

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 096

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(D.E.S. de MEDECINE GENERALE)

par

Alexis Guerrero

Né le 28/09/1987 à Chambray-les-Tours

Présentée et soutenue publiquement le 08 septembre 2015

LES ECHANGES MEDECIN-PATIENT AUTOUR DE L'AUTOMEDICATION :

Enquête par observations directes de consultations pour affection aiguë en Loire

Atlantique et en Vendée

Président du jury : 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 Batard

Remerciements

A Madame le Professeur Leïla Moret :

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus :

Merci de m'avoir encadré pour la rédaction de cette thèse. Ta disponibilité, tes innombrables conseils et tes critiques m'ont été d'une aide précieuse.

A Monsieur le Professeur Lionel Goronflot :

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric Batard :

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury, ainsi que de m'avoir encadré lors de mon stage dans votre service. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Cyrille Vartanian :

Merci de m'avoir encadré lors de ce SASPAS. Tes nombreux conseils et ta vision de la médecine générale me serviront indéniablement dans mon exercice futur.

A mes parents :

Merci de m'avoir donné les moyens de réaliser mon projet professionnel. Votre soutien inconditionnel a été la clé de ma réussite.

A ma sœur :

Merci pour ta relecture paramédicale minutieuse. J'apprécie énormément les échanges professionnels que l'on peut avoir.

A Karine :

Merci pour ta présence et ton soutien au quotidien dans ces moments qui ont été si difficiles. L'avenir nous appartient.

Aux enfants et au bonheur qu'ils m'apportent.

A mes grands-parents paternels et maternels, à toute ma famille

A tata Caro, Anne, Hubert et toute l'équipe de chirurgie viscérale pédiatrique de l'hôpital Clocheville

A mes amis :

Clément (pour tes appels précieux et tes conseils avisés), Antonin (pour les révisions devant FIFA et les hébergements gratuits), Louis (le Nelson Monfort tourangeau), Yoann alias André Rieu (pour ces trajets vers Saint Nazaire au moment où la rosée du matin ruisselait sur le bitume briéron), Vivien, à la FF (et ce fameux 31 mai 2003), aux luçonnais (pour ces nombreuses soirées inoubliables), à tous les autres

A tes ceux qui ont fait le déplacement : merci

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des figures	7
Listes des tableaux	8
Glossaire	9
Liste des annexes	10
Partie 1 : INTRODUCTION	11
1.1 Définition de l'automédication	11
1.2 Chiffres de l'automédication et influences.....	13
1.2.1 <i>La délivrance du médicament : spécificité française</i>	13
1.2.2 <i>Le système de rémunération des médecins généralistes</i>	15
1.2.3 <i>Le libre-accès</i>	15
1.3 Profil du patient ayant recours à l'automédication	16
1.4 Risques de l'automédication	17
1.5 Place de l'automédication dans la décision médicale	19
1.5.1 <i>L'Evidence Based Medicine</i>	19
1.5.2 <i>L'approche centrée sur le patient : Patient Centered-Medicine</i>	20
1.6 Discussions autour de l'automédication	21
1.7 Objectifs de l'étude	23
Partie 2 : MATERIEL ET METHODE	24
2.1 Déroulement de l'étude	24
2.1.1 <i>Périodes de l'étude</i>	24
2.1.2 <i>Les enquêteurs</i>	24
2.1.3 <i>Les médecins</i>	25
2.1.4 <i>Les patients</i>	25
2.1.4.1 <i>Critère d'inclusion</i>	25
2.1.4.2 <i>Population de référence</i>	25
2.2 Recueil des données	26
2.3 Exploitation des données	27
2.4 Analyse des données	30
Partie 3 : RESULTATS	32
3.1 Population de l'étude	32
3.1.1 <i>Caractéristiques des enquêteurs</i>	32
3.1.2 <i>Caractéristiques des médecins</i>	32
3.1.3 <i>Caractéristiques des patients</i>	34

3.1.3.1	<i>Population de référence</i>	34
3.1.3.2	<i>Distribution des patients en fonction des vagues</i>	35
3.1.3.3	<i>Caractéristiques de la population étudiée en fonction de l'âge</i>	37
3.2	Principaux résultats	39
3.3	Motifs de consultation	40
3.3.1	<i>Fréquence des motifs de consultation</i>	40
3.3.2	<i>Distribution des patients en fonction des motifs de consultation</i>	41
3.4	Les médicaments observés durant l'étude	44
3.4.1	<i>Médicaments utilisés en automédication</i>	44
3.4.2	<i>Distribution des patients en fonction des classes médicamenteuses</i>	47
3.5	Déterminants de l'automédication en consultation	48
3.5.1	<i>Mention de l'automédication par le patient</i>	48
3.5.1.1	<i>Caractéristiques des patients</i>	48
3.5.1.2	<i>Caractéristiques démographiques des patients</i>	49
3.5.1.3	<i>Caractéristiques socio-professionnelles des patients</i>	51
3.5.1.4	<i>Analyse multivariée</i>	51
3.5.2	<i>Exploration par le médecin</i>	53
3.5.2.1	<i>Caractéristiques des médecins</i>	53
3.5.2.2	<i>Exploration en fonction des caractéristiques des patients</i>	54
3.5.2.3	<i>Exploration en fonction des caractéristiques socio-professionnelles des patients</i>	56
3.5.2.4	<i>Analyse multivariée</i>	56
3.5.3	<i>Impression des internes concernant la prise en compte par les médecins de l'automédication</i>	58
3.5.3.1	<i>En fonction des caractéristiques des patients</i>	58
3.5.3.1.1	<i>Analyse bivariée</i>	58
3.5.3.1.2	<i>Analyse multivariée</i>	59
3.5.3.2	<i>Impact des discussions autour de l'automédication sur le comportement du médecin</i>	60
3.5.3.2.1	<i>Résultats globaux</i>	60
3.5.3.2.2	<i>Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses finales</i>	61
3.5.3.2.3	<i>Facteurs influençant la prescription d'examen complémentaires</i>	63
3.5.3.2.4	<i>Facteurs influençant les demandes d'avis spécialisé</i>	65
3.5.4	<i>Influence des médecins ayant participé aux deux vagues de l'étude</i>	66
Partie 4	DISCUSSION	68
4.1	Limites de l'étude	68
4.1.1	<i>Biais de classement</i>	68

4.1.1.1 Lié à la subjectivité de l'enquêteur	68
4.1.1.2 Lié à la subjectivité de l'enquêté	69
4.1.2 Biais de sélection	70
4.2 Représentativité des médecins	70
4.3 Représentativité de la population étudiée	73
4.3.1 En fonction de l'âge	73
4.3.2 En fonction du sexe	74
4.3.3 En fonction de la catégorie socio-professionnelle	75
4.4 Discussions autour de l'automédication	77
4.4.1 Un sujet « non tabou »	77
4.4.2 Les médecins s'interrogent au sujet de cette pratique.....	77
4.4.3 Mention par le patient : une certaine ambiguïté.....	79
4.4.4 Conclusion	80
4.5 Motifs de consultation : prédominance des symptômes infectieux.....	81
4.6 Médicaments d'automédication	84
4.6.1 Un large choix pour les patients	84
4.6.1.1 Le paracétamol : médicament le plus utilisé	84
4.6.1.2 Les anti-helminthiques : médicaments tabous ?	86
4.6.1.3 Autres médicaments	88
4.6.1.4 La médecine non conventionnelle : une autre façon de soigner	90
4.6.2 Stock familial ou recours au pharmacien ?	92
4.6.3 L'automédication : une pratique parfois dangereuse	93
4.6.3.1 Le paracétamol	93
4.6.3.2 AINS et glucocorticoïdes	94
4.6.3.3. Les antibiotiques	96
4.7 Caractéristiques des patients et des médecins lors d'échanges autour de l'automédication	98
4.7.1 L'automédication : une pratique genrée	99
4.7.2 Une pratique prisée par les patients jeunes	100
4.7.3 Une pratique à prédominance urbaine	103
4.7.4 Des motifs de consultation propices aux échanges	105
4.7.5 Les classes socio-professionnelles	108
4.8 La communication autour de l'automédication à l'origine d'une diminution des coûts de santé publiques ?	109
4.9 Les prescriptions médicamenteuses : risque d'escalade thérapeutique ?.....	111
Partie 5 : CONCLUSION	113
Bibliographie	115

Liste des figures :

<u>Figure 1</u> : caractéristiques des enquêteurs	32
<u>Figure 2</u> : distribution de l'âge des patients en fonction des vagues	38
<u>Figure 3</u> : fréquence des motifs de consultation dans le cadre de maladies aiguës	40
<u>Figure 4</u> : distribution des médicaments en fonction de leur délivrance en pharmacie	47

Liste des tableaux :

<u>Tableau I</u> : caractéristiques des médecins de l'étude	33
<u>Tableau II</u> : caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	35
<u>Tableau III</u> : distribution de la population étudiée en fonction des périodes d'étude	36
<u>Tableau IV</u> : caractéristiques de la population étudiée en fonction des classes d'âge	37
<u>Tableau V</u> : discussion autour de l'automédication	39
<u>Tableau VI</u> : distribution des patients en fonction des motifs de consultation	43
<u>Tableau VII</u> : classes médicamenteuses utilisées en automédication	45
<u>Tableau VIII</u> : caractéristiques des patients en fonction des médicaments d'automédication	48
<u>Tableau IX</u> : caractéristiques des patients mentionnant l'automédication	49
<u>Tableau X</u> : caractéristiques démographiques des patients mentionnant l'automédication.	50
<u>Tableau XI</u> : mention de l'automédication par les patients en fonction de leur classe socio- professionnelle	51
<u>Tableau XII</u> : Analyse multivariée de la mention de l'automédication par le patient	53
<u>Tableau XIII</u> : caractéristiques des médecins des rencontres de soin où l'automédication a été explorée	54
<u>Tableau XIV</u> : exploration de l'automédication par le médecin en fonction des caractéristiques du patient et du motif de consultation	55
<u>Tableau XV</u> : exploration de l'automédication par le médecin en fonction des caractéristiques socio-professionnelles des patients	56
<u>Tableau XVI</u> : analyse multivariée de l'exploration de l'automédication par le médecin ...	57
<u>Tableau XVII</u> : analyse multivariée de l'intégration de l'automédication	60
<u>Tableau XVIII</u> : conséquences de l'intégration de l'automédication par le médecin	61
<u>Tableau XIX</u> : analyse multivariée des prescriptions médicamenteuses	62
<u>Tableau XX</u> : analyse multivariée des prescriptions d'examen complémentaire	64
<u>Tableau XXI</u> : analyse multivariée des demandes d'avis spécialisé	66
<u>Tableau XXII</u> : analyse univariée des médecins ayant participé aux deux vagues	67

Glossaire

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

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC : Anatomique Thérapeutique et Chimique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : inhibiteur de la Pompe à Protons

LEEM : Les Entreprises du Médicament

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

ORES : Observatoire Régional Economique et Social

OTC : Over The Counter

PCM : Patient Centered-Medicine

PMF : Prescription Médicale Facultative

PMO : Prescription Médicale obligatoire

WMA : World Medical Association

WONCA : World Organization of National Colleges Academies

Liste des annexes :

<u>Annexe 1</u> : grille de recueil des données	123
<u>Annexe 2</u> : codification des motifs de consultation en fonction de la classification CISP	124
<u>Annexe 3</u> : médicaments utilisés en automédication	126
<u>Annexe 4</u> : analyse bivariée de l'impression des internes concernant la prise en compte du médecin de l'automédication	127

Partie 1 : Introduction

1.1 Définition de l'automédication

De part son intérêt économique pour certains, ou sa dangerosité pour d'autres, dans un contexte où la prise en charge d'un patient devient de plus en plus globale, l'automédication est une façon de se soigner de plus en plus étudiée.

Les différentes données de la littérature se basent sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à savoir que l'automédication se définit comme *« l'utilisation de médicaments par un patient pour traiter un symptôme ou une maladie qu'il a lui-même diagnostiqué, ou l'utilisation intermittente ou continue d'un médicament prescrit par un médecin pour les maladies chroniques ou pour un symptôme. En pratique, elle comprend également l'utilisation de médicaments des membres de la famille, en particulier lorsque le traitement des enfants ou des personnes âgées est impliqué »* [1]. Dans ce rapport, l'OMS responsabilise : le patient en lui demandant de reconnaître des symptômes tout en tenant compte de son passé médical ; les firmes pharmaceutiques avec un étiquetage des produits qui se doit d'être lisible et accessible pour tous ; et les pharmaciens d'officine qui jouent un rôle prépondérant dans l'information des médicaments d'automédication.

D'une façon plus globale, cette pratique s'intègre dans la notion de « self-care », dont la traduction française serait « auto-soin », définit par l'OMS comme *« un comportement qui consiste pour un patient, une famille, une communauté à entreprendre des initiatives dans le but d'améliorer la santé, de prévenir la maladie, et de rétablir la santé. Ces activités sont basées sur les connaissances et les compétences issues de l'expérience des différents professionnels de santé et de l'individu lui-même. Elles sont entreprises par le patient lui-même ou en collaboration avec le médecin »* [2]. Outre l'automédication, le « self-care » comprend l'automédication par des traitements non médicamenteux, le soutien social de la maladie, et les premiers secours dans la vie quotidienne [2].

La difficulté d'étudier l'automédication et ses différents facteurs résulte du fait qu'il n'en existe pas de définition unique.

Ainsi, pour Les Entreprises de Médicament (LEEM), cette pratique consiste, « *pour les utilisateurs, à soigner leurs pathologies en utilisant des médicaments dûment autorisés, sans avis médical préalable, mais avec le conseil du pharmacien d'officine* » [3]. Cette définition met en exergue l'intérêt économique de l'automédication pour les firmes pharmaceutiques.

Pour l'Agence Médicale Mondiale (WMA), l'automédication correspond à « *l'utilisation d'un médicament légal, disponible sans ordonnance d'un médecin, de la propre initiative d'un individu ou suivant les conseils d'un professionnel de la santé. L'utilisation de médicaments d'ordonnance sans prescription médicale préalable ne fait pas partie de l'automédication responsable* » [4].

Ces définitions ne se basent que sur l'automédication médiée par un pharmacien d'officine, et non sur le recours au stock familial de médicaments. Certains auteurs considèrent même que l'ordonnance suggérée, qui se définit par l'obtention d'un médicament, que le patient juge efficace, par prescription médicale lors d'une consultation, est une forme d'automédication [5].

Pour notre étude, nous nous sommes basés sur la définition de Sylvie Fainzang, anthropologue française : « *l'automédication est un acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne* » [6]. En plus de cette définition, nous avons considéré comme pratique d'auto-soin le fait de consulter un praticien de santé (kinésithérapeute, ostéopathe..) de son propre chef.

Cette définition est donc plus globale, plus centrée sur le patient et son comportement, car elle prend en compte toutes les facettes de l'automédication : celle médiée par un pharmacien, l'ordonnance suggérée, l'armoire familiale, l'homéopathie, le recours à un praticien de santé. Ainsi, nous n'avons pas considéré le patient comme une personne qui se laisse guider, le cas échéant par un pharmacien d'officine, mais comme un être responsable, ayant une expérience médicale personnelle, capable de prendre des décisions envers sa santé. Le patient est donc auteur et acteur de sa santé.

Toutes ces définitions excluent le médecin de la pratique d'automédication. Pourtant, on peut se demander si malgré tout, il n'intervient pas à un moment donné dans cette démarche du patient. En effet, comme le stipule l'OMS dans sa définition du « self care », le malade acquiert son expérience durant les rencontres avec un professionnel de santé. Mais comment obtient-il ses connaissances ? D'une part, il se nourrit probablement du discours du médecin pour en faire par la suite sa propre interprétation de la maladie. Ce qui aboutit au développement de ses connaissances. D'autre part, on peut supposer que, lors de consultations pour pathologies aiguës, le médecin soit amené à expliquer au patient la conduite à tenir lors de situations identiques ultérieures. Ceci pourrait alors s'apparenter à de l'éducation thérapeutique. Bien que cette notion n'ait été développée initialement qu'au cours de maladies chroniques [7], il est licite de penser qu'elle a également sa place au cours de pathologies aiguës et particulièrement lors de la pratique d'automédication. En y ayant recours, le médecin serait alors un intervenant, au même titre qu'un pharmacien, dans la démarche d'auto-soin des patients.

1.2 Chiffres de l'automédication et influences

En 2013, la part de l'automédication en France est inférieure à celle des autres pays européens. Ainsi, quand la part de marché de cette pratique au Royaume-Uni est de 39%, elle est, en France, seulement de 15,7% [8].

Pourtant, cela n'a pas toujours été le cas. Dans les années 60, plus de la moitié des français obtenaient un médicament sans ordonnance, contre 10% en 1991 [9]. Cette inversion de tendance peut s'expliquer de différentes manières.

1.2.1 La délivrance du médicament : spécificité française

Le système du médicament (distribution, délivrance...) en France n'est pas en faveur du développement de l'automédication.

D'une part, la distribution est sous le monopole des pharmaciens d'officine, contrairement au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, où il existe des « drugs store » :

magasins où l'on peut vendre des médicaments sans avoir le titre de docteur en pharmacie. L'acquisition d'un médicament y est donc plus facile.

D'autre part, la délivrance d'un médicament est codifiée et encadrée en France. Ce dernier est étudié avant d'obtenir son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et d'être classé parmi quatre catégories :

- « médicaments stupéfiants » délivrés sur une ordonnance sécurisée valable 28 jours au maximum,
- « médicaments liste I » délivrés sur ordonnance simple mais non renouvelable, car à risque de toxicité plus important,
- « médicaments liste II » délivrés sur ordonnance et renouvelable. Les médicaments « liste I et II » sont donc à Prescription Médicale Obligatoire (PMO).
- « médicaments hors liste » délivrés ou non sur ordonnance (prescription médicale facultative : PMF), mais lorsqu'ils sont prescrits, peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Cette spécificité française, à savoir le possible remboursement des médicaments à PMF, est en partie à l'origine de la faible croissance de l'automédication en France [10-11].

En Angleterre, la distribution du médicament est tout autre, et favorise grandement l'automédication : c'est le système du quota de prescription. Le médecin reçoit en début d'année une somme d'argent dédiée au nombre et au coût des prescriptions, quelque soit le médicament (antalgiques, antihypertenseur, hypocholestérolémiant, anticancéreux...), qu'il a le droit de délivrer tout au long de l'année civile. Si en fin d'année, le praticien a dépassé ce quota il ne peut plus prescrire. On comprend alors pourquoi outre-manche, les médecins généralistes préconisent oralement les médicaments à PMF, en réservant leurs prescriptions aux médicaments à PMO. Cela va donc dans le sens du développement de l'automédication.

1.2.2 Le système de rémunération des médecins généralistes

Le système de rémunération des médecins français, en l'occurrence le paiement à l'acte, peut également être un frein au développement de l'automédication. En effet, ce système favorise la multiplicité des actes à l'initiative du médecin, ce qui permet indirectement de créer une relation médecin-patient plus forte. Le patient consulte donc plus facilement son médecin, en qui il a confiance, avant de s'automédiquer [11].

Dans les autres pays européens, en particulier au Royaume-Uni, le système de rémunération se base sur la capitation, c'est-à-dire que le médecin reçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera [12].

En Allemagne, la rémunération des médecins est plafonnée. « *Ce système consiste à définir un quota d'actes moyen par patient. Le plafond d'activité correspond à ce quota d'actes multiplié par le nombre de patients vus au moins une fois dans le trimestre* » [12]. Lorsque le plafond est atteint, le médecin n'est plus rémunéré.

Ces systèmes de rémunération sont en faveur du développement de l'automédication puisqu'ils favorisent moins la création de la relation médecin-patient.

1.2.3 Le libre-accès

Le développement de l'automédication au Royaume-Uni est également lié aux médicaments appelés « over the counter (OTC) » dont la traduction française serait « devant le comptoir ». Ces substances pharmaceutiques en libre accès se sont répandues sous l'impulsion des pouvoirs publics anglais au cours des années 1980 [13].

Dans le but de responsabiliser le patient vis-à-vis de sa santé, mais surtout dans un souci économique, le gouvernement français a mis en place en 2008 le libre accès aux médicaments [14]. Cette démarche est grandement soutenue par l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA) puisqu'elle voit en cette pratique une source financière indéniable en

redéfinissant les rôles des différents acteurs de la santé : « *le médecin doit soigner les pathologies lourdes et sévères, le pharmacien doit opérer le tri du premier recours et traiter lui-même les pathologies quotidiennes, les urgences s'occupant des maladies vitales* » [15].

Les médicaments en accès direct sont disposés dans un espace dédié, clairement identifié et situé à proximité immédiate des postes de dispensation des médicaments de façon à permettre un contrôle effectif du pharmacien. Ces médicaments sont non remboursables, leur prix est fixé librement par le pharmacien d'officine, et leur publicité est autorisée sous réserve qu'il n'existe pas la même spécialité délivrée seulement sur ordonnance.

Le gouvernement français a continué de promouvoir l'automédication puisque depuis 2013 la dispensation des médicaments par internet est autorisée [16]. Ainsi, toute pharmacie publique, dont le site internet est soumis à l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS), est autorisée à vendre des médicaments à PMF par voie électronique.

1.3 Profil du patient ayant recours à l'automédication

Malgré ces ouvertures ministérielles en France, les chiffres de l'automédication n'ont qu'une progression lente lors des dernières années, passant de 8% en 2006 [10] à 15,3% en 2013 [8].

Les raisons qui amènent un patient à recourir à l'automédication ne dépendent donc pas uniquement des spécificités des systèmes de santé (distribution du médicament, libre accès...), mais semblent plutôt directement liées à l'identité du patient, à ses croyances et ses convictions. Cela rejoint la définition sus-citée de *Fainzang* qui considère le patient dans sa globalité, et intègre donc l'automédication comme un réel comportement d'auto-soin.

Diverses études, que nous allons détailler, ont tenté de définir le profil socio-culturel du patient ayant recours à l'automédication.

Ainsi, les malades ont recours à cette pratique de soins lors de maladies ou symptômes qu'ils jugent bénins ou connus [6-11-17]. Entendons par maladies et symptômes bénins, les maux de gorge, la toux, les rhinites, la fièvre, les douleurs d'estomac, les maux de dos ou insomnie [6].

Un patient, en particulier âgé, consulte son médecin généraliste lorsqu'il considère que les symptômes sont sérieux ou lorsque ces derniers sont résistants à un traitement d'automédication [18].

L'automédication est privilégiée par les femmes en âge actif [11-17-19-20-21] et d'un niveau social élevé [11-21].

Les patients prenant déjà des médicaments, donc en moins bonne santé supposée, ont moins recours à l'automédication [11], tout comme ceux vivant en zone rurale [11].

Les médicaments les plus utilisés en automédication semblent être les analgésiques [20-22], et peuvent être issus soit de la pharmacie familiale [17] soit de l'accès libre pour des raisons de commodités [21-22].

Les raisons, pour lesquelles les patients ont recours à cette pratique de soins, sont multiples. Quand certains voient en l'automédication une déficience du médecin généraliste à l'origine d'une stratégie d'évitement ou de contournement du patient [6], d'autres y voient un gain de temps. C'est le cas particulièrement des cadres et artisans dont les journées de travail sont longues et se rendent donc directement en pharmacie sans passer par un avis médical [11]. L'automédication reviendrait moins chère à un patient dans le sens où elle évite une consultation médicale [19].

1.4 Risques de l'automédication

L'automédication est préconisée par certains, mais décriée - ou tout du moins à utiliser avec prudence - par d'autres, en particulier les médecins, qui voient en cette pratique un danger potentiel, et ce pour différentes raisons.

Premièrement, l'automédication peut être à l'origine d'un retard diagnostique surtout lorsque le patient se soigne plusieurs jours par ses propres moyens [23].

Deuxièmement, même utilisés à bon escient, les médicaments d'automédication sont, au même titre que ceux à PMO, susceptibles d'avoir des effets indésirables potentiellement graves. C'est ce que *Queneau* appelle « les risques sans mésusage du médicament » [24]. Il décrit également des risques liés au mésusage des médicaments (mauvaise posologie, indication inappropriée...) et aux interactions médicamenteuses [24].

Le mésusage des médicaments peut se faire avec des substances pharmaceutiques extrêmement courantes, et à priori dénuées d'effets indésirables, comme le paracétamol. Ainsi, selon une étude, de nombreux patients prennent plusieurs analgésiques, et donc potentiellement plusieurs molécules de paracétamol en méconnaissant le risque de surdosage [21].

Une autre étude multicentrique a montré que 1,7% des patients inclus aux urgences avaient présenté des effets indésirables liés à un comportement d'auto-soin. De même, 17,6% des patients, qui ont eu des effets indésirables médicamenteux, étaient des malades ayant eu recours à l'automédication. En comparaison aux effets indésirables liés à une prescription médicale, ceux liés à l'automédication étaient plus fréquemment d'ordre neurologique et psychiatrique. Plus de la moitié des médicaments d'automédication responsables de complications étaient des antalgiques [22].

Une étude a montré que l'automédication de certains médicaments, en particulier la codéine, pouvait être utilisée à des fins non thérapeutiques et ainsi être à l'origine d'une dépendance [25].

1.5 Place de l'automédication dans la décision médicale

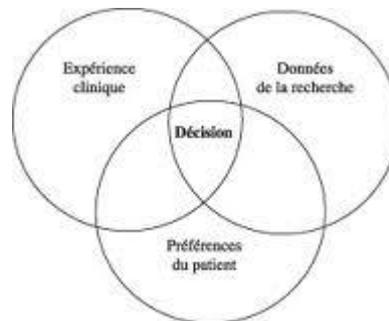
1.5.1 L'Evidence Based Medicine (EBM)

La décision médicale a été de tout temps une pratique complexe et délicate, du fait de son incertitude permanente. « *Du modèle hippocratique hypothético-déductif, où la relation médecin/patient était un colloque singulier et la décision se faisait à partir de la notion d'être individuel, a découlé de nos jours, avec l'évolution de la technologie et l'avènement de nouveaux examens complémentaires, un raisonnement statistico-déductif basé sur les preuves scientifiques et où la place de l'individu est moindre* » [26].

Bernard Grenier a décrit trois paradigmes de cette évolution perpétuelle de la médecine [27]. Ainsi, de 1950 à 1970, il s'agissait du paradigme de l'efficacité dans lequel la médecine était toute puissante. Il existait une confiance totale, voire aveugle, dans les progrès scientifiques et médicaux. De 1970 à 1990, c'était le paradigme de l'efficacité individuelle où il existait un recentrement de l'intérêt médical sur la personne et sa qualité de vie. C'était le patient qui donnait son avis sur ce qui était bon pour lui. C'est lors de cette période que sont nées les notions d'Evidence Based Medicine (EBM) et de Patient Centered-Medicine (PCM). Depuis 1990, il s'agit du paradigme de justification où la médecine est remise en cause à travers de nombreuses affaires (affaire du sang contaminé, affaire du MEDIATOR®...).

L'EBM, c'est-à-dire la médecine fondée sur les preuves scientifiques, a été créée au début des années 80 à la faculté de médecine Mc Master en Ontario. Cette approche de la décision médicale est considérée comme innovatrice par ses créateurs dans le sens où, même si la médecine n'est pas une science exacte, l'apport des statistiques et des études permet de réduire l'incertitude. Mais l'EBM a aussi été largement décriée. Ainsi, ses détracteurs voyaient en elle « *une prétendue supériorité d'une connaissance factuelle, statistique, impersonnelle et soi-disant objective sur les connaissances acquises* », tout cela au détriment « *de l'intuition, de l'expérience individuelle des rationnels physiopathologiques et de la qualité du raisonnement clinique* » qui sont les valeurs essentielles selon eux de la décision médicale [28].

Cependant, l'EBM ne se base pas seulement sur les résultats d'études. L'expérience clinique du médecin ainsi que les préférences des patients font parties intégrantes de cette approche, comme le suggère le schéma ci dessous.



Modèle de l'Evidence-Based Medicine (source : société française de médecine générale)

Pour répondre aux réfractaires, *Sackett et Haynes*, deux des fondateurs de l'EBM, ont défini en 1996 de façon plus précise ce processus en « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* » [29]. Dans cette nouvelle définition, les auteurs incluent pleinement le patient dans la décision médicale.

1.5.2 L'approche centrée sur le patient : Patient Centered-Medicine

La définition de l'EBM de *Sackett et Haynes* se rapproche d'une autre vision de la décision médicale : Patient Centered-Medicine (PCM) dont la traduction française serait : l'approche centrée sur le patient.

Cette notion a émergé à l'issue d'une étude menée à San Francisco par the Picker/Commonwealth program de 1988 à 1993. Cette dernière avait pour but de « *décaler l'attention des cliniciens, des personnels soignants, et des professionnels de santé, vers les patients et leur famille et donc loin des maladies* » [30]. A l'issue de ce programme, les auteurs ont suggéré sept domaines à aborder pour prendre une décision partagée : respecter les valeurs et les préférences des patients, coordonner les soins, aider à la santé physique, promouvoir l'information et

l'éducation, fournir un soutien émotionnel, impliquer la famille et les amis dans les soins, assurer une continuité entre les cliniciens et les traitements [31].

Depuis sa création, le PCM a fait l'objet de nombreuses études. Selon une revue de la littérature Cochrane, la décision partagée, et donc l'approche centrée sur le patient, permet d'améliorer les connaissances des patients et ainsi de diminuer leur conflit décisionnel lié à leur manque d'information. Elle permet également de stimuler les patients à prendre un rôle plus actif dans la relation [32].

Chewning et Sleath ont suggéré plusieurs approches de la PCM [33] : évaluer l'adhésion au traitement en proposant par exemple au patient la galénique qu'il préfère ; évaluer le ressenti du patient, c'est-à-dire sa qualité de vie face à sa maladie et à ses traitements, et non plus se focaliser seulement sur des signes cliniques ; prendre en compte l'automédication des patients et d'en évaluer son importance.

Cette vision de l'approche centrée sur le patient est donc complémentaire de celle décrit initialement par *Gerteis et al.* Ainsi, l'automédication s'inscrit pleinement dans une nouvelle démarche de soins où le patient y participe activement au sein d'une triade médecin-pharmacien-patient. Selon *Blenkinsopp et Bradley* [13], une automédication ne peut être efficace qu'en cas de bonne collaboration entre les pharmaciens et les médecins, mais aussi d'une alliance thérapeutique de qualité entre le patient et son médecin. Ce dernier point sous entend que ces deux acteurs doivent collaborer et échanger autour de cette pratique médicale. Le médecin semble donc jouer un rôle dans l'automédication même s'il est souvent exclu des définitions.

1.6 Discussions autour de l'automédication

En soins primaires, les échanges autour des médicaments prescrits sont variables. Ainsi, le taux de discussions médicamenteuses varie de 77% [34] à 92% des consultations [35]. Cependant le nom du médicament n'est évoqué que dans deux tiers des consultations [34-35]. De même, lorsqu'un nouveau médicament est

prescrit, le médecin donne des explications sur la posologie de ce dernier dans seulement 79% des cas [35]. Quant aux effets indésirables et aux modalités de prise des médicaments, ils ne sont évoqués respectivement que dans 42,9% et 77,4% des consultations par les médecins et encore moins par les pharmaciens 25,8% et 43,3% [36].

Force est de constater que les notions de décision partagée et d'approche centrée sur le patient ne sont pas toujours mises en œuvre lors des consultations. Par conséquent, les discussions autour des médicaments restent peu abordées.

L'automédication, étant une pratique dont la législation à changer récemment, nous pouvons nous demander alors quelle est sa place dans les discussions médicamenteuses lors des consultations de médecine générale.

Selon l'étude de *Stevenson et al* [34], 54% des consultations ont fait l'objet de discussion autour des médicaments OTC (26% initiées par le patient, 14% initiées par le médecin, 14% où le médecin supposait que son patient ait recours à cette pratique).

Une autre étude a montré que les patients mentionnaient spontanément leur pratique d'auto-soin dans 58% des cas [19]. Dans cette même étude, les médecins posaient la question de l'automédication à leurs patients dans 37% des cas.

Une étude américaine plus récente, a montré que 85,4% des patients pensaient que leur médecin était au courant de leur prise régulière de médicaments OTC mais seulement 46% en faisaient part [36].

L'absence d'échange autour de l'automédication peut avoir plusieurs explications. De nombreux patients voient en cette pratique l'obtention d'une autonomie. Par conséquent ils peuvent ressentir un sentiment de transgression vis-à-vis du corps médical et avoir donc peur d'être jugés [6]. Selon l'étude de *Sleath* [19], les causes de non révélation de l'automédication par les patients sont autres (par ordre de fréquence) : l'absence de raison d'en discuter (24%), la non exploration par le

médecin (23%), l'absence d'importance de le signaler au médecin (14%), et l'oubli du patient de le mentionner (13%).

1.7 Objectifs de l'étude

En France, du fait d'une histoire récente (autorisation des médicaments en accès libre seulement depuis 2008) et d'un système de santé différent des autres pays, la part d'automédication reste faible. Il n'existe pas d'étude ayant évalué la proportion de discussions entre patients et médecins à ce sujet lors d'une consultation de médecine générale, dans le cadre d'une maladie aiguë. Le profil du patient « français » reste également à définir. L'étude de *Thay* [37] a fait un premier état des lieux de cette question.

Notre étude complète celle de *Thay* en reprenant les mêmes modalités, mais en se déroulant sur une autre période.

Les questions abordées lors de notre travail sont :

- existe-t-il une discussion autour de l'automédication lors d'une consultation de médecine générale dans le cadre d'une maladie aiguë ?
- quelles sont les situations cliniques se prêtant aux échanges autour de l'automédication ? quels sont les patients y ayant recours ? quels médicaments sont utilisés ? existe-t-il un facteur saisonnier à l'automédication ?
- la discussion autour de l'automédication est elle initiée par le médecin ou par le patient ?
- existe-t-il des conséquences des échanges autour de l'automédication sur les décisions du médecin lors de la consultation ?

Notre étude s'inscrit dans un ensemble de recherches du programme AUTOMED, qui s'intéresse à la situation de l'automédication en France et de ses déterminants socio-démographiques et médicaux.

Partie 2 : Matériel et Méthode

2.1 Déroulement de l'étude

2.1.1 Périodes de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans des cabinets de médecine générale de Loire-Atlantique et de Vendée lors de deux périodes : vague 1 du 14 mai au 15 juin 2012 et vague 2 du 11 novembre au 21 décembre 2013.

2.1.2 Les enquêteurs

Les enquêteurs étaient des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes, en stage « praticien niveau 1 ». Ils étaient donc au minimum en 3^{ème} semestre de leur cursus d'internat.

Lors de la première vague, ils étaient au nombre de 56 (42 de sexe féminin). Un a été exclu d'emblée, car il effectuait son stage en dehors de la région. Lors de la deuxième vague, leur nombre était de 58 (39 de sexe féminin).

Chacun était rattaché à un groupe de Maîtres de Stage Universitaires (MSU) comprenant 2 à 5 médecins.

Le stage niveau 1 se déroule en trois phases : observation, supervision directe, supervision indirecte. La phase d'observation est celle où l'interne apprécie la façon dont le praticien exerce : fonctionnement d'un cabinet, démarche réflexive. Lors de la phase de supervision directe, l'étudiant est en action en présence du MSU, alors que lors de la supervision indirecte, il mène seul la consultation, le MSU étant absent du cabinet.

L'étude a eu lieu au début de leur stage, lors de la phase d'observation. Ainsi, le recueil des données n'était pas biaisé par l'interprétation de l'interne puisqu'il n'intervenait à aucun moment dans la consultation.

Les enquêteurs ont été formés lors de journées dédiées à cet effet : le 10 mai 2012 pour les internes de la vague 1 et le 5 novembre 2013 pour ceux de la vague 2. Ces journées ont eu lieu à la faculté de médecine de Nantes et ont été encadrées par des

membres du Département de Médecine Générale (DMG). Dans un premier temps, les informations sur le contenu et le déroulement de l'étude ont été délivrées aux enquêteurs. Dans un second temps, ces derniers ont participé à des jeux de rôles durant lesquels chacun jouait successivement le médecin, le patient, puis l'enquêteur. Cela a permis de les mettre en situation, et ainsi de lever différentes interrogations sur le protocole de recueil des informations.

2.1.3 Les médecins

Les médecins étaient des MSU rattachés à la faculté de médecine de Nantes. Ils exerçaient en Loire Atlantique ou en Vendée dans le cadre d'une activité libérale ou à « SOS médecins ».

Du fait de leur statut de MSU, ces praticiens recevaient en stage des internes de médecine générale et étaient donc susceptibles de participer, directement ou indirectement, à des études. Concernant la notre, ils ont été informés par une lettre émanant du DMG. Toutefois, la finalité exacte de l'étude ne leur a pas été dévoilée, afin de ne pas interférer avec leurs comportements.

124 médecins ont été inclus lors de la première vague et 148 lors de la deuxième.

2.1.4 Les patients

2.1.4.1 Critères d'inclusion

Chaque patient, quelque soit son âge, consultant pour un problème aigu a été inclus dans l'étude.

2.1.4.2 Population de référence

Nous avons cherché à savoir si la population de notre étude était différente de celle consultant habituellement en cabinets libéraux de médecine générale dans un contexte de pathologie aiguë. Pour cela, deux enquêtes correspondaient à ces critères : DREES 2006 [38] et ECOGEN [39]. Nous avons choisi l'étude ECOGEN, enquête nationale multicentrique, car elle a été réalisée selon le même protocole (les enquêteurs étaient des internes de médecine générale en stage niveau 1 chargés d'observer les consultations de leur MSU) et à la même période (l'étude s'est déroulée de décembre 2011 à avril 2012).

2.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies lors des périodes d'observation par les internes. Dans les salles d'attente des médecins, une affiche stipulait la présence de l'interne et le fait qu'une étude se déroulait. Toutefois, le thème de cette dernière était tenu secret. Les patients étaient libres de refuser la présence de l'interne lors des consultations.

La méthode de recueil de données par observation directe est une procédure visant à ne pas influencer le comportement du médecin et du patient. Elle permet donc de limiter l'effet Hawthorne (« *situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation* » [40]).

Ce protocole a été soumis et validé par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (référence 2013-04-07 du 22/04/2013) et par le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (décision DR 2014-39 du 18/07/2014).

La grille de recueil des données (**annexe 1**) à remplir était composée des items suivants :

- les caractéristiques des patients : sexe, âge, profession, commune de résidence
- le motif de consultation
- la mention d'une automédication par le patient, l'exploration de l'automédication par le médecin, et le traitement pris le cas échéant
- le résultat de la consultation
- la nature des prescriptions finales : délivrance d'un médicament ou non, d'un examen complémentaire ou non, demande d'un avis spécialisé ou non
- la prise en compte du médecin de l'automédication du patient : a-t-il donné l'impression à l'interne d'avoir changé son comportement final du fait de la révélation de l'automédication ?

- l'existence ou non d'un tiers payant : Couverture Maladie Universelle (CMU) ou Aide Médicale d'Etat (AME).

Pour ne pas entraver la consultation, les internes avaient pour consignes de récupérer les informations manquantes à la fin de la consultation.

2.3 Exploitation des données

Les données ont été saisies par une seule personne, le thésard, via le logiciel Excel 2007.

Dans un second temps, des items ont été créés, à partir de ces données, afin de faciliter nos analyses :

(I) le code INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) de la commune du médecin et de celle de résidence du patient, informations disponibles sur <http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/cog/>

(II) le type de commune : rurale ou urbaine dont la définition de l'INSEE est disponible sur <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>

(III) les communes des médecins ont été regroupées en 8 groupes par les géographes du laboratoire espace et société du CNRS (organisme associé à notre recherche). Elles ont été regroupées par bassins de vie (INSEE 2010), eux même regroupés avec un souci de cohérence à partir des connaissances empiriques sur les habitudes de vie et les pratiques de mobilités régulières des populations d'un bassin à un autre :

- zone 1 : Saint Nazaire et ses environs
- zone 2 : Nord de la Loire-Atlantique
- zone 3 : ville de Nantes
- zone 4 : agglomération nantaise
- zone 5 : Est de la Loire-Atlantique et Nord-Est de la Vendée

- zone 6 : littoral Atlantique
- zone 7 : la Roche sur Yon et ses environs
- zone 8 : Sud de la Vendée.

(IV) la population des communes des médecins et patients selon le recensement datant de 2012 <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/default.asp>

(V) la moyenne de nombre de consultations quotidienne de chaque médecin (information donnée par les enquêteurs)

(VI) la classification socio-professionnelle des professions selon l'INSEE disponible <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

(VII) la codification des motifs de consultation et des diagnostics selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) (**annexe 2**) <http://www.refcisp.info/index.php5?page=listeCodes&rubrique=consultation>

(VIII) la distance entre la commune de résidence du patient et la commune du médecin a été calculée par l'intermédiaire du site via michelin <http://www.viamichelin.fr/>. L'option « trajet le plus rapide » a été utilisée pour calculer ces distances.

(IX) les médicaments ont été codés selon la classification Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) disponible sur <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>. La catégorie « praticien » regroupait les acteurs de santé tels que les kinésithérapeutes, les ostéopathes, les magnétiseurs... La catégorie « divers » correspondait aux médicaments non répertoriés dans la classification ATC.

(X) Les médicaments ont été regroupés en 4 groupes :

- les stupéfiants : délivrés sur une ordonnance sécurisée valable 28 jours au maximum
- liste I : délivrés sur ordonnance simple mais non renouvelable, car à risque de toxicité plus important

- liste II : délivrés sur ordonnance et renouvelable
- hors liste : délivrés ou non sur ordonnance (médicaments à PMF)

Dans un troisième temps, des données ont été catégorisées afin de faciliter l'analyse des données :

(I) classification des patients en fonction des classes d'âge définies par l'étude ECOGEN (moins de 5 ans, 5-14 ans, 15-29 ans, 30-44 ans, 45-59 ans, 60-74 ans, plus de 75 ans). L'âge «0 » a été attribué aux patients âgés de moins de 6 mois.

(II) les médecins ont été remplacés par des numéros afin d'anonymiser les données. Si un médecin participait aux deux vagues, il gardait le même numéro. Le même procédé d'anonymisation a été effectué pour les internes.

(III) les patients, chez qui le tiers payant a été effectué, à savoir AME et CMU, ont été regroupés sous la même catégorie, compte tenu du faible nombre d'AME.

(IV) les distances, entre le cabinet et la commune de résidence des patients, ont été divisées en 2 classes : moins de 5km et plus de 5km (la moyenne étant de 4,6km).

(V) le nombre de consultations par MSU a été dichotomisé en 2 groupes : moins de 25 consultations, plus de 25 consultations (moyenne de 25,4).

(VI) certains motifs de consultation ont été regroupés sous une même catégorie car leur nombre était faible. La catégorie « divers » regroupait les systèmes hématologiques, endocriniens, cardio-vasculaires, sociaux. Les problèmes ophtalmologiques et auriculaires ont été réunis dans la catégorie « tête et cou ». Les problèmes génitaux étaient composés des symptômes concernant la grossesse et les systèmes génitaux féminins et masculins. Les problèmes généraux comprenaient les symptômes comme la fièvre, un malaise. Le symptôme « fatigue » a été classé dans les motifs psychiatriques.

(VII) une variable « Fois » a été créée afin de faire la distinction entre les médecins ayant participé une fois à l'étude (codés 0) et ceux y ayant participé deux fois (codés 1). De cette façon, nous voulions savoir si le fait de participer aux deux vagues avait influencé le comportement des médecins (effet de sensibilisation Hawthorne).

2.4 Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA MP 11.2 (StataCorp LP, College Station Texas).

Nous avons cherché à savoir si une variable (la variable explicative) influençait la variable d'intérêt (ici l'automédication) en calculant l'Odds Ratio (OR). L'OR est une mesure statistique utilisée en régression logistique qui permet de calculer l'effet d'un facteur. C'est une approximation du risque relatif. Lors de l'analyse, l'OR a été calculé grâce à la commande « logistic » dans STATA dans le cadre d'une analyse bivariée. Le risque de première espèce « alpha », c'est-à-dire le risque de conclure à une différence alors qu'elle n'existe pas, était de 5%.

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse multivariée en régression logistique grâce à la commande « xi : sw logistic » dans le logiciel STATA. A la différence de l'analyse bivariée, l'analyse multivariée permet d'étudier les relations entre la variable d'intérêt et les variables explicatives de façon simultanée en réalisant un ajustement. Ce dernier consiste à définir l'influence d'une variable explicative sur la variable d'intérêt, tout en prenant compte les facteurs de confusion induits par les autres variables explicatives (appelées alors co-variables). On obtient alors un OR ajusté qui est un outil statistique plus puissant que l'OR non ajusté, dans le sens où il est calculé en prenant en compte l'existence d'éventuels facteurs de confusion.

La recherche de déterminants de la communication autour de l'automédication pourrait, compte tenu de la nature binaire de la variable d'intérêt, se satisfaire de l'utilisation de modèles logistiques habituels. Toutefois, un modèle logistique classique, s'appuyant sur des hypothèses similaires à celles du modèle linéaire, requiert l'indépendance des résidus aléatoires introduits dans le modèle. Or, cette hypothèse d'indépendance n'est pas vraisemblable dans le cas de nos données qui sont hiérarchisées : chaque étudiant observe plusieurs praticiens et chaque professionnel reçoit plusieurs patients. Ainsi, deux séances réalisées par un même professionnel auront peut-être tendance à se ressembler davantage que deux séances réalisées par deux praticiens différents. Ce phénomène, connu sous le nom

de corrélation des résidus, est problématique pour la fiabilité d'un modèle logistique, particulièrement dans l'optique d'une prise en compte des caractéristiques du professionnel. En effet cela génère, d'une part, une mésestimation des paramètres, et d'autre part, une sous-estimation des écarts-types. Il existe une famille de modèles conçus spécifiquement pour prendre en compte ce type de contraintes : il s'agit des modèles linéaires hiérarchiques.

Cette approche sera explorée ultérieurement, mais étant trop compliquée à mettre en oeuvre, elle n'a pas été réalisée pour la thèse.

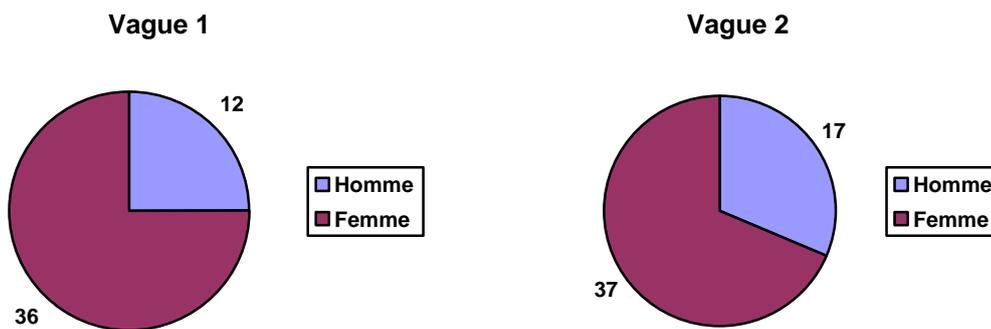
Partie 3 : Résultats

3.1 Population de l'enquête

3.1.1 Caractéristiques des enquêteurs (figure 1)

102 enquêteurs (internes de médecine générale) ont participé à l'étude : 48 lors de la vague 1 (période du 14 mai au 15 juin 2012) et 54 lors de la vague 2 (période du 11 novembre au 21 décembre 2013). Ces enquêteurs étaient principalement de sexe féminin (73/102 soit 71,6%). Cette majorité féminine se vérifiait lors des deux vagues, respectivement 36/48 soit 75% et 37/54 soit 68,5%.

Figure 1 : caractéristiques des enquêteurs



3.1.2 Caractéristiques des médecins (tableau I)

124 praticiens ont participé à l'étude lors de la vague printanière et 148 lors de la vague automnale. Au total, 184 médecins ont été inclus car 88 d'entre eux ont participé aux deux vagues : 116 hommes (63%) et 68 femmes (37%).

La distribution du sexe des médecins était quasiment identique lors des deux vagues, avec respectivement 45 femmes (36,3%) lors de la vague 1 et 56 (37,8%) lors de la vague 2.

La moyenne d'âge des médecins était de 51,1 ans (32-69) avec un écart-type de 8,2. Ces résultats correspondent à ceux des médecins de la vague 2. En effet, le recueil de l'âge des praticiens a eu lieu seulement lors de la vague automnale. L'âge moyen des médecins de la vague 1, qui correspond à celui des médecins communs aux deux vagues, était de 52,4 ans (33-67) et l'écart type de 7,5.

Les médecins de l'étude exerçaient principalement en zone urbaine (84,8%) et ce de façon identique dans les deux vagues (respectivement 85,5% et 85,1%).

Les MSU participant à l'étude exerçaient principalement dans la périphérie nantaise (zone 4 : 20,7%) ou sur le littoral Atlantique (zone 6 : 20,1%). Il y avait seulement 4,3% des médecins qui exerçaient dans le Nord de la Loire-Atlantique (zone 2).

Lors des deux vagues, les médecins exerçaient surtout en périphérie nantaise (vague 1 : 22,6% et vague 2 : 22,3%). Il y avait plus de médecins exerçant dans la région de la Roche sur Yon lors de la période 1 que lors de la période 2 (12,1% vs 6,7%).

Tableau I : caractéristiques des médecins de l'étude

	Vague 1 (printemps 2012)	Vague 2 (automne 2013)	Total étude	p
Effectif	124	148	184	
Sexe				
Féminin	45 (36,3%)	56 (37,8%)	68 (37%)	0,7
Masculin	79 (63,7%)	92 (62,2%)	116 (63%)	
Age				
Moyenne	52,4 ans	51,1 ans	51,1 ans	
Ecart-type	7,5	8,2	8,2	
Type d'exercice				
Rural	18 (14,5%)	22 (14,9%)	28 (15,2%)	0,9
Urbain	106 (85,5%)	126 (85,1%)	156 (84,8%)	
Zone d'exercice				
Saint Nazaire	19 (15,3%)	24 (16,2%)	29 (15,8%)	Non testé
Nord Loire-Atlantique	7 (5,6%)	7 (4,7%)	8 (4,3%)	
Nantes	15 (12,1%)	21 (14,2%)	25 (13,6%)	
Périphérie Nantes	28 (22,6%)	33 (22,3%)	38 (20,7%)	
Nord-Est Vendée	11(8,8%)	11 (7,4%)	15 (8,1%)	
Littoral Atlantique	21 (16,9%)	29 (19,6%)	37 (20,1%)	
La Roche sur Yon	15 (12,1%)	10 (6,7%)	17 (9,2%)	
Sud Vendée	8 (6,5%)	13 (8,8%)	15 (8,1%)	

3.1.3 Caractéristiques des patients

3.1.3.1 Population de référence

3680 patients ont été inclus lors de notre enquête et 10795 patients ont consultés pour une affection aiguë lors de l'étude ECOGEN (**tableau II**).

Dans ces deux enquêtes, les femmes étaient majoritaires (57% pour notre étude et 58,5% pour l'étude ECOGEN).

La population de notre étude était essentiellement composée de patients de moins de 29 ans (40,5%). Les patients âgés entre 30 et 44 ans y représentaient 38,5%, et ceux de plus de 60 ans seulement 21%.

La distribution de l'âge dans la population ECOGEN était sensiblement identique à celle de notre étude : les patients âgés de moins de 29 ans (42%) et de 30 à 59 ans (35,2%) étaient majoritaires et les plus de 60 ans minoritaires (22,8%).

Du fait d'un grand nombre de patients mineurs dans notre étude, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des personnes n'ayant pas d'activité professionnelle (37,2%). Cependant, il est à noter qu'au sein même de cette catégorie, nous n'avons pas fait la distinction entre les personnes mineures, les étudiants, les chômeurs, les femmes au foyer, les personnes en invalidité... Les retraités représentaient 20,8% de la population de notre enquête. Chez les patients actifs professionnellement, les catégories les plus représentées étaient les employés (12,9%) et les ouvriers (10,7%). Les agriculteurs ne représentaient que 1,1% de notre population.

La population ECOGEN était composée principalement de patients n'ayant pas d'activité professionnelle (40,7%) et de retraités (20,4%). Il y avait plus d'employés dans la population ECOGEN (19,7%) et moins d'ouvriers (3,6%) que dans la population de notre étude. Les agriculteurs étaient également minoritaires (0,4%) dans la population ECOGEN.

Au vu de ces premiers résultats, on peut conclure que la population de notre étude est assez comparable à celle de l'enquête ECOGEN : même proportion de femme, même proportion de patients de moins de 30 ans, même proportion de retraités.

Tableau II : caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

	Population étude	Population de comparaison
Effectif	3680	10795
Sexe		
Féminin	2097 (57%)	6315 (58,5%)
Masculin	1557 (42,3%)	4480 (41,5%)
Age		
< 29 ans	1484 (40,5%)	4527 (42%)
30-59 ans	1411 (38,5%)	3805 (35,2%)
> 60 ans	769 (21%)	2463 (22,8%)
Profession		
Agriculteurs	37 (1,1%)	38 (0,4%)
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	153 (4,4%)	306 (2,8%)
Cadres et professions intellectuelles	173 (4,9%)	617 (5,7%)
Professions intermédiaires	285 (8,1%)	716 (6,6%)
Employés	454 (12,9%)	2143 (19,7%)
Ouvriers	375 (10,7%)	390 (3,6%)
Retraités	731 (20,8%)	2197 (20,4%)
Personnes sans activités professionnelles	1310 (37,2%)	4397 (40,7%)

3.1.3.2 Distribution des patients en fonction des vagues

(tableau III)

1597 patients ont été inclus lors de la vague 1 (printemps 2012) et 2083 lors de la vague 2 (automne 2013). Dans les deux cas, on retrouvait une majorité féminine (59% lors de la vague 1 et 56,2% lors de la vague 2) Il y avait 26 patients dont le sexe n'avait pas été renseigné (0,7%).

L'âge moyen de la vague printanière était supérieur à celui de la vague automnale (40,6 ans vs 34,3 ans) reflétant ainsi un nombre de consultations plus important des nourrissons et enfants en période automnale.

Les patients de l'étude résidaient principalement en zone urbaine (79,8%).

Les patients consultant pour une maladie aiguë habitaient principalement en périphérie de Nantes (zone 4 : 24,6%) ou sur le littoral Atlantique (zone 6 : 19,8%). Le Nord du département de Loire-Atlantique (zone 2) était celle où il y a eu le moins de patients inclus (5,4%).

Lors de la vague 1, la périphérie nantaise était la zone où le plus de patients a été inclus (29,7%) puis venait le littoral Atlantique (18,1%). Lors de la vague 2, le littoral Atlantique était la zone la plus représentée (21,2%) devant la périphérie nantaise (20,6%). Dans les deux périodes, le nord de la Loire-Atlantique était la zone la moins étudiée (respectivement 5,5% et 5,3%).

Cette distribution des patients, en fonction des zones étudiées, suit logiquement celle des médecins de l'étude.

Tableau III : distribution de la population étudiée en fonction des périodes de recueil

	Vague 1 (printemps 2012)	Vague 2 (automne 2013)	Total étude	p
Effectif	1597	2083	3680	
Sexe				
Féminin	928 (59%)	1169 (56,2%)	2097 (57%)	0,09
Masculin	645 (41%)	912 (43,8%)	1557 (42,3%)	
Age moyen	40,6 ans	34,3 ans	37 ans	<0,001
Zone de résidence				
Urbaine	1286 (81,2%)	1590 (78,8%)	2876 (79,8%)	0,07
Rurale	297 (18,8%)	429 (21,2%)	726 (20,2%)	
Zone d'habitation				
Saint Nazaire	190 (11,9%)	339 (16,3%)	529 (14,4%)	Non testé
Nord Loire-Atlantique	88 (5,5%)	110 (5,3%)	198 (5,4%)	
Nantes	177 (11,1%)	307 (14,7%)	484 (13,2%)	
Périphérie Nantes	474 (29,7%)	430 (20,6%)	904 (24,6%)	
Nord-Est Vendée	104 (6,5%)	129 (6,2%)	233 (6,3%)	
Littoral Atlantique	289 (18,1%)	441 (21,2%)	730 (19,8%)	
La Roche sur Yon	165 (10,3%)	106 (5,1%)	271 (7,4%)	
Sud Vendée	110 (6,9%)	221 (10,6%)	331 (9%)	

3.1.3.3 Caractéristiques de la population étudiée en fonction de l'âge (tableau IV)

Quasiment les trois quarts des patients résidaient à moins de 5 kilomètres du cabinet médical (74,5%). Exception faite des 30-44 ans, où le taux était de 69%.

Les patients âgés de moins de 60 ans vivant à moins de 5 kilomètres du cabinet étaient moins nombreux (2061/2895 soit 71,2%) que ceux âgés de plus de 60 ans (590/769 soit 76,7%), et ce de façon significative ($p=0,002$).

Il y avait moins de femmes chez les moins de 15 ans (49,3%) que chez les plus de 15 ans (59,7%) et ce de façon significative ($p<0,001$).

Quelque soit la classe d'âge, le taux de patients habitant en zone rurale était aux alentours de 20%.

On peut conclure de ce tableau que la population étudiée était globalement distribuée de façon harmonieuse en fonction des classes d'âge.

Tableau 4 : caractéristiques de la population étudiée en fonction des classes d'âge

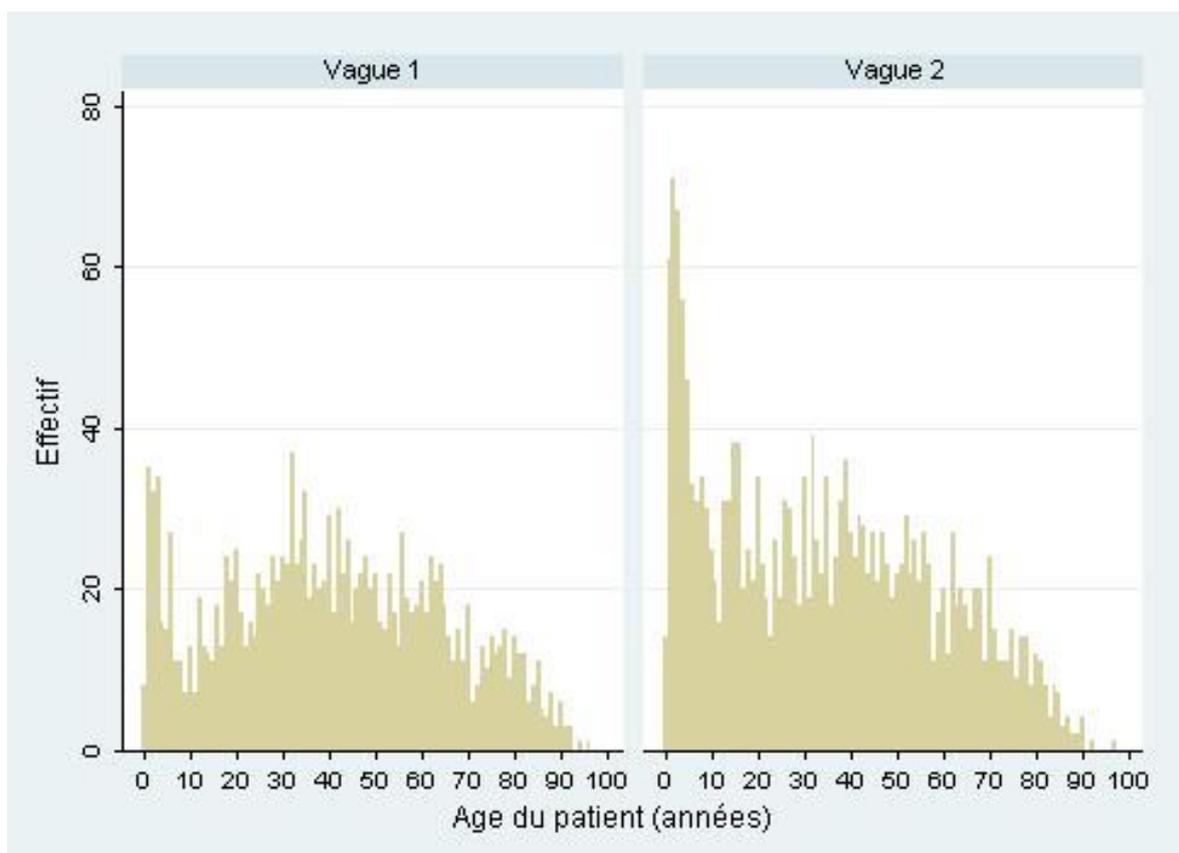
Classe d'âge	% (n)	Proportion femmes	Zone rurale	Distance au cabinet < 5km
< 15 ans	22,6% 827	49,3% (399/810)	21,5% (172/801)	75,7% (604/827)
15-29 ans	17,9% 657	59,4% (390/657)	16,4% (106/646)	74,3% (475/657)
30-44 ans	21,4% 785	58% (455/785)	22,3% (171/765)	69% (527/785)
45-59 ans	17,1% 626	59,5% (372/625)	20,4% (125/613)	74,7% (455/626)
60-74 ans	13,2% 483	62% (299/482)	18,6% (89/479)	79% (373/483)
> 75 ans	7,8% 286	61,7% (176/285)	21,8% (62/284)	77,8% (217/286)
Total	3664	57,4% (2091/3644)	20,2% (725/3588)	74,5% (2651/3664)

La figure 2 représente la distribution des âges dans la population étudiée en fonction des vagues.

Les patients inclus étaient plus jeunes dans la vague 2. Lors de cette période, la moyenne d'âge était de 34,3 ans (écart-type de 24,0) alors qu'elle était de 40,6 ans (écart-type de 23,7) dans la vague 1. Cette différence était significative ($p < 0,001$)

La distribution de l'âge lors de la vague 1 avait tendance à s'inscrire dans une distribution gaussienne. En revanche, lors de la vague 2, la distribution était inégale avec un pic de fréquence dans la population âgée de moins de 5 ans. Concernant les autres catégories d'âge, leurs proportions entre les deux vagues étaient similaires.

Figure 2 : distribution de l'âge des patients en fonction des vagues



3.2 Principaux résultats

Le **tableau V** montre que le thème de l'automédication, qu'il y ait eu prise de médicaments ou non, a été abordé dans plus de deux tiers des consultations (68,9% 2533/3678). Le taux de discussion à ce sujet était quasi identique entre la vague 1 (1074/1597 soit 67,3%) et la vague 2 (1459/2081 soit 70,1%) avec $p=0,07$.

50,8% des consultations ont fait l'objet d'un échange autour d'au moins un médicament pris en automédication (1870/3680). On parlait plus de médicament lors de la vague 2 (53,6%) que lors de la vague 1 (47,2%) de façon significative ($p<0,001$).

Le patient parlait spontanément d'automédication à son médecin dans 41,2% des consultations (1514/3676).

Le médecin s'informait de cette pratique chez ces patients dans 49,3% des cas (1807/3663) et ce d'autant plus si le patient en avait parlé (788/1500 soit 52,5% vs 1017/2161 soit 47,1%).

Ces résultats étaient quasi-identiques entre les deux vagues (mention par le patient $p=0,28$ et exploration par le médecin $p=0,84$).

Tableau V : discussion autour de l'automédication

	Vague 1 (printemps 2012)	Vague 2 (automne 2013)	Total étude	p
Discussion autour de l'automédication	67,3% (1074/1596)	70,1% (1459/2081)	68,9% (2533/3678)	0,07
Mention par patient	42,2% (673/1595)	40,4% (841/2081)	41,2% (1514/3676)	0,28
Exploration par médecin	49,5% (788/1591)	49,2% (1019/2072)	49,3% (1807/3663)	0,84
Discussion autour d'un médicament	47,2% (753/1597)	53,6% (1117/2083)	50,8% (1870/3680)	<0,001

3.3 Motifs de consultation

3.3.1 Fréquence des motifs de consultation (figure 3)

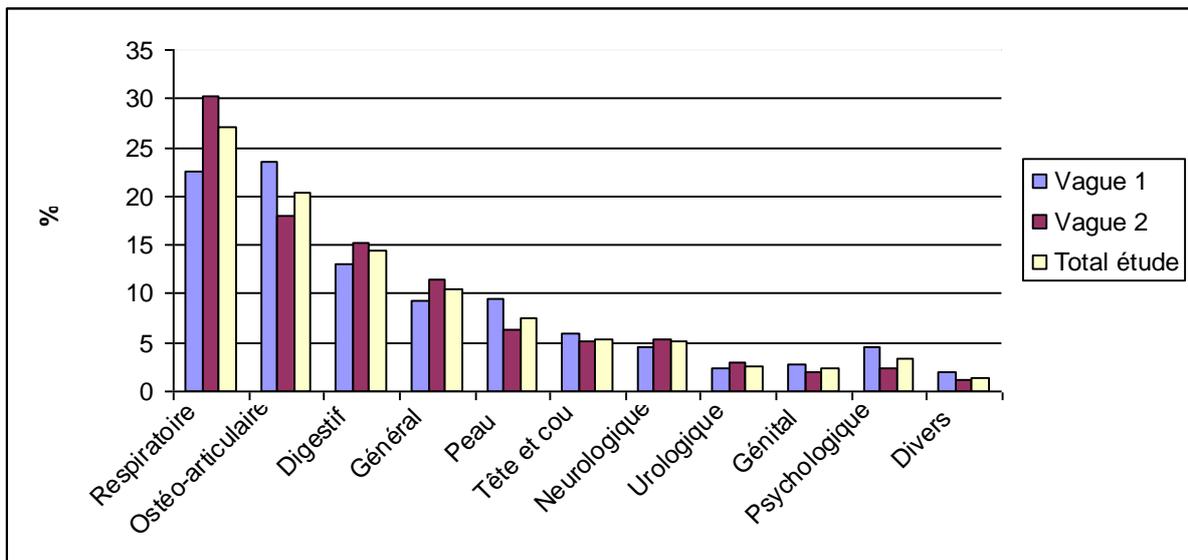
Sur l'ensemble de l'étude, les principaux motifs de consultations étaient respiratoire (27%), ostéo-articulaire (20,3%) et digestif (14,4%).

Lors de la vague 1, en période printanière, les principales plaintes étaient d'ordre ostéo-articulaire (23,6%), respiratoire (22,5%) et digestive (11,5%), alors que lors de la vague 2, en période automnale, elles étaient surtout d'ordre respiratoire (30,2%), ostéo-articulaire (17,9%) et digestive (15,3%).

Il y avait plus de consultation pour problème dermatologique lors de la vague 1 que lors de la vague 2 (9,5% vs 6,3%) de façon significative ($p < 0,001$). On observait la même tendance pour les plaintes psychologiques (4,5% vs 2,4%) avec une différence significative ($p < 0,001$).

Concernant les plaintes d'ordre général, « tête et cou », neurologique, urologique, génital et divers, leurs fréquences étaient sensiblement identiques entre les deux vagues.

Figure 3 : fréquence des motifs de consultation dans le cadre de maladies aiguës



3.3.2 Distribution des patients en fonction des motifs de consultation (**tableau VI**)

Les plaintes d'ordre urologique, génital, neurologique et psychologiques touchaient respectivement les femmes à 82,7%, 80,4%, 62,3% et 61,2%. A contrario, les plaintes d'ordre général et « tête et cou » étaient celles où il y avait le plus de plaintes émanant des hommes (respectivement 49,2% et 47,4%).

Les problèmes urologiques concernaient les patients habitant en zone rurale dans 28,4%. Les soucis psychologiques touchaient les patients vivant en ruralité dans 13,2%.

Les plaintes d'ordre général (48,7%), « tête et cou » (40,8%) et respiratoire (32,4%) touchaient surtout les patients âgés de moins de 15 ans.

Les plaintes ostéo-articulaires prédominaient chez les patients de 30 à 59 ans (52,1%).

Les motifs de consultation d'ordre digestif étaient surtout des plaintes de patients jeunes âgés de moins de 30 ans (50,8%).

Les problèmes d'ordre neurologique atteignaient de façon assez semblable les patient âgés de 15 à 74 ans (15-29 ans : 19,8%) (30-44 ans : 22,8%) (45-59 ans : 19,8%) (60-74 ans : 20,3%).

Les plaintes génitales (61,9%) touchaient les patients âgés de 15 à 44 ans.

Les soucis psychologiques concernaient surtout les patients âgés de 30 à 44 ans (29,3%) et ceux de 45-59 ans (24,1%).

Les symptômes urologiques étaient surtout des plaintes de patients âgés de 15 à 29 ans (27,9%).

Les motifs de consultation d'ordre digestif (45%), neurologique (44,9%) et général (48,1%) étaient ceux où le patient faisait souvent part de ses pratiques d'autosoins. A contrario, les plaintes psychologiques (26,1%), génitales (27,1%) et urologiques (35,6%) n'étaient pas propices à la mention d'une automédication par le patient.

Les plaintes ostéo-articulaires (53,2%) et digestifs (54,1%) étaient propices à l'exploration de l'automédication par le médecin. Quand le patient consultait pour un souci urologique (36,6%), génital (42,4%) ou psychologique (43,1%) le médecin s'intéressait moins à l'automédication.

Tableau VI : distribution des patients en fonction des motifs de consultation

Motifs de consultation	N	% de femmes	% de patients résidant en zone rurale	% par classes d'âge						Mention d'automédication par le patient	Exploration d'automédication par le médecin	
				< 15 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	> 75 ans			
Respiratoire	952											
%	25,9	55,9	20,2	32,4	17,2	19	13,1	11,1	7,2	42,8	49,0	
Ostéo-articulaire	885											
%	24	54,9	19,9	5,3	15,7	26	26,1	17,6	9,2	40,4	53,2	
Digestif	493											
%	13,4	58,3	19,2	23,6	27,2	18,7	12,8	11,6	6,1	45,0	54,1	
Problème général	312											
%	8,5	50,8	19,2	48,7	10,7	13,6	11,6	9,4	6,1	48,1	50,8	
Peau	315											
%	8,6	55,8	22,3	27,9	15,7	23,1	13,8	11,9	7,7	40,6	45,2	
Tête et cou	196											
%	5,3	52,6	21,4	40,8	12,2	18,9	13,3	8,7	6,1	36,7	45,6	
Neurologique	167											
%	4,5	62,3	19,5	7,8	19,8	22,8	19,8	20,3	9,6	44,9	44,3	
Urologique	104											
%	2,8	82,7	28,4	6,7	27,9	17,3	18,3	15,4	14,4	35,6	36,6	
Génital	83											
%	2,5	80,4	20,5	9,8	27,1	34,8	14,1	12,0	2,2	27,1	42,4	
Psychologique	116											
%	3,2	61,2	13,2	4,3	20,7	29,3	24,1	11,2	10,3	26,1	43,1	
Divers	48											
%	1,3	72,9	16,7	4,2	14,6	33,3	18,8	14,6	14,6	18,9	45,8	
Total	3679	57,3	20,2	22,6	17,9	21,4	17,1	13,2	7,8	41,2	49,3	

3.4 Médicaments observés lors de l'étude

3.4.1 Médicaments utilisés en automédication (tableau VII)

2291 médicaments ont été pris en automédication durant l'étude : 927 lors de la vague 1 et 1364 lors de la vague 2.

Les médicaments du système nerveux, dont les antalgiques font partie, étaient les médicaments les plus consommés en automédication (47,6%). Il y avait plus de médicaments de ce système pris en automédication lors de la vague 2 (51%) que lors de la vague 1 (42,7%), de façon significative ($p < 0,001$).

D'autres médicaments, comme ceux à visée musculo-squelettique (11,6%), respiratoire (11,4%) et digestive (9,8%), étaient de même fréquemment utilisés en automédication.

Les médicaments à visée digestive étaient utilisés de façon identique entre les deux vagues, respectivement 9,6% et 9,9% ($p = 0,83$).

Malgré un nombre de consultations pour problème ostéo-articulaire plus important lors de la vague 1 (**figure 3**), les médicaments à visée musculo-squelettique étaient utilisés de façon similaire entre les deux vagues (respectivement 12% et 11,4% ; $p = 0,69$).

1% de la population étudiée a déclaré avoir pris de l'homéopathie en automédication. 1,7% des médicaments étaient des anti-infectieux par voie générale, et seulement 0,2% des anti-parasitaires.

Tableau VII : classes médicamenteuses utilisées en automédication

Classification ATC des médicaments	Vague 1 (printemps 2012)	Vague 2 (automne 2013)	Total étude	p
Digestif et métabolique	9,6% (89/927)	9,9% (135/1364)	9,8% (224/2291)	0,83
Sang et organes hématopoïétiques	0,1% (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)	0,40
Cardio-vasculaire	0,5% (5/927)	0,7% (10/1364)	0,7% (15/2291)	0,79
Dermatologique	5,4% (50/927)	3,2% (44/1364)	4,1% (94/2291)	0,01
Génito-urinaire et hormones sexuelles	0,1% (1/927)	0,3% (4/1364)	0,2% (5/2291)	0,65
Hormones systémiques	1% (9/927)	0,7% (10/1364)	0,8% (19/2291)	0,64
Anti-infectieux généraux	1,9% (18/927)	1,5% (21/1364)	1,7% (39/2291)	0,51
Praticiens	4,5% (42/927)	2,7% (37/1364)	3,4% (79/2291)	0,03
Muscle et squelette	12% (111/927)	11,4% (155/1364)	11,6% (266/2291)	0,69
Système nerveux	42,7% (396/927)	51% (695/1364)	47,6% (1091/2291)	<0,001
Anti-parasitaires	0,4% (4/927)	0,1% (2/1364)	0,2% (6/2291)	0,23
Respiratoire	12,9% (120/927)	10,4% (142/1364)	11,4% (262/2291)	0,07
Organes sensoriels	2,2% (20/927)	1% (14/1364)	1,5% (34/2291)	0,03
Homéopathie	0,8% (7/927)	1,2% (17/1364)	1% (24/2291)	0,30
Divers	5,8% (54/927)	5,7% (78/1364)	5,8% (132/2291)	0,93

Comme cité précédemment (**figure 3**), il y avait plus de consultations pour motifs respiratoires en automne (vague 2) qu'au printemps (vague 1). Pourtant, les médicaments d'ordre respiratoire étaient plus souvent utilisés en automédication lors de la vague 1 (12,9%) que lors de la vague 2 (10,4%). Cette différence était proche du seuil de signification ($p=0,07$).

Ce résultat était principalement dû à une prise d'anti-histaminique plus importante au printemps qu'en automne (2,9 % vs 0,9% ; $p<0,001$) (**annexe 3**).

La période d'étude n'avait pas d'incidence sur la consommation des autres médicaments à visée respiratoire (maux de nez $p=0,7$; maux de gorge $p=0,6$; syndrome obstructif $p=0,7$; toux $p=0,8$).

D'après l'**annexe 3**, les antalgiques (45,4%) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (9,3%) étaient les médicaments les plus utilisés.

Les médicaments des troubles fonctionnels intestinaux (4,1%) les anti-diarrhéiques (2,9%) et les topiques musculaires (2,1%) étaient également des substances pharmaceutiques couramment consommées sans avis médical.

Il y avait plus de recours à l'ostéopathie (2%) qu'à la kinésithérapie (1,2%) ($p=0,03$).

18 patients ont utilisé des corticoïdes en automédication soit 0,8%, et 34 ont pris des antibiotiques soit 1,5%. Seulement 5 patients (0,2%) ont déclaré avoir pris des anti-helminthiques.

En dehors des médicaments à visée dermatologique, les autres substances thérapeutiques utilisées en automédication étaient sensiblement les mêmes entre les deux vagues.

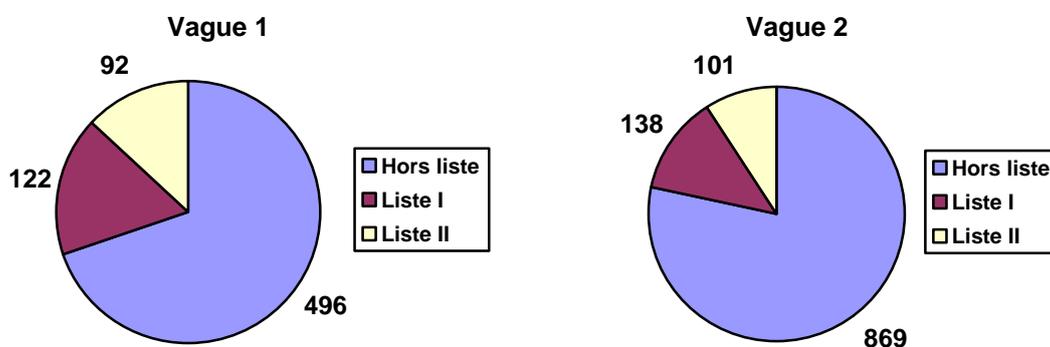
La **figure 4** illustre la distribution des médicaments en fonction de leur délivrance en pharmacie.

Durant l'étude, les médicaments classés « hors liste » étaient ceux les plus utilisés en automédication (1365/1818 soit 75,1%). Parmi les médicaments à PMO, ceux de la liste I étaient pris plus souvent en automédication (260/1818 soit 14,3%) que ceux de la liste II (193/1818 soit 10,6%).

De façon significative ($p<0,001$), il y avait plus de médicaments à PMO pris en automédication lors de la vague 1 (liste I : 17,2% et liste II : 12,9%) que lors de la vague 2 (liste I : 12,4% et liste II : 9,1%).

Les médicaments « hors liste » ont surtout été consommés lors de la vague 2 (78,4% vs 69,8% ; $p<0,001$).

Figure 4 : distribution des médicaments en fonction de leur délivrance en pharmacie



3.4.2 Distribution des patients en fonction des classes médicamenteuses (**tableau VII**)

Les femmes avaient tendance à utiliser en automédication des substances à visée digestive (65,8%) et musculo-squelettique (63,3%).

Les antalgiques, utilisés également comme antipyrétique, étaient principalement pris par les patients de moins de 15 ans (29%), alors que ceux à visée musculo-squelettique étaient utilisés par les patients de 30 à 59 ans (51,3%).

23,2% des médicaments à visée digestive ont été pris par des patients âgés de 15 à 29 ans.

Les médicaments à visée respiratoire étaient surtout des médicaments utilisés chez les patients de moins de 45 ans (72,4%).

Il existait deux pics d'utilisation des médicaments à visée dermatologique, chez les enfants de moins de 15 ans (24,7%) et chez les patients âgés et 30 à 44 ans (28,4%).

En milieu rural, les médicaments à visée respiratoire (21,8%) et dermatologique (21,8%) étaient les substances pharmaceutiques les plus prisées des patients.

Tableau VIII : caractéristiques des patients en fonction des médicaments d'automédication

Classes Médicamenteuses	%	% par classes d'âge						% de patients en zone rurale
		de femmes						
		< 15	15-29	30-44	45-59	60-74	> 75	
Respiratoire	55,6%	26%	19,9%	26,5%	11%	9,9%	6,6%	21,8%
Digestif et métabolique	65,8%	16,5%	23,2%	18,3%	20,1%	15,2%	6,7%	15,4%
Système nerveux	57,8%	29%	14,5%	19,5%	16,9%	13,5%	6,6%	19,5%
Muscle et squelette	63,3%	15,1%	15,6%	21,6%	29,7%	12,6%	5,5%	18,0%
Dermatologique	54,3%	24,7%	8,6%	28,4%	13,6%	14,8%	9,9%	21,8%

3.5 Déterminants de l'automédication en consultation

3.5.1 Mention de l'automédication par le patient

3.5.1.1 Caractéristiques des patients (tableau IX)

L'âge des patients a semblé influencer sur la mention de l'automédication. Ainsi de façon significative, les patients âgés de 15 à 29 ans communiquaient moins leur pratique d'autosoins à leur médecin que ceux âgés de plus de 60 ans utilisés comme classe de référence (OR=0,63 [0,51-0,78] p<0,001).

Il n'y avait pas de lien entre la mention d'automédication et les autres classes d'âge.

Les patients de sexe féminin rapportaient plus souvent leur pratique d'automédication à leur médecin que les patients de sexe masculin (OR=1,21 [1,06-1,39] p=0,04).

Les patients consultant pour un problème général (OR=1,78 p<0,001), digestif (OR=1,58 p=0,01), neurologique (OR=1,57 p=0,03) ou respiratoire (OR=1,44 p=0,02) mentionnaient plus fréquemment leur automédication que ceux consultant pour d'autres motifs. Les patients se plaignant de problèmes ostéo-articulaires avaient tendance à avoir un comportement similaire (OR=1,31 p=0,08).

Les malades consultant pour des problèmes psychologiques semblaient avoir tendance à moins mentionner leur pratique d'autosoins que ceux consultant pour d'autres motifs, mais la différence est apparue non significative (OR=0,68 p=0,13).

Tableau IX : caractéristiques des patients mentionnant l'automédication

	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	p
Sexe patient				
Homme	38,4%	1		
Femme	43,1%	1,21	(1,06-1,39)	0,04
Age				
>=60 ans	43,6%	1		
< 15 ans	45,9%	1,1	(0,90- 1,34)	0,35
15-29 ans	32,8%	0,63	(0,51-0,78)	<0,001
30-44 ans	39,7%	0,85	(0,70-1,04)	0,12
45-59 ans	43,0%	0,98	(0,79-1,21)	0,85
Motifs				
Autres motifs	34,2%	1		
Respiratoire	42,8%	1,44	(1,07-1,93)	0,02
Ostéo-articulaire	40,4%	1,31	(0,97-1,76)	0,08
Digestif	45,0%	1,58	(1,15-2,17)	0,01
Général	48,1%	1,78	(1,26-2,52)	<0,001
Peau	40,6%	1,32	(0,93-1,86)	0,12
Neurologique	44,9%	1,57	(1,05-2,35)	0,03
Psychologique	26,1%	0,68	(0,42-1,11)	0,13
Urologique	35,6%	1,06	(0,66-1,72)	0,8
Grossesse et génital	27,2%	0,72	(0,42-1,22)	0,22

* analyse en régression logistique

3.5.1.2 Caractéristiques démographiques des patients

(tableau X)

Nous avons choisi comme référence la périphérie nantaise (zone 4) pour deux raisons. Premièrement, il s'agissait de la zone la plus représentée dans notre étude avec 904 patients inclus. Ceci a donc permis de comparer les autres zones avec un nombre de patients conséquent. Deuxièmement, le pourcentage de mention par le

patient dans cette zone (41,3%) se rapprochait de celui retrouvé en moyenne dans l'étude (41,2%)

De façon significative, les patients de la zone 8 (Sud Vendée) révélaient moins leur recours à l'automédication que ceux de la zone 4 (OR=0,56 [0,43-0,74] p<0,001).

Il n'y avait pas de lien significatif entre les autres zones et la mention de l'automédication par le patient.

Les patients résidant à plus de 5km du cabinet parlaient moins d'automédication à leur médecin que ceux résidant à moins de 5km du cabinet (OR=0,84 [0,72-0,98] p=0,03).

Les patients semblaient révéler leur pratique d'autosoins moins souvent lorsqu'il s'agissait de médecin de sexe féminin mais de façon non significative (OR=0,89 p=0,08).

Tableau X : caractéristiques démographiques des patients mentionnant l'automédication

	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	P
Zone				
Périphérie Nantes	41,3%	1		
Saint Nazaire	41,7%	1,02	(0,82-1,26)	0,89
Nord Loire-Atlantique	45,5%	1,19	(0,87-1,62)	0,28
Nantes	44,8%	1,16	(0,93-1,45)	0,20
Nord-Est Vendée	42,9%	1,07	(0,80-1,43)	0,65
Littoral Atlantique	41,8%	1,02	(0,84-1,25)	0,82
La Roche sur Yon	42,8%	1,06	(0,81-1,40)	0,65
Sud Vendée	28,4%	0,56	(0,43-0,74)	<0,001
Sexe médecin				
Homme	42,4%	1		
Femme	39,5%	0,89	(0,77-1,01)	0,08
Distance				
<= 5km	42,1%	1		
> 5 km	37,9%	0,84	(0,72-0,98)	0,03
Zone				
Urbaine	41,5%	1		
Rurale	39,6%	0,92	(0,78-1,09)	0,34

* analyse en régression logistique

3.5.1.3 Caractéristiques socio-professionnelles des patients (tableau XI)

Nous avons choisi pour référence les patients retraités. Nous avons réuni les agriculteurs et les artisans sous une même catégorie car leur nombre était faible et leur comportement assez similaire.

Les agriculteurs et les artisans mentionnaient moins souvent leur automédication que les patients retraités (OR=0,70 [0,50-0,98] p=0,04). A la limite de la significativité, les cadres et les professions libérales (p=0,11) et les ouvriers (p=0,08) mentionnaient eux aussi moins leurs pratiques d'automédication à leurs médecins.

Il n'y a pas de lien significatif entre les autres catégories socio-professionnelles et la mention spontanée de l'automédication par les patients.

Tableau XI : mention de l'automédication par les patients en fonction de leur classe socio-professionnelle

Profession	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	p
Retraités	43,4%	1		
Sans activité professionnelle	42,7%	0,97	(0,81-1,16)	0,76
Agriculteurs, artisans	34,9%	0,70	(0,50-0,98)	0,04
Cadres, professions libérales	36,6%	0,75	(0,53-1,06)	0,11
Professions intermédiaires	42,1%	0,95	(0,72-1,25)	0,72
Employés	41,0%	0,91	(0,71-1,15)	0,42
Ouvriers	37,8%	0,79	(0,62-1,03)	0,08

*analyse en régression logistique

3.5.1.4 Analyse multivariée (tableau XII)

En analyse multivariée, les variables suivantes ont été prises en compte : le sexe du patient, le sexe du médecin, les classes d'âge, les professions des patients, leur zone de résidence, les motifs de consultation, la distance de leur logement par rapport au cabinet, la vague dans laquelle ils ont été inclus, si le médecin avait participé aux deux vagues.

Les femmes mentionnaient plus souvent leur pratique d'automédication que les hommes (OR=1,23 [1,07-1,41] p=0,004).

Il a semblé que les patients révélaient moins leur prise de médicaments sans ordonnance aux médecins femme qu'au médecins hommes (OR=0,88 p=0,08).

L'automédication était moins mentionnée par les patients lorsqu'ils résidaient dans le Sud de la Vendée que lorsqu'ils habitaient en périphérie nantaise (OR=0,57 [0,44-0,74] p<0,001).

Les patients habitant à Nantes mentionnaient plus fréquemment leur pratique à leur médecin que les patients de la périphérie nantaise (OR=1,22 [1,00-1,50] p=0,05).

Il a semblé que les patients habitant dans le Nord de la Loire-Atlantique avaient tendance à davantage mentionner leur pratique d'autosoins que ceux résidant dans la zone de référence (OR=1,30 p=0,08).

Les 15-29 ans révélaient moins souvent leur automédication au médecin que ceux âgés de plus de 60 ans (OR=0,62 [0,52-0,76] p<0,001).

Les patients mentionnaient plus souvent leur pratique d'autosoins dans le cadre de problème général (OR=1,89 p<0,001), digestif (OR=1,80 p<0,001), respiratoire (OR=1,61 p<0,001) que pour les autres motifs.

Il y existait également un lien significatif entre les plaintes ostéo-articulaire, dermatologique, neurologique et la mention d'automédication par le patient (respectivement p=0,002 ; p=0,02 ; p=0,004).

Tableau XII : Analyse multivariée de la mention de l'automédication par le patient (n=3399)

	Proportion %	OR	IC 95%	p
Sexe patient				
Homme	38,4%	1		
Femme	43,1%	1,23	(1,07-1,41)	0,004
Sexe médecin				
Homme	42,4%	1		
Femme	39,5%	0,88	(0,76-1,02)	0,08
Zone de résidence				
Périphérie Nantes	41,3%	1		
Nord Loire-Atlantique	45,5%	1,30	(0,95-1,78)	0,08
Nantes	44,8%	1,22	(1,00-1,50)	0,05
Sud Vendée	28,4%	0,57	(0,44-0,74)	<0,001
Age patient				
>=60 ans	43,6%	1		
15-29 ans	32,8%	0,62	(0,52-0,76)	<0,001
Motifs de consultations				
Autres motifs	34,2%	1		
Respiratoire	42,8%	1,61	(1,27-2,03)	<0,001
Ostéo-articulaire	40,4%	1,44	(1,14-1,83)	0,002
Digestif	45,0%	1,80	(1,38-2,35)	<0,001
Général	48,1%	1,89	(1,40-2,55)	<0,001
Dermatologique	40,6%	1,44	(1,06-1,96)	0,02
Neurologique	44,9%	1,72	(1,19-2,49)	0,004
Participation du médecin à l'enquête				
Une fois	43,9%	1		
Deux fois	39,9%	0,85	(0,73-0,99)	0,03

3.5.2 Exploration par le médecin

3.5.2.1 Caractéristiques des médecins (tableau XII)

Il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre de consultation réalisée par jour par un médecin et la proportion de rencontre de soins où le praticien explorait l'automédication.

Il n'existait pas de lien entre le sexe des médecins et la proportion de consultations où l'automédication a été explorée.

Les médecins exploraient plus fréquemment l'automédication de leur patients lorsqu'ils exerçaient dans la région de Saint Nazaire que lorsque leur cabinet se situait en périphérie nantaise (OR=1,65 [1,33-2,06] p<0,001).

En comparaison à la périphérie nantaise, les MSU de la région de la Roche sur Yon avaient tendance à moins explorer l'automédication (OR = 0,79 p=0,09).

L'automédication était d'autant plus explorée qu'elle était mentionnée par le patient (OR = 1,24 [1,09-1,42] p=0,001).

Tableau XIII : caractéristiques des médecins des rencontres de soin où l'automédication a été explorée

	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	p
Sexe médecin				
Homme	48,3%	1		
Femme	50,9%	1,11	(0,97-1,27)	0,12
Nb consultation				
< 25 cs/jr	46,7%	1		
>=25 cs/jr	48,8%	1,09	(0,95-1,25)	0,22
Zone				
Périphérie Nantes	48%	1		
Saint Nazaire	60,4%	1,65	(1,33-2,06)	<0,001
Nord Loire-Atlantique	53,8%	1,26	(0,93-1,72)	0,14
Nantes	45,6%	0,91	(0,73-1,14)	0,41
Nord-Est Vendée	48,1%	1,01	(0,75-1,34)	0,98
Littoral Atlantique	45,8%	0,92	(0,75-1,11)	0,38
La Roche sur Yon	42,1%	0,79	(0,60-1,04)	0,09
Sud Vendée	52,6%	1,20	(0,93-1,55)	0,16
Mention patient				
Non	47,1%	1		
Oui	52,5%	1,24	(1,09-1,42)	0,001

* analyse en régression logistique

3.5.2.2 Exploration en fonction des caractéristiques des patients (tableau XIV)

Il n'y avait pas de lien significatif entre le sexe des patients et la proportion de consultations où le médecin a exploré l'automédication.

Il y avait plus d'exploration de l'automédication par les médecins lors de consultations où les patients étaient âgés de 15-29 ans (OR=1,25 p=0,03) et 30-44 ans (OR=1,24 p=0,03) que lorsqu'ils étaient âgés de plus de 60 ans. Il semblait exister la même tendance lorsque les patients étaient âgés de 45 à 59 ans (OR=1,21 p=0,08).

Les médecins s'interrogeaient plus à propos de cette pratique lorsque le patient consultait pour des plaintes ostéo-articulaires (OR=1,40 [1,05-1,86] p=0,02) et digestives (OR=1,45 [1,06-1,98] p=0,02) que pour les autres motifs.

Il n'existait pas de lien entre la proportion de rencontres de soin où l'automédication a été explorée et les autres motifs de consultations analysés.

Tableau XIV : exploration de l'automédication par le médecin en fonction des caractéristiques du patient et du motif de consultation

€€	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	p
Sexe patient				
Homme	48,6%	1		
Femme	49,9%	1,05	(0,92-1,20)	0,42
Age				
>=60 ans	45,4%	1		
< 15 ans	49,6%	1,18	(0,97-1,44)	0,1
15-29 ans	51,1%	1,25	(1,02-1,54)	0,03
30-44 ans	50,8%	1,24	(1,02-1,52)	0,03
45-59 ans	50,2%	1,21	(0,98-1,50)	0,08
Motifs				
Autres motifs	44,8%	1		
Respiratoire	49%	1,18	(0,89-1,57)	0,25
Ostéo-articulaire	53,2%	1,40	(1,05-1,86)	0,02
Digestif	54,1%	1,45	(1,06-1,98)	0,02
Général	50,8%	1,27	(0,91-1,78)	0,16
Peau	45,2%	1,02	(0,72-1,42)	0,93
Neurologique	44,3%	0,98	(0,66-1,46)	0,92
Psychologique	43,1%	0,93	(0,60-1,46)	0,76
Urologique	36,5%	0,71	(0,44-1,14)	0,15
Grossesse et génital	42,4%	0,91	(0,56-1,47)	0,69

* analyse en régression logistique

3.5.2.3 Exploration en fonction des caractéristiques socio-professionnelles des patients (**tableau XV**)

Il a semblé que les médecins tendaient à explorer davantage l'automédication de leurs patients lorsque ces derniers bénéficiaient de la CMU (OR=1,27 p=0,07).

Il a semblé que les médecins exploraient davantage l'automédication des patients ouvriers (OR=1,32 p=0,03), et dans une moindre mesure des employés (OR=1,26 p=0,05) et des patients sans activité professionnelle (OR=1,18 p=0,07) que celle des patients retraités.

Pour les autres catégories socio-professionnelles, il n'y avait pas de lien significatif avec l'exploration de l'automédication par le médecin en analyse bivariée.

Tableau XV : exploration de l'automédication par le médecin en fonction des caractéristiques socio-professionnelles des patients

	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	P
Profession				
Retraités	45,7%	1		
Sans activité professionnelle	49,9%	1,18	(0,98-1,42)	0,07
Agriculteurs, artisans, commerçants	46,0%	1,01	(0,73-1,40)	0,93
Cadres, professions libérales	51,7%	1,27	(0,91-1,79)	0,15
Professions intermédiaires	50%	1,19	(0,90-1,56)	0,22
Employés	51,5%	1,26	(1,00-1,60)	0,05
Ouvriers	52,5%	1,32	(1,02-1,69)	0,03
Patient CMU				
Sans	48,9%	1		
Avec	54,9%	1,27	(0,98-1,64)	0,07

* analyse en régression logistique

3.5.2.4 Analyse multivariée (**tableau XVI**)

En analyse multivariée, nous avons sélectionné les mêmes variables que celles utilisées précédemment.

Les médecins femme exploraient davantage l'automédication de leurs patients que les médecins homme (OR=1,19 [1,04-1,33] p=0,01).

Les médecins de la région Saint Nazaire (OR=1,71 [1,40-2,09] p<0,001) et du Sud de la Vendée (OR=1,30 [1,02-1,65] p=0,03) exploraient davantage l'automédication que les MSU de la périphérie nantaise.

Il a semblé que les praticiens exerçant à La Roche sur Yon tendaient à moins explorer l'automédication que ceux de la zone de référence (OR=0,78 p=0,06).

Par rapport aux patients de plus de 60 ans, les médecins exploraient plus souvent la prise de médicaments sans ordonnance pour leurs patients de moins de 60 ans (<15 ans : OR=1,27) (15-29 ans : OR=1,32) (30-44 ans : OR=1,26) (45-59 ans : OR=1,26).

Les médecins interrogeaient plus souvent leurs patients sur leur pratique d'autosoins dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires que pour les autres motifs (OR=1,34 [1,16-1,62] p=0,001).

Il a semblé que les MSU avaient tendance à avoir le même comportement lors de plaintes digestives (OR=1,21 p=0,08).

Tableau XVI : analyse multivariée de l'exploration de l'automédication par le médecin (n=3367)

	Proportion %	OR	IC 95%	p
Mention patient				
Non	47,1%	1		
Oui	52,5%	1,30	(1,13-1,49)	<0,001
Sexe médecin				
Homme	48,3%	1		
Femme	50,9%	1,19	(1,04-1,33)	0,01
Zone d'exercice				
Périphérie nantaise	48%	1		
Région Saint Nazaire	60,4%	1,71	(1,40-2,09)	<0,001
La Roche sur Yon	42,1%	0,78	(0,60-1,01)	0,06
Sud Vendée	52,6%	1,30	(1,02-1,65)	0,03
Age patient				
>=60 ans	45,4%	1		
< 15 ans	49,6%	1,27	(1,03-1,56)	0,03
15-29 ans	51,1%	1,32	(1,06-1,65)	0,01
30-44 ans	50,8%	1,26	(1,02-1,55)	0,03
45-59 ans	50,2%	1,26	(1,01-1,58)	0,04
Motifs de consultation				
Autres motifs	44,8%	1		
Digestif	54,1%	1,21	(0,98-1,49)	0,08
Ostéo-articulaire	53,2%	1,34	(1,16-1,62)	0,001

3.5.3 Impression des internes concernant la prise en compte par les médecins de l'automédication

3.5.3.1 En fonction des caractéristiques des patients

3.5.3.1.1 Analyse bivariée (**annexe 4**)

Il y a eu 52% des consultations où les internes ont cru percevoir une prise en compte par le médecin de l'automédication des patients.

Lorsqu'il existait une discussion autour de l'automédication, qu'elle émana du patient ou du médecin, dans les deux cas il en était tenu compte au moment de rédiger les prescriptions ($p < 0,001$).

Il n'y avait pas de lien significatif entre l'âge des patients et l'impression ressentie par les internes vis-à-vis de la prise en compte de l'automédication des patients par les médecins.

Lorsque le patient était une femme, le médecin prenait davantage souvent en compte l'automédication dans ses prescriptions que lorsqu'il s'agissait d'un homme ($OR=1,14$ $p=0,05$).

Il n'y avait pas de lien significatif entre les professions des patients et la prise en compte de l'automédication des patients par les médecins.

En zone rurale, la prise en compte de l'automédication semblait moindre qu'en milieu urbain ($OR=0,8$ [$0,68-0,94$] $p=0,007$).

Les médecins de la région de Saint Nazaire tenaient davantage compte de la pratique d'auto-soin des patients dans leur prescription que les MSU de la périphérie nantaise (zone référence) ($OR=1,47$ [$1,18-1,83$] $p=0,001$).

Les praticiens du Nord-Est Vendée avaient tendance à davantage considérer l'automédication de leurs patients que les médecins de la zone de référence ($OR=1,30$ avec $p=0,08$). A contrario, il a semblé que les MSU exerçant sur le littoral Atlantique tendaient à moins intégrer cette pratique ($OR=0,83$ avec $p=0,06$).

Lorsque le patient consultait pour un problème digestif (OR=2,08 $p<0,001$), ostéo-articulaire (OR=1,94 $p<0,001$), général (OR=1,98 $p<0,001$) ou respiratoire (OR=1,58 $p=0,002$) les médecins paraissaient davantage tenir compte de l'automédication du patient au moment de rédiger leur prescription. On observait la même tendance mais dans une moindre mesure pour les plaintes neurologiques (OR=1,44 avec $p=0,07$).

3.5.3.1.2 Analyse multivariée (**tableau XVII**)

En analyse multivariée, les variables analysées étaient : la mention de l'automédication par le patient, l'exploration de l'automédication par le médecin, le sexe du patient, le sexe du médecin, les classes d'âge, les professions des patients, leur zone de résidence, la vague d'étude, les motifs de consultation, la distance au cabinet, si le médecin avait participé aux deux vagues.

Les rencontres de soins, où les médecins tenaient compte de la pratique de l'automédication de leurs patients, étaient celles où le patient mentionnait sa pratique (OR=14,5 [11,7-18,0] $p<0,001$) et celles où le médecin explorait l'automédication (OR=14,7 [11,9-18,1] $p<0,001$).

Les rencontres de soins, où les praticiens exerçaient sur le littoral Atlantique (OR=0,62 $p<0,001$) et dans la ville de Nantes (OR=0,73 $p=0,03$), semblaient moins propices à la prise en compte de l'automédication des patients que les rencontres ayant lieu dans la périphérie nantaise.

Lorsque le patient consultait pour un motif respiratoire (OR=1,36 $p=0,02$), ostéo-articulaire (OR=1,68 $p<0,001$), digestif (OR=1,75 $p<0,001$) ou général (OR=1,58 $p=0,01$), les MSU prenaient davantage en compte l'automédication de leurs patients que pour les autres plaintes.

Les médecins de la vague 2 tenaient compte plus souvent de l'automédication dans leurs démarches que les médecins de la vague 1 (OR=1,26 avec $p=0,01$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les médecins ayant participé une fois à l'étude et ceux y ayant participé deux fois.

Tableau XVII : analyse multivariée de l'intégration de l'automédication (n=3365)

	Proportion %	OR	IC 95%	p
Mention par le patient				
Non		1		
Oui	78,5%	14,5	(11,7-18,0)	<0,001
Exploration par le médecin				
Non				
Oui	75,9%	14,7	(11,9-18,1)	<0,001
Zone d'exercice				
Périphérie Nantes	50,7%	1		
Nantes	49,9%	0,73	(0,56-0,96)	0,02
Littoral Atlantique	45,9%	0,62	(0,49-0,79)	<0,001
Sexe médecin				
Homme	51,1%	1		
Femme	53,2%	1,19	(0,99-1,43)	0,06
Motif de consultation				
Autres motifs	40,9%	1		
Respiratoire	52,2%	1,36	(1,06-1,73)	0,02
Ostéo-articulaire	57,3%	1,68	(1,31-2,14)	<0,001
Digestif	59,0%	1,75	(1,30-2,36)	<0,001
Général	57,9%	1,58	(1,12-2,24)	0,01
Vague des médecins				
Vague 1	50,4%	1		
Vague 2	53,2%	1,26	(1,05-1,51)	0,01

3.5.3.2 Impact des discussions autour de l'automédication sur le comportement du médecin

3.5.3.2.1 Résultats globaux (tableau XVIII)

La discussion autour de l'automédication conduisait à une augmentation des prescriptions médicamenteuses (OR=2,29 [1,87-2,80] $p<0,001$) mais à une diminution des recours aux examens complémentaires et aux spécialistes (respectivement OR = 0,68 avec $p<0,001$ et OR=0,73 avec $p=0,002$).

Tableau XVIII : conséquences de l'intégration de l'automédication par le médecin

		Proportion %	Analyse bivariée*		
			OR	IC 95%	P
Recours spécialiste	Non	52,9%	1		
	Oui	44,9%	0,73	(0,59-0,89)	0,002
Examen complémentaire	Non	53,8%	1		
	Oui	44,2%	0,68	(0,58-0,80)	<0,001
Prescription	Non	34,4%	1		
	Oui	54,5%	2,29	(1,87-2,80)	<0,001

* analyse en régression logistique

3.5.3.2.2 Facteurs influençant les prescriptions médicamenteuses finales (**tableau XIX**)

Les médecins, qui avaient recours à des examens complémentaires, prescrivait moins de médicament à l'issue de la consultation que ceux qui ne demandaient pas d'examens complémentaires (OR=0,69 [0,53-0,89] p=0,004). De même, il y avait moins de prescriptions médicamenteuses lorsqu'un avis spécialisé était demandé, que (OR=0,27 [0,21-0,35] p<0,001).

Lorsque le patient mentionnait son automédication (OR=1,83 p<0,001) ou lorsque les médecins exploraient cette pratique (OR=2,12 p<0,001), il y avait plus de prescriptions médicamenteuses finales.

Il y avait plus de prescriptions de médicaments chez les patients femme que chez les patients homme (OR=1,28 [1,02-1,60] p=0,03).

Les médecins femmes prescrivait moins de médicaments que les médecins de sexe masculin (OR=0,76 p=0,02).

Les MSU du nord de la Loire Atlantique prescrivait moins de médicaments que ceux de la périphérie nantaise (OR=0,59 [0,38-0,92] p=0,02).

Les prescriptions médicamenteuses étaient plus fréquentes chez les ouvriers que chez les patients retraités (OR=1,53 p=0,03).

Il y avait plus médicaments prescrits chez les patients âgés de 15-29 ans que chez ceux âgés de plus de 60 ans (OR=1,49 avec p=0,01).

Il y avait plus de médicaments prescrits pour des motifs respiratoires que pour les autres motifs (OR=2,22 [1,57-3,14] p<0,001). A contrario, il y en avait moins de prescrits pour des motifs dermatologiques (p=0,007), neurologiques (p=0,006), psychiatriques (p<0,001) et de la sphère génitale (p<0,001).

Tableau XIX : analyse multivariée des prescriptions médicamenteuses (n=3362)

	Proportion %	OR	IC 95%	P
Prescription d'examen complémentaire				
Non	89,1%	1		
Oui	79,6%	0,69	(0,53 -0,89)	0,004
Avis spécialiste				
Non	90,0%	1		
Oui	66,0%	0,27	(0,21-0,35)	<0,001
Mention par le patient				
Non	84,7%	1		
Oui	91,1%	1,83	(1,44-2,32)	<0,001
Exploration par le médecin				
Non	83,3%	1		
Oui	91,5%	2,12	(1,69-2,67)	<0,001
Sexe patient				
Homme	86,5%	1		
Femme	87,9%	1,28	(1,02-1,60)	0,03
Zone d'exercice				
Périphérie Nantes	86,8%			
Nord Loire-Atlantique	82,7%	0,59	(0,38-0,92)	0,02
Professions				
Retraités	88,9%	1		
Ouvriers	89,6%	1,53	(1,04-2,25)	0,03
Age patient				
>=60 ans	84,1%	1		
15-29 ans	89,8%	1,49	(1,09-2,04)	0,01
Motif de consultation				
Autres motifs	85,2%	1		
Respiratoire	94,7%	2,22	(1,57-3,14)	<0,001
Dermatologique	80,3%	0,61	(0,43-0,87)	0,007
Neurologique	78,8%	0,54	(0,35-0,84)	0,006
Psychiatrique	69,6%	0,35	(0,22-0,55)	<0,001
Grossesse et génital	65,2%	0,33	(0,19-0,57)	<0,001
Sexe médecin				
Homme	88,8%	1		
Femme	85,1%	0,76	(0,61-0,95)	0,02

3.5.3.2.3 Facteurs influençant la prescription d'examens complémentaires (**tableau XX**)

Les médecins, qui prescrivait des médicaments à l'issue de la consultation, avaient moins recours à des examens complémentaires que les médecins qui ne prescrivait pas de médicaments (OR=0,69 [0,53-0,90] p=0,006).

Les MSU, qui faisaient appel à spécialiste, demandaient plus d'examens complémentaires que les MSU qui ne demandaient pas d'avis spécialisé (OR=2,85 [2,20-3,68] p<0,001).

Il y avait moins de recours aux examens complémentaires chez les enfants (OR=0,45 p<0,001) et chez les patients âgés de 15 à 29 ans (OR=0,65 p=0,005) que chez les malades de plus de 60 ans.

Les médecins de sexe féminin demandaient moins de bilan que les médecins de sexe masculin (OR=0,80 [0,66-0,98] p=0,04).

Les médecins, ayant participé deux fois à l'étude, avaient moins recours aux examens complémentaires que ceux n'ayant qu'une participation (OR=0,80 p=0,03).

Les MSU prescrivait moins d'examen complémentaire en cas de plaintes respiratoires (OR=0,54 p=0,006) ou dermatologiques (OR=0,46 p=0,009) que pour les autres motifs de consultation.

Par contre, ils en prescrivait davantage en cas de plaintes urologiques (OR=14,35 p<0,001), ostéo-articulaires (OR=3,10 p<0,001), digestives (OR=2,66 p<0,001), générales (OR=2,59 p<0,001), psychiatriques (OR=3,15 p<0,001) et de la sphère génitale (OR=4,38 avec p<0,001).

Il y avait moins de demande d'examens complémentaires chez les patients sans activité professionnelle, les cadres et les professions libérales, les professions intermédiaires et les ouvriers que chez les patients retraités.

Les MSU exerçant de la région de la Roche sur Yon avaient moins recours aux examens complémentaires que les MSU de la périphérie nantaise (OR=0,59 [0,39-

0,88] p=0,01). Il a semblé que les médecins de la région de Saint Nazaire avaient tendance davantage demander d'explorations que les médecins de la périphérie de Nantes (OR=1,29 p=0,06).

Tableau XX : analyse multivariée des prescriptions d'examen complémentaire
(n=3362)

	Proportion %	OR	IC 95%	P
Prescription de médicaments				
Non	31,1%	1		
Oui	17,7%	0,69	(0,53-0,90)	0,006
Avis spécialiste				
Non	16,7%	1		
Oui	40,6%	2,85	(2,20-3,68)	<0,001
Intégration de l'automédication				
Non	22,4%	1		
Oui	16,4%	0,67	(0,55-0,81)	<0,001
Age patient				
>=60 ans	28,9%	1		
< 15 ans	7,40%	0,45	(0,29-0,69)	<0,001
15-29 ans	16,6%	0,65	(0,48-0,88)	0,005
Sexe médecin				
Homme	20,3%	1		
Femme	18,0%	0,80	(0,66-0,98)	0,04
Nombre de participation à l'étude (médecin)				
Une	21,1%	1		
Deux	18,6%	0,80	(0,65-0,98)	0,03
Motif de consultation				
Autres motifs	10,7%	1		
Respiratoire	5,3%	0,54	(0,35-0,83)	0,006
Ostéo-articulaire	31,1%	3,10	(2,18-4,41)	<0,001
Digestif	22,7%	2,66	(1,80-3,94)	<0,001
Général	20,0%	2,59	(1,67-4,03)	<0,001
Dermatologique	6,7%	0,46	(0,26-0,82)	0,009
Psychiatrique	33,6%	3,15	(1,85-5,35)	<0,001
Urologique	60,6%	14,35	(8,30-24,90)	<0,001
Grossesse et génital	39,1%	4,38	(2,48-7,75)	<0,001
Profession				
Retraités	30,0%	1		
Sans activité professionnelle	10,9%	0,69	(0,49-0,97)	0,03
Cadres et professions libérales	17,3%	0,58	(0,37-0,91)	0,02
Professions intermédiaires	18,9%	0,60	(0,42-0,85)	0,004
Ouvriers	22,2%	0,76	(0,56-1,03)	0,08
Zone d'exercice				
Périphérie Nantes	19,2%	1		
Saint Nazaire	22,3%	1,29	(0,99-1,67)	0,06
La Roche sur Yon	14,4%	0,59	(0,39-0,88)	0,01

3.5.3.2.4 Facteurs influençant les demandes d'avis spécialisés (tableau XXI)

Les médecins, qui ont prescrit des médicaments à l'issue de la consultation, faisaient moins appel à un spécialiste que ceux qui n'avaient pas prescrit de traitement (OR=0,29 [0,22-0,37] $p<0,001$).

Les médecins, qui avaient demandé des examens complémentaires, avaient plus souvent recours à un avis spécialisé que ceux qui n'avaient pas prescrit d'examens complémentaires (OR=2,82 [2,19-3,63] $p<0,001$).

Les médecins de la vague 2 avaient moins recours aux spécialistes que ceux de la vague 1 (OR=0,71 avec $p=0,004$).

Les praticiens exerçant à Nantes demandaient plus fréquemment des avis spécialisés que ceux de la périphérie nantaise (OR=1,55 [1,14-2,12] $p=0,006$).

Il y avait moins de recours aux spécialistes lorsqu'il s'agissait d'enfants (OR=0,51 $p<0,001$), de patients âgés de 15-29 ans (OR=0,72 $p=0,05$) et ceux âgés de 30-44 ans (OR=0,66 $p=0,007$) que lorsqu'il s'agissait de malades de plus de 60 ans.

Les médecins demandaient moins d'avis à un confrère lors de plaintes respiratoires (OR=0,41 [0,28-0,61] $p<0,001$) et urologiques (OR=0,27 [0,11-0,64] $p=0,003$) que pour les autres motifs de consultation. Il a semblé que les MSU avaient le même comportement lors de plaintes d'ordre général (OR=0,64 $p=0,07$).

A contrario, il y avait davantage de demandes d'avis spécialisé en cas de plaintes neurologiques que pour les autres motifs (OR=1,72 [1,11-2,66] $p=0,02$). Il a semblé exister la même tendance pour les plaintes dermatologiques (OR=1,45 [0,99-2,11] $p=0,05$).

Tableau XXI : analyse multivariée des demandes d'avis spécialisé (n=3362)

	Proportion %	OR	IC 95%	P
Prescription de médicaments				
Non	29,8%	1		
Oui	8,4%	0,29	(0,22-0,37)	<0,001
Recours examen complémentaire				
Non	8,2%	1		
Oui	23,4%	2,82	(2,19-3,63)	<0,001
Période d'étude				
Vague 1	13,9%			
Vague 2	9,1%	0,71	(0,56-0,89)	0,004
Zone d'exercice				
Périphérie Nantes	11,9%	1		
Nantes	14,5%	1,55	(1,14-2,12)	0,006
Sexe médecin				
Homme	9,9%	1		
Femme	13,4%	1,44	(1,14-1,81)	0,002
Age patient				
>=60 ans	16,6%	1		
<15 ans	5,8%	0,51	(0,35-0,73)	<0,001
15-29 ans	9,3%	0,72	(0,52-0,99)	0,05
30-44 ans	11,0%	0,66	(0,49-0,90)	0,007
Motif de consultation				
Autres motifs	12,4%			
Respiratoire	3,9%	0,41	(0,28-0,61)	<0,001
Général	8,4%	0,64	(0,40-1,03)	0,07
Dermatologique	15,2%	1,45	(0,99-2,11)	0,05
Neurologique	20,5%	1,72	(1,11-2,66)	0,02
Urologique	6,7%	0,27	(0,11-0,64)	0,003

3.5.4 Influence des médecins ayant participé aux deux vagues de l'étude (tableau 22)

Le fait qu'un médecin ait participé aux deux périodes d'étude n'avait aucune influence significative sur l'exploration de l'automédication, la prise en compte de celle-ci, sur les prescriptions médicamenteuses, d'examen complémentaire et sur les demandes d'avis spécialisé.

Tableau XXII : analyse univariée des médecins ayant participé aux deux vagues

	Proportion %	OR	IC 95%	p
Exploration par médecin				
Non	68,2%	1		
Oui	69,8%	1,03	(0,89-1,18)	0,71
Intégration de l'automédication				
Non	68,8%	1		
Oui	68,0%	0,96	(0,84-1,11)	0,61
Prescription médicament				
Non	66,1%	1		
Oui	68,8%	1,13	(0,92-1,39)	0,24
Avis spécialisé				
Non	68,5%	1		
Oui	67,7%	0,96	(0,77-1,20)	0,74
Examen complémentaire				
Non	69,1%	1		
Oui	65,6%	0,85	(0,72-1,02)	0,07

Partie 4 : Discussion

L'automédication est un moyen de se soigner largement pratiqué dans les pays anglo-saxons, où les études à ce sujet y sont nombreuses. En France, du fait d'une ouverture récente du marché des médicaments OTC, elle devient progressivement le centre d'intérêt de nombreuses entités (pouvoirs publics, firmes pharmaceutiques, patients, médecins...) Notre étude, qui s'inscrit dans le projet AUTOMED, est la première en France à faire le point sur les discussions autour de l'automédication lors d'une rencontre de soins médecin-patient. Ainsi, nous avons montré que, malgré son histoire récente, 68,9% des consultations ont fait l'objet d'une discussion autour de l'automédication, et que la prise en compte de cette dernière semble retentir sur le comportement du médecin.

4.1 Limites de l'étude

Nous avons opté pour un recueil par observations directes afin d'obtenir un nombre important de consultations, en l'occurrence 3680, dans l'objectif d'augmenter la puissance de l'étude.

Cependant, il existe des limites à ce type de recueil.

4.1.1 Biais de classement

4.1.1.1 Lié à la subjectivité de l'enquêteur

Même si les enquêteurs étaient des internes de niveau 1, censés avoir les mêmes connaissances, il existe une variabilité inter-individuelle inéluctable. En effet, la motivation, l'interprétation de la consultation et la rigueur d'où découlent la qualité du recueil, étaient différentes entre les 102 internes.

Pour exemple, un premier interne a pu cocher « fièvre » dans la rubrique « motifs de consultation » pour un patient consultant pour une rhino-pharyngite avec fièvre, alors que pour la même situation, un second interne a pu cocher « rhino-pharyngite » dans la rubrique « motifs de consultation ». Ainsi, pour le même patient, il pouvait y avoir deux motifs de consultation différents.

Lors de ce type de recueil, il va de soi que l'enquêteur ne doit intervenir à aucun moment dans la consultation afin de ne pas fausser les résultats. Nous n'avons pas pu vérifier si tous les enquêteurs avaient respecté rigoureusement ces règles.

Outre la variabilité inter-individuelle, il en existe également une intra-individuelle. L'étude s'est déroulée sur deux périodes d'un mois, et un même interne peut avoir interprété différemment deux situations cliniques quasiment identiques.

L'ensemble de ces éléments constitue un biais de classement lié à la subjectivité de l'enquêteur.

Pour limiter ce biais, nous aurions pu opter pour une étude où le recueil se faisait via des enregistrements de consultations. Ainsi, une seule personne aurait interprété les enregistrements, éliminant ainsi la variabilité inter-individuelle. Mais ce type d'étude ne permet pas de recueillir un nombre important de consultations, la puissance de l'étude risquait donc d'être moindre.

4.1.1.2 Lié à la subjectivité de l'enquêté

Les médecins étaient en aveugle puisqu'ils étaient informés de l'étude qui se déroulait dans leur cabinet, mais ils n'en connaissaient ni la méthodologie, ni la finalité. Nous ne savons pas si tous les praticiens le sont restés jusqu'au bout ou si certains ont pris connaissance de la grille de recueil durant la période d'étude.

Il existe donc un autre biais de classement, cette fois-ci lié à la subjectivité de l'enquêté.

Pour limiter ce biais, il aurait fallu connaître les dates de consultation. Ainsi, nous aurions pu mesurer l'évolution du dialogue médecin-patient au cours du temps sur les échanges concernant l'automédication en consultation (depuis le début jusqu'à la fin de l'enquête). Une augmentation de la fréquence des dialogues avec le temps aurait pu laisser supposer que les médecins avaient pris connaissance de la finalité de l'étude.

Toutefois, nous avons montré qu'il n'existait aucun lien significatif entre le fait d'avoir participé aux deux vagues de l'étude et le fait d'explorer l'automédication. Ce résultat accrédite le fait que les médecins ont pu rester en aveugle tout au long de la période de recueil.

4.1.2 Biais de sélection

Il existe un biais de sélection lié au recrutement des enquêtés (patients) dans notre étude.

En effet, les patients observés étaient susceptibles d'avoir eu recours à l'automédication mais éprouvaient tout de même le besoin de consulter un médecin. Or dans la population générale, de nombreux patients ont pratiqué l'automédication sans avoir un avis médical par la suite. Ils n'ont donc pas participé à l'étude.

Ceci limite l'extrapolation des résultats puisque seule une partie de la population générale, qui a recours à l'automédication (thème étudié), a été incluse dans l'étude. Les patients enquêtés ne sont pas exactement un échantillon tiré au sort parmi la population française.

De plus, un certain nombre de patients n'ont pas été inclus dans l'enquête car ils ne souhaitaient pas la présence de l'interne lors de la consultation.

En conclusion, notre façon de procéder (filtre des consultations médicales en présence d'un tiers qui plus est) a pu conduire à biaiser le recrutement des observations.

4.2 Représentativité des médecins

63% des médecins de notre étude étaient des hommes. Une étude sur la démographie médicale en Loire-Atlantique et en Vendée a montré que les médecins généralistes étaient majoritairement des hommes (respectivement 52,2% et 62,4%) [41].

Cette proportion d'hommes plus faible lors de ces recensements s'explique en partie par la féminisation de la profession. En 2013, les femmes représentaient 73,4% des médecins de Pays de la Loire âgés de moins de 30 ans, 70,5% de ceux âgés de 30 à 34 ans et 62,2% de ceux âgés de 35 à 39 ans [42]. Dans notre étude, les femmes ne représentent que 50 % des médecins âgés de 30 à 34 ans et 37,5% de ceux âgés de 35 à 39 ans.

Ces résultats montrent donc que la féminisation de la profession n'a pas encore atteint les MSU. Ceci pourrait être expliqué par le fait que le rythme de travail des médecins femmes est différent de celui des hommes avec 10% de travail hebdomadaire en moins et 7% de présence au cabinet en moins [43].

Il n'y avait pas de différence d'âge entre les médecins de l'étude (âge moyen de 51,1 ans) et les médecins recensés en Loire-Atlantique et en Vendée : âge moyen de 50,6 ans [41].

Lors de notre étude, nous avons divisé la Loire-Atlantique et la Vendée en huit zones (tableau I).

Les zones définies par nos soins sont assez comparables à celles utilisées par l'Observation Régional Economique et Social (ORES) en 2010 lors du recensement des médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [44]. En effet, seules deux zones diffèrent : Nantes et sa périphérie ont été regroupées dans une même zone, et la zone « Nord-Est Vendée » a une superficie plus faible.

Dans le recensement de l'ORES, la distribution géographique des médecins était la suivante : région de Saint Nazaire (342/2026 soit 16,9%), Nord de la Loire Atlantique (68/2026 soit 3,3%), Nantes et sa périphérie (1062/2026 soit 52,4%), Nord-Est Vendée (99/2026 soit 4,9%), littoral Atlantique (187/2026 soit 9,2%), la Roche sur Yon (179/2026 soit 8,8%) et le Sud Vendée (89/2026 soit 4,4%).

Lorsque nous comparons les résultats de l'ORES à ceux de notre étude, nous nous apercevons que seules les zones de Nantes et sa périphérie (34% de MSU vs 52,4% de médecins recensés avec $p < 0,001$), du Sud-Est Vendée (8,1% de MSU vs

4,4% de médecins recensés avec $p=0,02$) et du littoral Atlantique (20,1% de MSU vs 9,2% de médecins recensés avec $p<0,001$) étaient différentes.

Pour les autres zones définies, il n'y avait pas de différence significative entre les médecins de notre étude et ceux recensés par l'ORES (Saint Nazaire : $p=0,6$; Nord Loire-Atlantique : $p=0,5$; Nord-Est Vendée : $p=0,06$; La Roche sur Yon : $p=0,8$).

En résumé, le DMG de l'université de Nantes recrute plus facilement des MSU au niveau des zones suivantes : littoral Atlantique, Sud-Est de Vendée et à minima au Nord de la Loire-Atlantique et au Nord-Est de la Vendée. Cela pourrait traduire la difficulté qu'ont les médecins de ces zones, où l'activité rurale est plus importante, à trouver des successeurs. En devenant maître de stage, ils chercheraient à faire découvrir aux internes la médecine rurale dans le but de les recruter ultérieurement.

Au total, les médecins de notre étude étaient assez comparables (âge, répartition par zone) à ceux recensés en Loire-Atlantique et Vendée. Tout juste existerait-il un peu moins de femmes MSU que dans la population des médecins libéraux de ces deux départements.

Bien que l'âge et le sexe des médecins soient assez comparables, les résultats de notre étude ne peuvent sans doute pas être généralisés à l'ensemble des médecins car celle-ci ne faisait appel qu'à des MSU. En effet, ces derniers et les médecins libéraux non universitaires ne travaillent pas de la même manière. Selon *Bouton* [45], les MSU ont un temps hebdomadaire au cabinet moins important que les autres médecins libéraux. En contrepartie, ils sont plus investis dans des structures de soins comme les EHPAD. Cette étude a également montré que les MSU réalisaient plus de formations complémentaires. Ils étaient également plus satisfaits de leur pratique que ceux du panel de référence. *Bouton* a montré la différence d'exercice entre MSU et médecins libéraux sans toutefois mettre en évidence une différence d'approche des soins.

Ceci a été prouvé dans une autre étude récente [46]. Selon *Ashworth et al*, les MSU ont une approche plus centrée sur le patient (plus de temps de parole pour les patients, implication du patient dans la prise de décision, explication des différents traitements prescrits) que les autres médecins. De ce fait, on peut supposer qu'ils

s'intéressent plus à l'automédication de leur patient que ne le font les médecins libéraux non universitaires.

4.3 Représentativité de la population étudiée

Nous sommes conscients qu'il était difficile d'obtenir un échantillon d'étude représentatif de la population générale du fait de l'existence d'un biais de sélection.

4.3.1 En fonction de l'âge

17,9% des patients inclus dans notre étude étaient âgés de 15 à 29 ans. C'est la seule catégorie d'âge qui était comparable à la population générale (17,9% vs 17,2%) selon le dernier recensement de l'INSEE [47].

Les patients de moins de 15 ans (22,6% vs 19,2%) et ceux âgés de 30 à 44 ans (21,4% vs 19,6%) étaient plus nombreux dans notre étude que dans la population générale.

A partir de l'âge de 45 ans, il y avait moins de patients dans notre étude (38,1%) que dans les deux départements étudiés (44%).

La population de notre étude est donc plus jeune que celle des départements de Loire-Atlantique et Vendée. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle se soit déroulée dans le cadre de pathologies aiguës.

En effet, les mineurs ou les patients âgés de moins de 45 ans sont plus rarement atteints de maladie chronique. Ils consultent donc lorsqu'ils ressentent des symptômes aigus.

Au contraire avec l'âge, le risque de développer une maladie chronique, et donc d'avoir un traitement au long cours, augmente.

Cette hypothèse est confirmée par l'étude de *Larbarthe* [48] qui a montré que « *les diagnostics les plus fréquents pour les patients de moins de 13 ans le sont a contrario logiquement peu pour les patients âgés d'au moins 70 ans : c'est le cas des rhinopharyngites, angines, otites, ou vaccination pour lesquelles les jeunes patients voient le plus souvent le généraliste alors que les patients âgés souffrent particulièrement d'hypertension artérielle, d'anxiété ou d'angoisse* »

Comme nous l'avons vu précédemment, la population de notre étude était comparable à celle d'ECOGEN [39]. En effet, lors de rencontres en soins primaires pour des symptômes aigus, ce sont les patients de moins de 15 ans qui sont le plus représentés.

Cette proportion plus importante de patients jeunes à consulter dans cette situation se vérifie dans l'étude de *Gouyon* [38]. Cette enquête s'est déroulée en octobre 2004 et cherchait à définir le profil des patients et les motifs de consultation lors de recours urgents ou non programmés en soins primaires. En reprenant les classes d'âge définies lors de cette étude (<12 ans ; 13-24 ans ; 25-44 ans ; 45-69 ans ; > 70 ans), nous nous apercevons, là encore, que la population de notre étude était assez comparable à celle de l'étude de *Gouyon* : même proportion de moins de 12 ans (20,2% vs 22%), de patients âgés de 25 à 44 ans (27,6% vs 26%).

Ces différents résultats renforcent la validité de notre étude.

4.3.2 En fonction du sexe

Il y avait plus de femmes (57%) dans notre étude que dans la population générale de Vendée et Loire-Atlantique (51,3%).

Seule les proportions de femmes âgées de moins de 15 ans (49,3% vs 48,8%) et de plus de 75 ans (61,7% vs 62,3%) se rapprochaient de la population générale.

Il y avait 59,4% de femmes chez les patients âgés de 15 à 29 ans dans notre enquête, alors qu'elles ne représentaient que 49% de la population générale. On observait la même tendance chez les patients âgés de 30 à 44 ans (58% vs 49,7%) de 45 à 59 ans (59,5% vs 50,7%) et de 60 à 74 ans (62% vs 52,9%).

Dans notre étude, les femmes de 15 à 74 ans consultaient donc plus que les hommes. Ce phénomène a beaucoup été décrit dans la littérature dans le cadre de rencontres de soins [39-49]. Une étude sur l'automédication réalisée en pharmacie retrouve également cette prédominance féminine [50]

Une explication possible est l'existence d'un lien entre le sexe du patient et celui du médecin. Ainsi, les patientes femmes consultent plus souvent des médecins femmes comme l'a décrit *Labarthe* [48]. Mais les médecins de notre étude étaient majoritairement de sexe masculin. Par conséquent, cette hypothèse n'est pas vérifiée dans ce travail.

La raison est donc autre. Depuis l'antiquité, le soin serait féminin. En effet, à cette époque, de nombreuses déesses et nymphes avaient une place importante lors de l'invocation d'évènements liés à la santé reproductive [51]. Comme le dévouement à l'autre est d'ordre culturel, « *il apparaît donc comme naturel que les femmes du foyer prennent soin d'autrui au nom du don de soi, de la fonction de maternage incorporée* » [51]. Cette place de la femme au centre des soins domestiques a été renforcée par une politique nationale visant à promouvoir les soins à domicile au détriment des soins hospitaliers. Ainsi, les aidants familiaux des personnes dépendantes restent à majorité féminine, et ce malgré le nombre de femme croissant sur le marché du travail (elles cumulent temps de travail et temps domestique). Et lorsque les femmes de la famille ne peuvent assumer physiquement la dépendance d'un proche, on se retourne vers des aides à domiciles, dont là encore le personnel est à majorité féminine [51].

La femme joue donc un rôle central en soins primaires, qu'elles soient concernées directement ou indirectement (pour ses enfants ou son mari) par les soins.

4.3.3 En fonction de la catégorie socio-professionnelle

En 2011, un recensement des catégories socio-professionnelles a eu lieu en Vendée et Loire-Atlantique [52]. Ce dernier s'est basé sur la population âgée de plus de 15 ans.

En ôtant de notre étude les patients âgés de moins de 15 ans, nous obtenions la distribution des catégories socio-professionnelles suivante : agriculteur (37/2691 soit 1,4%), artisans commerçants chefs d'entreprise (153/2691 soit 5,7%), cadres et professions intellectuelles supérieures (173/2691 soit 6,4%), professions

intermédiaires (285/2691 soit 10,6%), employés (454/2691 soit 16,9%), ouvriers (375/2691 soit 13,9%), retraités (731/2691 soit 27,2%), sans activité professionnelle (483/2691 soit 17,9%).

Par comparaison avec le recensement de 2011, il apparaît que les deux populations étaient quelque peu différentes.

Ainsi, les agriculteurs (1,4% vs 1,2%), les employés (16,9% vs 16,1%), les ouvriers (13,9% vs 15,1%) et les retraités (27,2% vs 28,4%) étaient comparables à la population générale.

Les autres catégories socio-professionnelles étaient différentes : artisans et chefs d'entreprise (5,7% vs 3,3%), cadres et professions intellectuelles (6,4% vs 7,8%), professions intermédiaires (10,6% vs 14,5%), sans activité professionnelle (17,9% vs 13,6%).

Ces différences semblent logiques quand on connaît les difficultés à effectuer un recensement des catégories socio-professionnelles. En effet, les socio-démographes ont besoin de temps et de nombreux détails concernant le métier des français pour réaliser leurs enquêtes.

Dans notre étude, l'utilisation de la catégorie socio-professionnelle était donc compliquée puisque le recueil de données concernant les professions des patients était peu détaillé. Pour exemple : supposons que le patient exerce la profession de maçon. Est-il maçon salarié d'une entreprise, alors intégré dans la catégorie « ouvrier » ? Ou est-il maçon à son compte et donc intégré dans la catégorie « artisans et chef d'entreprise ? ». Ce renseignement n'était pas spécifié par les internes sur les fiches d'observation. Par soucis de cohérence (les ouvriers étant plus nombreux en France que les artisans), le thésard a choisi de classer tous les maçons, et autres métiers du bâtiment, dans la catégorie « ouvrier », sauf mention contraire de l'interne. Cette difficulté d'interprétation s'est présentée pour de nombreux métiers.

Toutefois, ces hypothèses n'expliquent pas à elles seules les différences mises en évidence. Ces résultats peuvent également sous entendre que certaines professions

(cadres et les professions intermédiaires) ont peu de temps pour consulter un médecin, préférant avoir recours à l'automédication, comme le suggéré *Raynaud* [11].

4.4 Discussions autour de l'automédication

4.4.1 Un sujet « non tabou »

68,9% de consultations ont fait l'objet d'une discussion autour de l'automédication (discussion abordée soit par le patient soit par le médecin). Ce résultat montre qu'il ne s'agit pas d'un sujet « tabou » lors de consultations en soins primaires. L'automédication semble être acceptée par les médecins et assumée par les patients malgré sa promotion (par les pouvoirs publics et les firmes pharmaceutiques) récente. En effet dans des pays comme le Royaume-Uni ou les Etats-Unis, où sa pratique est plus ancienne, les discussions autour de l'usage d'OTC semblent moins fréquentes que dans de notre étude : 54% dans une étude anglaise [34], 58% [19] et 46% [36] dans des études américaines.

4.4.2 Les médecins s'interrogent au sujet de cette pratique

Dans une consultation sur deux, les médecins de notre étude ont questionné leurs patients sur leur pratique d'automédication. Cela prouve que les praticiens ont pris conscience du développement de l'automédication en France depuis quelques années. Ils semblent s'intéresser à leurs patients et leurs pratiques afin de prodiguer les meilleurs soins possibles. Cependant, comme nous l'avons déjà noté, le fait que ces médecins soient des MSU, doit inciter à la prudence quant à l'interprétation des résultats.

Malgré cela, il est intéressant de s'apercevoir que les généralistes de notre enquête explorent davantage l'automédication que ceux inclus dans l'étude de *Stevenson* [34]. Lors de cette dernière, le recrutement des médecins a été basé sur le volontariat puis leur inclusion s'est faite selon différents critères (sexe, lieu d'exercice...). L'objectif des investigateurs n'était pas d'avoir une population

représentative des généralistes anglais, mais d'observer différentes catégories de médecin. Les médecins étaient informés du thème de l'étude (communication médecin-patient) mais n'en connaissaient pas la finalité. Malgré ce système d'inclusion, le taux d'exploration par les médecins n'était que de 14%.

On retrouve des résultats similaires dans l'étude de *Sleath* où les médecins interrogent les patients sur leur pratique d'autosoins dans seulement 37% des cas [19].

Cette différence ne signifie pas que les médecins français pratiquent une médecine plus centrée sur le patient. Mais, elle pose plutôt la question de la banalisation de l'automédication au Royaume-Uni. En effet, la part du marché des médicaments OTC en Angleterre est bien supérieure à celle de la France. Pourtant, la proportion de discussions autour de l'automédication amenée par les médecins y est plus faible. On peut alors se demander si, outre-Manche, l'automédication n'est pas devenue une pratique tellement ancrée dans les mœurs que les différents acteurs (médecins, patients...) ne semblent pas éprouver le besoin d'échanger autour d'elle. Comme si tout était figé : le patient se soignant sans avis médical et se satisfaisant de cette situation ; le médecin ayant connaissance des pratiques de son patient mais le laissant en totale autonomie.

La frontière entre automédication responsable et automédication dangereuse se situe probablement ici, dans l'absence de discussion autour de ce sujet. Le patient a certes des connaissances mais il ne connaît pas tout des médicaments, en particulier de leurs effets indésirables et leurs contre-indications. Il s'expose donc à des risques de mésusage. En n'explorant pas l'automédication, le médecin travaille en aveugle et expose donc ses patients à des risques d'interaction médicamenteuse.

En France, la promotion de l'automédication par les pouvoirs publics étant récente, les médecins chercheraient à évaluer son importance afin d'en prévenir les conséquences et de réduire la part d'ombre des usages profanes. Cela fait écho aux mises en garde de Queneau vis-à-vis de cette pratique et de ses dérives [24].

4.4.3 Mention par le patient : une certaine ambiguïté

Selon un récent sondage, 75% des personnes interviewées ont déclaré avoir eu recours à l'automédication et 64% souhaiteraient avoir plus de liberté pour soigner leurs « petites maladies » [53]. Cela prouve que les français s'intéressent à l'automédication, cherchant probablement à travers cette pratique l'obtention d'une autonomie plus importante.

Malgré cet engouement pour les médicaments OTC, seul 41,2% des patients de notre étude ont mentionné à leur médecin traitant leur pratique d'autosoin. Ce taux est tout de même plus élevé que celui observé dans l'enquête de Stevenson [34]. Là encore, la banalisation de l'automédication au Royaume-Uni peut influencer le comportement des patients. La pratiquant depuis plusieurs années, l'automédication leurs a permis d'obtenir des connaissances qu'ils jugent suffisantes pour se soigner par eux-mêmes, et pour ne pas en faire part à leur médecin.

Cette proportion plus importante de discussions provenant du patient lors de notre étude, laisse émettre l'hypothèse qu'en communiquant davantage, les patients cherchent à être réassurés et légitimés vis-à-vis de leur comportement.

A l'inverse, l'étude de *Serper* [36], réalisée dans le cadre de soins primaires aux Etats-Unis chez des patients âgés de plus de 18 ans, a montré que 46% des patients ont parlé de leur automédication avec le médecin. Ce taux de discussion est donc légèrement supérieur à celui de notre étude. Cela pourrait-il traduire une certaine réticence de six patients sur dix à faire part de leurs pratiques à leur médecin ? Auraient-ils peur d'être jugés comme cela a été décrit par *Fainzang* [6] ?

Les résultats de notre étude montrent l'ambiguïté qu'ont les patients dans leur démarche d'autosoin. Soucieux de gérer leur santé et de ne pas être un simple objet, ils chercheraient à être le plus indépendant possible à travers l'automédication. Cependant, il semble que les patients soient inquiets des risques de cette pratique et n'hésiteraient pas à en parler à leur médecin, même si la peur du jugement reste présente.

Une étude qualitative sur les raisons qui incitent le patient à faire part de ses pratiques à son médecin dans le cadre de maladie aiguë, pourrait renforcer l'impression laissée par nos résultats.

En effet, les nombreuses études qualitatives réalisées sur l'automédication n'ont cherché qu'à connaître les raisons qui amènent les patients à prendre des médicaments sans ordonnance.

4.4.4 Conclusion

Au total, ces résultats montrent que l'automédication suscite l'intérêt à la fois des patients et des médecins. Les échanges autour de cette pratique sont fréquents, et nous pouvons supposer que d'ici quelques années ils pourraient l'être davantage.

Toutefois, il est à noter que le taux de discussion autour d'un médicament pris en automédication (50,8% dans notre étude) restent tout du même inférieur à ceux autour des médicaments prescrits : 77% dans l'étude de *Stevenson* [34] et 92% dans celle de *Richard et Lussier* [35]. Cela traduit probablement l'asymétrie du rapport médecin-patient décrit par *Fainzang* : « *Le médecin détient un savoir, concernant notamment la nature des médicaments et les modalités de leur utilisation, savoir qu'il transmet en partie aux malades en vue de leur faire adopter les bonnes conditions en matière d'usage médicamenteux* » [54].

En initiant une prescription pour un diagnostic qu'il a émis, le médecin dirige la consultation et surtout la discussion autour du médicament qu'il vient d'instaurer. Il se doit donc d'indiquer le nom du médicament prescrit, son indication, la durée de traitement ... pour que les patients adhèrent au maximum à sa démarche thérapeutique. Par conséquent, atteindre un taux de discussion autour des médicaments prescrits aux alentours de 90% semble logique. Les 10% restant étant sans doute ce que *Fainzang* appelle « *le savoir dissimulé, c'est-à-dire que le médecin juge la transmission d'information préjudiciable à la santé de ses patients* » [54]. C'est souvent le cas des effets secondaires, qui sont tus par les praticiens, dans le but de ne pas effrayer leurs patients.

Dans le cas de l'automédication, les rôles s'inversent et c'est le patient qui détient le pouvoir de communication du médicament. Le savoir de celui-ci, qu'il a acquis aux

travers de la relation avec son médecin ou par le biais d'informations diverses (publicité, internet, entourage...), n'est en réalité qu'un savoir profane basé sur son expérience. Ses connaissances ont une dimension technique mais également étiologique, c'est-à-dire que le patient a sa propre représentation de sa maladie. Ainsi « *certains patients refusent de suivre un traitement s'il leur paraît non cohérent avec l'interprétation qu'ils ont de leur maladie, lorsque cette interprétation n'est pas conforme au diagnostic de leur médecin* » [54]. Cette dimension étiologique peut être à l'origine de la non révélation de l'automédication par le patient à partir du moment où il considère être en désaccord avec son médecin.

De plus, les professionnels de santé n'explorant pas systématiquement les comportements d'autosoin de leurs patients, le taux de discussions autour de cette pratique est donc moins important que celui concernant les médicaments prescrits.

4.5 Motifs de consultation : prédominance des symptômes infectieux

Les motifs respiratoires (27%), ostéo-articulaires (20,3%), digestifs (14,4%) et d'ordre général (10,5%) étaient les plaintes les plus fréquentes de notre étude. Notre enquête à l'avantage de s'être déroulée sur deux périodes distinctes, ce qui a permis d'analyser les motifs de consultation en fonction des saisons.

Ainsi, nous nous apercevons qu'en automne les plaintes respiratoires sont plus fréquentes alors qu'au printemps ce sont les plaintes ostéo-articulaires. Ces résultats semblent logiques quand on connaît la prévalence des rhino-pharyngites ou bronchiolites durant les périodes d'étude [55-56].

L'étude ECOGEN [39], qui s'est également déroulée lors d'une période hivernale, a montré que les motifs de consultation étaient différents. Ainsi, les plaintes d'ordre général étaient les plus fréquentes, avant celles cardio-vasculaires, respiratoires et ostéo-articulaires. La spécificité de cette étude est que le patient a été inclus quelque soit la raison de sa venue (symptômes aigus, renouvellement d'ordonnance...). Les maladies cardio-vasculaires représentant une proportion importante des maladies

chroniques en France, cela explique pourquoi les plaintes de ce système sont fréquentes dans l'étude de *Letrillart*.

Selon *Gouyon* [38], les recours urgents ou non programmés en soins primaires, lors d'une période automnale, étaient les suivants : infectieux (22%), ORL-stomatologie (16%), digestifs (11%), rhumatologiques (9,5%). Lors de cette enquête, le codage des motifs de consultation était différent de celui utilisé dans notre étude, ce qui rend difficile la comparaison. Cependant, dans les deux cas, nous constatons que les problèmes d'ordre infectieux (regroupés dans les motifs respiratoire et général dans notre étude, et dans les motifs infectiologie et ORL-stomatologie dans celle de *Gouyon*) sont les premiers motifs de consultation dans le cadre de pathologies aiguës en automne.

A la vue de ces différentes études, on peut conclure que les motifs infectieux représentent une part majoritaire des plaintes en médecine générale en période automnale, qu'ils soient d'ordre général (fièvre...), respiratoire (toux, rhume...) ou digestif (diarrhées, vomissements...).

Notre étude a également montré que les plaintes ostéo-articulaires devenaient les premiers motifs de consultation en médecine générale dans le cadre de maladies aiguës au printemps.

Les plaintes urologiques, génitales et neurologiques étaient les motifs de consultation les plus rapportées par les femmes.

Les brûlures mictionnelles et les pollakiuries étaient les symptômes urinaires les plus décrits lors de notre étude. Ils représentent souvent les premiers signes d'une infection urinaire simple appelée cystite. Cette infection est spécifique aux femmes puisque chez l'homme on parle de prostatite.

L'incidence faible de la prostatite par rapport à celle des cystites explique, en partie, la raison pour laquelle les motifs urologiques étaient majoritairement des plaintes féminines [57]. De plus, la prostatite survient plutôt après 50 ans (car favorisée par

l'existence d'un blocage sous-urétral) alors que l'âge moyen de notre population était de 37 ans [57].

Dans notre étude, les plaintes neurologiques étaient dominées par les céphalées. En pratique courante, ces symptômes sont souvent associés à des migraines, pathologie dont la prédominance féminine est reconnue [58]. Ceci peut expliquer pourquoi les motifs neurologiques touchaient les femmes de notre étude à 62,3%, même si une publication récente a tendance à remettre en cause le fait que les céphalées soient principalement des plaintes féminines [59]. L'enquête de *Hunt* avait pour objectif de comparer la proportion d'hommes et de femmes consultant pour deux symptômes communs : lombalgies et céphalées. Après analyse de différentes études, ils ont conclu que le lien entre céphalées et sexe féminin était cependant plus établi que pour les lombalgies.

Les femmes représentaient 80% des plaintes génitales dans notre étude. Cela s'explique, en partie, par le fait que les motifs de consultation liés à la grossesse ont été intégrés dans les plaintes génitales. Mais au-delà de cette analyse, il y avait plus de plaintes concernant le système génital de la femme que de plaintes concernant le système génital de l'homme. Est-ce dû à une incidence plus élevée des pathologies liées au système génital féminin ? Ou est-ce une réticence des hommes à parler de leurs problèmes génitaux ?

D'une manière générale, les femmes communiquent plus avec leur médecin que les hommes : « *elles donnent plus d'informations sur leurs symptômes et leur histoire, posent également plus de question* » [60].

Du fait d'un suivi gynécologique régulier, les femmes sont confrontées plus souvent que les hommes à des examens génitaux.

Ces deux données laissent supposer que face à un problème génital, les patients de sexe masculin se confient moins facilement que les femmes.

Les enfants de notre étude souffraient principalement de soucis ORL, respiratoires, digestifs ou généraux. Ces différents systèmes sous entendent qu'ils étaient amenés en consultation pour des problèmes infectieux. Ces résultats confirment ceux de

l'étude de *Gouyon* où « près de 40% des enfants de moins de 13 ans consultent en urgence pour une maladie infectieuse » [38].

Il existait d'autres similitudes entre notre travail et celui de *Gouyon*. Ainsi, les problèmes rhumatologiques concernaient, dans les deux études, surtout les adultes (patients âgés de 30 à 59 ans dans notre étude et de 45 à 69 ans dans celle de *Gouyon*). Nous constatons le même résultat pour les plaintes d'ordre psychologique (patients âgés de 15 à 59 ans dans notre étude et de 25 à 44 ans dans celle de *Gouyon*).

La médiane d'âge de survenue de ces pathologies semble se situer aux alentours de 40 ans et donc chez des patients actifs professionnellement. Ces résultats laissent supposer qu'une activité professionnelle pourrait être responsable de nombreuses pathologies aiguës rhumatologiques ou psychologiques, ce d'autant que ces problèmes sont souvent intriqués.

4.6 Médicaments d'automédication

4.6.1 Un large choix pour les patients

4.6.1.1 Le paracétamol : médicament le plus utilisé

Les médicaments pris sans ordonnance, dans notre étude, étaient en très grande majorité du paracétamol. Ces résultats confirment que cette classe médicamenteuse est la plus utilisée en automédication, et ce depuis de nombreuses années [20-22].

Le paracétamol est une molécule découverte au milieu du XX^{ème} siècle. Il est devenu au fil du temps le médicament de « référence » pour soigner les douleurs. En effet, par rapport à l'aspirine, l'antalgique historique, le paracétamol, lorsqu'il est utilisé à bon escient, a l'avantage de présenter peu de contre-indications et d'effets indésirables. Dans les croyances populaires, le paracétamol est donc considéré comme un médicament dénué de risque. C'est ainsi qu'il représente la substance active la plus vendue en quantité en pharmacie d'officine en France [61].

La première explication à cela vient du fait que la douleur est un motif de consultation fréquent, en urgence, dans un cabinet de médecine générale. Ainsi, elle représente 40% des motifs de consultation selon les médecins [38]. Mais surtout, d'après les patients, elle pousse 90% d'entre eux à consulter un médecin généraliste dans le cadre de symptôme aigu [62]. Etant l'antalgique de référence, il paraît logique que le paracétamol soit le médicament le plus utilisé en automédication. Cette hypothèse est confirmée par l'étude de *Collet et Gouyon* où la fièvre et la douleur sont deux symptômes fréquemment associés à l'automédication des patients, qu'il consulte ou non par la suite un médecin [62].

La seconde explication semble liée à l'image qu'ont les patients du paracétamol. *Jouan* a cherché à connaître les raisons qui les amènent à s'automédiquer [63]. Ainsi, ils utilisent des médicaments sans ordonnance en réponse à des symptômes précis : « *vécu antérieur de la maladie, informations obtenues autour de lui (eux), caractères bénins des symptômes...* » Surtout, lors de cette étude, les patients font part de leur méfiance vis-à-vis du corps médical « *médecins incompetents, corrompus...* » et des médicaments. Nombre d'entre eux avouent même lire les notices d'information avant de prendre les médicaments.

En analysant ces récits, *Jouan* nous permet de comprendre pourquoi le paracétamol est le médicament le plus utilisé en automédication.

Premièrement, il peut agir sur de nombreux maux (gorges, lombalgies, céphalées...), considérés comme bénins par les patients. La prise de cette substance leur paraît donc justifiée.

Deuxièmement, il s'agit d'un médicament dont les effets indésirables sont rares, selon les patients, ce qui les renforce dans leur entreprise. Pourtant, il existe un certain nombre de mésusage de ce médicament que nous détaillerons dans un autre chapitre [64].

Cependant, ne va-t-on pas assister à un changement de comportements des patients avec la parution récente d'une publication controversée au sujet de ce médicament [65]?

4.6.1.2 Les anti-helminthiques : médicaments tabous ?

Depuis de nombreuses années, l'amélioration des conditions d'hygiène dans les pays développés comme la France sont telles que les parasitoses intestinales sont devenues plus rares. Du fait de leur transmission importante en collectivité, les oxyuroses et les giardioses sont les parasitoses les plus répandues en France, notamment chez les enfants [66]. La clinique est souvent pauvre dans ces pathologies. Seul un prurit anal vespéral ou nocturne est souvent révélateur d'une oxyurose. Les traitements de ces parasitoses reposent le plus souvent sur l'albendazole pour l'oxyurose et sur le métronidazole pour la giardiose [66].

A noter qu'en France, le flubendazole est le seul antihelminthique en vente libre.

Dans les croyances populaires, les helminthoses, comme l'oxyurose, peuvent être responsables de nombreux maux chez l'enfant : « *enfant pâle, bouffi et anémique* » « *les vers peuvent étouffer l'enfant lorsqu'ils remontent à la gorge* » « *la remontée des vers au cerveau peut entraîner des convulsions* » [67]. Lors de son travail, *Prieur* a montré que dans 99% des cas l'antihelminthique vendu a été le flubendazole, et que son achat sans ordonnance représentait 70,4% des acquisitions. Il existait un lien significatif entre l'achat du flubendazole et les pharmacies de villes peuplées de moins de 2000 habitants. L'antihelminthique a été pris dans 32,5% des cas pour un prurit anal et dans 22,9% des cas en prévention régulière.

En 2001, *Fainzang* a montré que les « *conduites des malades à l'égard des médicaments étaient sous-tendues par la référence à des valeurs qui circulent à l'intérieur des groupes culturels* » [68]. Lors de cette étude, l'auteur n'a pas analysé le comportement des patients en fonction de leur zone d'habitation (rurale vs urbaine) mais en fonction de leurs origines culturelles religieuses (catholique, juive, protestante, musulmane). Cependant, nous pourrions être tenté de faire le rapprochement. En effet, les liens et les croyances qui unissent les habitants des zones rurales sont assez forts pour que nous considérions leur comportement comme celui d'un groupe culturel à part entière. Ainsi, les croyances populaires concernant les « vers » se véhiculeraient entre les habitants des zones rurales ce qui pourrait expliquer le fort taux d'automédication par le flubendazole sur ces territoires.

Lors de notre étude, seul 5 patients (0,2%) ont déclaré avoir pris du flubendazole en automédication. Il existe donc une différence conséquente entre l'achat de ce médicament sans ordonnance [67] et le fait d'en parler à son médecin.

Dans la publication de *Prieur* [67], le flubadenzaole a surtout été acheté dans des pharmacies de villes de moins de 2000 habitants, qui représentait 20% des villes étudiées. Lors de notre étude, il y avait seulement 8,4% de villes rurales. Cette proportion plus faible de population rurale incluse dans notre travail n'explique pas à elle seule le fait que seuls 5 patients aient avoué avoir pris du flubendazole en automédication.

Une explication possible serait la prise de médicaments en prévention d'une maladie et la mention par le patient de ses pratiques à leur médecin traitant.

Comme *Prieur* l'a montré, le flubendazole est pris de façon préventive dans 22% des cas [67]. Le fait de consommer une substance thérapeutique sans avis médical en prévention d'une maladie a été observé dans d'autres études [50-69].

L'automédication préventive n'était pas un critère d'inclusion des patients dans notre étude (nous nous sommes intéressés qu'aux médicaments pris en réponse à des symptômes aigus), ce qui pourrait donc être à l'origine du faible taux de discussion à propos du flubendazole.

Mais la comparaison de ces résultats nous permet également d'émettre deux autres hypothèses, auxquelles aucune étude à ce jour ne s'est intéressée : le flubendazole, et les antihelminthiques d'une façon générale, sont-ils un sujet tabou lors de rencontres de soins, traduisant ainsi le décalage entre le savoir scientifique (celui des médecins) et le savoir profane (celui des patients) ? L'automédication préventive est elle moins propice à une discussion en soins primaires que l'automédication entrant dans le cadre de pathologies aiguës ? Cette dernière hypothèse pourrait traduire une différence entre les connaissances du patient à propos de son corps et sa santé, lors de diverses situations (prévention, maladie aiguë). Ainsi, il ferait confiance à son savoir lorsque son corps est indemne de pathologie (puisqu'il ne parle pas de d'automédication préventive à son médecin) alors qu'il aurait un comportement contraire lorsque son corps est atteint d'une maladie.

4.6.1.3 Autres médicaments

Notre étude est la première en France à analyser l'automédication dans un contexte de consultations pour pathologies aiguës. Elle a montré que les principaux médicaments pris sans ordonnance, en dehors du paracétamol, étaient ceux à visée musculo-squelettique (11,6%), respiratoire (11,4%) et digestive (9,8%). Ces classes médicamenteuses correspondaient aux motifs de consultation les plus fréquemment observés dans notre étude (respiratoire : 27%, ostéo-articulaire : 20,3% et digestif : 14,4%).

Il semble donc exister un lien entre ces pathologies et l'automédication. Les symptômes de ces systèmes sont-ils jugés bénins par les patients les amenant ainsi à s'automédiquer ? C'est en tout cas ce que nous pouvons supposer en reprenant les interviews réalisés par Jouan [63] : « *Je connais bien la rhinopharyngite* » « *tous les ans les symptômes se répètent* » « *les lombalgies sont bénignes chez tous les patients qui en sont atteints de façon chronique* ».

Il est vrai que les plaintes respiratoires, ostéo-articulaires ou digestives peuvent être le reflet de maladies communes, souvent épidémiques, comme un simple rhume, une gastro-entérite virale, ou encore un lumbago typique... Mais ces plaintes peuvent également être les prémices de pathologies plus graves comme une pneumopathie, un syndrome appendiculaire, une hernie discale... C'est alors que l'automédication peut devenir dangereuse et être à l'origine d'un retard diagnostique comme l'avait signalé Queneau [24].

Notre étude a donc permis d'identifier ces motifs de consultations comme pourvoyeur d'automédication, et ainsi d'attirer l'attention des médecins généralistes vis-à-vis du comportement des patients en cas de symptômes respiratoires, ostéo-articulaires et digestifs. En effet, en cas de non connaissance de cette pratique, il peut aussi exister un risque d'interactions médicamenteuses ou de surdosage.

Il est intéressant de noter que parmi les trente substances actives à PMF les plus vendues en France en 2013, quatre étaient des médicaments à visée digestive (SPASFON®, GAVISCON®, METEOSPASYL®, SMECTA®), cinq à visée respiratoire (HELICIDINE®, HUMEX®, LYSOPAINE®, STREPSIL®, MAXILASE®) et

deux sont des AINS (NUROFEN®, NUROFENFLASH®). Surtout, les ventes de ces médicaments, en dehors du NUROFEN®, ont augmenté depuis 2010 [61].

Si nous prenons comme postulat que les médecins ont peu changé leur pratique depuis 2008, date de la création du libre-accès en France, cette croissance renforce l'idée que ces classes médicamenteuses sont les plus utilisées en automédication.

Les motifs dermatologiques étaient fréquents dans notre étude (7,6%). Pour autant, les médicaments de la peau ont été peu utilisés en automédication (4,1%). Ces derniers étaient surtout représentés par les crèmes émoullientes (1,1%) et les antiseptiques (1,2%). Ces deux substances actives font aussi partie des spécialités de PMF les plus vendue en France en 2013 [61].

A contrario, l'éconazole (anti-mycosique le plus cité de notre étude) qui est une spécialité à PMF, ne représentait que 0,6% des médicaments pris en automédication. On observait un taux similaire pour les dermocorticoïdes (0,8%), qui sont eux des médicaments à PMO.

Ce faible taux de consommation des médicaments dermatologiques à PMF laissent supposer que certains soucis dermatologiques n'incitent pas les patients à s'automédiquer, car ils considèrent ces maladies comme « *angoissante(s), inconnue(s), nécessitant l'avis médical* » [63]. Il apparaît que les patients soignent eux-mêmes une xérose ou des plaies. Mais au-delà de ces cas, ils préfèrent avoir un avis médical avant de s'automédiquer avec des anti-mycosiques ou des corticoïdes.

Les médicaments à visée cardio-vasculaire étaient peu utilisés en automédication (0,7%) dans le cadre de pathologies aiguës. Ils étaient représentés majoritairement par les vasculo-protecteurs (0,3%) comme la TITANOREINE® ou PROCTOLOG®. Cependant, il est intéressant de constater que certains patients n'hésitaient pas à prendre de leur propre initiative des anti-hypertenseurs, des cardiotropes ou des diurétiques : médicaments dont les indications et les précautions d'emploi sont multiples.

4.6.1.4 La médecine non conventionnelle : une autre façon de se soigner

Comme l'a décrit *Bernard Grenier* [27], nous sommes actuellement dans le paradigme de justification où la médecine conventionnelle est grandement remise en cause. Le temps des découvertes de multiples substances médicinales, où les patients plaçaient beaucoup d'espoir en elles, est donc révolu. Place au temps de la méfiance. Renforcé par de nombreux scandales, dont le plus connu est celui du MEDIATOR®, le patient s'inquiète en premier lieu des effets indésirables d'un médicament plus que de son efficacité. Peu à peu, la confiance envers le corps médical, et tout ce qui l'entoure, s'est détourné au profit des médecines alternatives.

Selon l'OMS, cette médecine se définit par « *la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales* » [70]. Les exemples les plus connus sont : l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie...

L'essor de la médecine non conventionnelle est indéniable. Il se vérifie dans l'étude de *Jouan* où 85% des patients inclus racontent avoir recours à cette pratique, qu'elle soit en complément ou non de la médecine conventionnelle [63]. De même, dans 16% des cas, une substance homéopathique a été achetée en automédication selon l'étude de *Haas* [50].

Dans notre étude, les patients ont accordé une place importante à la médecine non conventionnelle par rapport aux autres médicaments. Ainsi, 1% des patients ont mentionné avoir eu recours à l'homéopathie et 2% à l'ostéopathie (annexe 3). En terme de fréquence, l'ostéopathie atteint même la 7^{ème} place des pratiques d'automédication observées.

Il existe donc une différence importante entre la proportion de malades ayant recours à la médecine non conventionnelle et la proportion de ceux qui en parlent à leurs médecins généralistes. Comment expliquer cela ?

En France, le nombre de médecins homéopathes (environ 5000) [71] est bien inférieur au nombre de médecins généralistes libéraux en 2013 (plus de 63000) [42]. Dans notre étude, le nombre d'homéopathes était inconnu.

Une étude australienne a montré qu'en milieu rural, seulement 0,5% des médecins généralistes avaient prescrit des médicaments homéopathiques dans les 12 derniers mois, et 63,9% des médecins n'avaient jamais fait appel à un confrère homéopathe [72].

Ce faible nombre de médecins homéopathes, ajouté aux faibles prescriptions de substances homéopathiques par les médecins généralistes, est probablement la raison pour laquelle les patients ne parlent pas de la prise de ces médicaments à leur médecin. Ayant conscience du manque de considération de ces médicaments par les médecins, les malades préfèrent ne pas dévoiler leur pratique, probablement dans le but de ne pas être jugés.

L'engouement autour de ces pratiques est tel que de nombreux experts s'y intéressent. Mais les médecines parallèles étant mal régulées et encadrées, l'évaluation de leur efficacité reste difficile. En 2012, le gouvernement français, via le Centre d'Analyse Stratégique, a publié des propositions au sujet de ces pratiques [73].

Lors de ce rapport, les auteurs considèrent que « *la notion de bien être, qui fonde la définition de la santé de l'OMS, est souvent négligée dans les systèmes de santé alors qu'elle est au cœur des médecines non conventionnelles* ». Les lacunes de la médecine traditionnelle (manque d'écoute, prise en charge non globale...) sont mises en exergue par l'avènement de ces médecines. Curieusement ces lacunes correspondent aux arguments avancés dans les principes d'EBM et PCM. Il semble donc que la médecine traditionnelle ait des failles, identifiées, qu'il reste à combler afin de redonner confiance au patient.

Le corps médical n'est pas opposé à la médecine traditionnelle mais reste inquiet quant aux risques et aux dérives de ces pratiques. Les recherches à ce sujet semblent difficiles pour plusieurs raisons : comment autoriser des études sans connaître le risque qu'encourent les patients ? La question du financement est

également problématique : les firmes pharmaceutiques n'ayant pas d'intérêt à les subventionner, étant donné que son essor se fait au détriment des médicaments de l'industrie. Le financement serait donc limité aux pouvoirs publics [73].

Le CAS a donc proposé plusieurs solutions afin de prendre en compte les médecines parallèles tout en limitant les risques. Reste à évaluer l'impact de ses mesures en France.

Quoiqu'il en soit, il semble judicieux de ne pas négliger l'importance des médecines parallèles en pratique courante pour deux raisons : redonner confiance au patient en lui montrant que l'on est à son écoute, et avoir en sa disposition tous les éléments nécessaires afin de soigner de façon optimale son malade.

4.6.2 Stock familial ou recours au pharmacien ?

Les médicaments utilisés dans notre étude étaient principalement les antalgiques, les AINS, les médicaments à visée respiratoire et digestive. Mais quels sont les moyens pour les acquérir ? Selon les publications, les médicaments d'automédication proviennent soit de la pharmacie familiale, comme 76% des substances prises dans l'enquête de *Laure* [17], soit de médicaments hors prescription, qui représentaient 50,5% des médicaments de l'étude d'*Asseray* [22].

Notre recherche n'avait pas pour objectif premier de connaître la provenance des médicaments utilisés en automédication. Cependant, en comparant nos résultats avec ceux de *Haas* [50], il semble émerger plusieurs hypothèses.

L'étude de *Haas* s'est déroulée dans des pharmacies d'officine de Loire-Atlantique et Vendée durant une période hivernale (du 11/02/2013 au 06/05/2013). Ce travail se rapproche donc du nôtre, mais il permet d'analyser un autre secteur de l'automédication : l'officine.

Les médicaments observés dans l'étude de *Haas* étaient principalement à visée ORL (34%), antalgique (25,1%) et digestive (12,4%) ; alors que dans notre étude l'ordre était différent : antalgiques (47,6%), AINS (11,6%), respiratoire (11,4%), digestif

(9,8%). A noter que les antalgiques et les AINS étaient regroupés dans la même catégorie dans l'étude réalisée en officine.

Le paracétamol est donc davantage pris en automédication lors de rencontres de soins primaires qu'après avis auprès d'un pharmacien. Cela laisse supposer que ce médicament provient le plus souvent des armoires familiales.

En ayant la même démarche réflexive, les médicaments OTC à visée respiratoire semblent être plutôt pris après conseil d'un pharmacien d'officine.

Ces hypothèses renforcent l'idée fait que le paracétamol est un médicament « vulgarisé et banalisé », bien connu des patients, et dont son utilisation est dénuée de risques selon les croyances populaires. Les français n'hésitent pas à faire appel à leur stock familial pour se soigner avec ce médicament.

4.6.3 L'automédication : une pratique parfois dangereuse

4.6.3.1 Le paracétamol

Comme le montre les résultats de notre étude, le paracétamol est très prisé des patients (efficace pour de nombreux maux, présentant peu de contre-indications). Mais peu de gens connaissent les effets indésirables et les risques de toxicité hépatique ou rénale liés à un surdosage en paracétamol. Pourtant en France, l'incidence de l'hépatotoxicité des médicaments est évaluée à 13,9 cas pour 100 000 habitants [74].

La dose quotidienne autorisée est de 4 grammes. Le seuil de toxicité est lui de 10 grammes de substance active en une prise.

Bien que la majorité des insuffisances hépatiques aiguës liées à ce médicament arrivent dans un contexte de tentative d'autolyse, un surdosage quotidien en paracétamol peut également être à l'origine d'une défaillance hépatique sévère comme signalée dans l'étude de Sgro [74].

Le mésusage de paracétamol peut être dû à plusieurs erreurs.

D'une part, le patient peut se tromper dans la posologie quotidienne. A travers des interviews et des mises en situation, une étude américaine a montré qu'un quart des patients inclus pouvait prendre plus de 4 grammes de paracétamol par jour, et 5% prendrait plus de 6 grammes [64].

D'autre part, il est facile pour un patient de se perdre dans les multiples médicaments contenant cette substance active, dont les dosages peuvent être différents (DOLIPRANE®, EFFERALGAN®, DAFALGAN®, IXPRIIM®, LAMALINE®, KLIPAL®...).

Le patient n'a qu'un savoir profane et ne peut pas connaître toutes ces subtilités. Il est alors courant d'aboutir à un mésusage, en associant plusieurs de ces médicaments, comme cela a été décrit dans la littérature [21-64-75].

Finalement, l'incidence exacte des effets indésirables liés à un mésusage du paracétamol pris en automédication est mal connue. Mais les résultats de notre étude, ajoutés à ceux des publications relatant les mésusages du paracétamol, permettent d'attirer l'attention des médecins concernant ce médicament. Il paraît important d'interroger les patients sur leur consommation en paracétamol avant une prescription. D'autre part, il semble qu'une éducation thérapeutique (rappel de la posologie, des associations contre-indiquées) à propos cette substance soit utile lors de chaque prescription.

4.6.3.2 AINS et glucocorticoïdes

Les AINS correspondaient à la deuxième classe médicamenteuse utilisée lors de notre étude (9,3%). Alors que, seulement 18 patients ont déclaré avoir pris des corticoïdes.

Ces deux classes médicamenteuses sont pourvoyeuses de nombreux effets indésirables : ulcère gastro-duodéal, allergie, toxicités rénales et hépatiques... pour les AINS ; hémorragie digestive, trouble musculo-squelettique, diabète... pour les glucocorticoïdes.

Les ulcères gastro-duodénaux suite à la prise d'AINS sont fréquemment responsables d'hémorragie digestive. Cet effet indésirable est bien connu des

patients. En effet, nombre d'entre eux signalent des brûlures gastriques lors de la prise de ces médicaments et réclament donc un traitement par Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP) en complément. Pour autant, une étude a montré que les patients considéraient les AINS comme des médicaments aussi sûrs que les IPP, et dénués de risques [76]. Ces résultats sont surprenants et inquiétants pour les médecins qui connaissent bien les risques des AINS. Toutefois, ils sont à interpréter avec prudence puisque le nombre de patients inclus dans l'étude de *Cullen* était très faible (sur 104 patients inclus, seulement 10 avaient pris des AINS).

Une autre étude a tenté d'évaluer les risques des AINS [75]. Les auteurs ont montré que sur 40000 patients inclus, 385 prenaient plusieurs AINS en même temps en automédication, et donc augmentaient le risque d'effets secondaires.

Ces deux études reflètent le manque d'information et d'éducation des malades au sujet des AINS. Ces médicaments paraissent, à leurs yeux, peu dangereux et sont donc utilisables facilement sans ordonnance. La publicité adressée au grand public semble jouée un rôle prépondérant dans ce phénomène de banalisation des AINS. Les affiches au sujet de ces substances thérapeutiques sont omniprésentes : télévision, panneaux publicitaires, pharmacie d'officine... Dans toutes ces publicités, seules les vertus et quelques contre-indications de ces médicaments sont plébiscitées (exemple : NUROFEN® cible la douleur, ne pas utilisé avant 11 ans et chez la femme enceinte). Si, ni le pharmacien, ni le médecin jouent leur rôle de prévention, le patient est potentiellement exposé à des effets indésirables. Une campagne d'information par les médecins généralistes, et autres professionnels de santé, pour limiter l'usage abusif des AINS semble indispensable.

Les glucocorticoïdes ont des effets indésirables bien connus par les patients pour plusieurs raisons : méfiance du corps médical depuis quelques années, effets indésirables visibles par le patient (fonte musculaire, complications cutanées, prise de poids...). Selon l'étude de *Dale*, les malades classent ces médicaments parmi les plus dangereux de ceux étudiés (AINS, IPP, glucocorticoïdes, aspirine, warfarin) [75]. Mais peu d'entre eux savent que la prise orale de glucocorticoïdes est un facteur prédictif de survenue de complications des cellulites cervico-faciale (maladie où les

symptômes initiaux peuvent être des simples maux de gorge) comme cela l'a été décrit dans la littérature [77].

Dans notre enquête, parmi les 18 patients ayant pris des corticoïdes, seul 4 les ont pris pour des maux de gorge ou des rhinopharyngites, et se sont donc exposés aux risques sus-cités. La majorité des corticoïdes ont été pris lors de crise d'asthme, où sa prescription est alors souvent justifiée. Ces résultats peuvent laisser penser que les patients prennent ces médicaments dans des situations bien connues et donc à bon escient (les asthmatiques sont habitués à gérer leur traitement, il leur est même souvent recommandé de prendre des corticoïdes lors de la survenue d'une crise avant même de consulter un médecin). Mais, la prudence reste de mise concernant le mésusage de ces médicaments.

Ces différentes analyses prouvent que l'éducation thérapeutique joue un rôle central dans la démarche d'automédication responsable. Les croyances populaires, internet, l'entourage... peuvent induire le patient en erreur et le pousser à consommer des médicaments potentiellement dangereux (et ce, d'autant que nous n'avons pas abordé le risque d'interactions médicamenteuses). Le rôle du médecin est donc ici primordial. Il se doit, non seulement de s'enquérir des pratiques de ses patients, mais également de le mettre en garde sur des situations futures. La place du médecin, qui est par ailleurs exclu des différentes définitions de l'automédication, se situe donc en amont de cette pratique d'autosoins.

4.6.3.3 Les antibiotiques

Face à l'augmentation du nombre de résistance aux antibiotiques, et ce, depuis de nombreuses années, la France a mis en place diverses actions pour faire diminuer le taux de consommation d'antibiotiques. Le slogan lancé en 2002 « les antibiotiques ce n'est pas automatique » est la plus connue de ces actions.

La consommation d'antibiotique en France a diminué depuis le début du XXIème siècle, passant de 36,2 DDJ/1000H/J en 2000 à 32,3 DDJ/1000H/J en 2013 [78]. Mais, celle-ci a augmenté de 5,9% depuis 2010 [78].

Les médecins semblent a priori changer leur comportement vis-à-vis des antibiotiques. Mais qu'en est-il des patients ?

Lors de notre étude, 34 patients (1,5%) ont déclaré avoir pris en automédication des antibiotiques. Une étude réalisée à Malte, pays où le pharmacien peut s'exposer à des amendes financières s'il vend des antibiotiques sans ordonnance, a montré que 19% de la population étudiée avaient pris des antimicrobiens en automédication [79]. Ces antibiotiques provenaient d'une pharmacie d'officine (87,71%), de l'armoire familiale (4,76%), de l'armoire d'un ami (4,76%) et d'un autre moyen (4,76%).

Même s'il est difficile de comparer la France à Malte (législation différente, population plus importante en France...), ces résultats supposent que les français prennent moins d'antibiotiques en automédication que les maltais.

Il n'est pas certain que la campagne menée dans notre pays pour limiter la consommation de ces médicaments ait été bénéfique. En effet, un certain nombre de patients, pensant avoir besoin d'antibiotiques pour guérir, poussent leur médecin à leur en prescrire [80]. Ce comportement est une autre forme d'automédication que l'on appelle plus communément l'ordonnance suggérée. Bien qu'il fasse partie de la définition de l'automédication dans le projet AUTOMED, ce comportement n'a pu être étudié lors de notre travail, le recueil par observation directe rendant son évaluation trop complexe.

Les antibiotiques pris en automédication lors de notre étude ont été dans 47% des cas utilisés lors des problèmes urinaires, et dans 35,3% des cas pour des problèmes respiratoires-ORL. Ces résultats diffèrent de ceux observés dans une enquête en Côte d'Ivoire, où les principaux motifs de recours à l'automédication par antibiotiques étaient respiratoires, gastro-intestinaux et cutanés [81]. Ces différences résultent probablement d'un écosystème bactérien différent entre les deux pays.

L'infection urinaire basse (cystite) est un diagnostic clinique dont les traitements sont en 1^{ère} intention la fosfomycine-trométamol, en 2^{ème} intention le pivmécillinam et en 3^{ème} intention les fluoroquinolones ou la nitrofuradantoïne [82].

Dans notre étude, ces infections ont été traitées en automédication dans 6 cas par de la fosfomycine-trométamol, dans 6 cas par des fluoroquinolones, dans 2 cas par de la nitrofuradantoïne, et dans 2 cas par du sulfaméthizole.

Seul une faible proportion de ces patients a donc utilisé à bon escient des antibiotiques. Ces résultats amènent quelques inquiétudes, d'autant que l'augmentation des résistances d'*Escherichia Coli* aux fluoroquinolones dans les infections urinaires n'est plus à démontrer [82].

De plus, les infections urinaires récentes et les antécédents d'antibiothérapie sont des facteurs de risque de résistance à *E.coli* [83]. Lors de sa pratique d'automédication, le patient ne prend probablement pas en compte ces facteurs, ce qui peut majorer le risque de survenue de résistances.

Au-delà de l'émergence de résistances des souches de bactéries aux antibiotiques, ces médicaments sont également pourvoyeurs de nombreux effets indésirables, en particulier hépatiques comme avec l'AUGMENTIN® [74].

L'automédication avec des antibiotiques peut donc être délétère à la fois pour le patient (risque d'effets indésirables nombreux) mais également pour l'écosystème bactérien.

4.7 Caractéristiques des patients et des médecins lors d'échanges autour de l'automédication

Les résultats de notre étude permettent d'identifier les caractéristiques des patients déclarant prendre des médicaments sans ordonnance, et celles des médecins s'inquiétant de cette pratique.

Ainsi, il s'agit plutôt de patients de sexe féminin résidant en centre ville de Nantes, consultant pour des problèmes respiratoires, ostéo-articulaires, digestifs, généraux, dermatologiques ou neurologiques.

Les médecins sont eux, de sexe féminin, et exercent plutôt dans la région de Saint Nazaire. Ils s'interrogent sur l'automédication principalement chez les patients âgés de 15 à 59 ans, consultant pour des problèmes ostéo-articulaires.

4.7.1 L'automédication : une pratique genrée

Après une revue de la littérature, nous constatons que les femmes représentent la majorité des patients s'automédiquant que ce soit en soins primaires [20-21-38-69] ou auprès des pharmacies d'officine [50].

Nous avons prouvé, qu'en plus d'être consommatrice de médicaments sans ordonnance, les femmes mentionnent plus souvent à leur médecin leur pratique d'autosoins que les hommes. Cette tendance féminine à communiquer plus facilement avec un professionnel de santé se vérifie dans l'étude de *Labarthe*, où un tiers des femmes parlaient de leurs problèmes contre 25% d'hommes [48].

Une étude en soins primaires réalisée en France a prouvé que les patientes consultaient plus fréquemment des médecins femmes que des médecins hommes : « *la proportion de séances consacrées à des patientes est significativement plus élevée chez les médecins femmes (59% des séances des femmes médecins) que chez leurs homologues masculins (54% des séances des médecins hommes)* » [48]. Pourtant, les femmes inclus dans notre étude avaient tendance à moins révéler leur pratique à des médecins femmes qu'à des médecins hommes (OR=0,88 p=0,08). Ce résultat est surprenant si nous le comparons à ceux de la littérature [60-84]. *Sandhu* a montré que les patientes se livraient plus facilement à des médecins femmes, et que la dyade médecin femme/patiente était à l'origine d'une communication plus chaleureuse [60]. La raison pour laquelle les patientes de notre étude s'épanchaient moins aux médecins femmes reste donc non élucidée.

La femme joue un rôle central en soins primaires : elle consulte, elle consomme des médicaments, et elle en parle. Cette place dans le soin ne serait pas récente et remonterait à l'antiquité « *où les femmes étaient déjà au chevet des patients et se transmettaient les recettes de fabrication des remèdes* » [63].

Selon Chewning, l'automédication rentre dans le cadre d'une approche centrée sur le patient (PCM) [33].

Dans notre étude, les médecins de sexe féminin exploraient plus souvent cette pratique d'autosoins que leurs collègues masculins (OR=1,19 p=0,01). Ces résultats sont en accord avec ceux de *Berkanis* qui soulignait que les médecins femmes avaient une approche plus centrée sur le patient que les médecins hommes [84]. Lors de cette étude, la PCM a été analysée grâce à une grille appelée Davis Observation Codes and Cluster où figuraient les items suivant (liste non exhaustive) : le médecin s'enquiert de ce que le patient sait ou pense savoir de sa maladie, le médecin discute de l'état émotionnel du patient et de sa famille, les questions ou discussions autour des substances utilisées par le patient.

Pour avoir une approche centrée sur le patient, il est nécessaire d'avoir un temps de consultation suffisamment long pour explorer toutes les facettes du PCM. La durée de consultation des médecins femmes est en moyenne plus longue que celle des médecins hommes [48], ce qui pourrait être à l'origine d'une approche davantage centrée sur le patient.

4.7.2 Une pratique prisee par les patients jeunes

Diverses études ont montré que les patients jeunes avaient plus souvent recours à l'automédication. Ainsi, les 18-30 ans représentaient presque la moitié des patients prenant des médicaments sans ordonnance, lors d'une étude réalisée sur internet par l'AFIPA [69]. Dans l'étude de *Haas*, 67,8% des patients, qui ont acheté des médicaments en vente libre dans une pharmacie d'officine, étaient âgés de moins de 50 ans [50]. Les malades étaient encore plus jeunes dans l'étude de *Collet et Gouyon* puisque la part des patients de moins de 12 ans, ayant eu recours à l'automédication, qu'elle soit suivie ou non d'une consultation médicale, était de 53% (part supérieure aux autres tranches d'âge de l'étude) [62].

Les patients souffrant d'affection longue durée [62], ou prenant déjà des substances thérapeutiques [50], ont moins souvent recours à l'automédication.

Malgré cette forte consommation de médicaments sans ordonnance chez les jeunes patients, notre étude a mis en avant que ces derniers étaient peu enclins à révéler leur pratique à leur médecin, notamment les 15-29 ans (OR=0,61 p<0,001) et les 30-44 ans dans une moindre mesure (OR=0,86 p=0,09). Ces résultats confirment que la communication autour des soucis de santé augmente avec l'âge, comme l'avait supposé l'étude de *Labarthe* (15% des 13-24 ans parlaient de leurs problèmes contre 35% des plus de 45 ans) [48]. Alors comment expliquer cette tendance ? Est-ce un manque de communication de la part du patient ? Les attitudes des médecins sont-elles en cause ? Plusieurs hypothèses émergent.

La relation médecin/patient s'écrit au fil du temps lors des différentes rencontres entre les deux protagonistes. Lors de ce colloque singulier, chacun apporte son expérience et son savoir. Le médecin acquiert ses connaissances à la suite de longues études et durant toute sa carrière professionnelle, alors que le patient les recueille, comme nous l'a décrit *Fainzang*, « *le plus souvent à l'intérieur de la relation médecin/patient, ou par le biais d'une information plus générale que les institutions sociales se chargent de véhiculer* » [54].

Du fait de visites médicales moins fréquentes que pour les sujets âgés, le patient jeune construit son savoir principalement à travers son entourage et les savoirs parentaux « *elle (il) prend dans la caisse de médicaments de la maison sur conseil de ses parents* » [63].

La relation médecin/patient jeune est donc différente de celle médecin/sujet âgé, et peut paraître moins investie pour diverses raisons : moins de rencontre de soins, connaissances du patient jeune puisées plutôt dans les institutions sociales, subjectivité de la maladie différente entre les patients jeunes et ceux âgés, affinité différente entre les protagonistes... Tous ces paramètres concourent probablement au manque de communication des patients jeunes lors des rencontres de soins, en particulier autour de l'automédication.

Le paramètre « temps » semble jouer un rôle central dans la construction d'une relation de qualité et l'obtention d'une approche centrée sur le patient. Plus la durée d'une consultation sera longue, plus l'écoute du patient concernant ses pratiques,

ses plaintes... amènera une prise en charge optimale. L'augmentation du temps dédié à la construction d'une relation peut se faire de deux façons.

Premièrement, par l'augmentation du nombre de rencontres de soin. Ce qui se fait « naturellement » avec l'âge et les suivis réguliers pour des maladies chroniques.

Deuxièmement, par l'intermédiaire d'un temps de consultation plus long, où le patient aurait alors la possibilité de s'exprimer davantage. Or, l'étude de *Labarthe* a montré que plus le patient est jeune, moins la durée de consultation est longue [48].

En conclusion, Il y a donc moins de temps dédié à la construction de la relation avec les patients âgés de moins de 24 ans (moins de rencontres, consultation plus courte). La confiance, et la relation qu'ont les jeunes patients envers les médecins, peuvent paraître moins solides, et pourraient donc être à l'origine de la non révélation dans notre étude de l'automédication par les 15-29 ans.

Notre étude a mis en évidence que les médecins s'interrogeaient plus souvent à propos de l'automédication de leurs patients lorsque ces derniers étaient âgés de 15 à 60 ans. Surtout, le lien de significativité le plus élevé entre l'âge du patient et l'exploration du médecin se situait pour la classe des 15-29 ans (OR=1,32 p=0,01), ce qui correspondait à celle où la mention spontanée par le patient est la plus faible. Ce résultat est très intéressant et laisse sous-entendre que les MSU ont conscience des pratiques d'autosoins des patients jeunes, notamment du fait qu'ils ne s'épanchent pas à ce sujet. Les professionnels de santé semblent alors prendre les devants et préfèrent engager la conversation autour de l'automédication, afin de ne pas travailler dans « l'inconnu ».

En conclusion, nous avons montré que l'automédication est, en règle générale, abordée lors de consultations, et ce quelque soit l'âge. Lorsque le patient ne mentionne pas ses pratiques (15-29 ans), le médecin s'inquiète de ce comportement, et vice versa.

4.7.3 Une pratique à prédominance urbaine

L'étude de *Haas* a souligné que 92,2% des patients ayant acheté un médicament sans ordonnance habitait dans une zone urbaine [50]. L'étude de *Brier*, quant à elle, a noté que 42% des patients ayant participé à l'enquête résidait dans une ville de plus de 100 000 habitants, 38% dans une ville de 10 000 à 100 000 habitants, et 20% dans une ville de moins de 10 000 habitants [69].

Notre étude n'a pas mis en évidence des résultats similaires, puisque il n'y avait pas de lien significatif entre le fait de résider en zone urbaine et le fait de mentionner son recours à l'automédication. Toutefois, les habitants de la ville de Nantes mentionnaient plus souvent leurs pratiques que ceux de la périphérie nantaise (OR=1,24 p=0,04), alors que les habitants du Sud de la Vendée le faisaient moins (OR=0,58 p<0,001).

Au regard de ces résultats, même si nous ne pouvons pas conclure que les habitants des zones urbaines mentionnent davantage leur pratique d'automédication, il semble tout de même exister un lien entre une ville peuplée de plus de 100 000 habitants et la mention par le patient de sa pratique d'autosoins.

En effet, Nantes était la seule ville de notre étude dont la population se situait au-delà de 100 000 habitants. C'était également la seule où un lien significatif avec la mention des patients a été mis en évidence.

De plus, le Sud de la Vendée est principalement constituée de villes de moins de 10 000 habitants (en dehors de Luçon et Fontenay le Comte) et correspond à un territoire rural où la population est exposée à la précarité [85].

Ces résultats vont donc dans le sens de ceux montrés par *Brier* [69]. Les villes peuplées de 100 000 habitants seraient propices à l'automédication et à sa mention spontanée, alors que celles de moins de 10 000 ne le seraient pas.

Cette analyse pourrait s'expliquer par les raisons qui amènent les patients à s'automédiquer : le gain de temps et la sécurité du conseil par le pharmacien [50]. Mais qui dit conseil par un pharmacien dit pharmacie d'officine. En France, le nombre

de pharmacies est dépendant du nombre d'habitants. Les nombreux villages ruraux, comme c'est le cas au Sud de la Vendée, sont donc souvent dépourvus de ces officines, et les patients doivent alors faire plusieurs kilomètres pour avoir l'avis d'un pharmacien. En cas de problèmes aigus, il semble évident qu'ils préfèrent consulter leur médecin généraliste. Cependant, le Sud Vendée doit également faire face à une pénurie de médecins généralistes [86]. Par conséquent, cette hypothèse ne peut expliquer à elle seule les raisons d'un taux d'automédication plus faible dans cette zone.

Un facteur d'explication pourrait résider dans la relation médecin/patient au sein des zones rurales.

Lors du recensement de l'ORES en 2010, les médecins les plus âgés des départements de Loire-Atlantique et de la Vendée exerçaient principalement dans le Sud de la Vendée, avec une part des praticiens âgés de plus de 55 ans entre 46,0% et 58,2% [44]. Ces professionnels de santé sont donc installés depuis un certain temps dans ce territoire et sont les héritiers « de la fameuse médecine rurale des années 1950-1960 ». Durant cette période, le médecin était un homme à tout faire : *« le médecin de campagne va devoir aller par monts et par vaux, de jour comme de nuit, sans souci des aléas climatiques, au secours de la détresse humaine, seul pour combattre les infections, accoucher ou réduire une fracture à la lueur de la chandelle »* [87]. Il était respecté de sa patientèle qui ne faisait appel à lui *« que pour des véritables urgences, non parce qu'elle est moins douillette que celle des villes, mais plutôt parce que beaucoup de ruraux ne pouvaient compter que sur leur épargne ou sur l'aide sociale pour se soigner »*. Le médecin était alors disponible à tout moment pour ses patients et ne comptait pas ses heures *« il est apprécié de son exigeante patientèle pour sa totale implication »* [87]. Ce comportement paternaliste, qui s'oppose à l'approche centrée sur le patient, va permettre au praticien de créer un lien privilégié avec ses patients qui ont une confiance totale en lui. Par conséquent, il semble logique que les malades préfèrent avoir l'avis de leur médecin avant de recourir à l'automédication.

En étant installé depuis un certain nombre d'années, les médecins de campagne, et donc du Sud de la Vendée, sont amenés à suivre une famille entière : des arrières

grands-parents au dernier descendant, en passant par les oncles et tantes. La confiance envers le médecin de famille se transmet de générations en générations puisque, comme nous l'avons déjà vu, les jeunes patients construisent leur dimension étiologique de la maladie à travers leur entourage familial [63]. Il n'est donc pas surprenant que, de nos jours, l'automédication ne soit pas une façon courante de se soigner dans le Sud de la Vendée.

Cette tendance à communiquer plus souvent avec son médecin de famille se vérifie dans l'étude de Labarthe, où les nouveaux patients parlent moins de leurs soucis de santé (20%) que ceux suivis régulièrement (35%) [48].

Lors de notre étude, les médecins de la région de Saint Nazaire ont eu un comportement réellement différent de celui des MSU exerçant en périphérie nantaise. En effet, un lien significatif entre cette zone et l'exploration par le médecin a été mis en évidence (OR=1,70 $p < 0,001$). L'histoire sanitaire de la région de Saint Nazaire pourrait être à l'origine de cette différence de pratique entre les deux zones [88]. Sous l'impulsion du maire de l'époque, le premier Centre de Santé a été créé à Saint Nazaire en juillet 1983. Ces centres avaient pour but de prodiguer une médecine globale, ne se limitant pas aux soins, mais prenant en compte tout le contexte socio-environnemental du patient. Il s'agissait d'une médecine lente où la prévention avait toute sa place. Ces centres ont été fermés en 1986. Mais, selon les interviews réalisées par *Larramendy*, les médecins, exerçant actuellement dans cette zone, semblent avoir conservé les mêmes pratiques que leurs aînés : « *on parle, on négocie le traitement avec le patient* » [88]. Cette approche de la médecine générale favorisait, et favorise encore les échanges médecin/patient, et notamment ceux autour de l'automédication.

4.7.4 Des motifs de consultation propices aux échanges

De nombreuses études s'accordent à dire que les patients ont recours à l'automédication pour des maux qu'ils jugent bénins [6-17-50-63-69]. D'une façon générale, ces maux correspondent à une rhinite, une toux, une fièvre, des douleurs abdominales, des nausées, des dorsalgies et des insomnies [6].

Nous avons mis en évidence que les patients mentionnaient spontanément leur pratique d'autosoins dans le cadre de pathologies respiratoires (OR=1,61), ostéo-articulaires (OR=1,44), digestives (OR=1,80) d'ordre général (OR=1,89), dermatologiques (OR=1,44) ou neurologiques (OR=1,72).

Lors de l'étude de Haas [50], les symptômes qui ont amené le patient à s'automédiquer étaient par ordre de fréquence : respiratoire (34,4%), digestif (15,95%), général (15,6%), neurologique (9,8%), cutané (6,26%), psychologique (5,92%), ostéo-articulaire (4,67%).

En comparant ces deux études, nous constatons que lors de plaintes respiratoires, digestives, d'ordre général, dermatologiques et neurologiques, les patients ont recours à l'automédication, et n'hésitent pas à en parler à leur médecin. Ils ont conscience de s'exposer à des risques lors de cette pratique [69], même dans le cas de symptômes qu'ils considèrent bénins, ce qui les pousse probablement à mentionner leur pratique à leur médecin.

Il est à noter que les plaintes digestives (diarrhées, vomissements) et les plaintes respiratoires (difficultés à respirer) étaient également des symptômes fréquemment associés à l'automédication dans l'étude de Collet [62].

La comparaison de ces deux études nous apprend également que les motifs ostéo-articulaires sont peu souvent associés à une prise de médicaments en vente libre (4,67%), alors qu'ils sont au centre des discussions lors d'une rencontre de soins. En effet, les patients ont mentionné leur pratique à propos de ces motifs (OR=1,44 p=0,002) mais les médecins l'exploraient également (OR=1,34 p=0,001). C'était le seul motif de consultation dans ce cas lors de notre étude.

Cela pourrait être lié au fait, que lors de notre enquête, les motifs ostéo-articulaires soient représentés en très grande majorité par des douleurs de membres.

La douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » [89]. C'est un symptôme subjectif qui est délicat à décrire. Son évaluation a été de tout temps difficile. Les multiples grilles prévues à cet effet en attestent : outils d'auto-évaluation basés sur le principe de l'évaluation par le patient capable de communiquer de

l'intensité ou des caractéristiques de sa douleur sans l'aide d'une tierce personne ; outils d'hétéro-évaluation basés sur le principe de l'observation par une tierce personne des manifestations comportementales qui sont des indicateurs de la douleur ; outils spécifiques à des maladies (fibromyalgie, migraine, douleurs neuropathiques...) [90].

Cette difficulté à appréhender la douleur (difficulté à la décrire par le patient, difficulté à l'évaluer par le médecin) pourrait être à l'origine d'un dénominateur commun aux deux acteurs : le médicament. En mentionnant l'antalgique pris en automédication et son efficacité, le patient pourrait chercher à mieux définir son ressenti au médecin, et ainsi l'aider dans sa démarche thérapeutique. En explorant l'automédication dans le cadre de douleurs, le médecin chercherait à peaufiner sa prescription finale en évaluant la souffrance de son malade (la démarche est différente entre un patient prenant du paracétamol de façon intermittente, et un patient prenant du tramadol). En effet, il détient un arsenal d'antalgiques très important, et le fait de connaître les médicaments déjà utilisés lui permettrait de soigner au mieux son patient.

Les symptômes psychologiques, via l'insomnie, représentaient 5,92% des médicaments achetés auprès des pharmaciens, ce qui exclu par déduction les psychotropes et anxiolytiques, car catégorisés dans les médicaments à PMO [50]. Notre étude n'a certes pas démontré de lien significatif entre les motifs psychologiques et la mention d'automédication par les patients (OR=0,68 p=0,13), mais il semble exister un décalage entre le fait de prendre ce type de médicaments et le fait d'en parler.

Les termes « antidépresseurs », « psychotropes », « anxiolytiques » sont souvent méconnus, ou occultés, des malades, bien que ces médicaments soient inscrits sur l'ordonnance présente au domicile [91]. Ainsi, les patients prennent ces spécialités pour « *calmer leurs nerfs* », la dépression étant souvent niée puisque vécue comme « *une humiliation dans une famille... les gens auraient dit : vous êtes fou, c'était assez dur à porter, c'était très mal vu de faire de la dépression* » [91]. D'après les entretiens réalisés par *Haxaire*, les « maladies des nerfs » résultent d'une tension perpétuelle dont les facteurs responsables sont identifiés (liés au travail ou à la

famille), et ne se guérissent donc pas avec l'aide de médicaments : « *les conflits dans les familles étant réputés faire le lit de malheurs [...] le meilleur remède est déjà une famille bien liée, une famille qui s'entend bien* » [91]. Pour se soigner, les patients ont alors recours à des traitements non médicamenteux.

Dans le cas de l'automédication, les malades, là aussi, n'apprécient guère utiliser les psychotropes puisqu'ils les considèrent comme « *des médicaments de ce qui n'est pas légitimement pensé comme maladie* ». Ils ont donc plus facilement recours aux médecines parallèles, ou à des substances à base de plante disponibles en accès libre en pharmacie. Cette vision profane des maladies psychologiques peut expliquer en grande partie la différence entre nos résultats et ceux de Haas.

4.7.5 Les classes socio-professionnelles

Comme nous l'avons décrit antérieurement, l'analyse des catégories socio-professionnelles était difficile car son recueil demande du temps et beaucoup de détails. Il semble assez logique que notre étude n'ait pas montré de lien significatif entre les professions des patients et leur mention de l'automédication, ainsi qu'entre les professions et l'exploration par le médecin.

En analyse bivariée, seuls les agriculteurs et les artisans mentionnaient moins fréquemment leur pratique d'autosoins que les patients retraités (OR=0,70 p=0,04). Cela rejoint les résultats de *Brier*, où seulement 1% des patients ayant participé à l'étude étaient des agriculteurs [69].

Il semble donc que cette catégorie socio-professionnelle prenne peu de médicaments sans ordonnance. Cela paraît surprenant d'autant que ces métiers laissent peu de temps libre pour consulter un médecin, et que le gain de temps est l'argument premier des patients pour s'automédiquer [50].

4.8 La communication autour de l'automédication à l'origine d'une diminution des coûts de santé publiques?

Notre étude est la première en France à souligner l'existence de différents déterminants de la discussion de l'automédication en consultation de médecine générale. Ces facteurs correspondent souvent à ceux décrits dans la littérature anglo-saxonne.

Mais l'originalité de notre enquête provient de la mise en évidence du lien entre une discussion autour de l'automédication et le comportement final du médecin, ce qui laisse envisager plusieurs réflexions.

Ainsi, nous avons montré que la prise en compte par le médecin de la pratique d'autosoin des malades était significativement liée à un recours accru à des prescriptions médicamenteuses (OR=2,29 $p<0,001$), à une diminution de la prescription d'examen complémentaires (OR=0,68 $p<0,001$) et à une diminution du recours aux spécialistes (OR=0,73 $p=0,002$).

Ces résultats sont à interpréter avec précaution, puisque la notion d'intégration de l'automédication par le médecin correspondait au ressenti des internes lors des consultations. Il s'agissait donc d'une notion subjective.

Toutefois, nous pouvons tirer quelques enseignements de nos résultats.

Comme l'avait décrit *Chewning*, l'évaluation de l'automédication des patients par les médecins fait partie de la définition des soins centrés sur le patient [33]. Lors de notre étude, le fait, que plus de la moitié des MSU observés (52%) aient intégré le comportement d'autosoin de leurs patients dans leur démarche, pourrait témoigner d'une forme de raisonnement médical centré sur le malade. Cela confirmerait les résultats de l'étude d'Ashworth qui a montré que les généralistes impliqués dans l'enseignement de leur discipline tendent à adopter des attitudes centrées sur le patient [46].

En 2013, les examens de biologie médicale ont représenté 3,43 milliards d'euros de dépenses pour la sécurité sociale [92]. Le coût annuel des examens radiologiques prescrits par les médecins généralistes est inconnu.

Mais, il est évident qu'en diminuant le nombre d'examen complémentaires au profit d'une augmentation des prescriptions médicamenteuses, qui ne sont pas toujours remboursées par l'assurance maladie, le médecin généraliste, qui s'intéresse à l'autosoin de ses patients, pourrait être à l'origine d'une réduction des dépenses de la sécurité sociale.

Il semble donc qu'une démarche centrée sur le patient ait un intérêt à la fois individuel, les malades étant plus satisfaits des soins prodigués [32], et communautaire (diminution des coûts de santé publique).

Il faut souligner que cette façon de soigner et d'aborder le patient dans sa globalité fait partie des caractéristiques de la discipline définies par la WONCA (World Organization of National Colleges Academies) : « *la médecine générale développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires* » [93].

Les résultats de notre étude pourraient offrir des perspectives aux pouvoirs publics en terme d'économie de santé. En effet, des formations médicales basées sur l'approche centrée sur le patient et l'automédication, qui s'adresseraient tant aux médecins non universitaires qu'aux MSU, pourraient permettre une meilleure appréhension de ces pratiques, un meilleur centrage patient, et aussi peut-être de réduire les dépenses publiques.

4.9 Les prescriptions médicamenteuses : risque d'escalade thérapeutique ?

Lorsqu'un traitement médicamenteux a été prescrit, il y avait moins de demandes d'examens complémentaires (OR=0,69 p=0,004) et de recours aux spécialistes ((OR=0,27 p<0,001).

De plus, il y a eu davantage d'ordonnances de médicaments prescrits lorsque le patient a mentionné son automédication (OR=1,83 p<0,001) ou lorsque le médecin l'a exploré (OR=2,12 p<0,001).

De même, les substances thérapeutiques ont été davantage prescrites chez les patients consommateurs de médicaments sans ordonnance, à savoir les femmes (OR=1,28 p=0,03) et les 15-29 ans (OR=1,49 p=0,01), dans le cadre de maladies respiratoires, pathologies étroitement liées à l'automédication (OR=2,22 p<0,001). Parallèlement, il y a eu moins de demandes d'examens complémentaires et d'avis aux spécialistes lorsque le patient était âgé de 15 à 29 ans, ou lorsqu'il consultait pour un problème respiratoire.

L'ensemble de ces résultats ne pourrait-il pas traduire la notion d'escalade thérapeutique ?

En effet, une majorité des malades consultent un médecin après avoir pris des médicaments, parce que leurs maladies ne sont pas guéries [62]. Il peut être amené à considérer alors que la substance prise en automédication a été peu, voire, inefficace. De ce fait, le médecin ayant conscience de cette situation pourrait se sentir « obligé » de prescrire plus de médicaments ou des médicaments « plus forts » (on pense ici notamment aux différents paliers pour les antalgiques). On entrerait alors dans une surenchère thérapeutique dont l'issue est à l'heure actuelle inconnue.

Cette perception « de pression de la part des patients » par les médecins est un facteur prédictif de son comportement final [94]. Selon l'étude de *Little*, une minorité significative de prescriptions, d'examens complémentaires, ou de recours à un

spécialiste a été prescrite par les médecins, non pas parce qu'ils les jugeaient nécessaires, mais parce qu'ils considéraient que ces prescriptions correspondaient aux attentes du patient. Pourtant, *Little* a montré le contraire en comparant les prescriptions finales à des questionnaires complétés par le patient avant la consultation [94].

Ce travail prouve que la discussion entre les deux protagonistes est indispensable pour que la prescription finale (médicament, examen, avis) soit la plus justifiée possible. Dans le cas de l'automédication et des résultats de notre étude, il semble nécessaire, qu'une fois que le médecin ait pris connaissance des remèdes pris en automédication, le patient explicite clairement ses attentes afin de guider au mieux la prescription du médecin.

Cet échange paraît d'autant plus nécessaire que la surenchère thérapeutique pourrait exposer le patient à davantage d'effets secondaires.

En effet, comme nous l'avons souligné dans notre étude, les médicaments pris en automédication étaient principalement classés « hors liste ». Par conséquent, nous pouvons aisément supposer que les substances thérapeutiques classées « liste I » ou « liste II » (médicaments à PMO), donc potentiellement plus dangereuses, soient davantage prescrites, que les médicaments à PMF.

A ce jour, nul ne connaît les conséquences des prescriptions des médecins, puisque les études réalisées sur l'automédication se sont majoritairement intéressées aux facteurs influençant cette pratique, et non au comportement final des généralistes face à l'automédication. Ceci est probablement lié au fait que ces enquêtes, potentiellement financées par les firmes pharmaceutiques, excluent le médecin de la définition de la pratique d'autosoins le médecin.

Notre étude n'a pas permis d'identifier les médicaments prescrits par les MSU. Pour connaître et comprendre davantage les ordonnances finales des praticiens faisant face à l'automédication de leurs patients, il semble qu'un travail, visant à comparer les substances prises par le patient et celles prescrites par le médecin en terme de posologie, de classe, de dangerosité, serait intéressante.

Conclusion

Notre étude avait pour but d'analyser les caractéristiques des échanges autour de l'automédication en soins primaires dans le cadre de pathologies aiguës : qui initie la discussion ? quel est le profil du patient révélant cette pratique ? quels sont les pathologies et les médicaments s'y prêtant ? quelles sont les conséquences de ces discussions sur la démarche thérapeutique du médecin ?

Nous avons montré que les échanges autour de l'automédication étaient fréquents en consultation de médecine générale, ce qui témoigne d'un engouement de tous les acteurs de santé au sujet de cette pratique. Les discussions sont plus souvent initiées par les médecins que par les patients traduisant ainsi l'asymétrie du rapport médecin-patient.

Les femmes ont plus souvent recours à l'automédication que les hommes mais elles en parlent également plus facilement à leur médecin. Surtout, notre étude a permis de souligner que les praticiens semblaient connaître le profil des patients qui ont tendance à s'automédiquer, à savoir les patients jeunes, puisqu'ils ont plus souvent interrogé les individus âgés de 15 à 59 ans que les patients retraités.

Les patients se sont automédiqués pour des affections qu'ils jugent bénignes, à savoir des pathologies respiratoires, digestives, d'ordre général ou ostéo-articulaire. Nos résultats ont mis en évidence que ces pathologies faisaient fréquemment l'objet d'échanges autour de l'automédication, qu'ils soient initiés par le médecin ou par le patient.

Au total, nous avons démontré que les discussions autour de la pratique d'autosoins étaient plus fréquentes lorsqu'ils s'agissaient de patients ou de pathologies reconnus dans la littérature comme pourvoyeurs d'automédication.

Notre étude a permis de confirmer que le paracétamol était le médicament le plus utilisé en automédication. Mais elle a également montré qu'une grande variété de médicaments faisait l'objet de cette pratique, et, surtout, qu'un certain nombre d'entre

eux pouvait exposer le patient à des risques médicamenteux. Une étude, dont l'objectif serait d'analyser les mésusages et les effets indésirables des médicaments d'automédication, semble indispensable pour que cette pratique se développe en France dans les meilleures conditions de sécurité.

Nous avons montré que plus il existait d'échanges autour de l'automédication, plus il y avait d'ordonnance de médicaments à l'issue de la consultation au détriment des demandes d'examens complémentaires et d'avis spécialisés. De plus, nos résultats ont aussi souligné qu'il y avait davantage d'ordonnance de médicaments dans les situations se prêtant particulièrement à l'automédication (patients jeunes de sexe féminin consultant pour un problème respiratoire). Ceci pourrait traduire un phénomène d'escalade thérapeutique, qui pourrait exposer le patient à davantage d'effets indésirables médicamenteux.

Au total, les discussions autour de l'automédication semblent être primordiales d'un point de vue individuel et collectif. Premièrement grâce au centrage patient, elles permettent aux médecins de soigner leurs malades le plus efficacement possible en les exposant moins aux risques d'effets indésirables. Deuxièmement, ces discussions pourraient être à l'origine d'une réduction des coûts de santé publique en diminuant le nombre d'examens complémentaires et de recours aux spécialistes.

Pour développer une automédication responsable, il semble donc nécessaire que le patient, le pharmacien, mais aussi le médecin, qui est systématiquement exclu de cette pratique par les définitions adoptées, collaborent ensemble. Des groupes d'éducation thérapeutique sur le sujet de l'automédication pourraient permettre de sécuriser ces pratiques. Mais le risque ne serait-il pas de « médicaliser » cette pratique, et de réduire le sentiment d'autonomie des patients, et de les inciter à moins en parler aux professionnels de santé ?

Bibliographie

- [1] World Health Organization (WHO). (page consultée le 06 novembre 2014). Guidelines for the regulatory assessment for medicinal products for use in self-medication. Geneva 2000. [en ligne] <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/1.1.html>
- [2] World Health Organization (WHO). (page consultée le 06 novembre 2014). Health education in self care : possibilities and limitations. Geneva 1983. [en ligne] <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70092>
- [3] Les entreprises de médicament. (page consultée le 06 novembre 2014). Qu'est ce que l'automédication ? [en ligne] <http://www.leem.org/article/qu-est-ce-que-l-automedication>
- [4] World Medical Association (WMA). (page consultée le 06 novembre 2014). WMA statement on self-medication. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Whashington DC, USA, October 2002, and reaffirmed by the 191st WMA Council Session, Prague, Czech Republic, April 2012. [en ligne] <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s7/>
- [5] Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals : a biographical approach. Annual Review of anthropology. 1996;25:153-178.
- [6] Fainzang S. L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre. Anthropologie et société. 2010 ;34(1) :115-133.
- [7] Le Luong T In : Vincent I, Loaec A, Fournier C. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. Institut National de Prévention et d'Éductions pour la Santé : 5^{ème} journée de la prévention. 2009 Paris. p11-12.
- [8] Brossard P, Derré JP. 2^{ème} observatoire européen sur l'automédication en 2013. 2014 Juin 24. Paris, France [en ligne] http://www.afipa.org/fichiers/20140717173814_Afipa_Deuxieme_Observatoire_europeen_sur_lautomedication_VF_juin_2014.pdf
- [9] Lecomte T. La faiblesse de l'automédication en France. Economie et statistique. 1998 ;312-313:101-107.
- [10] Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Rapport établi à la demande du ministère de la santé et de la protection sociale. Paris : jan 2007 [en ligne] <http://tempsreel.nouvelobs.com/file/199944.pdf>
- [11] Raynaud D. Les déterminants de l'automédication. Revue française des affaires sociales. 2008 ;1 :81-94.
- [12] Albouy V, Deprez M. Mode de rémunérations des médecins. Trésor-éco. 2008 ;42 :1-8.

- [13] Blenkinsopp A, Bradley C. Patient, society and the increase in self-medication. *BMJ*. 1996;312:629-632.
- [14] République française. Décret n°2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. *JO*. [en ligne]
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7F79C5432CCC04E6392A3F4E51022F39.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000019103892&categorieLien=id
- [15] Brossard P. Quel avenir pour l'automédication. *Le moniteur des pharmaciens*. 2013 ;2966(1) :28-33.
- [16] République française. Arrêté du 20 juin 2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique. *JO*. [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027592947&dateTexte=&categorieLien=id>
- [17] Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie*. 1998 ;53(2) :127-135.
- [18] Arcury TA, Grzywacz JG, Neiberg RH and al. Daily use of complementary and other therapies for symptoms among older adults : study design and illustrative results. *Journal of Aging and Health*. 2011;23:52–69.
- [19] Sleath B, Rubin RH, Campbell W, Gwyther L, Clark T. Physician-patient communication about over-the-counter medications. *Social science & medicine*. 2001;53(3):357-369.
- [20] Jylha M. Ten-year change in the use of medical drugs among the elderly : a longitudinal study and cohort comparison. *Journal of clinical epidemiology*. 1994;47(1):69-79.
- [21] Porteous T, Bond C, Hannaford P, Sinclair H. How and why are non-prescribed analgesics used in Scotland? *Fam practice*. 2005; 22(1):78-85.
- [22] Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B & al. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication : a cross-sectionnal multicentre survey in emergency Departments. *Drug Saf*. 2013;36(12):1159-1168.
- [23] Queneau P, Banwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B et l'APNET. Effets indésirables médicaments observés dans des services d'accueil et d'urgences français. *Bull Acad Nat Med*. 2003 ;187 :647-670.
- [24] Queneau P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine*. 2008 ;4(5) :203-206.
- [25] Cooper RJ. "I can't be an addict. I am" over-the-counter medicine abuse : a qualitative study. *BMJ open*. 2013;3(6).

- [26] Dupont BM. Epistémologie du raisonnement médical contemporain. In : Hirsch E. Traité de bioéthique I. Paris ; 2010. p624-641.
- [27] Dupont BM. Epistémologie du raisonnement médical contemporain. In : Hirsch E. Traité de bioéthique I. Paris ; 2010. p634-635.
- [28] Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient. Médecine. 2005 ;1(2) :90-133.
- [29] Sackett DL, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-72.
- [30] Michael J, Barry MD, Edgman-Levitan S. Shared decision making : the pinnacle of Patient-Centered Care. N Engl J Med. 2012;366(9): 780-781.
- [31] Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care. N Engl J Med. 1994;330(12):873.
- [32] Stacey D, Légaré F, Col NF et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane database Syst Rev. 2014: CD001431.
- [33] Chewning B, Sleath B. Medication decision-making and management : a client-centered model. Social science & medicine. 1996 ;42(3) :389-398.
- [34] Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs : the evidence for shared decision making. Social science and medicine. 2000;50:829-840.
- [35] Richard C, Lussier MT. Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. Patient education and counseling. 2006;64:207-216.
- [36] Serper M, McCarthy DM, Patzer RE and al. What patients think doctors know : beliefs about provider knowledge as barriers to safe medication use. Patient education and counseling. 2013;93:306-311.
- [37] Thay S. Parle t'on d'automédication lors des consultations de médecine générale? Enquête par observation directe auprès de 126 médecins de Loire-Atlantique et Vendée en 2012 [Thèse du doctorat de médecine] Nantes : 2012.
- [38] Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. DREES. 2006 :471.
- [39] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Damon D et al. ECOGEN : Etude des Eléments de Consultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 ;114 :148-157.
- [40] Psychologie du travail (page consultée le 25/07/2015) Effet Hawthorne [en ligne] <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/effet-hawthorne/>

- [41] Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (page consultée le 07/06/2015). La démographie des médecins (RPPS) [en ligne] http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514
- [42] Sicard D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES Série statistiques. 2013 ;179.
- [43] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois de temps des médecins généralistes. DREES Etudes et résultats. 2012 ;797.
- [44] Observatoire Régional Economique et Social. (page consultée le 22/05/2015). Médecins : effectifs et densité. [en ligne] <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm>
- [45] Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé publique. 2015 ;27(1) :59-67.
- [46] Ashworth M, Schofield P, Durbaba S, Ahluwalia S. Patient experience and the role of postgraduate GP training : a cross-sectional analysis of national Patient Survey data in England. Br J Gen Pract. 2014;64(620):e168-e177.
- [47] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (page consultée le 22/05/2015). Population selon le sexe et l'âge au 1^{er} janvier 2015. [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02104
- [48] Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Etudes et résultats DREES. 2004 ;315.
- [49] Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practices data. BMJ open. 2013;3(8).
- [50] Haas C. L'automédication et la médication officinale. Etude quantitative des déterminants du choix des médicaments d'automédication : enquête par questionnaires au sein des officines des départements de Loire-Atlantique et de Vendée en 2013 [Thèse de doctorat de pharmacie]. Université de Nantes;2013.
- [51] Jacques B. Affects, apprentissage et métier : le soin est-il féminin ? In : Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. Médecine, santé et sciences humaines : manuel. Paris ; 2011 :106-112.
- [52] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (page consultée le 22/05/2015). Population selon la catégorie socio-professionnelle et le sexe au 1^{er} janvier 2011. [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc02108

[53] SOFRES. (page consultée le 11/06/2015). La perception du médicament et les enjeux de santé [en ligne] <http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-francais-le-medicament-et-les-enjeux-de-sante#>

[54] Fainzang S. Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. In : Collin J, Otero M, Monnais. Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. Presses de l'université de Québec ;2006 :267-279.

[55] Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe. (page consultée le 25/05/2015). Bulletin VRS : 2014/27, [en ligne] http://www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin_vrs

[56] Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe. (page consultée le 25/05/2015). Grippe : sporadique, VRS épidémique [en ligne] http://www.grog.org/bullhebdo_pdf/bull_grog_48-2012.pdf

[57] Infections urinaires. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E. Pilly ;2010 :211-214.

[58] Jadwila L, Glen DS. Migraine prophylaxis : who, why, and how. Cleveland Clinic Journal of Medicine. Sept 2006;73(9):793-816.

[59] Hunt K, Adamson J, Hewitt C, Nazareth I. Do women consult more than men? A review of gender and consultation for back pain and headache. J Health Serv Res Policy. 2011;16(2):108-117.

[60] Sandhu and at. The impact of gender dyads on doctor-patient communication : a systematic review. Patient Education and counseling. 2009;76:348-355.

[61] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Rapport de juin 2014. [en ligne] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf

[62] Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et Résultats. DREES. 2007;607.

[63] Jouan M. Les déterminants de l'automédication. Enquêtes par entretiens de patients en Loire Atlantique et Vendée en 2012 [Thèse de doctorat de médecine]. Université de Nantes ;2013.

[64] Wolf MS, King J, Jacobson K et al. Risk of unintentional overdose with non-prescription acetaminophen products. J Gen Intern Med. 2012;27(12):1587-1593.

[65] Roberts E, Delgado Nunes V, Buchner S et al. Paracetamol : not as safe as we thought ? A systematic literature review of observational studies. Ann Rheum Dis. 2015 ;0:1-8.

[66] Parasitoses intestinales. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E. Pilly ;2010 : 430-433.

[67] Prieur D. Usage des antihelminthiques en vente libre. [Thèse du doctorat de médecine] Rouen : université de médecine ; 2013.

[68] Weisman R. Sylvie Fainzang : Médicaments et société : le patient, le médecin, l'ordonnance. Archives de sciences sociales des religions. [en ligne] Déc 2001, document 116.18 (page consultée le 22/06/2015) disponible sur <https://assr.revues.org/456>

[69] Brier T, Dreyfus M, Nazon A. Les déterminants à l'achat des médicaments d'automédication (page consultée le 21/06/2015). AFIPA [en ligne] http://www.afipa.org/fichiers/20130930102608_Determinants_a_lachat_de_medicaments_dautomedication_2012.pdf

[70] Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 29/05/2015). Médecine traditionnelle [en ligne] http://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/

[71] Institut National Homéopathique Français. (page consultée le 26/07/2015). Homéopathie classique/uniciste [en ligne] <http://www.inhparis.com/homeopathie-uniciste/hom%C3%A9opathie-classique-uniciste-0>

[72] Wardle J, Adams J, Sibbritt D. Homeopathy in rural Australian primary health care : a survey of general practitioner referral and practice in rural and regional New South Wales, Australia. Homeopathy. 2013;102:199-206.

[73] Centre d'Analyse Stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? La note d'analyse. 2012 :290.

[74] Sgro C, Clinard F, Chanay H et al. Incidence of drug-induced hepatic injuries : a french population-based study. Hepatology. 2002;36:451-455.

[75] Dale O, Borchgrevink PC, Fredheim OM et al. Prevalence of use of non-prescription analgesics in the Norwegian HUNT3 population : impact of gender, age, exercise and prescriptions of opioids. BMC Public Health. 2015;15(1):461.

[76] Cullen G, Kelly E, Murray FE. Patients' knowledge of adverse reactions to current medications. Bj J Clin Pharmacol. 2006;62(2):232-236.

[77] Nougé H, Le Maho AL, Boudiaf M et al. Augmentation des complications des cellulites cervico-faciales par la prise orale de glucocorticoïdes avant l'admission. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. 2014 ;33(2) :A396-A397.

[78] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Rapport de juin 2014. [en ligne] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2013-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>

[79] Borg MA, Scicluna EA. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population. International journal of antimicrobial agents. 2002;20:253-257.

[80] MacFarlane J, Homes W, MacFarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotics management of acute lower respiratory tract illness in general practice : questionnaire study. BMJ. 1997;315.

[81] Hounsa A, Kouadio L, De Mol P. Automédication par les antibiotiques provenant des pharmacies privées de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Médecine et maladies infectieuses. 2010 ;40 :333-340.

[82] Société de Pathologie Infectieuse de la Langue Française. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2014. http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf

[83] Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance des Bactéries aux antibiotiques. Facteurs influant sur la fréquence et sur le niveau de sensibilité aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli et Proteus mirabilis isolés au cours des infections urinaires chez les patients ambulatoires. Méd Mal Infect. 2000 ;30 :714-720.

[84] Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered care : the influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. J Womens Health. 2012;21(3):326-333.

[85] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (page consultée le 21/06/2015). Observatoire sociale des territoires de la Vendée : précarité au Sud, inégalité sur le littoral [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18123#carte1

[86] Le breton-Lerouillois G. La démographie en médecine en région pays-de-la-Loire : situation en 2013. (page consultée le 21/06/2015) [en ligne] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf

[87] Fillaut T. Image de la médecine rurale et médicalisation des campagnes dans les années cinquante et soixante. L'exemple de la Bretagne. Sociétés et représentations. 2009 ;28 :135-151.

[88] Larramendy-Manin S. Influence des facteurs socio-territoriaux dans les perceptions et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de l'automédication de leurs patients : l'exemple de l'aire d'emploi nazairienne. [Mémoire de master 2 géographie de la santé]. Paris-Nanterre.2014.

[89] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (page consultée le 22/06/2015). Définition de la douleur [en ligne] <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

[90] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (page consultée le 22/06/2015). Evaluation de la douleur [en ligne] <http://www.sfetd-douleur.org/evaluation>

[91] Haxaire C. « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. In : Sciences sociales et santé. 2002 ;20(1) :63-88.

[92] Ameli. (page consultée le 22/06/2015). La maîtrise des dépenses de biologie médicale en question. [en ligne] http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-orne/vous-informer/maitrise-des-depenses-de-biologie-medicale_orne.php

[93] World Organization of National Colleges Academies. (page consultée le 22/06/2015) La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Europe 2002 [en ligne] <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

[94] Little P et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care : nested observation study. BMJ. 2004;328(7437).

Annexe 1 : grille de recueil des données

										Sexe F/M	Caractéristiques du patient
										Age	
										Profession	
										Commune de résidence	
										de consultation	Motif
										Mention spontanée du patient (Oui/Non)	Automédication
										Exploration par le MSU (Oui/Non)	
										Nature (médicaments, autres praticien)	
										de consultation	Résultat
										Médicaments (Oui/Non)	Prescriptions
										Ex. complémentaires (Oui/Non)	
										Spécialiste (Oui/Non)	
										Intégré automédication (Oui/Non)	
										CMU (Oui/Non)	Tiers-Payant
										AME (Oui/Non)	

Nom/Prénom du MSU: _____

Date: ____/____/____

Nom/Prénom de l'Interne: _____

Annexe 2 : codification des motifs de consultation en fonction de la classification CISP

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 de la hanche 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	L08 S/P de l'épaule	L09 S/P du bras
-33 Ex microbiologique/immunologique	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F13 Sensation oculaire anormale	L10 S/P du coude	L11 S/P du poignet
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F14 Mouvements oculaires anormaux	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.	F15 Apparence anormale de l'œil	L14 S/P de la jambe et de la cuisse	L15 S/P du genou
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F16 S/P de la paupière	L16 S/P de la cheville	L17 S/P du pied et de l'orteil
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F17 S/P lunettes	L18 Douleur musculaire	L19 S/P musculaire NCA
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F18 S/P lentilles de contact	L20 S/P d'une articulation NCA	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L29 Autre S/P ostéo-articulaire	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F29 Autre S/P de l'œil	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire	L72 Fracture du radius/du cubitus
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L73 Fracture du tibia/du péroné	L74 Fracture de la main/du pied
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F71 Conjonctivite allergique	L75 Fracture du fémur	L76 Autre fracture
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F72 Biphérite, orgelet, chalazion	L77 Entorse de la cheville	L78 Entorse du genou
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L79 Entorse articulaire NCA	L80 Luxation et subluxation
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L83 Syndrome cervical	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F76 CE dans l'œil	L85 Déformation acquise de la colonne	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défait de coagulation	F77 Autre lésion traumat. de l'œil	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
-50 Médication/prescription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F83 Rétinopathie	L89 Coxarthrose	L90 Gonarthrose
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Splénomégalie	F84 Dégénérescence maculaire	L91 Autre arthrose	L92 Syndrome de l'épaule
-52 Excision/biopsie/cauté/débridement	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F85 Ulcère de la cornée	L93 Coude du joueur de tennis	L94 Ostéochondrose
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F86 Trachome	L95 Ostéoporose	L96 Lésion aiguë interne du genou
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse		F91 Défait de réfraction	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L98 Déformation acquise membres inf.
-55 Traitement local/infiltration		F92 Cataracte	L99 Autre maladie ostéo-articulaire	
-56 Pansement/compression/bandage		F93 Glaucome		
-57 Thérapie manuelle/médecine physique		F94 Cécité		
-58 Conseil thérap./écoute/examens		F95 Strabisme		
-59 Autres procédures thérapeutiques		F99 Autre maladie de l'œil/annexes		
-60 Résultats analyses/examens				
-61 Résultats ex/procéd. autre dispensateur				
-62 Contact administratif				
-63 Rencontre de suivi				
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.				
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers				
-66 Référence à dispens. SSP non médecin				
-67 Référence à médecin				
-68 Autre référence				
-69 Autres procédures				
Général et non spécifié A				
A01 Douleur générale/de sites multiples				
A02 Frissons				
A03 Fièvre				
A04 Fatigue/faiblesse générale				
A05 Sensation d'être malade				
A06 Évanouissement/syncope				
A07 Coma				
A08 Gonflement				
A09 P. de transpiration				
A10 Saignement/hémorragie NCA				
A11 Douleur thoracique NCA				
A13 Précoc. par/peur traitement médical				
A16 Nourrisson irritable				
A18 Précoc. par son aspect extérieur				
A20 Demande/discussion sur leuthanasie				
A21 Facteur de risque de cancer				
A23 Facteur de risque NCA				
A25 Peur de la mort, de mourir				
A26 Peur du cancer NCA				
A27 Peur d'une autre maladie NCA				
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA				
A29 Autre S/P général				
A70 Tuberculose				
A71 Rougeole				
A72 Varicelle				
A73 Paludisme				
A74 Rubéole				
A75 Mononucléose infectieuse				
A76 Autre exanthème viral				
A77 autre maladie virale NCA				
A78 Autre maladie infectieuse NCA				
A79 Cancer NCA				
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA				
A81 Polytraumatisme/lésions multiples				
A82 Effet tardif d'un traumatisme				
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse				
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse				
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse				
A87 Complication de traitement médical				
A88 Effet sec. de facteur physique				
A89 Effet sec. de matériel prothétique				
A90 Anom. congénitale NCA/multiple				
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA				
A92 Allergie/réaction allergique NCA				
A93 Nouveau-né prématuré				
A94 Autre morbidité périnatale				
A95 Mortalité périnatale				
A96 Mort				
A97 Pas de maladie				
A98 Gestion santé/médecine préventive				
A99 Maladie de nature/site non précisé				
	Syst. Digestif D			
	D01 Douleur/crampes abdominales gén.			
	D02 Douleur abdominale/épigastrique			
	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac			
	D04 Douleur rectale/anale			
	D05 Démangeaisons périanales			
	D06 Autre douleur abdominale loc.			
	D07 Dyspepsie/indigestion			
	D08 Flatulence/gaz/renvoi			
	D09 Nausée			
	D10 Vomissement			
	D11 Diarrhée			
	D12 Constipation			
	D13 Jaunisse			
	D14 Hématémèse/vomissement de sang			
	D15 Méléna			
	D16 Saignement rectal			
	D17 Incontinence rectale			
	D18 Modification selles/mouvem. intestin			
	D19 S/P dents/gencives			
	D20 S/P bouche/langue/lèvres			
	D21 P. de déglutition			
	D23 Hépatomégalie			
	D24 Masse abdominale NCA			
	D25 Distension abdominale			
	D26 Peur du cancer du syst. digestif			
	D27 Peur d'une autre maladie digestive			
	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)			
	D29 Autre S/P du syst. digestif			
	D70 Infection gastro-intestinale			
	D71 Oreillons			
	D72 Hépatite virale			
	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse			
	D74 Cancer de l'estomac			
	D75 Cancer du colon/du rectum			
	D76 Cancer du pancréas			
	D77 Autre cancer digestif/NCA			
	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.			
	D79 CE du syst. digestif			
	D80 Autre traumat. du syst. digestif			
	D81 Anom. congénitale du syst. digestif			
	D82 Maladie des dents/des gencives			
	D83 Maladie bouche/langue/lèvres			
	D84 Maladie de l'œsophage			
	D85 Ulcère duodénal			
	D86 Autre ulcère peptique			
	D87 Trouble de la fonction gastrique			
	D88 Appendicite			
	D89 Hernie inguinale			
	D90 Hernie hiatale			
	D91 Autre hernie abdominale			
	D92 Maladie diverticulaire			
	D93 Syndrome du colon irritable			
	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse			
	D95 Fissure anale/abcès périanal			
	D96 Vers/autre parasite			
	D97 Maladie du foie NCA			
	D98 Cholécyстите/cholélithiasis			
	D99 Autre maladie du syst. Digestif			
	CODES PROCÉDURE			
	SYMPTÔMES ET PLAINTES			
	INFECTIONS			
	NÉOPLASMES			
	TRAUMATISMES			
	ANOMALIES CONGÉNITALES			
	AUTRES DIAGNOSTICS			
		Oreille H		
		H01 Douleur d'oreille/otalgie		
		H02 P. d'audition		
		H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille		
		H04 Ecoulement de l'oreille		
		H05 Saignement de l'oreille		
		H13 Sensation d'oreille bouchée		
		H15 Précoc. par l'aspect des oreilles		
		H27 Peur d'une maladie de l'oreille		
		H28 Limitation de la fonction/incap. (H)		
		H29 Autre S/P de l'oreille		
		H70 Otite externe		
		H71 Otite moyenne aiguë/myringite		
		H72 Otite moyenne séreuse		
		H73 Salpingite d'eustache		
		H74 Otite moyenne chronique		
		H75 Tumeur de l'oreille		
		H76 CE dans l'oreille		
		H77 Perforation du tympan		
		H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille		
		H79 Autre lésion traumat. de l'oreille		
		H80 Anom. congénitale de l'oreille		
		H81 Excès de cérumen		
		H82 Syndrome vertigineux		
		H83 Otosclérose		
		H84 Presbycusis		
		H85 Traumatisme sonore		
		H86 Surdité		
		H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde		
		Cardio-vasculaire K		
		K01 Douleur cardiaque		
		K02 Oppression/contriction cardiaque		
		K03 Douleur cardiovasculaire NCA		
		K04 Palpita./perception battements card.		
		K05 Autre battement cardiaque irrégulier		
		K06 Veines proéminentes		
		K07 Oedème, gonflement des chevilles		
		K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire		
		K24 Peur d'une maladie de cœur		
		K25 Peur d'hypertension		
		K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire		
		K28 Limitation de la fonction/incap. (K)		
		K29 Autre S/P cardiovasculaire		
		K30 Infection du syst. cardio-vasculaire		
		K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale		
		K72 Tumeur cardio-vasculaire		
		K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire		
		K74 Cardiopathie ischémique avec angor		
		K75 Infarctus myocardique aigu		
		K76 Cardiopathie ischémique sans angor		
		K77 Décompensation cardiaque		
		K78 Fibrillation auriculaire/flutter		
		K79 Tachycardie paroxystique		
		K80 Arythmie cardiaque NCA		
		K81 Souffle cardiaque/artériel NCA		
		K82 Cœur pulmonaire		
		K83 Valvulopathie NCA		
		K84 Autre maladie cardiaque		
		K85 Pression sanguine élevée		
		K86 Hypertension non compliquée		
		K87 Hypertension avec complication		
		K88 Hypotension orthostatique		
		K89 Ischémie cérébrale transitoire		
		K90 Accident vasculaire cérébral		
		K91 Maladie cérébrovasculaire		
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.		
		K93 Embolie pulmonaire		
		K94 Phlébite et thrombophlébite		
		K95 Varices des jambes		
		K96 Hémorroïdes		
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire		
			Neurologique N	
			N01	

Annexe 3 : médicaments utilisés en automédication

Classification ATC		Vague 1	Vague 2	Total étude
Digestif	Stomatologie	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
	Anti-acide	1,8% (17/927)	1,3 % (18/1364)	1,5% (35/2291)
	TFI	3,6% (33/927)	4,5% (62/1364)	4,1% (95/2291)
Et	Anti-nauséux	0,8% (7/927)	0,5% (7/1364)	0,6% (14/2291)
	Constipation	0,5% (5/927)	0,5% (7/1364)	0,5% (12/2291)
Métabolique	Diarrhées	2,8% (26/927)	2,9% (40/1364)	2,9% (66/2291)
	Vitamines	0% (0/927)	0,07% (1/1364)	0,04% (1/2291)
Sang	Antithrombotique	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
Cardio- Vasculaire	Cardiologie	0,2% (2/927)	0% (0/1364)	0,08% (2/2291)
	Anti-HTA	0% (0/927)	0,2% (3/1364)	0,1% (3/2291)
	Diurétique	0% (0/927)	0,1% (2/1364)	0,08% (2/2291)
	Vasculoprotecteur	0,2% (2/927)	0,4% (5/1364)	0,3% (7/2291)
	Inhibiteur calcique	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
Dermatologie	Anti-mycosique	0,8% (7/927)	0,4% (6/1364)	0,6% (13/2291)
	Emollients	1,5% (14/927)	0,8% (11/1364)	1,1% (25/2291)
	Anti-histaminique	0,3% (3/927)	0% (0/1364)	0,1% (3/2291)
	Antibiotique	0,5% (5/927)	0,1% (2/1364)	0,3% (7/2291)
	Dermocorticoïde	0,9% (8/927)	0,7% (10/1364)	0,8% (18/2291)
	Antiseptiques	1,4% (13/927)	1% (14/1364)	1,2% (27/2291)
	Pansement	0% (0/927)	0,07% (1/1364)	0,04% (1/2291)
Génito-urinaire	Antiseptique	0% (0/927)	0,2% (3/1364)	0,1% (3/2291)
	Urologique	0,1 % (1/927)	0,07% (1/1364)	0,08% (2/2291)
Hormones	Corticoïde	0,9% (8/927)	0,7% (10/1364)	0,8% (18/2291)
	Thyroïdien	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
Anti-infectieux	Antibiotique	1,7% (16/927)	1,3% (18/1364)	1,5% (34/2291)
	Antimycosique	0,1 % (1/927)	0,1% (2/1364)	0,1% (3/2291)
	Antiviraux	0,1 % (1/927)	0,07% (1/1364)	0,08% (2/2291)
Praticien	Kinésithérapeute	1,3% (12/927)	1,2% (16/1364)	1,2% (28/2291)
	Ostéopathe	2,8% (26/927)	1,5% (20/1364)	2% (46/2291)
	Autres	0,4% (4/927)	0,07% (1/1364)	0,2% (5/2291)
Ostéo- Articulaire	AINS	9,8% (91/927)	9% (123/1364)	9,3% (214/2291)
	Topique	2,2% (20/927)	2,1% (29/1364)	2,1% (49/2291)
	Myorelaxant	0% (0/927)	0,1% (2/1364)	0,08% (2/2291)
	Anti-goutteux	0% (0/927)	0,07% (1/1364)	0,04% (1/2291)
Système Nerveux	Anesthésique	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
	Antalgiques	39% (362/927)	49,7% (678/1364)	45,4% (1040/2291)
	Anti-épileptique	0,3% (3/927)	0,07% (1/1364)	0,2% (4/2291)
	Psycholeptique	2,7% (25/927)	0,9% (12/1364)	1,6% (37/2291)
	Psychoanalytique	0,5% (5/927)	0,1% (2/1364)	0,3% (7/2291)
	Autres	0% (0/927)	0,1% (2/1364)	0,08% (2/2291)
Parasitaire	Helminthe	0,3% (3/927)	0,1% (2/1364)	0,2% (5/2291)
	Autres	0,1 % (1/927)	0% (0/1364)	0,04% (1/2291)
Respiratoire	Nez	2,2% (20/927)	1,9% (26/1364)	2% (46/2291)
	Gorge	1,8% (17/927)	1,5% (21/1364)	1,7% (38/2291)
	Syndrome obstructif	2,2% (20/927)	1,9% (26/1364)	2% (46/2291)
	Toux rhume	3,9% (36/927)	4,1% (56/1364)	4% (92/2291)
	Anti-histaminique	2,9% (27/927)	0,9% (13/1364)	1,7% (40/2291)
Sensoriel	Œil	1,8% (17/927)	0,6% (8/1364)	1,1% (25/2291)
	Oreille	0,3% (3/927)	0,4% (6/1364)	0,4% (9/2291)
Homéopathie		0,8% (7/927)	1,2% (17/1364)	1% (24/2291)
Divers		5,8% (54/927)	5,7% (78/1364)	5,8% (132/2291)

Annexe 4 : impression de l'interne de la prise en compte de l'automédication par le médecin

	Proportion %	Analyse bivariée*		
		OR	IC 95%	p
Mention par patient				
Non	33,5%	1		
Oui	78,5%	7,23	(6,21-8,42)	<0,001
Exploration par médecin				
Non	28,7%	1		
Oui	75,9%	7,8	(6,73-9,04)	<0,001
Age patient				
>= 60 ans	52,4%	1		
< 15 ans	54,5%	1,09	(0,89-1,33)	0,39
15-29 ans	48,6%	0,86	(0,70-1,06)	0,16
30-44 ans	50,3%	0,92	(0,75-1,13)	0,42
45-59 ans	53,8%	1,06	(0,86-1,31)	0,60
Sexe patient				
Homme	50,1%	1		
Femme	53,4%	1,14	(1-1,30)	0,05
Type commune				
Urbaine	53,2%	1		
Rurale	47,7%	0,8	(0,68-0,94)	0,007
Zone				
Périphérie Nantes	50,7%	1		
Saint Nazaire	60,2%	1,47	(1,18-1,83)	0,001
Nord Loire-Atlantique	56,9%	1,28	(0,94-1,75)	0,12
Nantes	49,9%	0,97	(0,78-1,21)	0,77
Nord-Est Vendée	57,1%	1,30	(0,97-1,73)	0,08
Littoral Atlantique	45,9%	0,83	(0,68-1,01)	0,06
La Roche sur Yon	51,3%	1,02	(0,78-1,34)	0,87
Sud Vendée	52,6%	1,08	(0,84-1,39)	0,57
Profession				
Retraités	53,0%	1		
Sans activité professionnelle	53,1%	1,00	(0,84-1,20)	0,95
Agriculteurs, artisans, commerçants	48,9%	0,85	(0,62-1,17)	0,33
Cadres, professions libérales	50,3%	0,90	(0,64-1,25)	0,53
Professions intermédiaires	49,8%	0,88	(0,67-1,16)	0,37
Employés	53,3%	1,01	(0,80-1,28)	0,90
Ouvriers	50,3%	0,90	(0,70-1,15)	0,40
Motifs				
Autres motifs	40,9%			
Respiratoire	52,2%	1,58	(1,19-2,10)	0,002
Ostéo-articulaire	57,3%	1,94	(1,45-2,58)	<0,001
Digestif	59,0%	2,08	(1,52-0,85)	<0,001
Général	57,9%	1,98	(1,41-2,79)	<0,001
Peau	44,8%	1,17	(0,83-1,64)	0,36
Neurologique	50,0%	1,44	(0,97-2,15)	0,07
Psychologique	33,9%	0,74	(0,47-1,18)	0,21
Urologique	35,6%	0,80	(0,50-1,28)	0,35
Grossesse et génital	38,5%	0,90	(0,55-1,48)	0,69

* analyse en régression logistique

Vu, le président du jury,

Vu, le directeur de thèse,

Vu, par le doyen,

Titre de Thèse : Les échanges médecin-patient autour de l'automédication :
Enquête par observations directes de consultations pour affection aiguë en Loire-Atlantique et en Vendée

Résumé

Introduction : Depuis 2008, et la création d'un décret autorisant la vente de médicaments en libre accès en pharmacie, l'automédication en France suscite un intérêt croissant pour les patients, qui ont de plus en plus souvent recours à cette pratique d'autosoins.

Objectifs : Lors de consultations pour une affection aiguë, évaluer la proportion de consultations faisant l'objet de discussions autour de l'automédication et l'impact de ces échanges dans les prescriptions du médecin.

Méthode : Une enquête quantitative prospective par observations directes a été menée en mai 2012 et novembre 2013. Des internes de médecine générale, en début de stage, ont observé de façon consécutive et systématique les consultations motivées par une affection aiguë pendant 2 semaines. Une grille d'observation a permis le recueil d'informations anonymes sur le patient (sexe, âge, profession, lieu de résidence), sur le motif de consultation (CISP-2), les échanges autour d'une automédication préalable et le résultat de consultation (prescription médicamenteuse, d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés).

Résultats : 3680 observations de consultations ont été réalisées par 102 internes en stage auprès de 184 médecins généralistes. 57% des consultants étaient des femmes et l'âge moyen était de 37 ans. 38,4% des hommes et 43,1% des femmes ont spontanément décrit à leur médecin leurs pratiques d'automédication ($p = 0,004$). 49,3% des médecins ont exploré ces comportements. Dans 50,8% des consultations, il a ainsi été question de médicaments d'automédication, essentiellement des antalgiques-antipyrétiques (45,4%) et des anti-inflammatoires (9,3%). 52% des médecins ont tenu compte de ces discussions au moment de la prescription. Ceux qui tenaient compte de l'automédication ont rédigé davantage de prescriptions médicamenteuses que ceux qui n'en tenaient pas compte ($OR=2,29$; $p<0,001$), mais ils ont aussi demandé moins souvent des examens complémentaires ($OR=0,68$; $p<0,001$) ou des avis spécialisés ($OR=0,73$; $p=0,002$).

Conclusion : L'automédication n'est pas un sujet tabou dans le cadre de consultations pour pathologies aiguës en soins primaires. Le fait d'aborder ce sujet en consultation pourrait être à l'origine d'une diminution des coûts de santé publique, mais pourrait également exposer le patient à des effets indésirables médicamenteux plus fréquents et dangereux.

Mots clés : automédication, pathologies aiguës, discussion, médecine générale