'strongly agreed' or 'agreed' that they knew they were effective from previous use."

5. NOMBRE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS

On entend par le terme *médicament* tout produit se trouvant dans la classification ATC de l'OMS (les produits de santé complémentaires telles l'homéopathie et les huiles essentielles, par exemple, ne s'y trouvent pas). Parmi les automédiquants ayant utilisé des médicaments (79,5 %), la grande majorité (93,8 %) a utilisé au maximum 2 médicaments (cf. Figure 20, p. 113), un résultat plutôt rassurant pour le professionnel de santé. Nous pouvons supposer que les risques d'interaction médicamenteuse et de surdosage soient moindres. Nous avons voulu comparer les caractéristiques des 35,5 % qui ont utilisé plusieurs médicaments avec celles des 64,5 % qui n'en ont utilisé qu'un seul, afin d'essayer de comprendre ce qui peut conduire les automédiquants à consommer plusieurs médicaments conjointement.

5.1. Données sociodémographiques

L'utilisation de plusieurs médicaments était plus fréquente chez les **femmes**. Pourtant, les femmes n'ont pas présenté plus de symptômes que les hommes (cf. Tableau 12.2, p. 101). Cet effet est peut-être dû à une différence de *sévérité* ou de *perception de sévérité* des symptômes entre les deux sexes, mais nos données ne nous permettent pas de tester cette hypothèse.

Avoir entre **18 et 45 ans** était un facteur favorisant la consommation de plusieurs médicaments. Nous pouvons admettre que les individus plus âgés, ayant davantage de maladies chroniques et étant fréquemment polymédiqués, fassent preuve de parcimonie vis-à-vis de la prise de médicaments supplémentaires (risques d'interaction médicamenteuse, de surdosage, d'effets indésirables, etc.) (cf. sect. 3.1 § 2, p. 123). En revanche, les jeunes actifs, ayant moins de perception de vulnérabilité et ressentant le besoin d'être opérationnels au travail, seraient peut-être amenés à multiplier les médicaments pris en automédication (cf. sect. 2.1 § 2, p. 119).

Avoir le **bac ou au-delà** était lié à la consommation de plusieurs médicaments. Ceci confirme l'hypothèse émise dans la sect. 2.1 § 5 (p. 120), à savoir que les moins diplômés seraient plus méfiants envers les médicaments d'automédication que les plus diplômés.

La variable '**couverture sociale**' n'était pas analysable dans ce contexte pour cause de manque de puissance (effectif < 30 pour la modalité de référence CMU/AME et aussi pour l'assurance maladie étudiante).

5.2. Données médicosociales

Le fait que les personnes qui consultent leur médecin **3 fois par an ou plus** aient davantage consommé plusieurs médicaments suggère qu'ils étaient plus susceptibles de réutiliser d'anciennes prescriptions médicamenteuses (cf. sect. 7.2 § 3, p. 136) et que ce sont des utilisateurs fréquents du système de soins.

5.3. Données sur le problème de santé

Le nombre de médicaments utilisés (un ou plusieurs) était lié au nombre de symptômes rapportés (un ou plusieurs). En d'autres termes, la poly-automédication était liée à la **poly-symptomatologie**.

5.4. Connaissances et recherche d'information

Avoir un **antécédent** du problème et une **idée du diagnostic** était lié à l'utilisation de plusieurs médicaments, probablement en lien avec une perception d'auto-efficacité augmentée par le fait d'avoir des connaissances sur les symptômes à soulager et sur les médicaments à utiliser.

Il est intéressant de noter que la recherche d'information auprès du **pharmacien** tout particulièrement était liée à la consommation de plusieurs médicaments. Ceci laisse suspecter que le pharmacien induit les automédiquants à acheter plusieurs médicaments. Camille Haas (86) souligne l'importance capitale du rôle du pharmacien. Son analyse révèle que 33 % des individus se rendant dans une pharmacie n'ont pas d'idée du produit qu'ils souhaitent acquérir, et s'adressent d'emblée au pharmacien. Grâce aux conseils de celui-ci, 81 % se sentent plus en sécurité pour utiliser les médicaments achetés. Elle signale aussi que le fait de demander d'emblée conseil au pharmacien plutôt que de choisir soi-même son produit est associé à l'achat d'un plus grand nombre de produits. Par ailleurs, dans l'enquête de Hanna *et al.* (85), 80,3 % des répondants s'attendent à ce qu'un pharmacien ne leur conseille que des produits qui ont été prouvés efficaces lors d'essais cliniques. Or, il ne faut pas oublier que le pharmacien, en plus d'être un professionnel de santé, est quelqu'un qui vit de son officine. Dès lors, il pourrait y avoir des conflits d'intérêt.

6. MOYEN D'OBTENTION DES PRODUITS

La majorité des automédiquants (71,3 %) ont utilisé des produits provenant de leur **armoire à pharmacie** sans avoir eu besoin d'en acheter, alors que 28,7 % ont acheté au moins un produit pour l'occasion. A titre comparatif, Raynaud révèle que durant les deux mois précédant l'enquête décennale de Santé 2002-2003 de l'INSEE (57), 20 % des individus ont « recours à au moins un achat de médicament sans ordonnance ».

6.1. Données sociodémographiques

Les personnes âgées ont davantage acheté des produits pour l'occasion que les plus jeunes, alors que ce sont celles qui pratiquent le moins l'automédication (cf. sect. 2.1 § 2, p. 119). Cependant, cette différence n'apparaît pas suffisamment significative ($p = 0,06$) pour justifier d'une discussion plus poussée.

Les automédiquants appartenant à des **ménages** avec enfant(s) avaient davantage de produits déjà en leur possession. Cette constatation est compatible avec la discussion sur le comportement d'automédication (cf. sect. 2.1 § 3, p. 120), car pour les mêmes raisons précédemment citées, ils ressentiraient davantage le besoin d'avoir des produits d'automédication en leur possession afin de pouvoir se traiter rapidement. De plus, étant nombreux à domicile, il est probable qu'ils aient plus de médicaments dans leur pharmacie familiale. Etre nombreux expose également à un risque accru de transmission de maladies virales contagieuses (cf. sect. 10.1 § 3, p. 145).

Un **niveau d'études** élevé était lié à l'utilisation de produits déjà en sa possession plutôt qu'à l'achat pour l'occasion. Il est possible que les moins diplômés aient moins de capacité pour gérer une armoire à pharmacie et surtout moins de faculté d'autodétermination pour prendre l'initiative d'utiliser des produits déjà en leur possession. Le fait d'acheter des produits pour l'occasion leur permettrait de bénéficier des conseils du pharmacien et d'être réassurés en même temps.

6.2. Données médicosociales

Le fait que le taux d'achat de produits pour l'occasion soit plus élevé en **début d'hiver** qu'en début d'été peut s'expliquer de la façon suivante. Il existe une augmentation des pathologies respiratoires durant l'hiver et les périodes froides de l'année (67,76,88), en particulier de la grippe et de la bronchite aiguë (88). La recrudescence automnale des crises d'asthme serait également liée à des infections bronchiques virales. Les ambiances froides entraînent un affaiblissement des défenses immunitaires par plusieurs mécanismes physiologiques, et favorisent une survie plus longue des virus à l'extérieur de l'organisme (67,88). De plus, le fait de rester dans des « espaces confinés et peu ventilés » lors des périodes froides pourrait augmenter « le risque d'infections croisées » (67). Mais paradoxalement, nous ne constatons pas de variation saisonnière des taux d'automédication (cf. Figure 6, p. 35) et d'achats (cf. Figure 8, p. 36) pour problème respiratoire spécifiquement. C'est peut-être parce que nous n'avons considéré qu'un *seul instant* d'automédication au cours des six derniers mois (l'épisode le plus récent, probablement peu avant l'enquête soit plutôt en avril et en octobre pour chacune des deux vagues).

6.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants s'étant **soignés** pendant plus de 7 jours ont davantage acheté des produits pour l'occasion, une des possibilités étant qu'ils ont épuisé leur réserve de l'armoire à pharmacie, contrairement à ceux qui se sont soignés pendant moins de 7 jours.

Les automédiquants ayant réutilisé certains **produits antérieurement prescrits** par un médecin ont surtout puisé dans leur armoire à pharmacie, tandis que ceux ayant utilisé uniquement des **produits non-prescrits** les ont davantage achetés pour l'occasion. Ce résultat suggère que les produits prescrits seraient davantage stockés et réutilisés que les produits non-prescrits. Il est tentant de penser que les automédiquants gardent plus longtemps des produits prescrits et entamés, car dans le cas où ils auraient les mêmes symptômes dans le futur, cela leur éviterait de reconsulter.

6.4. Connaissances et recherche d'information

Les personnes n'ayant pas eu d'**antécédent** du problème ou d'**idée du diagnostic** ont davantage acheté des produits pour l'occasion, peut-être parce qu'elles n'en avaient pas eu besoin précédemment, donc n'en avaient pas dans leur armoire à pharmacie (rappelons le fait qu'avoir une idée du diagnostic est fortement lié au fait d'avoir eu un antécédent du problème. Cf. Tableau 12.5, p. 104).

Globalement, la recherche d'information était liée à l'achat de produits pour l'occasion. Par contre, nous avons identifié deux effets inverses : la recherche d'information sur **Internet** favorisait l'utilisation de produits déjà en sa possession, alors que la recherche d'information auprès du **pharmacien** favorisait l'achat de produits pour l'occasion, ce dernier l'emportant sur l'effet du média Internet. Il n'est pas invraisemblable d'imaginer que les individus qui vont à la pharmacie pour se renseigner y vont également avec l'intention d'acheter des produits ou de suivre les conseils du pharmacien (86) qui, l'expérience le montre, lui vendra souvent des produits (cf. sect. 5.4 § 2, p. 132). Au contraire, les individus qui cherchent de l'information en ligne le feraient dans l'optique de se soigner avec l'arsenal de produits dont ils disposent déjà et pour lesquels ils vérifient sur Internet les indications et les posologies (cf. sect. 8.4 § 2, p. 140).

7. UTILISATION DE PRODUITS NON-PRESCRITS

D'ores et déjà, nous faisons l'hypothèse que les individus utilisant davantage des produits non-prescrits auront plus ou moins les mêmes caractéristiques sociodémographiques et médicosociales que ceux qui s'automédiquent le plus. En effet, plus on s'automédie plus on a besoin d'acheter des produits sans ordonnance. Les explications avancées seront les mêmes que pour le comportement d'automédication (cf. sect. 2.1, p. 119 et 2.2, p. 121).

Il convient de souligner que la formulation de la **question 10**, « Certains de ces produits avaient-ils été prescrits par un médecin ? », permet d'obtenir deux catégories de réponses (oui/non) non-mutuellement exclusives. C'est-à-dire que les automédiquants ayant répondu « oui » affirment avoir réutilisé *certain*s produits antérieurement prescrits, mais ils auraient pu en même temps utiliser des produits non-prescrits. En revanche, les automédiquants ayant répondu « non » affirment avoir utilisé des produits non-prescrits de manière exclusive. Il faut garder cette distinction à l'esprit pour interpréter les résultats correctement.

Certaines études menées en Grande Bretagne et aux Etats-Unis montrent que l'usage de produits non-prescrits dépasse celui des produits prescrits (89). Une étude menée par Segall (89) en 1983 portant sur 524 habitants de Winnipeg (Canada) montre que 63 % utilisent au moins un produit non-prescrit. En France, d'après le LEEM (64), 75 % des personnes achètent des médicaments sans ordonnance. Compte tenu de l'intitulé de notre question, il n'est pas étonnant que le taux d'utilisation *exclusive* de produits non-prescrits dans notre étude (45,2 %) soit plus bas. Mais nous courons peu de risque de nous tromper en affirmant que, dans notre étude, l'utilisation de produits non-prescrits, *exclusive ou non*, dépasse l'utilisation des produits prescrits.

54,8 % des automédiquants ont réutilisé des produits qui leur avaient été antérieurement prescrits par un médecin. Le LEEM (64) rapporte qu'une majorité (54 %) de Français « reconnaît avoir déjà réutilisé un médicament qui leur avait été préalablement prescrit sur ordonnance, sans en parler à leur médecin ». Laure (33) retrouve un taux plus élevé à 76 %. Cependant, non seulement le sex-ratio dans l'étude de Laure (52 % de femmes et 48 % d'hommes) n'est pas comparable au nôtre (70,9 % de femmes et 29,1 % d'hommes), mais nos études se sont déroulées avant et après 2008 respectivement, l'année où l'autorisation de mise à disposition des médicaments en libre accès a été accordée aux pharmaciens.

7.1. Données sociodémographiques

Notre étude montre que les **hommes** plutôt que les **femmes** ont davantage réutilisé des produits antérieurement prescrits. Et inversement, les femmes plutôt que les hommes ont davantage utilisé des produits non-prescrits. Plusieurs autres études (65,66,85,90) et aussi une revue de la littérature (91) corroborent cette dernière observation. Les femmes s'étant davantage automédiquées que les hommes (cf. sect. 2.1 § 1, p. 119), il y a logiquement plus de chance qu'elles aient eu recours à la pharmacie non-prescrite.

L'utilisation exclusive de produits non-prescrits prédominait chez les plus **jeunes**, ce qui est l'inverse des résultats obtenus par Segall (89) et Sihvo *et al.* (90). Mais, comme nous, Johnson *et al.* (65) ainsi que d'autres études (91) concluent que l'utilisation de produits non-prescrits est associée aux âges les plus jeunes. Bush *et al.* (66) rapportent une augmentation de la morbidité à partir de 44 ans chez les deux sexes, et une diminution des taux d'utilisation de produits non-prescrits. Collin (92), à travers une enquête auprès de 41 personnes âgées de 60 ans et plus à

Montréal, conclut qu'il y a « une tendance nette à séparer l'orge de l'ivraie, le 'vrai' du 'faux' médicament (le 'vrai' étant le médicament prescrit par le médecin, le 'faux' étant généralement celui acheté de son propre chef, à la pharmacie le plus souvent, qu'il soit 'naturel' ou pas) ». Pour pousser la réflexion plus loin, il faut signaler que le LEEM (64) rapporte que les personnes ont davantage de défiance à l'égard des médicaments sans ordonnance (28 %) que sur ordonnance (4 %). Il y aurait, d'après les auteurs, une « conviction qui semble s'être installée qu'un médicament efficace est un médicament sur ordonnance et remboursé ». Nous déduisons de notre étude que les personnes âgées feraient davantage confiance aux médicaments prescrits par leur médecin.

Les automédiquants appartenant à des **ménages** avec enfant(s) ont plus fréquemment utilisé des produits non-prescrits que ceux appartenant à des ménages sans enfant (49,1 % vs. 40,2 % ; $p = 0,01$), soit une différence de 8,9 %. Un rapprochement peut être effectué avec Hanna *et al.* (85) qui rapportent un taux d'utilisation de produits non-prescrits plus élevé au sein des ménages avec enfant de moins de 16 ans qu'au sein des ménages sans enfant de moins de 16 ans (53,2 % vs. 45,0 % ; $p = 0,001$), soit une différence de 8,2 %.

L'utilisation exclusive de produits non-prescrits augmentait avec le **niveau d'études**, et suivait ainsi la même tendance que le comportement d'automédication. Nos résultats sont confirmés par Johnson *et al.* (65) et Sihvo *et al.* (90). Ceci traduit, une fois de plus, le fait que lorsque le capital culturel augmente, les capacités d'autodétermination augmentent aussi.

7.2. Données médicosociales

Les personnes atteintes d'une **maladie chronique** étaient significativement moins nombreuses à utiliser des produits non-prescrits ; à l'inverse, elles ont davantage réutilisé des produits antérieurement prescrits. Dans la mesure où elles ont probablement une méfiance accrue à l'égard des produits non-prescrits (cf. sect. 2.2 § 2, p. 121), le fait d'utiliser des produits antérieurement prescrits serait un gage de sûreté.

Toujours cohérent avec nos données jusqu'ici, la réutilisation de produits antérieurement prescrits prévalait chez ceux avec un état de **santé perçue** allant de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10), c'est-à-dire ceux qui s'automédiquaient le moins. Mais ceci va à l'encontre des données rapportées par Segall (89) qui trouve que ceux qui réutilisent des produits antérieurement prescrits ont une perception plutôt bonne de leur état de santé.

Les individus qui **consultaient moins fréquemment** leur médecin (≤ 2 fois par an) étaient plus susceptibles de consommer des produits non-prescrits que ceux qui le consultaient plus fréquemment (≥ 3 fois par an). Un rapprochement peut être fait avec Johnson *et al.* (65) qui montrent que ceux qui utilisent des produits non-prescrits sont caractérisés par « une faible tendance à recourir aux soins médicaux ». Nos données vont également dans le sens de Bush *et al.* (66) : les auteurs rapportent que la proportion d'individus utilisant un produit non-prescrit est supérieure chez ceux n'ayant pas consulté que chez ceux ayant consulté un médecin (43 % vs. 28 % ; $\chi^2 = 47,7$; $p < 0,001$).

7.3. Données sur le problème de santé

Les automédiquants ayant **souffert** pendant plus d'une semaine et s'étant **soignés** pendant plus de sept jours ont davantage réutilisé certains produits antérieurement prescrits. Il s'agissait peut-être de symptômes qu'ils avaient eus auparavant et pour lesquels ils avaient obtenu une prescription lors d'une consultation antérieure.

Ceux ayant eu **recours à un autre praticien** ont davantage réutilisé certains produits antérieurement prescrits. Nous supposons qu'il s'agissait de problèmes chroniques et récurrents (cf. Tableau 12.8, p. 105) pour lesquels ils avaient déjà un/des médicament(s) entamé(s) dans leur armoire à pharmacie.

7.4. Connaissances et recherche d'information

Aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre le fait d'avoir un **antécédent** du problème et l'utilisation de produits non-prescrits. Or, Hanna *et al.* (85) citent trois études qui montrent que les personnes qui achètent des produits non-prescrits sont nombreuses à avoir déjà eu les mêmes symptômes.

La recherche d'information sur **Internet** et auprès des **proches** favoriserait la réutilisation de certains produits antérieurement prescrits, tandis que la recherche d'information auprès du **pharmacien** favoriserait l'achat de produits de médication officinale. Comme indiqué précédemment (cf. sect. 6.4 § 2, p. 134), nous pouvons admettre que les personnes se rendant à la pharmacie le font dans l'optique d'acheter des produits d'automédication et qu'ils en profitent pour demander conseil au pharmacien.

8. UTILISATION DE PRODUITS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

19,3 % des automédiquants ont mentionné avoir utilisé des produits de santé complémentaires (PSC). **Ce taux est relativement bas** comparé à ce qui est mis en évidence par d'autres études. Par exemple, Easton (93) écrit qu'en Australie, un peu plus de la moitié (52 %) des personnes interviewées à domicile déclarent avoir consommé des PSC au cours de l'année précédente. Une enquête menée par Ipsos pour le laboratoire pharmaceutique Boiron en 2012 et portant sur 1005 Français âgés de 18 ans et plus, montre que 36 % des individus sont des utilisateurs réguliers de médicaments homéopathiques (94). Dans l'enquête de Segall (89), 41 % des participants ont déjà utilisé des remèdes maison.

Qu'est-ce qui explique ce faible pourcentage d'utilisateurs de PSC dans notre étude ? Tout d'abord, un **biais de recrutement** évident : le fait que notre population provienne de salles d'attente de cabinets de médecins généralistes sous-entend que les patients sont plutôt orientés vers la médecine conventionnelle. Ensuite, il y a la **formulation de la question** posée, « Avec quels produits vous-êtes vous soignés ? », qui ne sollicite pas expressément le répondant pour que celui-ci déclare les éventuels PSC qu'il aurait utilisés. Enfin, il y a probablement de l'autocensure de la part des répondants, car beaucoup pensent que les PSC sont considérés avec scepticisme par la médecine conventionnelle (93). Aïach (49) argumente le fait que « la façon de recueillir une information influe sur le niveau des données recueillies ». Remplir un auto-questionnaire en attendant la consultation imminente du médecin n'est probablement pas le procédé idéal pour acquérir des informations sur l'utilisation de PSC (du fait de ce **biais de sous-déclaration** intrinsèque).

8.1. Données sociodémographiques

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le **genre** et l'utilisation de PSC. D'autres études rapportent qu'il y a bien un lien entre le fait d'être une femme et d'utiliser des PSC. Par exemple, d'après Easton (93), ceci est le cas en Australie. L'étude canadienne de Segall (89) conclut que les femmes utilisent davantage des remèdes maison, même si cette association n'est pas franche. L'enquête d'Ipsos (94) montre que le recours régulier à l'homéopathie est supérieur chez les femmes. Une autre étude française de 2007 menée par Lert *et al.* (95) auprès de trois catégories de médecins généralistes représentatifs (à savoir, ceux ayant une pratique conventionnelle stricte, ceux ayant une pratique mixte conventionnelle et complémentaire, et ceux qui sont des homéopathes certifiés) conclue que la patientèle des médecins certifiés homéopathes est davantage composée de femmes. Enfin, une revue de la littérature effectuée par Ryan *et al.* (91) concernant l'automédication en Grande Bretagne retrouve un peu plus de dix études qui rapportent un lien entre le genre féminin et le recours aux MAC.

L'utilisation de PSC augmentait avec le **niveau d'études**. Easton (93) confirme que les individus ayant une éducation postsecondaire utilisent davantage des PSC. Le LEEM (64) associe également les « traitements alternatifs (phytothérapie, homéopathie) » aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Ceci peut s'expliquer de trois façons. La première, que nous avons déjà abordée, stipule que les moins diplômés se méfient davantage des produits non-prescrits par le médecin : les PSC étant pour la plupart des remèdes non-prescrits, les moins diplômés ne peuvent que s'en méfier, tout comme ils se méfient des médicaments de médication officinale (cf. sect. 2.1 § 5, p. 120). La deuxième raison est liée au fait que les moins diplômés éprouvent plus de difficulté à prendre des décisions relatives à leur santé et à assumer les conséquences de leurs actions, c'est-à-dire utiliser des PSC sans l'avis du médecin. Les plus

diplômés, eux, ont davantage les capacités cognitives et sociales pour revendiquer la responsabilité de cette décision (autodétermination). Ce qui, par conséquent, nous amène à la troisième explication qui est en rapport avec la détention d'un savoir concurrentiel et la remise en cause de la médecine conventionnelle (93,96), avec des théories qui seraient d'autant plus prééminentes que le niveau du diplôme est élevé. Par exemple, Lert *et al.* (95) retrouvent un lien significatif entre consulter un généraliste homéopathe et un niveau d'études élevé. Malgré le fait que les études montrent que l'homéopathie équivaut à l'effet placebo⁴, les utilisateurs en sont nombreux. Plusieurs éléments cognitifs entrent en jeu permettant d'expliquer leurs croyances (99).

8.2. Données médicosociales

Conformément à nos attentes, ce sont les automédiquants **fréquentant moins souvent leur médecin** (≤ 2 fois par an) qui ont davantage utilisé des PSC. Ces données sont confortées par celles de Lynch *et al.* (100). Ils ont recruté 120 personnes de 18 à 72 ans tirées au hasard dans la population générale de Londres en 2003, et par le biais d'un scénario hypothétique où la moitié de cet effectif prenait des PSC et l'autre moitié un médicament à prescription médicale facultative, ont pu comparer ces deux groupes entre eux. Leur conclusion, entre autres, est que le groupe qui prend des PSC est moins susceptible de consulter un médecin généraliste.

8.3. Données sur le problème de santé

L'utilisation de PSC était associée, en analyse multivariée, à un **temps de soin** plus long (> 7 jours), peut-être parce que les symptômes duraient plus longtemps et que les automédiquants croient que ces produits ne sont pas nuisibles à la santé. En fait, d'après Lert *et al.* (95), les personnes ayant recours à l'homéopathie et aux MAC sont davantage sensibles aux principes de non-nocivité et de non-toxicité des traitements entrepris et à leur origine naturelle. Elles sont trois fois plus susceptibles d'avoir une philosophie holistique de la santé que celles ayant recours à la médecine conventionnelle stricte. Comme le remarque Elzière (96), l'utilisation de produits provenant de la « Nature » est perçue comme étant « fondamentalement bénéfique » et « une garantie d'innocuité ».

Les automédiquants ayant **acheté des produits pour l'occasion** ont davantage utilisé des PSC que ceux ayant utilisé des produits déjà en leur possession. Si le temps de soin est allongé, il semble logique que ces produits soient vite consommés, d'où la nécessité d'en racheter pour chaque occasion.

L'utilisation de **produits non-prescrits** était liée à l'utilisation de PSC. Ce résultat était attendu, car, en effet, rares sont les médecins qui prescrivent des PSC. Ce sont souvent des traitements auto-initiés (93). Cet effet reste significatif après ajustement.

⁴ Une analyse de 110 études sur l'homéopathie publiée dans le Lancet en 2005 par Shang *et al.* conclut que « les effets cliniques de l'homéopathie sont des effets placebos » (97). Une autre analyse de 57 revues systématiques de la littérature comprenant 176 études individuelles, menée par le conseil australien de la santé nationale et de la recherche médicale (NHMRC), conclut en 2015 : « il n'y aucune preuve fiable d'une quelconque efficacité de l'homéopathie sur les problèmes de santé considérés » (98).

8.4. Connaissances et recherche d'information

Le fait de **discuter** de son problème de santé avec son entourage était associé à un taux d'utilisation plus élevé de PSC. Ceci suggère que le bouche à oreille est l'un des moyens par lesquels un automédiquant pourrait s'informer au sujet des PSC. De nombreuses études australiennes et internationales signalent le fait que la famille et les amis sont la source d'information principale concernant les PSC (93). Une revue de la littérature par Nissen *et al.* (101) sur le recours aux MAC dans les pays de l'Union Européenne confirme également que l'entourage est une source d'information essentielle.

Globalement, il y avait un lien très significatif entre la recherche d'information et l'utilisation de PSC, avec une préférence pour **Internet** et les **journaux** et **revues**. D'ailleurs l'enquête de Lynch *et al.* (100) montre aussi que le groupe qui prend des PSC cherche de l'information sur Internet, les livres et les revues plus que le groupe qui prend des médicaments à prescription médicale facultative. Les médias sont, en effet, des sources potentielles de publicité pour les individus qui sont enclins à utiliser de tels produits. Par exemple, en 2001, une enquête téléphonique auprès de 500 Américains utilisant Internet pour obtenir de l'information relative à la santé révèle que 48 % d'entre eux cherchent de l'information sur des traitements ou produits alternatifs et expérimentaux (102). Par ailleurs, selon Szeto *et al.* (103) cités par Easton (93), 3 % des pages de quatre magazines les plus vendus en Australie en 2001 (dont un magazine de santé) sont dédiées à la publicité pour les PSC, et celle-ci est trois fois plus fréquente que la publicité pour les médicaments conventionnels d'automédication.

9. AUTOMÉDICATION ET RECHERCHE D'INFORMATION

Rappelons d'abord que l'information fait partie des 'facteurs modifiants' dans le modèle de croyances relatives à la santé (cf. *Health Belief Model* (HBM), p. 22). Rappelons aussi que dans les résultats et dans la discussion qui suit, nous n'avons pris en considération que les sources d'information principales, notamment Internet, pharmacien et proches.

Nous ne sommes pas surpris de constater qu'**Internet** représente la source d'information par excellence – 83,8 % de la population française y a accès (104) – alors que le pharmacien et les proches sont au même niveau. Aux Etats-Unis, une enquête de 2002 rapporte que 62 % des internautes utilisent Internet pour chercher de l'information relative à la santé, et que parmi ceux-là, 1 individu sur 5 (18 %) fait un autodiagnostic et s'automédique sans consulter de médecin (102). Plus récemment, d'après une enquête internationale menée par Ipsos MORI pour Bupa Health Pulse 2010 (105) et incluant 12 pays différents, plus de 80 % des Américains et plus de 60 % des Français utilisent Internet pour chercher de l'information sur la santé, les médicaments ou les maladies. Un sondage encore plus récent, mené par Harris Interactive (106) en 2015 et portant sur un échantillon de 1040 personnes représentatif de la population âgée de 18 ans et plus, montre que 70 % des Français consultent des forums ou des sites Internet spécialisés en médecine.

9.1. Données sociodémographiques

Le fait que les **hommes** plus que les femmes aient préférentiellement recherché de l'information auprès des proches nous paraît contre-intuitif et sans explication évidente.

La tendance à rechercher de l'information augmentait avec **l'âge**. Les personnes âgées seraient plus soucieuses de leur état de santé. Selon l'HBM, vu leur perception accrue de sévérité, de vulnérabilité et d'obstacles à l'automédication ainsi que leur perception d'auto-efficacité diminuée, l'information devient un facteur modifiant essentiel pouvant inciter les personnes âgées à adopter le comportement d'automédication. La proportion de personnes recherchant de l'information auprès du pharmacien fléchissait entre 18-44 ans et 45-59 ans pour ensuite se redresser pour les 60-90 ans, mais à un taux toujours inférieur à celui des plus jeunes. Nous avons vu précédemment que les personnes âgées préféraient davantage consulter le médecin (cf. sect. 3.1 § 2, p. 123). Par conséquent, leur source d'information privilégiée serait leur médecin traitant plutôt que le pharmacien. D'ailleurs, d'après une enquête menée par Aude Charbonnier (107) en 2012, en cas de problème de santé, les personnes de plus de 65 ans ont d'abord recours au médecin (60 %) ensuite au pharmacien (30 %).

Le fait que les personnes appartenant à des **ménages** sans enfant aient davantage recherché de l'information n'a pas d'explication évidente. Mais comme nous l'avons signalé précédemment (cf. sect. 3.1 § 3, p. 124), l'âge est sans doute un facteur de confusion qui intervient, car les personnes âgées sont celles qui constituent la majorité des ménages sans enfant.

Les statistiques concernant les CSP 1, 2, 7 et 8 n'étaient pas fiables au vu des faibles effectifs (< 30). Le fait que les **ouvriers** aient eu davantage recours aux proches que les employés tient peut-être au fait qu'ils aient davantage besoin de conseils et de réassurance pour se prendre en charge (cf. § suivant).

La recherche d'information diminuait à mesure que le **niveau d'études** augmentait. Etant donné aussi qu'avoir une idée du diagnostic augmentait avec le niveau d'études (cf. Tableau 12.6, p. 104), nous en concluons que les plus diplômés ont plus de connaissances et de savoirs profanes que les moins diplômés au sujet de l'automédication ou de la santé en général.

9.2. Données médicosociales

Le fait qu'Internet était une source d'information plus importante en début d'été qu'en début d'hiver n'a pas d'explication évidente. Il se peut que les affections respiratoires hivernales soient plus préoccupantes pour les automédiquants.

Les automédiquants ayant une **maladie chronique** et un état de **santé perçue** de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10) ont davantage recherché de l'information. Ce résultat était attendu. Leur état de santé précaire (HBM : perception de vulnérabilité) ferait qu'ils ressentent davantage le besoin de se renseigner sur leurs symptômes et sur les contre-indications, effets indésirables et interactions médicamenteuses.

9.3. Données sur le problème de santé

La recherche d'information sur Internet était liée au fait de n'avoir eu qu'**un seul symptôme**. Il est possible que ce soit moins angoissant pour les individus d'avoir un seul symptôme que d'en avoir plusieurs, et alors ils ressentiraient moins le besoin de solliciter le pharmacien ou les proches. En outre, il est probablement plus facile pour les automédiquants de rechercher de l'information en ligne avec un seul symptôme entré dans un moteur de recherche plutôt qu'avec une liste de symptômes. Fox *et al.* (102) rapportent que la grande majorité (89 %) des individus qui cherchent de l'information relative à la santé sur Internet utilisent un moteur de recherche comme point de départ.

Un **temps de souffrance** et un **temps de soin** de plus d'une semaine étaient liés à la recherche d'information. Plus les symptômes durent, plus les automédiquants cherchent de l'information, ce qui nous paraît logique. Dans ce cas, la source d'information prédominante s'avérait être Internet plutôt que le pharmacien, ce dernier ayant été le moins sollicité. Ainsi, il semblerait que les automédiquants ayant souffert et s'étant soignés pendant plus d'une semaine estiment que le conseil du pharmacien ne soit pas aussi utile. D'ailleurs, on a déjà vu que ces personnes-là préféreraient davantage consulter le médecin (cf. sect. 3.3 § 2, p. 126), une constatation plutôt rassurante pour les médecins.

Ceux ayant eu **recours à un autre praticien** ont davantage recherché de l'information sur leur problème de santé, plutôt sur Internet que chez le pharmacien, ce dernier ayant été le moins sollicité. Nous avons déduit précédemment que ces personnes ont probablement des problèmes chroniques et récurrents (cf. sect. 7.3 § 2, p. 137 et Tableau 12.8, p. 105), et auraient pu faire une recherche ciblée sur Internet. Les pharmaciens, eux, ont le plus souvent affaire à des symptômes aigus, car les personnes consultent davantage leur médecin si les symptômes sont liés à une pathologie chronique (cf. sect. 3.2 § 2, p. 125).

9.4. Connaissances sur le problème de santé

Conformément à nos attentes, ceux n'ayant pas eu d'**antécédent** du problème ont davantage recherché de l'information. Ils avaient une préférence pour Internet, alors qu'ils ont eu recours au pharmacien en dernier lieu. Les individus n'ayant jamais eu d'antécédent du problème sont vraisemblablement incertains du diagnostic (cf. Tableau 12.5, p. 104) ; il n'est pas aisé dans ce cas de se rendre chez le pharmacien afin d'expliquer ses symptômes. D'ailleurs, il faut rappeler que les individus sans antécédent préfèrent consulter le médecin (cf. sect. 3.4 § 1, p. 127).

Les automédiquants ayant **discuté** de leur problème avec leur entourage étaient plus nombreux à avoir recherché de l'information, en particulier, auprès des proches et sur Internet. Ces données indiquent clairement qu'une des raisons pour laquelle ils en discutent est le souci de rechercher de l'information, et soulignent donc l'importance des réseaux sociaux dans la prise en charge de l'automédiquant. Il est particulièrement intéressant de noter l'émergence de réseaux sociaux virtuels qui comprennent « une multitude de sites [internet] abritant des échanges entre internautes », offrant ainsi « des possibilités renouvelées de construction [...] d'une expertise profane » (108). Ces réseaux virtuels se sont sans doute beaucoup développés au cours de ces dernières années, expliquant aussi le recours plus fréquent à Internet retrouvé dans les études se déroulant après 2008.

10. AUTOMÉDICATION POUR SYMPTÔMES RESPIRATOIRES ET OSTÉO-ARTICULAIRES

Dans ce chapitre, nous allons comparer les caractéristiques des personnes qui se sont soignées pour des problèmes respiratoires (essentiellement des épisodes infectieux ; cf. Figure 4, p. 33) avec celles des personnes qui se sont soignées pour des problèmes ostéo-articulaires (majoritairement des rachialgies ; cf. Figure 5, p. 34). Nous verrons qu'elles se distinguent quasiment point par point. Ceci ne doit pas surprendre, puisque ces deux ensembles de symptômes appartiennent à des classes nosologiques bien distinctes dont les caractéristiques s'opposent souvent les unes aux autres.

Par exemple, nous pouvons comparer quelques éléments de leurs histoires naturelles. Les symptômes respiratoires sont plutôt aigus et passagers, et la guérison quasi-complète est obtenue en quelques jours seulement. A contrario, les rachialgies sont aussi bien d'installation aiguë que progressive à part égale, et peuvent mettre quelques jours à plusieurs semaines avant de régresser. Elles ont une propension relativement forte à se transformer en problème chronique et invalidant (entre 5 et 15 % des rachialgies) (109). Il y a aussi un phénomène de récurrence : la lombalgie réapparaît durant la première année qui suit l'épisode aigu dans 20 à 44 % des cas (110).

Les statistiques qui s'ensuivent font référence aux analyses bivariées ; nous préciserons si les variables en question ont été retenues ou pas lors de l'analyse multivariée.

10.1. Données sociodémographiques

Autant d'**hommes** que de **femmes** se sont automédiqués pour des problèmes respiratoires. En revanche, les hommes se sont davantage automédiqués pour des problèmes ostéo-articulaires. La distribution des rôles professionnels fait que les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer des métiers physiques (111). Nous savons aussi que les contraintes mécaniques au travail sont un des facteurs de risque professionnels de rachialgies. « C'est le cas de la manutention de charges lourdes (soulever, tirer, déplacer des charges), des vibrations du corps entier, des postures prolongées et des efforts prolongés sur outils » (109). Dès lors, nous faisons l'hypothèse que les hommes seraient plus susceptibles de souffrir de problèmes ostéo-articulaires. La variable 'genre' n'a cependant pas été retenue lors de l'analyse multivariée.

Les **personnes âgées** se sont moins automédiqués pour des problèmes respiratoires et davantage pour des problèmes ostéo-articulaires en comparaison avec les plus jeunes. Nous pouvons retrouver dans la littérature des études montrant qu'il y a une « augmentation de la fréquence de la lombalgie avec l'âge, jusqu'à 45-50 ans environ, puis une stabilisation et même une légère décroissance. [...] Plusieurs études [...] suggèrent que la relation avec l'âge varie selon la gravité de la lombalgie, les sujets âgés étant plus à risque de lombalgies chroniques et invalidantes » (110). En revanche, il existe des études qui montrent que les affections de l'appareil respiratoire supérieur *diminuent* avec l'âge, et que l'incidence de celles de l'appareil respiratoire inférieur, pneumonie et bronchite est *maximale* chez les enfants et les personnes âgées (76). Elles représentent même une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées (75,76). Par exemple, aux Etats-Unis en 2002, la grippe et la pneumonie étaient responsables de 1 % des décès toutes causes confondues chez les 25-44 ans comparé à 3,2 % des décès chez les plus de 65 ans, et la pneumonie était la première cause de mortalité par maladie infectieuse chez les personnes âgées (75). En France métropolitaine en 2012, la pneumonie représentait 2,2 % des décès chez les personnes âgées, et la mortalité augmentait

avec l'âge : 1,0 % des 65-74 ans, 2,0 % des 75-84 ans, 3,2 % des 85-94 ans et 4,4 % des 95 ans et plus (112). Il est donc rassurant de constater que les plus âgés ont moins recours à l'automédication quand ils présentent des symptômes respiratoires. La variable 'âge' n'était cependant pas significative après ajustement.

Les personnes appartenant à des **ménages** avec enfant(s) ont été plus nombreuses à se soigner pour un problème respiratoire que celles appartenant à des ménages sans enfant. Les mêmes explications que pour l'automédication s'appliquent (cf. sect. 2.1 § 3, p. 120). En outre, comme nous l'avons déjà signalé, on pourrait suspecter qu'il existe davantage de risque de contagion par virus respiratoires entre les membres d'une famille avec enfant(s). En effet, une étude prospective menée par Monto *et al.* (113) en 2010 confirme que les familles nombreuses (> 4 membres) et celles avec des enfants en bas âge (< 5 ans) ont des taux d'affections respiratoires aiguës significativement plus élevés. Ils concluent également que, parmi toutes les classes d'âge, les jeunes enfants sont les plus fréquemment atteints. Byington *et al.* (114) rapportent des données semblables. Leur enquête prospective (BIG-LoVE) se déroule sur un an, et consiste à détecter les virus respiratoires à l'aide de prélèvements nasaux chez des individus au sein de vingt-six ménages. Ils concluent que les ménages avec enfant(s) sont plus fréquemment malades (OR = 2,29 ; IC 95 % : 1,11 – 5,87 ; $p = 0,05$), et que la détection virale est plus fréquente chez les individus provenant de familles nombreuses. De plus, les enfants de moins de 5 ans ont plus souvent des symptômes (OR = 2,47 ; IC 95 % : 2,08 – 2,94 ; $p < 0,0001$) et sont plus susceptibles d'avoir une détection virale positive (OR = 3,96 ; IC 95 % : 3,35 – 4,70) que les individus plus âgés. En fait, la détection virale sur un an est liée à l'âge : les enfants de < 5 ans sont positifs pendant 50 % du temps (OR = 5,20 ; IC 95 % : 4,28 – 6,33), ceux de 5-17 ans pendant 25 % du temps (OR = 1,72 ; IC 95 % : 1,45 – 2,04) et les adultes de > 40 ans pendant seulement 11 % du temps. Pour résumer, l'incidence des affections respiratoires aiguës et le risque de contagion sont liés à la taille des ménages et, *a fortiori*, à la présence d'enfants au sein de ces ménages. Ceci est compatible avec les résultats issus de notre analyse bivariée. La variable 'ménage' n'était toutefois pas significative après ajustement.

Les individus se sont davantage automédiqués pour des problèmes respiratoires à mesure que le **niveau d'études** augmentait. Nous avons vu que les plus diplômés possèdent davantage de connaissances et d'autodétermination en matière de santé et d'automédication (HBM : perception d'auto-efficacité supérieure ; cf. sect. 2.1 § 5 p. 120 et 9.1 § 5, p. 142) ; ce résultat en est donc la conséquence logique. Pour expliquer la diminution de la fréquence des symptômes ostéo-articulaires avec la progression du niveau d'études, nous évoquerons le fait que les plus diplômés exercent moins des métiers physiquement exigeants. La variable 'niveau d'études' n'était pourtant pas retenue lors de l'analyse multivariée.

Etre **propriétaire de son logement** était lié à l'automédication pour des problèmes ostéo-articulaires en analyse bivariée, mais l'explication nous échappe. Cette variable était non-significative en analyse multivariée.

10.2. Données médicosociales

Pour les mêmes raisons évoquées que lors de la discussion sur l'automédication (cf. sect. 2.2 § 2, p. 121), les individus ayant une **maladie chronique** se sont moins automédiqués pour des problèmes respiratoires que ceux indemnes d'une maladie chronique. Cette variable n'était pas significative après ajustement.

L'automédication pour un problème ostéo-articulaire était associée, en analyse bivariée, à la **décision de consulter** le médecin, alors que c'était l'inverse pour les problèmes respiratoires. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Tout d'abord, nous avons vu précédemment qu'un des critères poussant les automédiquants à consulter est le temps de souffrance et/ou le temps de soin. En fait, comme nous le verrons dans la section suivante, les durées sont plus longues dans le cas des problèmes ostéo-articulaires (cf. sect. 10.3 § 1, p. 146). C'est aussi ce qui ressort de l'analyse par régression logistique dans l'enquête de Plénet *et al.* (115) : les hommes et les femmes ayant souffert de lombalgie pendant 8 à 30 jours avaient respectivement 1,5 et 2,8 fois plus de probabilité de consulter le médecin généraliste que ceux ayant souffert pendant 1 à 7 jours. Ensuite, les individus se sentent probablement plus à l'aise (HBM : perception d'auto-efficacité plus importante) pour soigner des problèmes respiratoires plutôt que des problèmes ostéo-articulaires. Ceci relève de la 'banalité' attribuée aux symptômes respiratoires et de la 'sévérité' attribuée aux symptômes ostéo-articulaires (HBM : perception de sévérité). Enfin, il est possible que les automédiquants possèdent plus de connaissances en matière de symptômes respiratoires qu'en matière de symptômes ostéo-articulaires (HBM : perception d'obstacle à l'automédication). Toutefois, la variable 'consultation' n'a pas été retenue lors de l'analyse multivariée.

Ceux ayant un bon état de **santé perçue** (score de 8 à 10 sur 10) se sont davantage automédiqués pour des problèmes respiratoires. Ce résultat est comparable aux données sur l'automédication (ceux qui s'automédiquent ont plutôt un bon état de santé perçue ; cf. sect. 2.2 § 3, p. 122). L'inverse est vrai pour les problèmes ostéo-articulaires : ceux ayant un état de santé perçue de mauvais à médiocre (score de 1 à 7 sur 10) se sont davantage automédiqués. N'est-ce pas justement la souffrance due à ces symptômes ostéo-articulaires probablement chroniques ou récurrents que reflète cette piètre perception de l'état de santé de l'individu ? En effet, l'état de santé perçue et l'existence d'une maladie chronique sont étroitement liés (cf. Tableau 12.3, p. 103). La variable 'état de santé perçue' n'était plus significative après ajustement.

10.3. Données sur le problème de santé

Par rapport aux symptômes respiratoires, le **temps de souffrance** et le **temps de soin** étaient rallongés quand il s'agissait de symptômes ostéo-articulaires. En effet, les symptômes ostéo-articulaires durent souvent plus longtemps que les symptômes respiratoires (cf. § paragraphe introductif, p. 144). En analyse multivariée, un temps de soin de moins de 7 jours a été retenu comme significatif, donc caractéristique des symptômes respiratoires, tandis qu'un temps de souffrance de plus d'une semaine était caractéristique des symptômes ostéo-articulaires. En bref, l'automédication est plus courte quand il s'agit de se soigner pour un problème respiratoire, et plus longue quand il s'agit d'un problème ostéo-articulaire.

Les automédiquants ont été plus nombreux à avoir **recours à un autre praticien** quand ils devaient se soigner pour un problème ostéo-articulaire plutôt que respiratoire. Cette différence notable entre ces deux catégories de symptômes est considérée comme significative après ajustement. La grande majorité des « autres praticiens » était composé de kinésithérapeutes et

d'ostéopathes, professionnels prenant en charge des problèmes ostéo-articulaires. Il y avait un lien particulièrement significatif entre l'existence d'un problème ostéo-articulaire et le **recours à un praticien non-conventionnel** spécifiquement, ces derniers étant principalement des ostéopathes. En fait, les MAC sont considérées comme étant plus efficaces dans ces pathologies. Par exemple, Eisenberg *et al.* (116), par le biais d'une enquête nationale réalisée aux Etats-Unis en 1997, rapportent que les individus trouvent les MAC plus efficaces que la médecine conventionnelle quand il s'agit de symptômes tels que les maux de tête (39,1 % en faveur des MAC vs. 19,0 % en faveur de la médecine conventionnelle ; $p = 0,03$), les cervicalgies (61,0 % vs. 6,4 % ; $p < 0,001$) et les dorsalgies (46,1 % vs. 12,4 % ; $p < 0,001$). Ils font référence à d'autres études qui viennent corroborer leurs données.

L'automédication pour un problème respiratoire était davantage associée à l'utilisation de **plusieurs médicaments**. Ce résultat significatif en analyse multivariée traduirait le fait que les automéduquants hésitaient moins à consommer/associer plusieurs médicaments quand ils avaient un problème respiratoire plutôt qu'un problème ostéo-articulaire. Un meilleur niveau de connaissances relatives aux symptômes respiratoires, leur caractère souvent perçu comme 'banal' et la facilité d'obtention de produits d'automédication à visée respiratoire pourraient expliquer ce comportement. Mais il y a aussi le fait que les automéduquants souffrant de symptômes respiratoires ont eu davantage recours aux conseils du pharmacien (cf. sect. 10.4 § 1, p. 148), ce dernier ayant pu les inciter à acheter plusieurs médicaments (cf. sect. 5.4 § 2, p. 132).

L'utilisation de **PSC** était clairement associée aux symptômes respiratoires mais pas ostéo-articulaires. Ce résultat s'est avéré significatif après l'analyse multivariée. Il semblerait que ces produits soient perçus comme étant efficaces pour soigner les affections respiratoires, mais peu ou pas efficaces pour soigner les problèmes ostéo-articulaires (voir aussi sect. 8.1 § 2, p. 138 sur l'homéopathie).

L'utilisation de **produits non-prescrits** était associée à l'automédication pour un problème respiratoire, alors que la réutilisation de **produits antérieurement prescrits** était associée à l'automédication pour un problème ostéo-articulaire. Seule la première association s'est avérée significative en analyse multivariée, et nous l'expliquons de trois façons. Premièrement, les produits de médication officinale non-prescrits comprennent, dans ce contexte, *et* des médicaments à prescription médicale facultative de la sphère ORL *et* des PSC. Vu que les PSC ont été très largement utilisés pour traiter des symptômes respiratoires (cf. § précédent), ceux-ci représentaient une part conséquente des produits non-prescrits. Deuxièmement, considérant le fait que la plupart des problèmes respiratoires sont aigus et transitoires, il y aurait moins de chance d'avoir des médicaments de la sphère ORL antérieurement prescrits dans l'armoire à pharmacie (d'autant plus que les sprays et sirops périssent assez vite après ouverture). Les automéduquants devaient alors davantage se les procurer de leur propre chef. Et troisièmement, comme nous le verrons en détail un peu plus loin, les individus avaient davantage recours à l'avis du pharmacien quand ils avaient un problème respiratoire (cf. sect. 10.4 § 1, p. 148). Ceci sous-entend qu'ils avaient l'intention d'acheter les produits de médication officinale que le pharmacien leur proposerait éventuellement.

Il est plausible de suspecter que les automéduquants aient davantage utilisé des **AINS oraux** quand ils souffraient de problèmes ostéo-articulaires. En effet, nos données montrent que l'usage d'AINS oraux était rare dans le cas des problèmes respiratoires, mais plus fréquent dans le cas des problèmes ostéo-articulaires. Les affections ostéo-articulaires étant plutôt du ressort des pathologies chroniques et récurrentes, les armoires à pharmacie sont plus susceptibles de contenir des AINS oraux. D'ailleurs, pour renforcer cette hypothèse, soulignons qu'il y avait un lien statistiquement significatif entre l'utilisation de **médicaments déjà en sa possession** et l'existence d'un problème ostéo-articulaire. Ce lien restait significatif en analyse multivariée. En

outre, comme nous venons de le voir au paragraphe précédent, il y avait un lien entre la réutilisation de **produits antérieurement prescrits** et les problèmes ostéo-articulaires. Ces produits antérieurement prescrits que les individus avaient déjà en leur possession et qu'ils ont réutilisé pour soigner leurs problèmes ostéo-articulaires étaient essentiellement des antalgiques et des AINS oraux (cf. Figure 12, p. 107 et Figure 13, p. 107).

Les automédiquants se sont trouvés plutôt « assez ou très efficace » contre les symptômes respiratoires, tandis qu'ils se sont trouvés plutôt « pas du tout ou peu efficace » contre les symptômes ostéo-articulaires. Peut-être se sentaient-ils capables de mieux soigner les problèmes respiratoires qu'ostéo-articulaires. Nous soupçonnons que les pathologies ostéo-articulaires, notamment les crises douloureuses, soient plus sévères et moins bien tolérées, et nécessiteraient des médicaments plus puissants que ceux disponibles sans ordonnance ou ceux habituellement retrouvés dans les armoires à pharmacie. La variable '**efficacité de l'automédication**' n'a cependant pas été retenue lors de l'analyse multivariée.

10.4. Connaissances et recherche d'information

Les automédiquants s'étant soignés pour un problème respiratoire ont plutôt déjà eu ce problème auparavant. Ce constat n'est pas étonnant compte tenu de la forte prévalence des infections respiratoires dans la population générale. Ceci témoigne de l'extrême 'banalité' des symptômes respiratoires. Ces mêmes individus ont aussi eu, bien entendu, plus souvent une idée du diagnostic. Par conséquent, ils ont moins ressenti le besoin d'en discuter avec leur entourage, et ils ont moins cherché d'information au sujet de leur problème. Toutefois, pour les automédiquants qui *ont* cherché de l'information à ce sujet, Internet, les proches et les journaux/revues ont clairement été les sources d'information les moins utilisées. Ils ont davantage eu recours au *pharmacien*, probablement lorsqu'ils sont allés acheter des médicaments pour se soigner. Les variables '**antécédent**', '**idée du diagnostic**', '**discussion autour du problème**' et '**recherche d'information**' ont toutes été retenues lors de l'analyse multivariée.

Les automédiquants qui se sont soignés pour un problème ostéo-articulaire n'avaient plutôt pas eu ce problème auparavant, et n'avaient plutôt pas d'idée du diagnostic. Qu'ils n'aient pas tellement eu d'**idée du diagnostic** nous paraît légitime et compatible avec notre pratique professionnelle, puisque poser un diagnostic précis d'une affection ostéo-articulaire ne semble pas être facile pour le profane. Cependant, l'absence d'**antécédent** (qui est d'ailleurs un élément significatif en analyse multivariée) nous paraît douteuse. Nos données (cf. Figure 5, p. 34) montrent assez clairement que les symptômes ostéo-articulaires recensés sont, pour la plupart, en rapport avec des pathologies chroniques/récurrentes. Il y aurait donc là une contradiction apparente. Mais il faut considérer le fait que les « déclarations profanes », comme l'expliquent Béliard *et al.* (117), sont très diverses et variées suivant les individus. Il existe un décalage entre la réalité médicale et les « manières profanes de penser et d'exprimer les problèmes, les symptômes, leurs effets et leurs enjeux » (117). Par exemple, un individu souffrant d'une dorsalgie pourrait l'exprimer en faisant référence au symptôme, dans lequel cas il dirait « mal de dos » ou un terme équivalent. Il pourrait faire allusion à sa conséquence physique, et il dirait « bloqué du dos », par exemple. Il pourrait aussi tenter de s'autodiagnostiquer ; il utiliserait alors des termes comme « lumbago », « lombalgie », « sciatique », « contracture », « déplacement de disque/vertèbre », « arthrose », etc. Pire encore, certaines dorsalgies peuvent être d'origine viscérale. Un individu avec un antécédent de colique néphrétique, par exemple, pourrait rester dans le doute jusqu'à ce qu'il consulte un médecin. En pratique, plusieurs registres sont souvent utilisés en même temps pour exprimer

les symptômes. Ces registres désignent parfois une seule entité, parfois des entités bien distinctes mais qui demeurent assez mystérieuses pour le profane, d'où leur confusion. D'un point de vue profane, il paraît assez simple de décrire ses symptômes respiratoires en les regroupant sous le terme générique de « rhume », mais plus compliqué de décrire ses symptômes ostéo-articulaires. Ainsi, la constatation qu'il y avait une absence d'antécédent liée aux symptômes ostéo-articulaires témoigne peut-être des difficultés que rencontrent les individus à cerner cette catégorie de symptômes.

Ceux qui se sont automédiqués pour un problème ostéo-articulaire ont davantage **discuté** de leur problème avec leur entourage, probablement parce qu'ils se sentaient moins à l'aise pour soigner ce type de symptôme et avaient besoin de réassurance, mais aussi parce qu'ils ont recherché de l'information auprès des **proches**. Enfin, on notera que le **pharmacien** *n'était pas* la source d'information privilégiée quand il s'agissait de se soigner pour un problème ostéo-articulaire. Nous avons déjà vu plus haut que les individus avaient davantage recours aux MAC, donc aux autres praticiens (cf. sect. 10.3 § 2, p. 146).

11. AUTOMÉDICATION À RISQUE POUR LA SANTÉ

11.1. Les fréquences d'utilisation des produits

Les **analgésiques**, représentés par la classe 'N02' du système ATC, comprennent le paracétamol, l'acide acétylsalicylique, la morphine et d'autres opiacés, et les triptans, entre autres. Nous faisons la distinction avec les AINS oraux qui, eux, figurent dans la classe 'M01' du système ATC (anti-inflammatoires et antirhumatismaux). Notre étude s'accorde avec plusieurs autres études (31,118–120) pour dire que les analgésiques, notamment le paracétamol, font partie des médicaments les plus utilisés en automédication (31,8 % des produits utilisés). Par exemple, d'après Corrêa da Silva *et al.* (118), leur étude brésilienne de 2010 sur le comportement d'automédication des étudiants universitaires montre que le paracétamol (ou acétaminophène) dans ses diverses préparations est le médicament le plus utilisé, suivi de la dipyrone et de l'aspirine. Mais il existe d'autres études (120) qui montrent que dans certains pays l'usage des AINS en automédication est supérieur à celui du paracétamol.

La deuxième classe médicamenteuse la plus répandue était les **médicaments du système respiratoire** (24,2 % des produits utilisés). Ce résultat est logique car découle du fait que les problèmes les plus rencontrés en automédication étaient d'ordre respiratoire, et il n'est pas inhabituel pour les automédiquants d'associer le paracétamol à un médicament du système respiratoire. L'enquête française de Hugues *et al.* (31) retrouve un taux similaire : les produits à indications respiratoires et ORL comptent pour 25 % des produits utilisés, devancés seulement par les antalgiques (52 %). Par ailleurs, selon El-Nimr *et al.* (119), leur étude égyptienne de 2012 portant sur 1100 adultes représentatifs de la ville d'Alexandrie montre que les « médicaments du rhume et de la toux » viennent aussi en deuxième position après les analgésiques. A noter que, contrairement à nous, les auteurs des deux études précédentes incluent les AINS dans leur définition d'analgésiques.

Les **PSC** figuraient en tant que troisième catégorie de produits les plus utilisés (16,8 %) avec une préférence pour les produits naturels, les produits à base de plantes et les aliments. Une étude australienne en plusieurs vagues (1992 – 2004) menée par Goh *et al.* (120) et portant sur 2087 personnes âgées de plus de 65 ans retrouve des données comparables : parmi les PSC, les vitamines et minéraux sont les plus utilisés suivis de la phytothérapie et des compléments alimentaires. On notera dans notre étude un fort succès de l'homéopathie et des huiles essentielles qui représentaient pour chacune d'entre elles plus d'un quart (27,4 % et 25,7 % respectivement) des PSC.

Les **AINS oraux** sont disponibles en accès direct, et constituaient la quatrième catégorie médicamenteuse les plus consommées (11,6 %) dans notre étude. Selon la liste des médicaments en accès direct de l'ANSM (121), deux molécules sont actuellement disponibles : l'ibuprofène sous une multitude de noms commerciaux et de galéniques (Advilcaps®, Advileff®, Advil®, Ergix®, Ibuprofène®, Ibutabs®, Intralgis®, Nurofen®, Nurofenfem®, Nurofenflash®, Nurofentabs® et Spedifen®) et la flurbiprofène en pastille (Strefen®).

L'utilisation des classes médicamenteuses ci-dessus peut exposer l'automédiquant à plusieurs risques, à savoir : des effets indésirables ponctuels et liés à une utilisation prolongée (surdosage et toxicité), des interactions médicamenteuses et des risques liés au terrain (âge, comorbidités, intolérances, etc.). Ces risques sont dus principalement à un usage inapproprié, et découlent d'un manque de connaissances et d'une perception insuffisante du danger (122). A titre indicatif, Asseray *et al.* (123) montrent que parmi les patients se présentant aux Urgences de onze CHU en 2010, 84,4 % s'automédiquent, et 2 % de ces derniers ont eu des effets indésirables.

11.2. Les médicaments et associations potentiellement nocifs

11.2.1. Automédication avec des AINS oraux

Les AINS ont trois effets dans l'organisme : antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire. Leur mode d'action passe invariablement par l'inhibition des enzymes cyclo-oxygénases (COX) de type 1 et/ou 2, l'inhibition de la COX-2 produisant les effets pharmacodynamiques recherchés, et l'inhibition de la COX-1 entraînant la majorité des effets indésirables qui leur sont attribués (124). Ces **effets indésirables** comprennent principalement une toxicité gastro-intestinale, cardiovasculaire et rénale (124,125). Les automédiquants peuvent davantage s'exposer à ce risque iatrogène dès lors que le bon usage du médicament n'est pas respecté, par exemple, une posologie journalière excessive ou une durée de traitement prolongée. Il peut y avoir, en outre, une utilisation concomitante (intentionnelle ou non) de plusieurs médicaments contenant un AINS, majorant ainsi les risques d'effets indésirables (126) et d'interactions médicamenteuses. Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AINS comprennent (124,125,127) : les anticoagulants, les salicylés, les antiagrégants plaquettaires, le méthotrexate, les antihypertenseurs, le lithium, la digoxine, les glucocorticoïdes et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), entre autres.

Les automédiquants sont cependant **peu conscients des risques** associés à la prise d'AINS oraux. Par exemple, l'étude américaine de Fry *et al.* (128) portant sur 404 patients âgés de 65 ans et plus montre que seuls 13 % à 29 % d'entre eux sont conscients que l'utilisation d'AINS de médication officinale comporte un risque. En 1997, l'étude de Wilcox *et al.* (129) révèle que parmi les automédiquants utilisant de manière exclusive des AINS de médication officinale, 60 % ignorent et 29 % ne pensent pas qu'il y a un risque d'effets indésirables. En 2002, une deuxième vague d'enquête révèle que 44 % des automédiquants ne respectent pas la posologie recommandée sur l'emballage du médicament.

Kovac *et al.* (126) concluent que les automédiquants inadéquatement soulagés peuvent être amenés à prendre plusieurs AINS. Plus d'un quart (26 %) des individus de leur étude prennent deux AINS (prescrits ou de médication officinale). Les effets indésirables gastro-intestinaux liés à **l'utilisation concomitante des plusieurs AINS** sont bien documentés (126), les hémorragies, perforations digestives et ulcères gastriques étant les plus fréquemment rencontrés (124). Par exemple, O'Hayon *et al.* (130) citent qu'« au Royaume-Uni, 20 % à 30 % des cas d'ulcères compliqués entraînant une hospitalisation chez les patient âgés de plus de 60 ans ont été imputés à la consommation d'AINS » (131). L'étude de Lewis *et al.* (132) trouve que parmi les patients hospitalisés pour hémorragie digestive, ulcère perforé ou sténose pyloroduodénale, l'odds ratio d'avoir pris un AINS de médication officinale pendant 4 jours ou plus lors de la semaine précédant leur hospitalisation est de 1,83 (IC 95 % : 1,14 – 2,95), et l'odds ratio d'avoir pris de fortes doses d'AINS de médication officinale est de 5,21 (IC 95 % : 2,32 – 11,69).

La prise d'AINS peut également provoquer une élévation de la pression artérielle, une décompensation cardiaque et une insuffisance rénale aiguë chez les patients âgés avec comorbidités (125,130). L'effet néfaste sur la pression artérielle généralement observé au bout de cinq jours de traitement par AINS, même s'il est souvent minime et sans conséquence, peut occasionnellement être plus grave (127). Le risque accru d'hémorragie digestive chez les patients sous anticoagulant, antiagrégant plaquettaire et corticothérapie est très connu (127,130). De plus, Catella-Lawson *et al.* (133) suggèrent que l'administration concomitante d'ibuprofène chez les patients à haut risque cardiovasculaire est susceptible d'inhiber les propriétés cardioprotectrices de l'aspirine à dose antiagrégante. Par ailleurs, Biskupiak *et al.* (134) montrent que l'utilisation concomitante d'ibuprofène et d'aspirine ou de naproxène et d'aspirine augmente par

3,36 fois (IC : 2,36 – 4,80 ; $p < 0,00001$) et 2,07 fois (IC : 1,23 – 3,49 ; $p = 0,005$) respectivement les risques de complications digestives par rapport à l'utilisation d'ibuprofène ou de naproxène en monothérapie.

Avec ces notions à l'esprit, nous pouvons revenir à nos quatre cas recensés où l'automédiquant a consommé plusieurs AINS ou a fait une association dangereuse. Il est d'emblée rassurant de constater que ce nombre est faible (4 individus sur 134 ayant pris des AINS, soit 3 %). Dans chaque situation, nous notons une poly-automédication, témoignant de la souffrance importante de l'automédiquant mais aussi de la facilité d'accès aux médicaments provenant de l'armoire à pharmacie. Les temps de soins étant relativement courts et les personnes étant relativement jeunes, nous pouvons supposer que les risques d'effets indésirables graves étaient moins importants. Malheureusement, la portée de notre étude est limitée, et ne nous permet pas d'identifier les interactions entre les AINS de médication officinale et un éventuel traitement de fond des répondants. A titre d'exemple, dans l'enquête de Stosic *et al.* (135), 7,5 % (20/260) des consommateurs réguliers d'AINS ont utilisé pendant la même période d'autres médicaments contenant de l'ibuprofène.

L'ANSM, en juillet 2013, a émis une **mise en garde** concernant l'utilisation des AINS : « Les AINS sont susceptibles de masquer les premiers signes d'une infection et ainsi d'aggraver le pronostic de certaines infections. Des cas d'aggravation d'infections dentaires, de varicelle, de pneumopathies et d'infections ORL, chez des patients traités par AINS ont été rapportés » (125). La Société Française d'Oto-rhino-laryngologie (SFORL) proscrit les AINS dans les infections péri-pharyngées et les cellulites pour les mêmes raisons précitées (136). Dans notre étude, 5,3 % des automédiquants ayant eu un problème respiratoire ont pris des AINS. Ce faible taux, couplé au fait que ces symptômes relevaient souvent de rhinopharyngites virales et non pas d'infections péri-pharyngées ou de cellulites, nous laisse penser qu'il n'y avait finalement que très peu de risque associé à ce comportement. Toutefois, ce même taux rapporté à l'échelle nationale représente un nombre important d'automédiquants, donc une incidence plus élevée d'effets indésirables.

Ce qui nous interpelle davantage est le fait qu'un quart (25,4 %) des automédiquants s'étant soignés avec des AINS oraux en ont pris pendant une durée prolongée de plus de sept jours, et surtout pour des problèmes ostéo-articulaires (64,7 %) (cf. Figure 19, p. 112). Ceci nous fait craindre que l'automédication avec des AINS oraux est plus à risque de complications lorsque les symptômes sont ostéo-articulaires.

11.2.2. Automédication avec du paracétamol et ses associations

Le risque majeur du paracétamol dans l'organisme est celui d'une **hépatotoxicité**. Malgré le fait que le paracétamol puisse interagir avec d'autres médicaments pris simultanément, l'hépatotoxicité est invariablement liée non pas aux interactions médicamenteuses mais à un surdosage (127). En effet, le paracétamol possède une marge thérapeutique relativement étroite, et la posologie quotidienne maximale recommandée est de 4 grammes chez l'adulte sain (127). Or, comme l'ont montré Watkins *et al.* (137) lors d'une étude en simple aveugle, randomisée et contre placebo portant sur 145 volontaires sains, même la prise quotidienne de 4 g de paracétamol pendant 14 jours entraîne une élévation asymptomatique du taux d'alanine aminotransférase (ALAT) à plus de 3 fois le seuil supérieur de la normalité chez 40 % des participants. Mais Dart *et al.* (138) concluent qu'une utilisation de paracétamol à posologie thérapeutique (≤ 4 g/jour pendant ≥ 24 h) n'occasionne ni insuffisance hépatique aiguë ni décès.

Le paracétamol est la première cause d'**insuffisance hépatique aiguë** (hépatite fulminante) au Etats-Unis, en Europe de l'Ouest et en Australie (139). Larson *et al.* (140), au cours d'une enquête prospective multicentrique aux Etats-Unis, trouvent que 42 % des cas d'hépatite fulminante résultent d'une intoxication au paracétamol. D'une façon assez alarmante, ils révèlent que près de la moitié (48 %) des cas sont dus à un surdosage accidentel ; un des éléments contributifs est la présentation tardive (140). D'autres facteurs de risque d'hépatotoxicité du paracétamol ont pu être identifiés, notamment l'ingestion chronique d'alcool, certaines interactions médicamenteuses (par exemple, anticonvulsivants et antituberculeux), un âge avancé, la malnutrition, le jeûne et l'existence d'une pathologie hépatique chronique (141). D'ailleurs, 30 % à 50 % des hospitalisations de nos jours sont la conséquence non pas d'un surdosage important mais de l'existence de facteurs de risque spécifiques (141).

Le paracétamol peut se retrouver seul (générique) ou en association dans plusieurs préparations officinales (121). Ceci est une **source de surdosage** en automédication. Hayes *et al.* (142), par le biais d'une étude rétrospective aux Etats-Unis, montrent, entre autres, que la présence du paracétamol dans plusieurs préparations différentes représente un véritable danger car associée à un taux élevé d'effets indésirables graves. Dans l'étude de Larson *et al.* (140), 38 % de ceux ayant fait une intoxication accidentelle prennent simultanément deux préparations contenant du paracétamol. Ceci fait craindre que les automédiquants soient peu conscients de la posologie maximale recommandée ou de la présence du paracétamol dans les médicaments de médication officinale (143,144). Wood *et al.* (143) ont mené une enquête auprès des patients dans la salle d'attente des Urgences d'un hôpital londonien, et concluent que leurs connaissances quant au contenu en paracétamol des analgésiques, des médicaments du rhume ou de la toux et des médicaments prescrits, sont aléatoires. Ils remarquent également que leurs connaissances quant à la posologie maximale recommandée sont médiocres – seuls 53,8 % des répondants le savent. Il sera noté que 46 % pensent que l'ibuprofène contient du paracétamol. A titre comparatif, dans l'étude américaine de Herndon *et al.* (144), seuls 22,5 % des répondants connaissent la posologie maximale recommandée, et un tiers pense que le paracétamol est synonyme d'ibuprofène et de naproxène.

Notre codage des données ne nous permet malheureusement pas de recenser le nombre exact d'automédiquants prenant du paracétamol, car celui-ci et d'autres antalgiques ont été codés et confondus en tant que classe 'No2' du système ATC. On peut cependant constater que les 9 individus ayant pris 2 médicaments associant le paracétamol ne représentent qu'une partie négligeable de notre population prenant des antalgiques. La plupart étant jeunes et les durées d'automédication étant globalement courtes, nous pensons que ce comportement comportait finalement peu de risque. On présume, en affirmant ceci, que les répondants ont véritablement cité *tous* les produits qu'ils ont consommés et qu'ils n'ont pas omis certains produits. En outre, il est difficile de savoir si les nombreux participants ayant répondu « paracétamol » faisaient allusion au nom commercial « Paracétamol® » ou au principe actif. Dans ce dernier cas, ils auraient bien pu prendre plusieurs médicaments contenant du paracétamol, mais nous l'avons codé comme un seul médicament. Enfin, nous ne savons pas si les individus avaient un traitement de fond qui contenait déjà du paracétamol. Par exemple, Stosic *et al.* (135) constatent que 18,9 % (118/624) des consommateurs réguliers de paracétamol ont utilisé pendant la même période d'autres médicaments contenant du paracétamol. Toutes ces incertitudes peuvent venir compliquer notre analyse.

11.2.3. Automédication avec des produits de santé complémentaires

La popularité des **remèdes à base de plantes** a connu un essor remarquable lors de ces dernières décennies, en particulier dans les pays développés (145). En Australie du Sud en 2004 (93), plus de la moitié (52 %) de la population utilise des PSC, à savoir les vitamines (39 %), la phytothérapie (21 %), les minéraux (14 %), les produits traditionnels chinois (2 %) et l'homéopathie (2 %). Sous prétexte qu'ils soient 'naturels', les PSC sont largement perçus par les consommateurs, à tort, comme étant dénués d'effets indésirables, contrairement aux médicaments conventionnels 'chimiques' (93,146–150). Par exemple, l'enquête de Givon *et al.* (151) portant sur des patients de salles d'attente de 25 cliniques israéliennes montre que 56,2 % des consommateurs de PSC pensent que ces produits n'ont aucun effet indésirable. Cette situation est exacerbée par un **manque de dialogue** entre consommateurs et praticiens concernant l'utilisation des PSC (93,147,148,150,151). A titre d'exemple, une enquête au Royaume-Uni (149) révèle que 92,2 % des consommateurs de produits de phytothérapie n'informent pas un professionnel de santé de cet usage. De plus, comme l'ont montré Clement *et al.* (145), la grande majorité des praticiens de la médecine conventionnelle occidentale sont ignorants des risques et des bienfaits des PSC.

Les PSC peuvent être **délétères pour la santé** par plusieurs mécanismes. Premièrement, leur usage peut se substituer à celui d'un traitement conventionnel plus efficace ou retarder la mise en place de celui-ci. Deuxièmement, l'usage concomitant de PSC et de médicaments peut être source d'interactions et compromettre l'efficacité des traitements conventionnels. Troisièmement, les PSC peuvent eux-mêmes entraîner des effets indésirables graves, souvent dus à la présence de fortes concentrations en métaux lourds comme le plomb, l'arsenic et le mercure, mais aussi d'autres composants tels que l'éphédrine, la chlorphéniramine, le méthyltestostérone et la phénacétine qu'on retrouve dans les produits traditionnels chinois (151). Enfin, il peut y avoir une mauvaise sélection de la partie de la plante, un stockage inapproprié, une contamination par produits chimiques ou micro-organismes, une altération lors de sa synthèse et un étiquetage peu rigoureux (146). La warfarine et la cyclosporine sont les deux médicaments ayant le plus souvent produit des interactions avec les PSC (150). L'une des **interactions médicamenteuses** les mieux documentées est la potentialisation de la warfarine par la phytothérapie (149). Quelques produits de phytothérapie susceptibles d'augmenter le risque hémorragique des anticoagulants sont : l'ail, le ginseng, le ginkgo biloba, la camomille, le gingembre et le millepertuis (149,152). Dans l'étude de Peng *et al.* (147), parmi les patients prenant des vitamines/minéraux, de la phytothérapie et des compléments alimentaires, 45 % sont à risque d'interaction médicamenteuse dont 6 % seraient potentiellement graves. Enfin, les cas d'interactions rapportés dans la littérature concernent principalement le millepertuis (78,7 %), suivi du ginkgo biloba (3,7 %) et du ginseng (2,8 %) (150).

Un des effets indésirables les plus notoires est **l'hépatotoxicité** induite par certains produits phytothérapeutiques et certains compléments alimentaires (146,148). L'atteinte hépatique, dans ce cas, a été baptisé *HILI* par les Anglo-Saxons, signifiant *Herbs and Dietary Supplement-Induced Liver Injury* (148). Selon García-Cortés *et al.* (146), en Espagne entre 1994 et 2006, 2 % des cas d'hépatotoxicité sont liés à la consommation de remèdes phytothérapeutiques et de compléments alimentaires, un taux dépassant celui des analgésiques, des sédatifs et des neuroleptiques. Au Singapour, la phytothérapie est la première cause d'hépatotoxicité : elle est responsable de 71 % des cas (148). Les compléments alimentaires pour maigrir (Hydrocycut®, Herbalife®, l'extrait de thé vert *Camellia sinensis* ou Exolise®, l'acide usnique), l'actée à grappes noires (*Cimicifuga racemosa*), la consoude officinale (*Symphytum officinale*), le kava (*Piper*

methysticum), les flavonoïdes et les suppléments à base de glucosamine (utilisés dans le traitement de l'arthrose) sont autant de produits avec un potentiel hépatotoxique (148).

Le Symposium International de Santé Canada sur les interactions entre les médicaments, les aliments et les produits de santé naturels (150) suggère que globalement, « la fréquence des interactions médicamenteuses rapportées est faible en Europe et en Amérique du Nord à cause d'une sous-déclaration des cas ». En d'autres termes, il n'y a pas de système de surveillance ni de dispositif de signalement adéquats concernant les effets indésirables liés aux PSC. Ils soulignent également le fait que « [...] beaucoup d'incertitudes demeurent quant aux risques réels pour la santé [...] ».

Malheureusement, nos données concernant les PSC ne sont pas suffisamment détaillées pour être exploitables. En effet, un grand nombre de participants ont cité les produits consommés en utilisant des termes génériques tels que « phytothérapie », « plantes », « tisane », « huiles essentielles » ou « homéopathie ». Il nous est impossible de déterminer ce qu'ils ont réellement consommé. De plus, nous ne connaissons pas leur traitement de fond susceptible d'interagir avec les PSC.

11.3. La poly-automédication

La poly-automédication a déjà été traitée dans la section 5 « Nombre de médicaments utilisés » (p. 131).

CONCLUSION

Nous montrons à travers ce travail que l'automédication 'pure' sans recours au médecin, une pratique certes largement répandue auprès du grand public, semble plus limitée (57,1 %) au sein des populations de salles d'attente. A l'instar de la littérature existante, le profil-type de l'automéduquant correspond à une personne du sexe féminin, plutôt jeune, issue d'un ménage avec enfant(s) et appartenant aux catégories socioprofessionnelles supérieures.

Les facteurs déterminant le recours à l'automédication sont socio-économiques, démographiques aussi bien que psychologiques. Nous montrons, par exemple, que les ouvriers sont particulièrement peu enclins à s'automédiquer (48,8 %), et s'ils le font, ils ont une plus grande propension à consulter le médecin au décours (37,9 %). Les étudiants sont, au contraire, plus nombreux à s'automédiquer (69,7 %), *a priori* pour le gain de temps et d'argent associé à ce comportement. Les ménages avec enfant(s) sont plus particulièrement des candidats à l'automédication (67,0 %), car la circulation des agents infectieux y est d'autant plus fréquente qu'il y existe des enfants en bas âge. L'automédication est facilitée par un niveau de connaissances élevé, un sentiment de contrôle sur sa santé et une capacité d'autodétermination adéquate. Chez les personnes âgées, une mauvaise santé perçue – déterminée entre autres par l'existence d'une maladie chronique – décourage le recours à l'automédication. Elles semblent être plus méfiantes que les jeunes à l'égard des produits vendus sans ordonnance, *a fortiori* si elles sont atteintes d'une maladie chronique, et elles se renseignent davantage avant de se soigner.

Les produits utilisés sont essentiellement des médicaments de médication officinale comprenant, en tête de liste, analgésiques (31,8 %), médicaments du système respiratoire (24,2 %) et anti-inflammatoires non-stéroïdiens oraux (11,6 %). Cependant, il existe un recours assez important et vraisemblablement sous-estimé aux produits de santé complémentaires (16,8 %), à savoir l'homéopathie, la phytothérapie et les huiles essentielles.

La plupart des automéduquants (71,3 %), surtout les ménages avec enfant(s) et les plus diplômés, utilisent des produits qui proviennent de leur armoire à pharmacie. 54,8 % des automéduquants utilisent des produits antérieurement prescrits par un médecin, tandis que 45,2 % utilisent de manière exclusive des produits non-prescrits.

Ces pratiques d'automédication, d'une manière générale, nous semblent être à faible risque pour la santé des personnes concernées. La quasi-totalité (93,8 %) des personnes consomment au maximum 2 médicaments, alors que les deux tiers (64,5 %) en consomment un seul. Les trois quarts (73,9 %) se soignent pendant une durée inférieure à sept jours. La prise concomitante de plusieurs médicaments contenant du paracétamol ou un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) est rare. En revanche, plus préoccupant est le fait que parmi celles qui consomment des AINS oraux, une personne sur quatre (25,4 %) en prend pendant plus de sept jours et essentiellement dans un contexte de problème ostéo-articulaire (64,7 %). Elles sont alors exposées à des effets indésirables potentiellement graves. La poly-automédication, que nous avons définie comme la consommation d'un nombre de médicaments supérieur à l'unité (35,5 %), est plus fréquente auprès des personnes polysymptomatiques, les femmes, les jeunes, celles avec un niveau d'études équivalent ou supérieur au bac et celles qui fréquentent très régulièrement (au moins trois fois par an) le médecin.

Nous constatons qu'une majorité (70,9 %) s'estime « assez ou très efficace » pour se soigner, l'efficacité ressentie reflétant leur niveau de connaissances. Les automéduquants traitent plutôt

efficacement (49,3 %) les symptômes respiratoires : ils sont significativement plus nombreux à avoir eu un antécédent du problème, cherchent peu d'information à ce sujet et utilisent davantage des produits non-prescrits et des produits de santé complémentaires. A contrario, ils sont moins efficaces (15,9 %) pour soigner les symptômes ostéo-articulaires qu'ils ont souvent plus de difficulté à diagnostiquer. La durée de ces symptômes ainsi que celle de l'automédication sont en général plus longues. Le recours à un autre praticien type kinésithérapeute et ostéopathe y est plus fréquent, mais est souvent décrit comme « peu ou pas efficace ».

La recherche d'information relative à l'automédication se fait de manière non-mutuellement exclusive principalement sur Internet (54,0 %), auprès du pharmacien (46,7 %) et des proches (46,2 %). Cette recherche est d'autant plus courante que le niveau de connaissances paraît insuffisant et que les automédiquants s'estiment en mauvaise santé. Nous avons mis l'accent sur l'importance relative des réseaux sociaux, réels et virtuels, dans le parcours de l'automédiquant. Une autre observation marquante est que le recours aux conseils du pharmacien est associé à la consommation d'un plus grand nombre de médicaments de médication officinale. Le pharmacien est fréquemment sollicité pour des problèmes respiratoires (49,8 %), mais rarement pour des problèmes ostéo-articulaires (8,7 %).

Un quart (26,9 %) des automédiquants décide de consulter le médecin au décours d'une automédication. D'une manière générale, ils sont plus âgés, ont besoin de plus de renseignement ou de réassurance, et sont davantage susceptibles de s'être soignés pendant plus de sept jours avec peu ou pas d'efficacité perçue. Il est probable qu'ils aient eu recours à un autre praticien pendant cette période d'auto-soin.

Nous nous sommes basés sur le modèle de croyances relatives à la santé (*Health Belief Model* des Anglo-Saxons) afin d'interpréter les résultats issus de cette enquête. Ce modèle logique nous a permis de construire notre discussion autour de différents axes : les perceptions de sévérité, de vulnérabilité, de bénéfices, d'obstacles et d'auto-efficacité, et les incitations à l'action. Ainsi, nous avons pu proposer des hypothèses cohérentes pour tenter d'expliquer les comportements d'automédication et du recours à la consultation.

Les caractéristiques tangibles telles que sociodémographiques et médicosociales, à elles seules, n'expliquent qu'une partie du comportement d'automédication. Il existe manifestement une dimension psychologique que nous n'avons pas suffisamment explorée dans notre enquête, mais qui pourrait faire l'objet d'études ultérieures. Elle concerne la détresse suscitée par les symptômes chez la personne souffrante. D'après les données de la littérature, l'automédication concerne des « maux bénins », mais dans quelle mesure ? Pour quels types de symptômes les personnes se sentent-elles à l'aise pour se soigner par elles-mêmes, et jusqu'à quel point estiment-elles qu'il n'est pas nécessaire de consulter un médecin ? En outre, font-elles une distinction entre le physiologique et le pathologique, et selon quelles critères ? Existe-t-il des pressions au travail qui les poussent à s'automédiquer pour ne pas s'absenter et venir consulter ? Ce sont autant de questions potentielles qui devraient être posées aux automédiquants de manière plus directe dans l'espoir d'obtenir des réponses plus précises.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, Prospere, Irdes. Trois types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé. 2009 Avr;(141).
2. Schweyer F-X. L'essor de la profession médicale en France: dynamiques et ruptures. Actual Doss En Santé Publique. 2000 Sept;(32):16-9.
3. Code de la santé publique - Article L1431-2. Code de la santé publique 2011.
4. Code de la santé publique - Article L1434-7. Code de la santé publique 2012.
5. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. 2010 Avr [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184.pdf>
6. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique 2011.
7. Code de la santé publique - Article R4127-318. Code de la santé publique 2012.
8. Code de la santé publique - Article L4151-2. Code de la santé publique 2004.
9. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux.
10. Agence Régionale de Santé [Internet]. Le protocole de coopération « ASALEE ». ARS; [cité 24 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.o.html>
11. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961 Nov 2;265:885-92.
12. Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. Med Care. 1987 Juin;25(6):539-69.
13. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer. 2014;(114):148-57.
14. McAteer A, Elliott AM, Hannaford PC. Ascertaining the size of the symptom iceberg in a UK-wide community-based survey. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2011 Jan;61(582):e1-11.
15. Elliott AM, McAteer A, Hannaford PC. Revisiting the symptom iceberg in today's primary care: results from a UK population survey. BMC Fam Pract. 2011;12:16.
16. Elias N. La civilisation des moeurs. 2003. 512 p.
17. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [Internet]. World Health Organisation; 1998.

18. Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé; 2007 Juin.
19. Cadu C, Michat A-S. Comment se soigner sans médicaments. 2013.
20. Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé: du self-care au biohacking [Internet]. [cité 15 juill 2015]. Disponible sur: http://www.academia.edu/1590172/Contribution_%C3%A0_l'histoire_du_patient_contemporain._L'autonomie_en_sant%C3%A9_du_self-care_au_biohacking
21. Dos Santos G, Lewino F. Les autres médecines qui marchent [Internet]. Le Point. 2010 [cité 22 oct 2014]. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/sante/les-autres-medecines-qui-marchent-14-10-2010-1252351_40.php
22. La revue du praticien [Internet]. Item321-RDP_2012_10_1463.pdf. [cité 15 juill 2015]. Disponible sur: http://etudiants.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/fichiers_item/Item321-RDP_2012_10_1463.pdf
23. Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution: marché, comportements, positions des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale; 2007 Jan.
24. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. 2008-641 juin 30, 2008.
25. Lefigaro.fr [Internet]. Bohineust A. L'automédication recule en France. 2014 [cité 19 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conso/2014/06/24/05007-20140624ARTFIG00283-l-automedication-recule-en-france.php>
26. Pharmasite.fr [Internet]. 13e baromètre de l'Afipa: « Le marché de l'automédication renoue avec la croissance ». 2015 [cité 15 juillet 2015]. Disponible sur: <http://www.pharmasite.fr/actualites/13e-barometre-de-l-afipa-le-marche-de-l-automedication-renoue-avec-la-croissance.html>
27. Medicaments.gouv.fr [Internet]. Automédication. 2013 [cité 1 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/automedication.html>
28. Le Pen C, AFIPA. Automédication et Santé Publique: le « Service Médical Rendu » par les médicaments d'automédication [Internet]. 2003 Déc [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/3944_etude_clp.pdf
29. Insee [Internet]. À la fin du deuxième trimestre 2015, la dette publique s'établit à 97,6 % du PIB. [cité 23 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=40>
30. Les Français et l'automédication [Internet]. Viavoice - 20 Minutes; [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://media.20minutes.fr/Les-Francais-et-lautomedication.pdf>
31. Hugues FC, Le Junne C, Saubadu S, Eme D, Denormandie P. Enquête sur l'automédication: comparaison des résultats obtenus dans deux centres. *Thérapie*. 1990;45(4):325-9.

32. Kassabi-Borowiec L, Levy R, Atlan P, Département de médecine générale et service de pharmacologie du Pr Patrice Jaillon. Faculté de médecine Saint-Antoine. Facteurs et modalités de l'automédication en clientèle de médecine générale. *Lett Pharmacol.* 2002;16(2):61.
33. Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication: de la maladie à la performance. *Thérapie.* 1998;53:127-35.
34. Médication officinale: les 7 règles d'or [Internet]. AFSSAPS; [cité 17 déc 2014]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d1b5b7bbe022b6e59d3838c8367foa5.pdf
35. Code de la santé publique - Article L5111-1. Code de la santé publique 2007.
36. Code de la santé publique - Article L5121-8. Code de la santé publique 2012.
37. Code de la santé publique - Article L5121-12. Code de la santé publique 2011.
38. Contribution aux assises du médicament [Internet]. AFIPA; [cité 19 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Afipa_-_contribution_aux_assises_du_medicament.pdf
39. Queneau P. Automédication, autoprescription, autoconsommation: 2^e colloque de l'APNET, Palais du Luxembourg, 17 décembre 1998. John Libbey Eurotext; 2000. 140 p.
40. Hayden JA. *Introduction to Health Behavior Theory.* Jones & Bartlett Publishers; 2013. 331 p.
41. Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly E. La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement. In: *Environnement et Santé Publique: fondements et pratiques.* Canada; 2003. p. 177-88.
42. Godin G. L'éducation pour la santé: les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sci Soc Santé.* 1991;67-94.
43. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract.* 1996 Jan 1;13(1):75-83.
44. Nalet A. *Pratique d'automédication en milieu rural: enquête qualitative auprès d'adultes consultant le médecin généraliste [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine].* Université de Nantes; 2014.
45. Desbarbieux C. *Les patients se conforment-ils aux recommandations officielles en matière d'automédication? Enquête auprès de patientèles de médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine].* Université de Nantes; 2015.
46. ICPC-2-French [Internet]. [cité 19 mars 2015]. Disponible sur: http://www.refcisp.info/docs/cisp_bureau_fr.pdf
47. Insee [Internet]. Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul. [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1426

48. Insee [Internet]. Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2014. [cité 15 oct 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02104
49. Aïach P. Approche sociologique des données de morbidité. *Sci Soc Santé*. 1986;75-95.
50. Aïach P, Cebe D. Symptomatology and conduct of disease. Paris: INSERM; 1982 Juin.
51. Thériaque [Internet]. Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament; c2011 [consulté le 19 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.theriaque.org/>
52. Oliveira D. Perception du risque et pharmacovigilance: une enquête d'opinion menée auprès des patients et des équipes officinales. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Nantes; 2003.
53. Galea S, Tracy M. Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Ann Epidemiol*. 2007 Sept;17(9):643-53.
54. Aniambossou I, Benchouk F, Douine A, Wallet-Wodka D, AFIPA. Baromètre sur le libre accès 2013 [Internet]. Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2013 [cité 19 août 2015]. Disponible sur: http://www.afipa.org/fichiers/20150519110628_%C3%89tude_sur_le_libre_acces_en_pharmacie_AFIPA_UPMC_27_mai_2013.pdf
55. Deloitte SA. Les Français et le système de santé: prise de conscience d'un changement inévitable [Internet]. 2013 [cité 18 août 2015]. Disponible sur: http://www.harrisinteractive.fr/news/2013/CP_HIFR_Deloitte_04042013.pdf
56. Gijsbers van Wijk CM, Kolk AM, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ. Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Soc Sci Med* 1982. 1995 Mar;40(5):597-611.
57. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*. 2008 Mar 1;1(1):81-94.
58. Dingle JH. *Illness in the home: a study of 25,000 illnesses in a group of Cleveland families*. Cleveland: Press of Western Reserve University; 1964.
59. Katz AH. *Illness in the Home: A Study of 25,000 Illnesses in a Group of Cleveland Families*. *Am J Public Health Nations Health*. 1966 Avr;56(4):683-4.
60. Escourrou B, Bouville B, Bismuth M, Durieu G, Oustric S. Automédication des enfants par les parents: un vrai risque? *Rev Prat*. 2010 Juin 20;60.
61. Samson H. Les déterminants de l'automédication chez les étudiants de l'Université de Loire Atlantique-Vendée face à une infection respiratoire hivernale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Nantes; 2015.
62. Beffy M. Les salariés à temps complet travaillent 1650 heures dans l'année. *Insée Prem*. 2006 Fév;(1066).
63. Enquête sur l'automédication. Direction Générale de la Santé; 2002. Rapport n° 1620.

64. Bedeau L, Piquandet J. Observatoire sociétal du médicament. Les Entreprises du Médicament (LEEM); 2011 Mai.
65. Johnson RE, Pope CR. Health Status and Social Factors in Nonprescribed Drug Use. *Med Care*. 1983 Fév 1;21(2):225-33.
66. Bush PJ, Rabin DL. Who's Using Nonprescribed Medicines? *Med Care*. 1976 Déc 1;14(12):1014-23.
67. Froid et santé: Eléments de synthèse bibliographique et perspectives. Institut de veille sanitaire; 2003.
68. L'état de santé de la population en France. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2015.
69. Britt HC, Harrison CM, Miller GC, Knox SA. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. *Med J Aust*. 2008 Jul 21;189(2).
70. Dunnell K, Cartwright A. *Medicine takers, prescribers, and hoarders*. Routledge & Kegan Paul; 1972. 216 p.
71. Anderson JAD, Buck C, Danaher K, Fry J. Users and non-users of doctors — implications for self-care. *J R Coll Gen Pract*. 1977 Mar;27(176):155-9.
72. Sayer GP, Britt H. Sex differences in morbidity: A case of discrimination in general practice. *Soc Sci Med*. 1996 Jan;42(2):257-64.
73. Wyke S, Hunt K, Ford G. Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. *Soc Sci Med*. 1998 Avr 1;46(7):901-6.
74. Ingham JG, Miller PM. Self-referral: Social and demographic determinants of consulting behaviour. *J Psychosom Res*. 1983;27(3):233-42.
75. Meyer KC. Aging. *Proc Am Thorac Soc*. 2005 Déc 1;2(5):433-9.
76. Les maladies à virus des voies respiratoires: rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1980. Rapport n°642.
77. McCormick A, Charlton J, Department of Health and Social Security. *Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991-1992*. London: H.M.S.O.; 1995.
78. Cornford CS. Why patients consult when they cough: a comparison of consulting and non-consulting patients. *Br J Gen Pract*. 1998 Nov;48(436):1751-4.
79. Kessel N, Shepherd M. The Health and Attitudes of People Who Seldom Consult a Doctor. *Med Care*. 1965 Jan 1;3(1):6-10.
80. Aïach P. La santé et ses inégalités. *Esprit*. 1997 Fév 1;229(2):63-71.
81. Dumartin S, INSEE. Trois quart des français se considèrent en bonne santé. *INSEE Prem*. 2000 Mar;(702):1-4.
82. van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract*. 1992 Août 1;42(361):313-6.

83. Ingham JG, Miller PM. Self-referral to primary care: Symptoms and social factors. *J Psychosom Res.* 1986;30(1):49-56.
84. Berkanovic E, Telesky CMA, Reeder SRN. Structural and Social Psychological Factors in the Decision to Seek Medical Care for Symptoms. *Med Care.* 1981 Juil;19(7):693-709.
85. Hanna L-A, Hughes CM. Public's views on making decisions about over-the-counter medication and their attitudes towards evidence of effectiveness: A cross-sectional questionnaire study. *Patient Educ Couns.* 2011 Juin;83(3):345-51.
86. Haas C. L'automédication et la médication officinale: étude quantitative des déterminants du choix des médicaments d'automédication [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Nantes; 2014.
87. Fainzang S. L'automédication: une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropol Sociétés.* 2010;34(1):115-33.
88. Jarraya M. Ambiances froides et consultations respiratoires dans le secteur de la santé publique à Sfax (Tunisie). *Cybergeo Eur J Geogr.* 2012 Jan 30.
89. Segall A. A Community Survey of Self-Medication Activities. *Med Care.* 1990 Avr 1;28(4):301-10.
90. Sihvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significant over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000 Sept 1;56(6-7):495-9.
91. Ryan A, Wilson S, Taylor A, Greenfield S. Factors associated with self-care activities among adults in the United Kingdom: a systematic review. *BMC Public Health.* 2009 Avr 5;9(1):96.
92. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société.* 2001 Déc 1;103(4):141-59.
93. Easton K. Complementary medicines: attitudes and information needs of consumers and healthcare professionals. Sydney: National Prescribing Service Limited (NPS); 2007 Juin.
94. Ipsos, Boiron. Enquête nationale: les Français et l'homéopathie. 2012 Jan.
95. Lert F, Grimaldi-Bensouda L, Rouillon F, Massol J, Guillemot D, Avouac B, et al. Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine. *Homeopathy.* 2014 Jan;103(1):51-7.
96. Elzière P. Des médecines dites naturelles. *Sci Soc Santé.* 1986;39-74.
97. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *The Lancet.* 2005 Août 27;366(9487):726-32.
98. National Health and Medical Research Council. NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2015 Mar.

99. Gilovich T. Belief in Ineffective « Alternative » Health Practices. In: *How We Know What Isn't So*. Free Press; 1993. p. 125-45.
100. Lynch N, Berry D. Differences in perceived risks and benefits of herbal, over-the-counter conventional, and prescribed conventional, medicines, and the implications of this for the safe and effective use of herbal products. *Complement Ther Med*. 2007 Juin;15(2):84-91.
101. Nissen N, Schunder-Tatzber S, Weidenhammer W, Johannessen H. What Attitudes and Needs Do Citizens in Europe Have in Relation to Complementary and Alternative Medicine? *Forsch Komplementärmedizin Res Complement Med*. 2012;19 Suppl 2:9-17.
102. Fox S, Rainie L. *Vital Decisions: A Pew Internet Health Report*. Pew Research Center: Internet, Science & Tech. 2002.
103. Szeto P, Semple S, Roughead E. A study of complementary medicine advertising in Australia. *Aust Pharm*. 2002;21:762-4, 6-7.
104. Internet World Stats [Internet]. European Union Internet Usage and Population Stats; [cité 6 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.internetworldstats.com/europa.htm#fr>
105. McDaid D, Park A-L. Online Health: Untangling the Web. Evidence from the Bupa Health Pulse 2010 International Healthcare Survey. 2011 Jan.
106. Lévy J-D, Gérard M, Huguet M. *Les Français et l'achat de produits de santé sur Internet*. Harris Interactive Inc.; 2015 Fév.
107. Charbonnier A. *L'automédication chez le sujet âgé: enquête auprès de personnes âgées et de pharmaciens d'officine dans le Nord-Ouest de la France [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]*. Université de Nantes; 2013.
108. Broca S, Koster R. Les réseaux sociaux de santé. *Cah Numér*. 2012 Jan 1;7(2):103-16.
109. INSERM. *Rachialgies en milieu professionnel: quelles voies de prévention?* 1995.
110. INSERM. *Lombalgies en milieu professionnel: quels facteurs de risque et quelle prévention?* 2000.
111. Argouarc'h J, Calavrezo O. La répartition des hommes et des femmes par métiers. Une baisse de la ségrégation depuis 30 ans. *Dir Animat Rech Études Stat*. 2013 Déc;(79):13.
112. Insee [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. Principales causes de décès des personnes âgées en 2012; [cité 10 nov 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS06220
113. Monto AS, Malosh RE, Petrie JG, Thompson MG, Ohmit SE. Frequency of Acute Respiratory Illnesses and Circulation of Respiratory Viruses in Households With Children Over 3 Surveillance Seasons. *J Infect Dis*. 2014 Déc 1;210(11):1792-9.
114. Byington CL, Ampofo K, Stockmann C, Adler FR, Herbener A, Miller T, et al. Community Surveillance of Respiratory Viruses Among Families in the Utah Better Identification of Germs-Longitudinal Viral Epidemiology (BIG-LoVE) Study. *Clin Infect Dis*. 2015 Août 4.

115. Plénet A, Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Leclerc A. Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: The results of the 2002–2003 Décennale Santé survey. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 Mai;53(4):224-38.
116. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about Complementary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both: Results from a National Survey. *Ann Intern Med*. 2001 Sept 4;135(5):344-51.
117. Béliard A, Eideliman J-S. Mots pour maux . Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Rev Fr Sociol*. 2014 Juil 8;55(3):507-36.
118. Corrêa da Silva MG, Soares MCF, Muccillo-Baisch AL. Self-medication in university students from the city of Rio Grande, Brazil. *BMC Public Health*. 2012;12:339-339.
119. El-Nimr NA, Wahdan IMH, Wahdan AMH, Kotb RE. Self-medication with drugs and complementary and alternative medicines in Alexandria, Egypt: prevalence, patterns and determinants. *East Mediterr Health J*. 2015 Avr;21(4):256-65.
120. Goh L, Vitry A, Semple S, Esterman A, Luszcz M. Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complement Altern Med*. 2009;9(1):42.
121. ANSM [Internet]. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Médicaments en accès direct. 2015 Juin 25; [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/13055/158978/version/32/file/Med-Access-Direct_Annexe-1_Juin-2015.pdf
122. Calamusa A, Di Marzio A, Cristofani R, Arrighetti P, Santaniello V, Alfani S, et al. Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient Educ Couns*. 2012 Juin;87(3):395-401.
123. 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.
124. Lecocq-Verdin A-L. Automédication par AINS: avantages et inconvénients [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Rouen; 2014.
125. ANSM [Internet]. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel des règles de bon usage des AINS. 2013 Juil; [cité 28 août 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf
126. Kovac SH, Saag KG, Curtis JR, Allison J. Association of health-related quality of life with dual use of prescription and over-the-counter nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Arthritis Care Res*. 2008 Fév 15;59(2):227-33.
127. Hersh EV, Pinto A, Moore PA. Adverse drug interactions involving common prescription and over-the-counter analgesic agents. *Clin Ther*. 2007;29(11 Suppl 1):2477-97.

128. Fry RB, Ray MN, Cobaugh DJ, Weissman NW, Kiefe CI, Shewchuk RM, et al. Racial/ethnic disparities in patient-reported nonsteroidal antiinflammatory drug (NSAID) risk awareness, patient-doctor NSAID risk communication, and NSAID risk behavior. *Arthritis Care Res.* 2007 Déc;15;57(8):1539-45.
129. Wilcox CM, Cryer B, Triadafilopoulos G. Patterns of use and public perception of over-the-counter pain relievers: focus on nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Rheumatol [Internet]*. 2005 Nov;132(11):2218-24.
130. O'Hayon R, Escher M. Antalgiques en automédication: quels sont les risques? *Rev Médicale Suisse.* 2010;6:1338-41.
131. Aronson J. *Meyler's Side Effects of Drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions.* 15^e éd. Amsterdam, Boston: Elsevier; 2006.
132. Lewis JD, Kimmel SE, Localio AR, Metz DC, Farrar JT, Nessel L, et al. Risk of Serious Upper Gastrointestinal Toxicity With Over-the-Counter Nonaspirin Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. *Gastroenterology.* 2005 Déc;129(6):1865-74.
133. Catella-Lawson F, Reilly MP, Kapoor SC, Cucchiara AJ, DeMarco S, Tournier B, et al. Cyclooxygenase Inhibitors and the Antiplatelet Effects of Aspirin. *N Engl J Med.* 2001 Déc 20;345(25):1809-17.
134. Biskupiak JE, Brixner DI, Howard K, Oderda GM. Gastrointestinal complications of over-the-counter nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2006;20(3):7-14.
135. Stosic R, Dunagan F, Palmer H, Fowler T, Adams I. Responsible self-medication: perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *Int J Pharm Pract.* 2011 Août;19(4):236-45.
136. SFORL. Complications locorégionales des pharyngites. 2008 p. 69.
137. Watkins PB, Kaplowitz N, Slattery JT, et al. Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Juil 5;296(1):87-93.
138. Dart RCMD, Bailey EMSPH. Does Therapeutic Use of Acetaminophen Cause Acute Liver Failure? *J Hum Pharmacol.* 2007 Sept;27(9):1219-30.
139. Oliveira AVC de, Rocha FTR, Abreu SR de O, Oliveira AVC de, Rocha FTR, Abreu SR de O. Acute liver failure and self-medication. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo.* 2014 Déc;27(4):294-7.
140. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, Davern TJ, Lalani E, Hynan LS, et al. Acetaminophen-induced acute liver failure: Results of a United States multicenter, prospective study. *Hepatology.* 2005 Déc;42(6):1364-72.
141. Bunchorntavakul C, Reddy KR. Acetaminophen-related Hepatotoxicity. *Drug Hepatotoxic [Internet]*. 2013 Nov;17(4):587-607.
142. Hayes BD, Klein-Schwartz W, Gonzales LF. Causes of Therapeutic Errors in Older Adults: Evaluation of National Poison Center Data. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Avr;57(4):653-8.

143. Wood DM, English E, Butt S, Ovaska H, Garnham F, Dargan PI. Patient knowledge of the paracetamol content of over-the-counter (OTC) analgesics, cough/cold remedies and prescription medications. *Emerg Med J.* 2010 Nov 1;27(11):829-33.
144. Herndon CM, Dankenbring DM. Patient Perception and Knowledge of Acetaminophen in a Large Family Medicine Service. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2014 Mai 12;28(2):109-16.
145. Clement YN, Williams AF, Khan K, Bernard T, Bhola S, Fortuné M, et al. A gap between acceptance and knowledge of herbal remedies by physicians: The need for educational intervention. *BMC Complement Altern Med.* 2005;5:20-20.
146. García-Cortés M, Borraz Y, Lucena MI, Peláez G, Salmerón J, Diago M, et al. Liver injury induced by « natural remedies »: an analysis of cases submitted to the Spanish Liver Toxicity Registry. *Rev Esp Enfermedades Dig Organo Of Soc Esp Patol Dig.* 2008 Nov;100(11):688-95.
147. Peng CC, Glassman PA, Trilli LE, Hayes-Hunter J, Good CB. Incidence and severity of potential drug–dietary supplement interactions in primary care patients: An exploratory study of 2 outpatient practices. *Arch Intern Med.* 2004 Mar 22;164(6):630-6.
148. Rossi S, Navarro VJ. Herbs and Liver Injury: A Clinical Perspective. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014 Juil;12(7):1069-76.
149. Smith L, Ernst E, Ewings P, Myers P, Smith C. Co-ingestion of herbal medicines and warfarin. *Br J Gen Pract.* 2004 Juin 1;54(503):439-41.
150. Symposium international de Santé Canada sur les interactions entre les médicaments, les aliments et les produits de santé naturels. Québec: Direction générale des produits de santé et des aliments; 2007 Oct.
151. Giveon SM, Liberman N, Klang S, Kahan E. Are people who use « natural drugs » aware of their potentially harmful side effects and reporting to family physician? *Patient Educ Couns.* 2004 Avr;53(1):5-11.
152. Harvey C, Guénette M, Ricquart M. Produits de santé naturels et médicaments: un mélange parfois risqué. Option consommateurs. Canada. 44 p.

ANNEXE A

NOTRE AUTOQUESTIONNAIRE

ENQUETE : SE SOIGNER PAR SOI-MEME

|_2013_| |_2_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Année Vague Cabinet N0.

Cabinet médical de : _____ Ville ou quartier : _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 bis) **Si oui, lesquelles ? (Précisez)**

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

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

Après de personnes proches (famille, collègues, amis)

Après d'un pharmacien

Dans des journaux ou revues

A la télévision ou à la radio

Sur internet

9) **Avec quels produits vous êtes-vous soigné ?**

9 bis) **Comment vous les êtes-vous procurés ?**

Achat pour l'occasion

Déjà en ma possession

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

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

Ils étaient dans mon armoire à pharmacie

Quelqu'un d'autre me les a donnés

Je les ai achetés en pharmacie

Je les ai achetés dans un magasin bio

Je les ai achetés sur internet

Je les ai achetés en grande surface

Autres (Précisez) :.....

12) **Combien de temps vous êtes-vous soigné ?** Pendantjours

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

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

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

Très efficace

Assez efficace

Un peu efficace

Pas du tout efficace

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

.....

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

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

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

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

18) **Pouvez-vous noter, entre 1 et 10, votre état de santé ?** | _ | _ |
(1 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)

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

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

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

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

23) **Quel est votre âge ?** | _ | _ | ans

24) **Etes-vous un(e) ?** femme homme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Vos achats	Vos loisirs
Commune 1		
Commune 2		
Commune 3		

ANNEXE B

CLASSIFICATION INTERNATIONALE des SOINS PRIMAIRES
(CISP-2)

/

INTERNATIONAL CLASSIFICATION of PRIMARY CARE
(ICPC-2)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou	L02 S/P du dos
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L03 S/P des lombes	L04 S/P du thorax
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B25 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	L07 S/P de la mâchoire
-32 Test de sensibilité	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flottantes	L06 S/P de l'épaule	L08 S/P du bras
-33 Ex microbiologique/immunologique	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L09 S/P du coude	L11 S/P du poignet
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L12 S/P de la main et du doigt	L13 S/P de la hanche
-35 Autre analyse d'urine	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L14 S/P de la jambe et de la cuisse	L15 S/P du genou
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L16 S/P de la cheville	L17 S/P du pied et de l'orteil
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L18 Douleur musculaire	L19 S/P musculaire NCA
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L20 S/P d'une articulation NCA	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L29 Autre S/P ostéo-articulaire	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire	L72 Fracture du radius/cubitus
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L73 Fracture du tibia/du péroné	L74 Fracture de la main/du pied
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L75 Fracture du fémur	L76 Autre fracture
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L77 Entorse de la cheville	L78 Entorse du genou
-45 Re com./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate	F72 Blépharite, orgelet, chalazion	L79 Entorse articulaire NCA	L80 Luxation et subluxation
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L83 Syndrome cervical	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L85 Déformation acquise de la colonne	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	L88 Polyarthrite rhumatoïde séro positive
-50 Médication/précription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F77 Autre lésion traumat. de l'œil	L89 Coxarthrose	L90 Gonarthrose
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Spléno-mégalie	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L91 Autre arthrose	L92 Syndrome de l'épaule
-52 Excision/biopsie/auter/débridation	B88 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L93 Coude du joueur de tennis	L94 Ostéoporose
-53 Perfusion/intub./dilatat./appareillage	B89 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la rétine	L95 Ostéoporose	L96 Lésion aiguë interne du genou
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	Syst. Digestif D	F83 Rétinopathie	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L98 Déformation acquise des membres inf.
-55 Traitement local/infiltration	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F84 Dégénérescence maculaire	L99 Autre maladie ostéo-articulaire	Neurologie N
-56 Pansement/compression/bandage	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F85 Ulcère de la cornée	N01 Mal de tête	N03 Douleur de la face
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F86 Trachome	N04 Jambes sans repos	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D04 Douleur rectale/anale	F91 Défaut de réfraction	N06 Autre perturbation de la sensibilité	N07 Convulsion/crise comitiale
-59 Autres procédures thérapeutiques	D05 Démangeaisons périanales	F92 Cataracte	N08 Mouvements involontaires anormaux	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
-60 Résultats analyses/examens	D06 Autre douleur abdominale loc.	F93 Glaucome	N17 Vertige/sourdimement	N18 Paralyse/faiblesse
-61 Résultats ex/procéd. autre dispensateur	D07 Dyspepsie/indigestion	F94 Cécité	N19 Trouble de la parole	N26 Peur d'un cancer neurologique
-62 Contact administratif	D08 Flatulences/gaz/renvoi	F95 Strabisme	N27 Peur d'une autre maladie neurologique	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
-63 Rencontre de suivi	D09 Nausée	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	N29 Autre S/P neurologique	N70 Poliomyélite
-64 Epis. nouve au/en cours init. par disp.	D10 Vomissement	Oreille H	N71 Méningite/encéphalite NCA	N72 Tétanos
-65 Epis. nouve au/en cours init. par tiers	D11 Diarrhée	H01 Douleur d'oreille/otalgie	N73 Autre infection neurologique	N74 Cancer du syst. neurologique
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D12 Constipation	H02 P. d'audition	N75 Tumeur bénigne neurologique	N76 Autre tumeur indét. neurologique
-67 Référence à médecin	D13 Jaunisse	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	N79 Commotion	N80 Autre lésion traumat. neurologique
-68 Autre référence	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H04 Ecoulement de l'oreille	N81 Autre lésion traumat. neurologique	N85 Anom. congénitale neurologique
-69 Autres procédures	D15 Méléna	H05 Saignement de l'oreille	N86 Sclérose en plaque	N87 Syndrome parkinsonien
Général et non spécifié A	D16 Saignement rectal	H13 Sensation d'oreille bouchée	N88 Epilepsie	N89 Migraine
A01 Douleur générale/de sites multiples	D17 Incontinence rectale	H15 Préoc. par l'aspect des oreilles	N90 Algie vasculaire de la face	N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell
A02 Frissons	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	N92 Névralgie du trijumeau	N93 Syndrome du canal carpien
A03 Fièvre	D19 S/P dents/gencives	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	N94 Névrite/neuropathie périphérique	N95 Céphalée de tension
A04 Fatigue/faiblesse générale	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H70 Ohte externe	N99 Autre maladie neurologique	
A05 Sensation d'être malade	D21 P. de déglutition	H71 Ohte moyenne aiguë/myringite		
A06 Évanouissement/syncope	D22 Hépatomégalie	H72 Ohte moyenne séreuse		
A07 Coma	D23 Hépatomégalie	H73 Salpingite/eustache		
A08 Gonflement	D24 Masse abdominale NCA	H74 Ohte moyenne chronique		
A09 P. de transpiration	D25 Distension abdominale	H75 Tumeur de l'oreille		
A10 Saignement/hémorragie NCA	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H76 CE dans l'oreille		
A11 Douleur thoracique NCA	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H77 Perforation du tympan		
A13 Préoc. par/peur traitement médical	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille		
A16 Nourrissement irritable	D29 Autre S/P du syst. digestif	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille		
A18 Préoc. par son aspect extérieur	D70 Infection gastro-inte.stinale	H80 Anom. congénitale de l'oreille		
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D71 Oreillons	H81 Excès de cérumen		
A21 Facteur de risque de cancer	D72 Hépatite virale	H82 Syndrome vertigineux		
A23 Facteur de risque NCA	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H83 Otosclérose		
A25 Peur de la mort, de mourir	D74 Cancer de l'estomac	H84 Presbycusie		
A26 Peur du cancer NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H85 Traumatisme sonore		
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D76 Cancer du pancréas	H86 Surdité		
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D77 Autre cancer digestif/NCA	H89 Autre maladie de l'oreille/mastoïde		
A29 Autre S/P général	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	Cardio-vasculaire K		
A70 Tuberculose	D79 CE du syst. digestif	K01 Douleur cardiaque		
A71 Rougeole	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K02 Oppression/contriction cardiaque		
A72 Varicelle	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K03 Douleur cardio-vasculaire NCA		
A73 Paludisme	D82 Maladie des dents/des gencives	K04 Palpitat./perception battements card.		
A74 Rubéole	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K05 Autre battement cardiaque irrégulier		
A75 Mononucléose infectieuse	D84 Maladie de l'œsophage	K06 Veines proéminentes		
A76 Autre exanthème viral	D85 Ulcère duodénal	K07 Oedème, gonflement des chevilles		
A77 autre maladie virale NCA	D86 Autre ulcère peptique	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire		
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D87 Trouble de la fonction gastrique	K24 Peur d'une maladie de cœur		
A79 Cancer NCA	D88 Appendicite	K25 Peur d'hypertension		
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D89 Hernie inguinale	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire		
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D90 Hernie hiatale	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)		
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D91 Autre hernie abdominale	K29 Autre S/P cardio-vasculaire		
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse	D92 Maladie diverticulaire	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire		
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse	D93 Syndrome du colon irritable	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale		
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K72 Tumeur cardio-vasculaire		
A87 Complication de traitement médical	D95 Fissure anale/abcès périanal	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire		
A88 Effet sec. de facteur physique	D96 Vers/autre parasite	K74 Cardiopathie ischémique avec angor		
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D97 Maladie du foie NCA	K75 Infarctus myocardique aigu		
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D98 Cholécystite/cholélithiase	K76 Cardiopathie ischémique sans angor		
A91 Résultat d'investig. anormale NCA	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K77 Décompensation cardiaque		
A92 Allergie/réaction allergique NCA		K78 Fibrillation auriculaire/flutter		
A93 Nouveau-né prématuré		K79 Tachycardie paroxystique		
A94 Autre morbidité périnatale		K80 Arythmie cardiaque NCA		
A95 Mortalité périnatale		K81 Souffle cardiaque/artériel NCA		
A96 Mort		K82 Cœur pulmonaire		
A97 Pas de maladie		K83 Valvulopathie NCA		
A98 Gestion santé/médecine préventive		K84 Autre maladie cardiaque		
A99 Maladie de nature/site non précisé		K85 Pression sanguine élevée		
		K86 Hypertension non compliquée		
		K87 Hypertension avec complication		
		K88 Hypotension orthostatique		
		K89 Ischémie cérébrale transitoire		
		K90 Accident vasculaire cérébral		
		K91 Maladie cérébrovasculaire		
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.		
		K93 Embolie pulmonaire		
		K94 Phlébite et thrombophlébite		
		K95 Varices des jambes		
		K96 Hémorroïdes		
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire		
	CODES PROCÉDURE			
	SYMPTÔMES ET PLAINTES			
	INFECTIONS			
	NÉOPLASMES			
	TRAUMATISMES			
	ANOMALIES CONGÉNITALES			
	AUTRES DIAGNOSTICS			

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : GHOORAH

PRÉNOM : Hemant

NOM : DESPLANS

PRÉNOM : Sandrine

Titre de Thèse : Etude des pratiques d'automédication de patientèles de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée.

RÉSUMÉ

Contexte : Entre 70 % et 80 % des Français s'automédiquent, d'après certaines études datant d'avant 2008, l'année de la mise en place du libre accès en officine. Ce sont plutôt des femmes, jeunes, diplômées et en activité.

Objectifs : Dresser un profil-type réactualisé de l'automédiquant en 2013-2014. Les objectifs secondaires étaient de recenser les motifs et d'évaluer la rationalité et la dangerosité de l'automédication.

Méthodes : Etude quantitative à visée descriptive utilisant un auto-questionnaire anonyme, se déroulant en salles d'attente de 124 cabinets de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée, et incluant des patients majeurs et volontaires.

Résultats : 2106 questionnaires ont été analysés, montrant une surreprésentation des femmes (70,9 %) et des 18-59 ans (74,1 %). Le recours à l'automédication était moins fréquent (57,1 %) que dans la population générale. Le profil-type issu de notre analyse multivariée correspondait, de nouveau, à une femme (ORa = 1,55 [1,25 – 1,94] ; $p < 0,001$), jeune (ORa = 1,64 [1,29 – 2,1] ; $p < 0,001$), avec enfant(s) (ORa = 1,46 [1,16 – 1,85] ; $p = 0,001$) et hautement diplômée (ORa = 1,66 [1,35 – 2,05] ; $p < 0,001$). Par rapport aux employés (56,3 % d'automédication), les ouvriers se sont moins automédiqués (48,8 % ; $p = 0,04$), tandis que les étudiants se sont plus automédiqués (69,7 % ; $p = 0,03$). Parmi les produits les plus utilisés figuraient les analgésiques (31,8 %), les médicaments du système respiratoire (24,2 %), les anti-inflammatoires non-stéroïdiens oraux (11,6 %) et les produits de santé complémentaires (16,8 %). Un quart des consommateurs d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens oraux était à risque d'effets indésirables graves.

Conclusion : L'automédication semble être facilitée par un niveau de connaissances élevé et une capacité d'autodétermination adéquate. Elle apparaît à faible risque pour la santé dans la mesure où, globalement, elle est menée de manière responsable.

MOTS-CLÉS

Automédication, salle d'attente, médecine générale, *Health Belief Model*.