

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

*Franck PAÏTA*

*Né le 23 mai 1980 à Marseille*

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 2012

**Étude des représentations et de l'intention de consommation  
des médicaments d'automédication  
dans la population des clients de pharmacies  
et des patients de cabinets de médecine générale**

Résultat d'une enquête menée dans les départements  
de l'Indre et Loire et des Alpes Maritimes

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Elisabeth Autret-Leca  
Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz  
Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch  
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**  
Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**  
Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERAL**

Monsieur Patrick HOARAU

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Jacques LANSAC  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER  
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE  
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -  
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT  
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBELLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

## PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

### PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER	Emmanuelle Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

## MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M. LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale  
ROBERT Jean Médecine Générale

### PROFESSEUR CERTIFIE

M DIABANGOUAYA Célestin Anglais

### CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM. BIGOT Yves Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239  
BOUAKAZ Ayache Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
Mmes BRUNEAU Nicole Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
MM. COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – U 618  
GAUDRAY Patrick Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239  
GUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239  
Mmes GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – U 618  
MM. LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930  
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – U 618  
Mmes MARTINEAU Joëlle Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
POULIN Ghislaine Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme DELORE Claire Orthophoniste  
M GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier  
M. MONDON Karl Praticien Hospitalier  
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier  
M. MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier  
M. MALLET Donatien Praticien Hospitalier.

## REMERCIEMENTS

### **Aux membres de mon jury de thèse**

A Mme le Professeur Elisabeth Autret-Leca :

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Mr le Professeur Emmanuel Rusch :

Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail sans me connaître et de m'accorder de votre temps.

A Mme le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz :

Anne-Marie, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure qu'est la thèse. La distance ne nous a pas facilité les choses, mais nous y sommes arrivés ! Merci pour cela.

A Mr le Docteur Jean Pierre Lebeau :

Jean-Pierre merci également pour ton investissement dans ce projet de thèse, c'est tout naturellement que je souhaitais de compter parmi les membres de ce jury.

Au travers de toi et Anne-Marie je remercie également le département de médecine générale de Tours qui a sa part dans la réalisation de ma formation médicale et du médecin que je suis devenu.

### **Au Dr Luc Martinez**

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Il est évident que je n'aurais pas accompli ce travail sans votre aide.

### **A Eliane Abitbol**

Merci d'avoir mis à disposition ta thèse et les résultats de ton travail qui ont largement contribué à renforcer la qualité de cette thèse.

## **A ma famille**

Votre soutien dans ma vie ne s'est pas exprimé de la même manière mais vos différences ont fait ma richesse :

Papa, merci pour ta présence, ta constance dans tes convictions, ta profondeur, tes réponses éclairées sur bien des questions. Nos nombreuses heures de partages m'ont donné le goût de chercher le sens de la vie.

Maman, s'il existe une meilleure mère, je ne l'ai pas encore trouvé. Merci pour ta présence quotidienne, ton dévouement sans limites et ta générosité envers moi, c'est l'amour sur le terrain. Je ne suis pas arrivé jusqu'ici sans raisons !

Floriane, merci pour ton attention à mon égard, parfois cachée derrière la pudeur mais bien réelle. J'aime nos moments partagés et voir, avec les années, nos cœurs s'ouvrir pour mieux s'approcher. Que ces moments puissent se multiplier...

Michaël, tu es mon alter ego. Nos caractères forts s'entrechoquent parfois, mais peu importe, je sais qui tu es et tu sais qui je suis. Cela traverse le temps et les circonstances. Il est bon de savoir que même loin, tu es proche.

Mami, je ne peux écrire cette page sans te remercier. Merci pour la chaleur de ta maison, ton écoute sans jugement et les rires partagés. Je me sens bien chez toi.

Bernard, ta générosité et ta disponibilité envers moi se sont exprimées bien des fois dans les services non calculés que tu es toujours prêt à me rendre. Merci pour cela.

## **Mes amis**

Il est difficile de remercier tout le monde ou de n'en remercier que quelques uns sans faire d'impair. Mais malgré tout merci à Jp, Dany, Ben et Gil, Marc, Marie, Audrey, Emilie (les deux !), Hanna, Fabien et Emese, Mathieu, Florentina, Sandrine, Louphi. A un moment ou un autre vous avez profondément marqué ma vie, je vous en remercie.

## **A Dieu**

Remerciement insolite peut être aux yeux de certains. Ceux qui me connaissent bien savent le rôle qu'il joue dans ma vie, sans lequel je ne serais pas qui je suis aujourd'hui.

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
1. Présentation de l'étude OTC-SOCIOMED .....	12
2. Présentation du sous projet Français .....	13
3. Présentation et objectif de cette thèse .....	13
<b>II. AUTOMÉDICATION : DÉFINITIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>A. DÉFINITIONS.....</b>	<b>15</b>
<b>B. LES MÉDICAMENTS DITS D'AUTOMÉDICATION .....</b>	<b>16</b>
<b>III. SITUATION ACTUELLE DE L'AUTOMÉDICATION EN FRANCE ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES .....</b>	<b>19</b>
<b>A. CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE .....</b>	<b>19</b>
1. Réglementation d'accessibilité aux médicaments de PMF .....	19
2. Réglementation des prix des médicaments non remboursables .....	20
3. Réglementation publicitaire des médicaments de PMF .....	21
<b>B. CONTEXTE ÉCONOMIQUE .....</b>	<b>23</b>
1. Etat des lieux en 2010.....	23
2. Evolution du marché des médicaments à PMF .....	25
3. Comparaison avec la situation Européenne .....	26
<b>C. LES FRANÇAIS ET L'AUTOMÉDICATION : APPROCHE D'UN COMPORTEMENT .....</b>	<b>28</b>
<b>D. L'AUTOMÉDICATION : PRÉSENCE CROISSANTE D'UNE RÉALITE AUX MULTIPLES ACTEURS .</b>	<b>32</b>
1. L'évolution des représentations .....	32
2. Les pouvoirs publics et l'automédication .....	34
3. Les patients et l'automédication .....	36
4. L'industrie pharmaceutique et l'automédication : stratégies de réponse sur un marché changeant .....	39
5. L'automédication et l'évolution de la mission du pharmacien.....	42
6. L'automédication et la place du médecin traitant.....	45
<b>IV. NÉCESSITE DE COMPRÉHENSION D'UN COMPORTEMENT.....</b>	<b>47</b>
<b>A. CARACTÉRISTIQUES D'UNE AUTOMÉDICATION RESPONSABLE ET CRITIQUES A SON DÉVELOPPEMENT .....</b>	<b>48</b>
1. Caractéristique d'une automédication responsable .....	48
2. Critiques et limites à la pratique de l'automédication .....	49
<b>B. APPROCHE DU MODÈLE LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ D'AJZEN .....</b>	<b>52</b>
<b>V. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>58</b>
<b>A. APPROCHE GÉNÉRALE .....</b>	<b>58</b>
1. Population étudiée .....	58
2. Les enquêteurs .....	59
3. Le matériel d'enquête .....	59
4. Déroulement de l'entretien.....	60
5. Mode de circulation des données .....	61
<b>B. TRAITEMENT DES DONNÉES ET ANALYSES DES RÉSULTATS .....</b>	<b>61</b>
1. Mesure du comportement passé .....	63

2.	Mesure de l'intention généralisée.....	63
3.	Attitudes comportementales .....	64
4.	Mesure des normes subjectives .....	66
5.	Mesure du contrôle comportemental perçu (CCP) .....	67
<b>VI.</b>	<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>70</b>
<b>A.</b>	<b>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....</b>	<b>70</b>
<b>B.</b>	<b>MESURES DIRECTES DU COMPORTEMENT CONCERNANT LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.....</b>	<b>73</b>
<b>C.</b>	<b>SCORE D'INTENTION DE CONSOMMATION DES MEDICAMENTS OTC SELON LE MODELE DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE .....</b>	<b>75</b>
1.	Mesure des attitudes/prédispositions.....	75
2.	Mesure de la norme sociale .....	80
3.	Mesure du contrôle comportemental perçu .....	82
4.	Mesure directe de l'intention .....	84
5.	Étude des facteurs qui influencent les intentions de consommation des médicaments .....	89
<b>VII.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>91</b>
<b>A.</b>	<b>PRINCIPAUX RÉSULTATS .....</b>	<b>91</b>
1.	Comportement et intention .....	91
2.	Attitudes et prédispositions .....	93
3.	Norme sociale .....	94
4.	Contrôle comportemental perçu .....	94
<b>B.</b>	<b>FORCES ET FAIBLESSES DE CE TRAVAIL.....</b>	<b>95</b>
1.	Les questionnaires .....	95
2.	Population d'étude .....	95
3.	Biais de recrutement .....	96
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>97</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>99</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>105</b>
	<b>ANNEXE 1 : Décret relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie.....</b>	<b>106</b>
	<b>ANNEXE 2 : Liste des indications pouvant entrer dans le cadre d'utilisation des produits de PMF .....</b>	<b>110</b>
	<b>ANNEXE 3 : Définition du service médical rendu (SMR) par la HAS .....</b>	<b>113</b>
	<b>ANNEXE 4 : Questionnaire B OTC-SOCIOMED.....</b>	<b>115</b>
	<b>ANNEXE 5 : Questionnaire Cb OTC-SOCIOMED .....</b>	<b>134</b>
	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>147</b>
	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>148</b>
	<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>149</b>

## I. INTRODUCTION

Dans la prise en charge de la santé, le médicament est au cœur du système de soin comme outil thérapeutique. Il permet une réponse adaptée à de nombreuses situations cliniques. Son usage rationnel est essentiel car son utilisation implique en premier lieu des conséquences sur la santé des patients mais également un poids économique pour la communauté.

Au niveau mondial, l'usage rationnel du médicament est un thème récurrent et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) communique régulièrement sur ce sujet [1]. De même l'Europe considère la santé de ses citoyens comme prioritaire afin de permettre à « chacun de bénéficier de normes élevées en matière de soins de santé et du même accès à des soins de qualité » [2]. Dans ce contexte, la communauté européenne, par l'intermédiaire de son 7ème programme-cadre [3] sur la santé et dans l'objectif de promouvoir un meilleur usage du médicament, a accordé le financement de l'étude OTC-SOCIOMED dirigée par le Pr. C. Lionis<sup>1</sup>. Cette étude, impliquant neuf pays dont la France, vise à identifier les facteurs qui influencent le recours à la prescription ou à la consommation de médicaments de vente libre.

### 1. Présentation de l'étude OTC-SOCIOMED

Le projet OTC-SOCIOMED est une étude multicentrique internationale financée par la communauté Européenne à hauteur de 1,29 M€. 9 pays y participent (Grèce, Suède, Pays-Bas, Chypre, France, Malte, Turquie, UK, République Tchèque). L'étude est divisée en 7 sous projets s'étalant sur une période de 2 ans (début de projet: 01/12/09)

---

<sup>1</sup> Professor LIONIS, C., MD, PhD, Hon FRCGP Clinic of Social and Family Medicine, University of Crete Medical School, Crète, Grèce.

L'objectif général de l'étude est d'identifier les facteurs qui influencent le recours à la prescription ou à la consommation de médicaments de vente libre, identifier les facteurs de leur mésusage, et mettre en place des mesures destinées à l'éviter.

La France se différencie de ses voisins européens par la structure et la taille du marché du médicament de vente libre, plus modeste tant en valeur qu'en volume. Cependant, pour des raisons multiples, l'automédication s'y développe, encouragée par les pouvoirs publics, l'industrie pharmaceutique et les pharmaciens, chacun y trouvant un intérêt différent. L'étude OTC-SOCIOMED trouve donc sur le marché Français toute sa légitimité pour comprendre les déterminants du recours à l'automédication et constituer une base scientifique de décision pour les pouvoirs publics dans leur rôle de prévention du mésusage médicamenteux.

## **2. Présentation du sous projet Français**

Le sous-projet Français est dirigé par Dr. L. Martinez. Vice-président de la SFMG<sup>2</sup>. Maître de conférence Faculté de médecine Paris VI.

L'objectif est de documenter, analyser, interpréter et prédire les comportements de prescription des médecins et des pharmaciens et de consommation des patients/ clients concernant les médicaments de vente libre.

La sélection des médecins et des pharmaciens (tous volontaires), a été réalisée par tirage au sort sur deux centres d'étude, Tours et Nice, après intégration de tous les professionnels de santé de leur département respectif, l'Indre et Loire et les Alpes Maritimes. Les patients de médecins et les clients d'officines ont été sélectionnés sur la base du volontariat dans les patientèles et clientèles des médecins et pharmaciens sélectionnés.

## **3. Présentation et objectif de cette thèse**

Ce travail s'inscrit dans le projet OTC-SOCIOMED. Il constitue une part du bras français de l'étude. L'enquête a été menée auprès patients et clients des médecins et pharmaciens sélectionnés en Indre et Loire. Mais le même travail, réalisé dans les Alpes Maritimes par Mlle Eliane Abitbol, a été publiquement soutenu le 15 septembre 2011 à Nice,

---

<sup>2</sup> SFMG, Société Française de Médecine Générale (Issy-Les-Moulineaux). [www.sfm.org/](http://www.sfm.org/).

rendant les résultats disponibles. Nous présenterons donc ici les résultats globaux se rapportant aux 2 échantillons de population cumulés. L'objectif est de comprendre les représentations des patients/clients dans l'automédication en définissant et analysant les déterminants du recours au médicament de vente libre. Nous nommerons désormais « médicament de prescription médicale facultative »(PMF) les médicaments de vente libre, terme correspondant au contexte Français du médicament d'automédication.

Pour une meilleure compréhension et contextualisation, la première partie de ce travail concernera la définition de l'automédication dans le contexte Français. En effet, le marché Français possède des particularités que l'on ne retrouve pas ailleurs. Il est donc important de préciser les finesses de cet environnement spécifique. Une compréhension partielle participe à fausser les représentations des patients et parfois même des pouvoirs publics et des professionnels de santé concernant les produits de prescription médicale facultative (PMF).

Dans une seconde partie, je présenterai la situation actuelle de l'automédication en France sur ses versants réglementaire et économique. Cependant, l'automédication n'est pas une pratique statique, mais plutôt une dynamique complexe. En effet, différents acteurs y prennent place et sont, tour à tour, spectateurs ou moteur dans les changements dont on peut être témoin. J'explicitai la place de chacun de ces acteurs.

Enfin, dans une troisième partie, nous arriverons au cœur de ce travail, en abordant les caractéristiques d'une automédication responsable, mais également ses limites et les critiques généralement retenues contre elle. Ici prendra place le travail réalisé auprès des patients permettant de définir puis d'analyser concrètement leurs représentations du médicament en général, et plus spécifiquement du médicament d'automédication.

## II. AUTOMÉDICATION : DÉFINITIONS

### A. DÉFINITIONS

La notion d'automédication est ambiguë car elle peut désigner soit un comportement, celui de se soigner soi-même, soit les produits utilisés dans le cadre de ce comportement.

L'automédication ne possède pas de définition officielle dans le code de la santé publique. Suite à un rapport sur « les conditions de développement du secteur de l'automédication en France », réalisé à la demande du Ministre de la santé, Xavier Bertrand, et rendu en 2007, Alain Coulomb et Alain Baumelou définissent l'automédication « comme un comportement et non comme une catégorie de produits. Ainsi est défini comme automédication, le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin » [4].

Selon l'ordre des médecins, la définition suivante a été adoptée lors la session de février 2001 du Conseil national de l'Ordre des médecins : « l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), avec la possibilité d'assistance de conseils de la part des pharmaciens » [5].

On nomme également dans le langage courant « automédication » la consommation de produits prescrits antérieurement, restant dans le placard d'un patient, et réutilisés devant l'apparition d'un symptôme semblable, ou du moins en apparence, à la situation ayant provoqué le recours initial au prescripteur. Ce n'est pas à ce contexte que l'on se réfère ici.

Il conviendra de définir plus précisément la nature du « comportement » décrit par Messieurs Coulomb et Baumelou, et de préciser les caractéristiques des « médicaments considérés comme tels », aux vues de la définition du Conseil de l'Ordre des médecins.

Le comportement d'automédication correspond au premier recours d'un patient face à une douleur ou un symptôme. Ce symptôme étant à priori abordé comme étant l'expression d'un problème de santé bénin, souvent de courte durée et mono-symptomatique, donc ne nécessitant pas la consultation d'un prescripteur. Les deux motivations principales du recours à l'automédication par les Français semblent être l'efficacité et la disponibilité immédiate de ces médicaments [6], permettant un soulagement rapide, la poursuite d'une « vie normale » et l'évitement d'une consultation chez leur médecin traitant. Nous verrons plus loin les caractéristiques de cette consommation<sup>3</sup>.

## **B. LES MÉDICAMENTS DITS D'AUTOMÉDICATION**

Dans le contexte Français actuel, les médicaments d'automédication sont non définis, ou définis « par défaut ». Il n'existe pour les médicaments que deux statuts possibles : soumis ou non à prescription médicale obligatoire.

D'après la réglementation Européenne (directive 2004/27/CE, art. 71 §1), les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

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

---

<sup>3</sup> Voir II, C.

Ces médicaments sont dits PMO pour prescription médicale obligatoire<sup>4</sup>.

L'article suivant (article 72), définit les médicaments soumis à prescription médicale facultative (PMF) « ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés ».

En France, une large majorité de PMF sont remboursables. Au contraire, dans la plupart des pays Européens, PMF et produits non remboursables sont confondus, nommés OTC pour « over the counter », « devant le comptoir », médicaments de vente libre disponible en pharmacie, parapharmacie ou même grande surface. Cela peut donc poser des problèmes de correspondance au niveau international, le terme d'OTC ne pouvant définir de façon juste les produits disponibles en automédication sur le marché Français.

On reconnaîtra donc des PMO, ne pouvant entrer par définition dans la catégorie de l'automédication, puis des PMF, certains remboursables en cas de prescription médicale, seulement disponible « derrière le comptoir » donc fournis par le pharmacien. Enfin, d'autres PMF non remboursables quelque soit le cas, et disponibles « derrière ou devant le comptoir ». L'automédication se limite donc à la consommation, hors prescription, de PMF.

---

<sup>4</sup> L'article L. 5132-6 du code de la Santé Publique établit en France le système de liste (I ou II) sur lesquelles ces produits sont inscrits. Ces listes diffèrent par les dispositions sur le renouvellement de la délivrance. Concernant la liste I, la délivrance du médicament ne peut être renouvelée sans indication explicite du prescripteur qui précise le nombre de renouvellements ou la durée du traitement. Celle de liste II peut être renouvelée sauf indication explicite du prescripteur (article R.5108 du code de la Santé Publique).

	<b>Mode de prise en charge</b>	<b>Lieu de vente</b>	<b>Auto médication</b>
<b>Produits soumis à Prescription Médicale Obligatoire (PMO)</b>	Médicaments remboursables	En officine, uniquement « derrière le comptoir »	Non
	Médicaments non remboursables		
<b>Produits à Prescription Médicale Facultative (PMF)</b>	Médicaments remboursables sur ordonnance uniquement	En officine, uniquement « derrière le comptoir »	Si prescrit : Non
			Si non prescrit : <b>Oui</b>
	Médicaments non remboursables	En officine, « derrière ou devant le comptoir »	Si Prescrit : Non
			Si Non prescrit : <b>Oui</b>

**Tableau 1 : Cadre réglementaire des médicaments disposant d'une AMM [7]**

### III. SITUATION ACTUELLE DE L'AUTOMÉDICATION EN FRANCE ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES

#### A. CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

##### 1. Réglementation d'accessibilité aux médicaments de PMF

Comme nous l'avons vu, il n'existe pas de statut défini du médicament d'automédication. Lorsqu'il ne présente pas de critères de dangerosité imposant une prescription médicale obligatoire, un médicament ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) sera disponible à la vente hors prescription médicale.

L'avis aux fabricants concernant les demandes d'AMM des médicaments de PMF [8], réalisé en mai 2005 et rendu disponible en septembre 2005, donne accès aux recommandations de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Il aborde notamment les caractéristiques des médicaments de PMF, les indications relevant d'une prise en charge autonome par le patient, ainsi que les informations devant être disponibles pour une utilisation sans risque du médicament par le patient.

Cet avis a été légiféré au moyen d'un décret publié le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (ANNEXE 1) au Journal Officiel [9] relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines. Ces médicaments dits de « médication officinale » peuvent être mis à disposition devant le comptoir des pharmacies d'officines :

*« directement accessibles... dans un espace dédié et clairement identifié », accompagnés « des informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments de médication officinale. »*

*« Les indications thérapeutiques, la durée de traitement, et les informations figurant dans la notice permettent leur utilisation, avec le conseil particulier du pharmacien d'officine prévu à l'article 4235-48, sans qu'une prescription médicale n'ait été établie ».*

*« Le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise est adapté à la posologie et à la durée du traitement recommandés dans la notice ».*

L'AFSSAPS, dans le cadre de sa mission d'évaluation des risques sanitaires présentés par les médicaments, est chargée de définir la liste de médicaments allopathiques, homéopathiques ou à base de plantes, dits de médication officinale [10]. Cette liste, mise à jour régulièrement, a vu le nombre de médicaments passer de 302 produits toutes catégories confondues en septembre 2009 à 437 en juillet 2011.

Elle met également à disposition la liste des indications et situations cliniques reconnues comme adaptées à l'utilisation de produits de PMF (ANNEXE 2).

Cette zone « d'accès direct » n'est pas une obligation pour le pharmacien, celui-ci restant libre de mettre (ou non) à la disposition des patients les médicaments de cette liste. Mais ce contexte réglementaire favorise le développement de l'automédication en permettant l'accès au médicament dans un cadre de sécurité plus visible pour le patient, avec des informations clairement identifiables et mieux codifiées pour le pharmacien.

## **2. Réglementation des prix des médicaments non remboursables**

Un arrêté du 26 mars 2003 relatif à l'information du consommateur sur les prix des médicaments non remboursables dans les officines de pharmacie [11] rend obligatoire « l'affichage visible et lisible par le client » du prix des médicaments exposés au public et d'un étiquetage sur le conditionnement des médicaments non exposés. Un « catalogue librement accessible au public » où sont répertoriés le nom et le prix des médicaments de PMO non remboursables doit également être mis à disposition. Les médicaments non listés (de PMF) et remboursables sont soumis à la même réglementation que les médicaments de PMO et remboursables<sup>5</sup>.

Les médicaments d'automédication « stricte » sont dits à prix libres donc soumis à concurrence et s'accompagnant d'une stratégie commerciale. Les prix dépendent donc :

- du laboratoire fixant lui-même le prix fabricant hors taxe
- du grossiste, appliquant la marge qu'il souhaite

---

<sup>5</sup> Leur Prix est réglementé et fixé par le CEPS, Comité Economique des Produits de Santé.

- du pharmacien, établissant son prix de vente en fonction de la marge souhaitée, du taux de TVA (5,5% pour les médicaments non remboursables et 2,1% pour les médicaments remboursables), du choix du fournisseur, du volume d'achat et de la stratégie commerciale de la pharmacie [4,12].

### **3. Réglementation publicitaire des médicaments de PMF**

Toujours selon le même décret paru le 1<sup>o</sup> juillet 2008 au journal officiel [9], les produits d'automédication ne présentant pas de risque pour la santé publique, il n'y a pas de restriction en matière de publicité auprès du public.

Néanmoins, La publicité n'est pas « libre » pour autant, mais soumise aux recommandations de l'AFSSAPS pour la publicité auprès du grand public [13], après accord de la Commission de publicité de l'AFSSAPS. Ces recommandations édictent le cadre des possibilités suivant les contextes (salles d'attentes des cabinets médicaux, officines, supports audiovisuels, internet, message radiologique, etc...)

L'ensemble des dispositions législatives et réglementaires du médicament est résumé dans le tableau ci dessous [14].

	Médicaments sur liste	Médicaments « hors liste »	
		« Remboursable »	« Automédication pure »
<b>AMM</b>	Obligatoire		
<b>Dispensation</b>	Pharmacie seulement		
<b>Prescription médicale</b>	Obligatoire	Facultative	
<b>Inscription sur la liste des produits remboursables</b>	Possible si SMR « suffisant »	Possible si SMR « suffisant »	Impossible
<b>Remboursement effectif</b>	Possible	Possible si prescription médicale	Impossible
<b>Prix</b>	Réglementé		Libre
<b>Publicité grand public</b>	Interdite		Autorisée mais réglementée

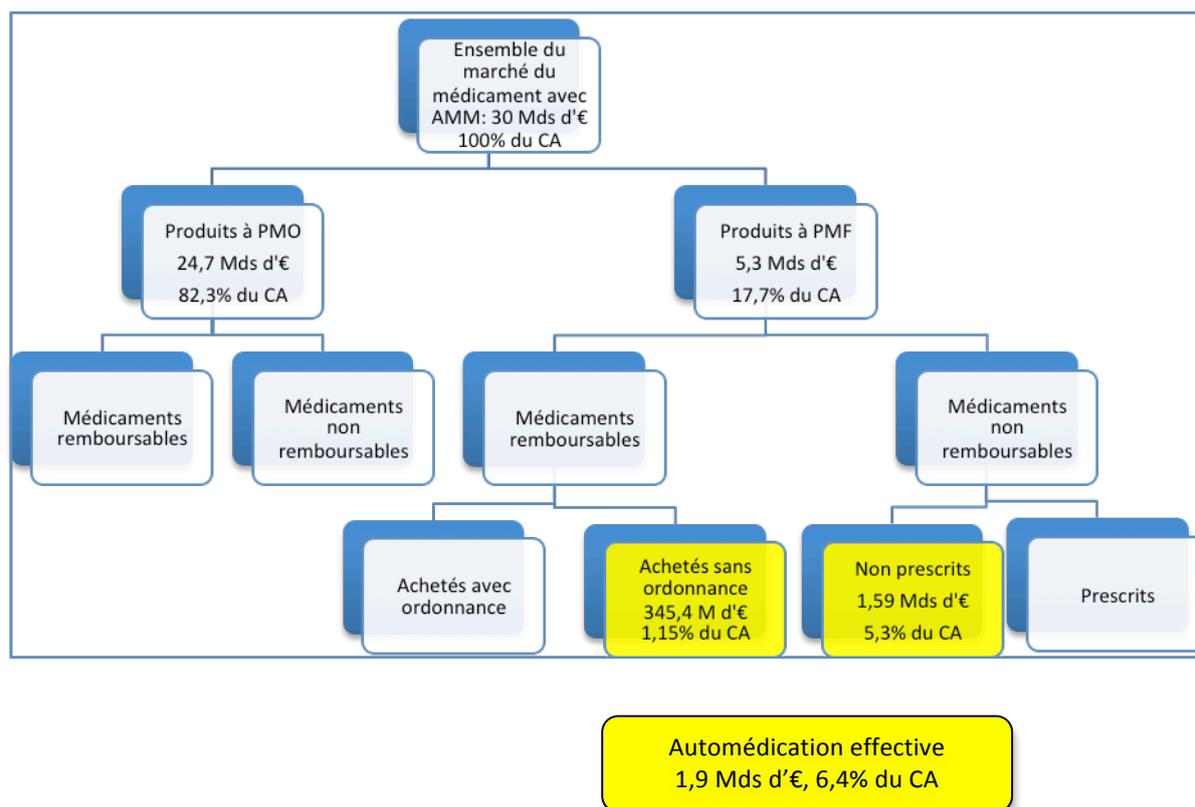
**Tableau 2 : Dispositions législatives et réglementaires du médicament**

## B. CONTEXTE ÉCONOMIQUE

### 1. Etat des lieux en 2010

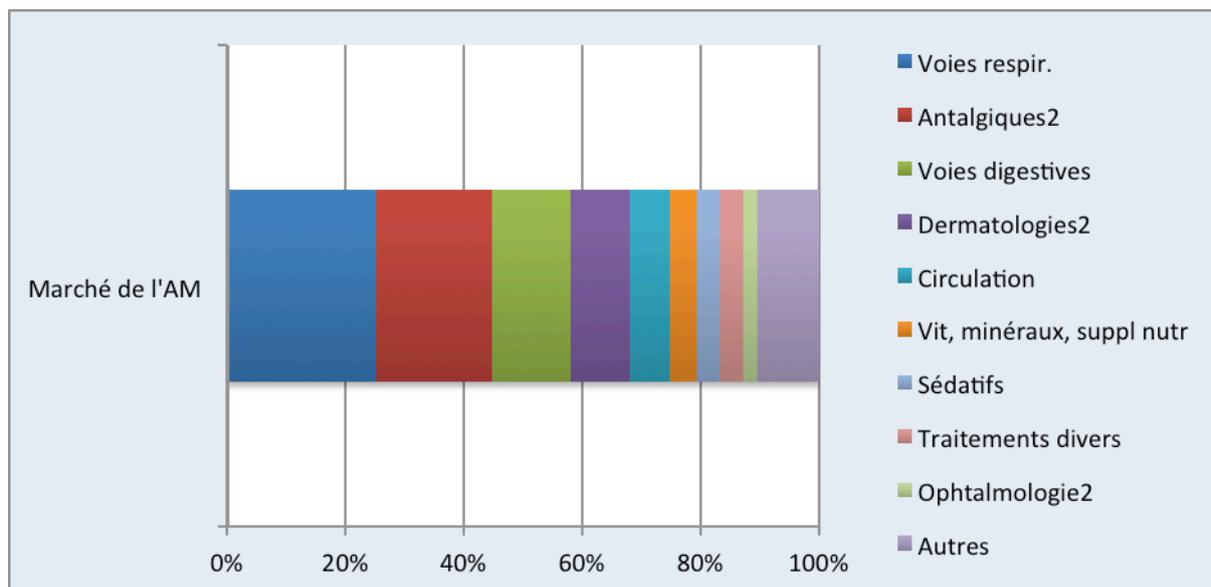
Bien que plus de 85% des Français affirment pratiquer l'automédication [15], même occasionnellement, le poids économique de ce marché reste modeste. Alors qu'en 2010 les ventes totales en pharmacie représentent un chiffre d'affaire (CA) de 35 milliards d'euros (Mds d'€) et que le marché des médicaments ayant une AMM, médicaments de PMO et PMF combinés, représente 30 milliards d'euros de CA, le marché de l'automédication pèse 1,9 milliards d'euros de CA, soit 6,4% seulement du marché des médicaments [16].

Graph 1 : Poids des PMF dans le marché du médicament en France en 2010



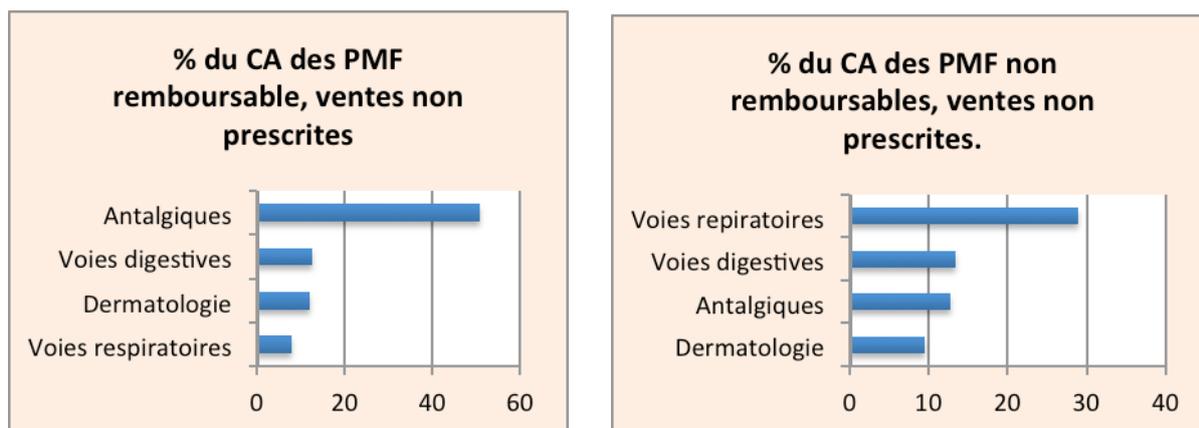
Le profil de vente du marché de l'automédication montre un « top 5 » des ventes au profit des médicaments à visée des voies respiratoires (25,3% du CA), des antalgiques (19,5% du CA), à visée des voies digestives (13,3% du CA), des problèmes dermatologiques (10,0%), et des problèmes circulatoires (6,8%).

**Graphe 2 : Profil de vente du marché de l'automédication<sup>6</sup>, en % du CA**



Le détail des ventes entre les médicaments de PMF remboursables, non prescrits et non remboursables achetés sans ordonnance, concernant les 4 ventes principales, est explicité par le graphe 3.

**Graphe 3 : « Top 4 » des ventes respectivement des médicaments de PMF remboursables et non remboursables, en ventes non prescrites, en 2010<sup>7</sup> [16]**



<sup>6</sup> Graphe construit à partir des chiffres de l'étude IMS Health pour l'AFIPA [16]

<sup>7</sup> *Ibid.*

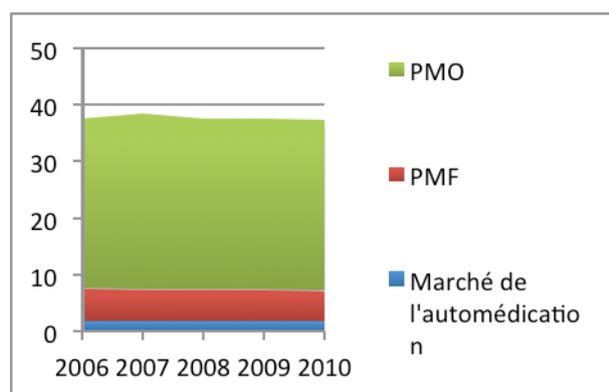
## 2. Evolution du marché des médicaments à PMF

Entre 2000 et 2005, le marché pharmaceutique total a évolué de 5,9% par an en valeur et de 0,7% par an en volume. Sur la même période, le marché des médicaments de PMF a stagné tant en valeur qu'en volume, la part des PMF est ainsi en recul constant. [4]

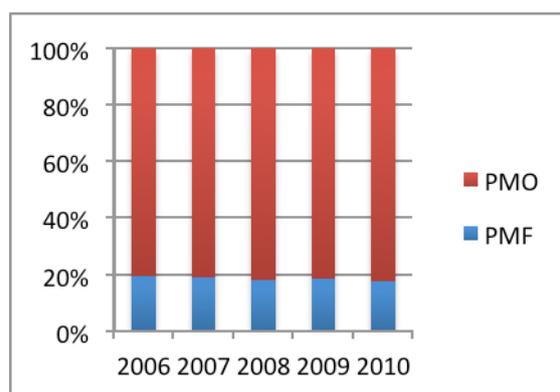
A partir de 2007, on note une inflexion dans la croissance du marché, avec une croissance de 3,6% entre 2005 et 2007, puis une stagnation voire une légère décroissance sur 2008. Cette stagnation du marché total révèle en réalité une croissance toujours positive, bien que modeste des produits de PMO (+2,2% en moyenne depuis 2006), et un ralentissement de la croissance des produits de PMF (-1,88 en moyenne depuis 2006)<sup>8</sup>. Cependant, cette diminution se fait essentiellement aux dépens de la prescription de produits de PMF, qui n'entre pas dans le cadre de l'automédication. Cela peut se comprendre dans le cadre des campagnes de déremboursement.

Le marché de l'automédication est resté en croissance de 2006 à 2009 (+3% en moyenne), mais avec une croissance de moins en moins significative et une quasi stabilité sur l'année 2010 (- 0,8%)

**Graphe 4 : Evolution du marché du médicament et de sa structure de 2006 à 2010 (Mds d'€)**



**Graphe 5 : Evolution de la structure du marché entre PMF et PMO, en % du CA**



On note enfin une stabilité des prix qui se maintiennent depuis 2006 (+ 0,46% /an en moyenne).

<sup>8</sup> AFIPA. Chiffres et graphiques réalisés à partir des études *Chiffres clé de l'automédication 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010*. AFIPA.

### 3. Comparaison avec la situation Européenne

Au sein de l'Europe, la France possède l'un des plus gros marchés du médicament. Selon les chiffres 2010 de l'AESGP, l'Association Européenne des producteurs de Spécialités Pharmaceutiques Grand Public [17], elle se positionne en seconde position derrière l'Allemagne avec respectivement 30 Mds et 39 Mds d'€. La 3<sup>e</sup> place du marché est occupée par l'Espagne avec presque 21 Mds d'€.

Concernant le marché du médicament de PMF, la France est également en seconde position, si l'on considère le chiffre d'affaire, derrière l'Allemagne avec respectivement 5,3 et 5,6 Mds d'€. Mais en proportion du marché global du médicament, avec 17,8% de part du marché, elle prend la 8<sup>e</sup> place derrière la Fédération de Russie (37,8%), la Pologne (26,2%), la Bulgarie (25,3%), la république Tchèque (23,9%), la Suisse (23,8%), la république Slovaque (21,8%), et le Royaume-Uni (18,1%).

Pour plusieurs pays, comme la Fédération Russe, la Bulgarie ou encore la Pologne, pour n'en citer que quelques uns, le marché des produits de PMF se confond avec celui de l'automédication. Ce n'est pas le cas de la France comme nous l'avons déjà explicité. Ainsi, en part du marché concernant l'automédication, la France prend ici la 23<sup>e</sup> place. L'automédication pure est donc relativement peu développée en France. Mais cela ne reste vrai qu'en proportion, car de manière absolue, son chiffre d'affaire est à la 5<sup>e</sup> place.

<b>Pays</b>	<b>Marché de l'automédication 2010 (Millions d'€)</b>	<b>Part dans le marché global du médicament</b>
Russie	5110	37,8%
Allemagne	4421	11,3%
Royaume-Uni	2726	12,5%
Pologne	2078	26,2%
France	1931	6,4%
Italie	1657	8,5%
Suisse	778	18,3%
Espagne	700	3,4%

**Tableau 3 : Place de la France dans le marché européen de l'automédication**

Bien que la part relative de l'automédication y soit faible, la France appartient au groupe de pays où la consommation par tête de médicaments non prescrits est la plus importante. Dans cette catégorie, elle se positionne à la 8<sup>e</sup> place.

<b>Pays</b>	<b>Dépense par tête de médicaments non prescrits (€)</b>
Suisse	102
Belgique	60,7
Finlande	58
Allemagne	54
Pologne	54
Royaume-Uni	44,5
Russie	36
France	30
Italie	28,5
Espagne	15

**Tableau 4 : Place de la France dans la dépense de médicaments non prescrits**

En résumé, au sein de l'Europe, le marché Français du médicament est important en chiffre d'affaire. Mais la proportion de produits de PMF achetés sans prescription y est faible.

## C. LES FRANÇAIS ET L'AUTOMÉDICATION : APPROCHE D'UN COMPORTEMENT

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un décalage entre le comportement annoncé des Français face à l'automédication (85% affirment la pratiquer, même occasionnellement [15]) et son poids économique dans le marché du médicament. Dans ce chapitre, nous allons tenter de déterminer les raisons de ce décalage, et le point de vue des patients face à cette médication.

Classiquement, les médicaments d'automédication ne jouissent pas d'une réputation aussi bonne que les médicaments prescrits et/ou remboursés. Cela est probablement lié initialement à une définition par défaut du médicament d'automédication<sup>9</sup>, ne lui donnant pas un espace défini. Jusqu'à récemment, la variété des termes utilisés pour les définir traduit cette situation : « médication familiale », « médicaments conseils », « médicament OTC », etc...

Le travail de A. Coulomb et A. Baumelou [4] met en avant une enquête CSA-TMO réalisée en octobre 2002 au profit de la direction générale de la santé (DGS). Sur une question posée à un panel de patients concernant leur pratique d'automédication, 66% affirment avoir acheté un médicament sans ordonnance au cours des 12 derniers mois. Sur ces 66%, près de la moitié (48%) déclarent se les être fait rembourser par obtention d'une ordonnance en post achat du médicament.

Selon cette même étude, un tiers des personnes perçoit le médicament d'automédication comme moins efficace et plus cher.

Cette image d'inefficacité est encore renforcée par une pratique de déremboursement de médicaments ayant un service médical rendu (SMR) insuffisant, qui, à juste titre, ne doivent pas être supportés par le système public de soins (ANNEXE 3). Seulement, si l'unique source de nouveaux produits d'automédication est celui-ci, l'assimilation entre produits d'automédication et inefficacité apparaît inévitable (et inversement, un produit remboursé serait un produit efficace), même si au regard de la

---

<sup>9</sup> cf I,B) « les médicaments dits d'automédication »

Commission de transparence de l'HAS (Haute Autorité de Santé) un « SMR insuffisant » n'est pas synonyme d'inefficacité [18]. De plus, si un médicament doit obtenir un SMR suffisant pour prétendre au remboursement, cela ne signifie pas qu'un médicament d'automédication, pour lequel aucune demande de remboursement par le laboratoire producteur n'aurait été faite, ne rende aucun service médical.

Pour aller plus loin, rectifions certaines croyances souvent entretenues à tort. Si un médicament peut être obtenu sans prescription préalable, cela n'engage pas son efficacité, mais plutôt son innocuité. En effet, un médicament peut être obtenu sans prescription s'il n'est pas inscrit sur une liste (I, II ou stupéfiants). Cette inscription sur liste met en avant la nécessité de l'utilisation d'un produit dans le cadre d'un suivi médical, permettant la consommation sans danger de ces molécules listées, mais n'assure pas leur efficacité ou un service médical rendu (SMR) satisfaisant.

Ainsi, les associations « prescription-efficacité » ou « remboursement-efficacité » sont des notions fausses, bien que couramment sous-entendues. Pour mieux comprendre le pourquoi d'une réévaluation du SMR d'un médicament et son déremboursement, la HAS répond aux questions les plus couramment posées sur le sujet [19].

Ceci étant dit, il semblerait que l'opinion des patients concernant les produits d'automédication soit en amélioration, si l'on s'en tient aux résultats obtenus par l'AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour l'Automédication).

Depuis la mise en place en juillet 2008 des zones de « libre accès » au médicament dans les pharmacies [9], l'AFIPA a suivi la mise en place et l'évolution de ce projet par des études quantitatives [20] auprès des consommateurs de santé. Trois enquêtes successives ont été menées dont la dernière en date a été réalisée début 2011.

Cette dernière étude met en avant :

- une vision des médicaments d'automédication aussi efficaces que les autres pour 74% des utilisateurs du libre accès.
- Des médicaments avec autant d'effets indésirables (67% des utilisateurs) que les autres médicaments, ou pas d'effet indésirable du tout (32% des utilisateurs).
- Une augmentation de 30% de la fréquentation des rayons de libre accès
- Une nette majoration (+59%) des intentions de consommation en zone de libre accès en comparaison à l'année 2010

- L'existence toujours présente d'une crainte de mésusage de ces produits couplé à un manque perçu d'informations disponibles.

Les raisons pouvant inciter les patients à utiliser ou à continuer d'utiliser la zone de libre accès serait dans l'ordre :

- Choisir tout seul leur médicament.
- Gagner du temps.
- Profiter d'offres promotionnelles.
- Découvrir de nouveaux produits.
- Profiter de prix plus bas.
- Mieux choisir les médicaments qui leur conviennent.

En résumé, on note une confiance qui perdure pour les utilisateurs des zones de libre accès, et une augmentation attendue de leur fréquentation, et ce malgré une réserve toujours existante quant à la sécurité d'utilisation des produits d'automédication. Cette attention des patients est un élément rassurant dans le sens où le médicament n'est pas considéré comme un produit de consommation quelconque. Pourtant, même si l'attention doit être portée par les pouvoirs publics et les firmes pharmaceutiques sur la qualité et la sécurité des produits, il faudra rester attentif au mode d'utilisation des produits de PMF. Une étude Nord-Irlandaise de 2005 portant sur 1000 personnes représentatives de la population, s'est intéressée à la perception du public concernant les médicaments OTC [21]. Elle a notamment abordé la question de la connaissance et des opinions concernant l'utilisation abusive (c'est à dire hors de son indication), et le mésusage (c'est à dire la bonne indication mais une mauvaise utilisation) des produits OTC. Il s'avère qu'un tiers des personnes interrogées reconnaissent avoir une consommation abusive ou en faire mésusage. On note par exemple l'utilisation de produits avec de l'alcool ou d'aspirine avec une boisson gazeuse ou de la bière pour en renforcer l'efficacité. Bien connue également est l'utilisation des laxatifs pour chercher à maigrir...Mais selon toute vraisemblance, ces pratiques ne sont malheureusement pas l'exclusivité des produits de PMF.

Quoiqu'il en soit, même face à des questionnements légitimes quant à la sécurité sanitaire, on peut s'attendre à une confirmation d'une tendance à la fréquentation des

zones de libre accès. En effet, l'évolution du comportement s'inscrit également dans un changement de l'environnement du patient. On peut relever notamment un accès à une information en pleine expansion depuis plusieurs années concernant la santé et les médicaments. Cette explosion de l'information disponible participe à une modification dans la démarche de décision du patient concernant sa santé, faisant de celui-ci un acteur à part entière de l'évolution du système de soin, comme nous allons le voir.

## **D. L'AUTOMÉDICATION : PRÉSENCE CROISSANTE D'UNE RÉALITÉ AUX MULTIPLES ACTEURS**

L'automédication, qu'elle soit considérée sous l'aspect d'un comportement ou des produits impliqués dans ce comportement, connaît un développement apparaissant aujourd'hui inéluctable. Ce développement est une véritable dynamique se manifestant de façon concrète, non seulement sur le marché du médicament, mais également dans les comportements, les décisions, les directions adoptées par différents acteurs prenant place dans cette réalité. On y voit en effet intervenir en parallèle pouvoirs publics, patients, industrie pharmaceutique, pharmaciens et médecins, agissant dans un contexte sanitaire et économique où les représentations (priorités de santé, place du médicament, prise de décisions, aspects financiers...) évoluent.

Le développement de l'automédication apparaît finalement comme l'interaction complexe de ces acteurs plutôt qu'une marche linéaire vers un objectif unique que serait l'automédication. Nous allons donc tenter de clarifier le rôle de chacun de ces acteurs dans le changement.

### **1. L'évolution des représentations**

L'une des bases de ce changement se situe dans une évolution commune de la place donnée au système de soin et à sa gestion. Classiquement, le système de soin français est un système de solidarité où l'objectif premier reste la santé. Une certaine éthique se dégage mettant au centre le patient et la qualité des soins prodigués. Dans cette approche, la logique financière n'est pas intégrée, et le système de soin n'est pas pensé comme une instance devant obtenir un équilibre budgétaire, du moins pas comme objectif principal.

Cet aspect des choses n'est pas exact aujourd'hui, et on ne peut ignorer la politique de réduction des coûts du système de soin par les pouvoirs publics. Cette recherche de l'efficacité du système de soin rentrerait en fait dans une représentation plus large, liée à la politique économique.

P. Abecassis et P. Batifoulier [22], chercheurs en sciences économiques à l'université Paris X Nanterre, posent la question de l'indépendance de l'éthique médicale et de la politique économique. Ils mettent en avant la place et l'influence du référentiel global, notion que l'on peut définir comme l'ensemble des valeurs générales et des images de référence de la société. Ce référentiel global fixe l'orientation générale de l'Etat qui va se décliner dans le paysage politique au travers des décisions prises et des modes d'actions employés et donc influencer toute la vie sociale. Depuis les années 1980, ce référentiel global est construit sur la base du paradigme libéral, paradigme mettant en avant la nécessité de l'efficacité du marché et l'importance du référentiel marchand comme base de fonctionnement.

La thèse de P. Abecassis et P. Batifoulier est de montrer comment ce référentiel détermine la politique économique et influence l'approche de la gestion du système de soin, et plus loin même, l'éthique médicale. Il ne s'agit pas d'une disparition de l'éthique médicale, mais d'une variation, d'une éthique pensée différemment. Alors qu'avant les années 80, le système de soin est pensé en termes de protection sociale sous l'égide de l'Etat Providence [23], l'aspect comptable n'est pas mis en avant, ou pas comme objectif principal. Avec l'adoption d'un nouveau référentiel, le système de soin est pensé comme un poste parmi d'autres devant progressivement respecter un équilibre budgétaire, fonctionnant donc lui aussi selon un référentiel marchand. Concrètement, cela se traduit par une promotion de ce référentiel à différents niveaux :

- auprès des médecins : par le biais de relais publiques : CNAM, CRAM, HAS... avec l'instauration de normes de soins : « RMO (Références Médicales Opposables), AcBUS (Accords de Bon Usage de Soins), des campagnes d'informations sur les médicaments génériques ou sur les médicaments d'automédication (...), visant à sensibiliser les acteurs au gaspillage » [22].
- Dans les décisions prises au cœur du système de soin : réévaluation des SMR et déremboursement, participation forfaitaire au prix de la consultation, politique du ticket modérateur... impliquant les patients.
- Diminution de la part de la dépense de l'assurance maladie socialisée, par l'implication grandissante du régime complémentaire dans le support de la charge des frais de santé (donc dépense globale pas ou peu modifiée)

Ainsi, la définition de bonne pratique et de ce qui est éthiquement acceptable prend une coloration marchande mais légitime. La maîtrise de la dépense apparaît comme un aspect non seulement acceptable mais responsable et souhaité, dont la présence se traduit même de façon concrète par l'évolution du vocable utilisé dans les différentes conventions entre syndicats médicaux et la CNAM avec une « représentation comptable » plus marquée dans le langage employé [24].

C'est dans ce contexte que la pensée des différents acteurs a évolué avec la notion maintenant essentielle de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé », mettant en parallèle la recherche d'une disparition des comportements abusifs et l'amélioration de la qualité des soins.

Ici, l'automédication responsable prend naturellement sa place comme l'un des aspects possibles de cette maîtrise des dépenses en répartissant la charge des frais de santé. Ainsi, son développement apparaît comme pleinement légitime.

## **2. Les pouvoirs publics et l'automédication**

Comme nous venons de le voir, l'automédication apparaît pour les pouvoirs publics comme l'une des stratégies de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'automédication permet non seulement la prise en charge du prix du produit consommé par le patient, mais également le prix d'une consultation en moins à supporter pour le système de soin. Déjà en 1997, suite à une étude, Claude Le Pen, économiste Français, estime à 2,1 milliards d'euros l'économie déjà réalisée par l'automédication [14], se déclinant en 1,4 milliards d'euros sur le poste « médicaments » et 0,7 milliards d'euros sur le poste « consultations médicales ».

L'objectif à terme n'est pas la seule maîtrise comptable, mais bien la sauvegarde du système de solidarité tel que nous le connaissons, même si les réalités économiques amènent à prendre des mesures nouvelles.

L'une des difficultés actuelles face à l'automédication pour les pouvoirs publics est de faire la promotion d'une autre approche de la prise en charge de sa santé dans un contexte favorisant encore le passage par le prescripteur, puisqu'un nombre important de molécules

disponibles sans ordonnance peuvent être remboursées avec une prescription médicale. Parfois, une même molécule peut avoir les deux statuts d'automédication et de molécule de prescription. Cela encourage évidemment le patient à emprunter le circuit « classique » du parcours de soin avec remboursement et ne clarifie pas la situation sur la possibilité d'emprunter un parcours alternatif.

De même, le message envoyé aux patients concernant les produits d'automédication doit être clarifié. En effet, les seuls produits présentés au niveau des médias actuellement ne sont que les délistages<sup>10</sup> pour cause de « SMR insuffisant » comme nous l'avons vu plus haut. Ainsi, l'image de médicaments de seconde zone est entretenue. Pour tenter de clarifier la situation, Claude Le Pen, propose dans son dossier sur l'automédication et la santé publique [14] pour l'AFIPA, une terminologie différente concernant le SMR. Il suggère de faire une différence entre un « Service médical de Solidarité (SMS) auquel devrait satisfaire tout médicament prétendant être pris en charge par la collectivité » et un « Service Médical

Assurable (SMA) que pourrait rendre des médicaments pris en charge par d'autres systèmes de financement, assureurs complémentaires ou patients eux mêmes ».

Cela dit, on note la mise en place par les pouvoirs publics de mesures concrètes depuis l'adoption du décret de 2008 [9] en réponse au rapport réalisé en 2007 à la demande du ministre de la santé, Xavier Bertrand, sur l'état des lieux de l'automédication en France [4] :

- Législation favorisant la mise en place d'une zone visible de libre accès aux produits d'automédication dans les officines, avec clarification des tarifs pour le patient, sous conseil du pharmacien.
- Mise à disposition des recommandations officielles de l'HAS pour les patients dans ces mêmes zones.
- Définition sur listes par l'AFSSAPS des molécules concernées par ces zones de libres accès.
- Définition sur listes par l'AFSSAPS des pathologies pouvant potentiellement être prises en charge au titre de l'automédication.

La communication sur ces éléments est encore à poursuivre, et l'incitation à la mise à disposition de molécules innovantes spécifiquement pour ce secteur est à encourager.

En plus de l'aspect financier, de la maîtrise comptable, l'avantage d'une automédication sûre et « bien fléchée » pour les patients est un élément incitant à éviter l'automédication dite

---

<sup>10</sup> Passage d'un médicament de PMO à PMF

sauvage, c'est à dire la réutilisation dans les foyers de molécules, disponibles dans la pharmacie familiale, initialement prévues pour une utilisation dans le cadre d'un suivi médical post prescription. Ici, c'est donc la responsabilisation et l'éducation du patient qui entre dans le projet de santé publique par le biais de l'automédication.

### **3. Les patients et l'automédication**

Dans le développement de l'automédication, bien que plusieurs acteurs possèdent pleinement leur place, le premier concerné reste le patient, sa santé devant théoriquement être la première bénéficiaire de ce projet. Et si des mesures sont mises en places par les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques pour l'accompagner, le changement d'environnement culturel du patient fait également partie des nombreuses causes de la modification des comportements.

Depuis plusieurs années et notamment depuis la démocratisation de l'internet, l'information devient de plus en plus disponible tant par la quantité que par la qualité et la facilité d'accès. Le nombre de sites de vulgarisation médicale se multiplie, et même si tous ne sont pas excellents, le savoir augmente malgré tout.

La conception que chacun se fait de son rôle s'est largement modifiée, et le médecin, auparavant détenteur du savoir et seul compétent pour prendre une décision médicale devient progressivement un conseiller, spécialiste de son domaine, compétent pour aider à prendre une décision partagée. L'information glanée sur internet devient de plus en plus précise et le pas à franchir pour choisir de « s'automédiquer » reste mince.

Dans une moindre mesure, on peut également citer les associations de patients comme participantes à l'augmentation de la connaissance.

Quoiqu'il en soit, le patient est au centre de sources multiples d'informations où médecins, pharmacien, pouvoirs publics et industrie pharmaceutique tiennent leur place en plus des sources d'utilisation autonome.

En parallèle du développement du savoir, on a vu augmenter la part financière des patients dans la prise en charge des soins par plusieurs moyens : participation forfaitaire au

prix de la consultation et à l'achat de chaque boîte de produit de PMO, dépassements d'honoraires qui ont augmenté de plus de 40% en 10 ans [25]. Selon le rapport 2007 de l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales, sur les dépassements d'honoraires médicaux [26], la moitié des Français aurait une couverture à hauteur de 100% du tarif opposable et de 150% pour un tiers d'entre eux. Ainsi, lorsque le dépassement excède de 50% le tarif opposable, la majorité de la population n'est pas couverte. Même si cette pratique de dépassement reste plus contenue chez les omnipraticiens, elle reste bien réelle. Jeanne Lievaut, docteur en sciences économiques et chercheur (Paris X, Nanterre), développe l'idée d'une logique de marchandisation dans les comportements médicaux. Elle décrit une pratique initiale dans les années 1980 basée sur une logique orientée vers le soin (nommée « care »), à savoir peu de dépassements d'honoraires et un nombre conséquent d'actes gratuits, s'orientant depuis les années 1990 vers une logique de marchandisation avec une structure de pratique inverse c'est à dire une augmentation des actes avec dépassements même pour des médecins en secteur 1, et moins d'actes gratuits.

En conséquence, devant un problème de santé à priori bénin, le patient mobilise ses connaissances et pèse le pour et le contre sur la nécessité ou non de consulter son médecin traitant.

De plus, dans le contexte de vie du patient, l'automédication présente plusieurs avantages :

- accès rapide à un soulagement (disponibilité du médicament)
- évitement d'une consultation (économie de temps et d'argent)
- poursuite de la vie « normale » (professionnelle et personnelle)
- responsabilisation face à sa propre santé

Tout ceci est particulièrement intéressant pour le patient présentant une pathologie bénigne et récurrente bien connue de celui-ci, pour laquelle la gestion au quotidien ne présente pas de difficultés ou dangers majeurs.

Un dernier point est la réponse à apporter concernant la sécurité des produits d'automédication. Ici se pose la question du risque de mésusage lorsque la consommation d'un produit se fait de façon autonome, sans la participation d'un prescripteur. Plusieurs points sont à relever :

- Si l'on se réfère au rapport annuel d'activité du centre antipoison et de toxicovigilance de Lille de l'année 2006 [27], le nombre de personnes recensées dans ce centre, victimes d'intoxications domestiques toutes causes confondues est de 49 392. 39100 (81%) intoxications sont accidentelles et 9414 (19%) sont intentionnelles. Les produits impliqués dans les intoxications intentionnelles ne sont pas précisés.

Concernant les intoxications accidentelles, sur 39100 victimes, 5278 (13,5%) accidents sont liés au médicament (erreur thérapeutique ou accident thérapeutique).

Parmi les 30 molécules les plus fréquemment impliquées (que l'intoxication soit accidentelle ou volontaire), la classe des psychotropes représente à elle seule 49% des événements. En seconde place viennent les antalgiques de PMF, avec 24,8%. Ces antalgiques sont donc potentiellement impliqués dans l'automédication à proprement parler. Cependant, dans les produits de PMF, la proportion de produits réellement impliqués dans une automédication n'est que de 36,4% du chiffre d'affaire pour l'année 2010 [16], ou 32% en 2006, année ici concernée. Les molécules impliquées proviennent, pour la plus grande part, de produits initialement prescrits.

- Une étude destinée à estimer l'incidence des hospitalisations liées à un effet indésirable a été menée par le réseau des 31 CRPV, Centre Régionaux de Pharmacovigilance [28]. Elle a été réalisée sur un échantillon représentatif des services de spécialité médicale de l'ensemble des établissements publics de santé français, et menée sur une durée de 14 jours consécutifs dans chaque service tiré au sort. Il en ressort que 3,19% des patients ont été admis suite à la survenue d'un effet indésirable. Sur les 193 molécules identifiées comme étant associées au motif d'hospitalisation, 25% étaient à visée cardiovasculaire (antiarythmiques cardiotoniques, antihypertenseurs et antiagrégants) suivi des anticancéreux avec 8%.
- Une étude de l'HAS de 2005 [29], menée par le Pr Sylvie Legrain, gériatre et chef de projet à la HAS, met en avant une étude prospective française effectuée à

partir de 2814 admissions de sujets âgés de 70ans et plus. Cette étude montre la présence de 500 effets indésirables sur l'ensemble de ces patients dès leur admission. Les produits les plus impliqués étaient dans l'ordre : ceux du système cardiovasculaire (43,7%) et les psychotropes (31,1%). Un événement aigu intercurrent a été retrouvé dans 44,2% des cas, le plus souvent une déshydratation.

Nous constatons donc que la prescription médicale ne suffit malheureusement pas à éviter l'iatrogénie médicamenteuse. Et lorsque l'on mentionne l'automédication en statistique comme facteur de risque d'intoxication, on considère là l'utilisation de produits de prescription hors suivi médical. Le développement de l'automédication en tant que secteur à part entière vient justement à contre pied de cette attitude, puisqu'elle propose un conditionnement, et des dosages adaptés à cette pratique pour éviter le mésusage, et implique des molécules peu dangereuses par définition, puisque non incluses sur une liste (I,II ou stupéfiants). La sécurité d'emploi des produits d'automédication doit cependant être suivie de près dans les années à venir.

#### **4. L'industrie pharmaceutique et l'automédication : stratégies de réponse sur un marché changeant**

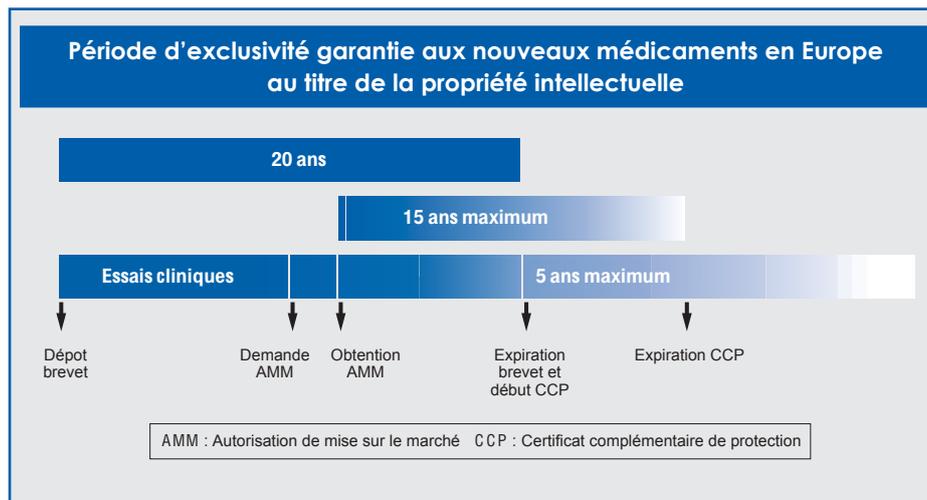
Depuis le début des années 2000, les firmes pharmaceutiques sont confrontées à un profond changement du marché du médicament : l'arrivée des génériques.

Ce changement prend sa source dans les années 1980 où les premières législations sur la protection des médicaments par brevet ont débuté, en 1983 aux Etats unis, pour les médicaments orphelins, puis généralisée à l'ensemble des médicaments un an plus tard [30].

Au niveau international, les accords APDIC (Accords sur les Aspect des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) signé en 1994 à l'Organisation Mondiale du Commerce ont confirmé la notion de protection du médicament dans les pays où une législation existait déjà, et en ont instauré une dans les pays où elle n'existait pas. Ces changements de législation ont permis aux brevets de protéger les molécules pour une

période de vingt ans à compter de la date de leurs dépôts. Cette durée peut être augmentée par un Certificat Complémentaire de Protection (CCP) pour un maximum de cinq ans [31]. En pratique, la durée du CCP est égale à la période écoulée entre la date de dépôt du brevet de base et la date d'obtention de la première AMM dans l'Union Européenne.

Ces législations s'appliquant aux brevets posés depuis les années 1980, les premiers effets ont commencé à se faire sentir au début des années 2000, lorsque les brevets, arrivant à leur terme, ont permis l'arrivée des génériques sur le marché.



Cette modification du contexte économique se conjugue aux changements du comportement des patients-consommateurs et à la nouvelle gestion du système de soin par les pouvoirs publics comme nous l'avons vu plus haut. L'ensemble de ces transformations du système amène les firmes pharmaceutiques à adopter de nouvelles stratégies commerciales.

Un certain nombre d'approches ont été entreprises en conséquence, comme des restructurations dans le ciblage de leurs activités, des fusions et acquisitions entre groupes pharmaceutiques, des campagnes publicitaires réadaptées à la structure du marché, la multiplication du nombre de brevets afin de rendre moins lisible leur fin de validité et donc la possibilité pour une molécule d'être « généricable », la baisse du prix de la molécule princeps au prix des générique, etc. [31]

D'autres approches sont centrées sur le médicament lui-même, ce sont les stratégies de diversification de gamme. Certaines circonstances permettent en effet l'allongement de la durée de protection du médicament, notamment :

- en cas de nouvelle indication thérapeutique du médicament
- en cas d'apport de diversifications pouvant porter sur le dosage, sur la galénique, sur les ingrédients ajoutés, ou la fusion entre deux molécules.
- en cas de modification de la molécule elle même en utilisant des dérivés proches de la molécule initiale
- production par le laboratoire à l'origine du médicament princeps de son propre générique

En complément ou à la place de ces pratiques se sont également développées les politiques de « switch », c'est à dire le passage du statut de médicament de prescription au statut de médicament d'automédication. C'est ici que l'industrie pharmaceutique a commencé à prendre sa place dans le développement de l'automédication ces dernières années.

Le changement de statut d'un médicament présente de nombreux avantages, le premier étant également d'ajouter une année de protection supplémentaire à la molécule. Ainsi, la période la plus intéressante pour lancer un « switch » est l'année précédant la fin de validité du brevet.

Ensuite, lorsqu'une molécule passe dans le domaine de l'automédication, la réputation de la molécule ou du laboratoire peut être utilisée pour fidéliser le consommateur (voir le prescripteur) par différentes stratégies de marque:

- utiliser le même nom pour un produit avec un dosage différent, une galénique différente, une association ou une variation moléculaire.
- Utilisation de la « marque ombrelle » qui consiste à employer le nom d'un produit phare ou d'un laboratoire et de le décliner dans toute une catégorie de produits, procédé couramment exploité dans la grande distribution.

Ainsi le switch permet au laboratoire de bénéficier du succès d'une marque sur une autre tranche du marché, celui de l'automédication, où la législation sur les prix et la publicité permet une autre approche stratégique auprès de consommateurs et prescripteurs.

L'industrie pharmaceutique a tout à fait intégré l'importance de marquer sa place dans le développement de ce secteur, et en dehors de la publicité, la communication passe aussi par la présence de l'AFIPA (l'Association Française de l'Industrie pour l'Automédication) faisant un travail de promotion d'une « automédication responsable » à la différence de « l'automédication sauvage » c'est à dire la réutilisation par le patient de médicaments non ciblés pour l'automédication. Dans ce cadre, l'AFIPA communique sur l'automédication par le biais d'enquêtes et d'études, de communiqués de presse informant régulièrement sur l'état des lieux de l'automédication en France, le développement des zones de libres accès en officine,...

Elle communique donc auprès des professionnels de santé et des patients, notamment en transmettant les informations émanant des autorités de santé (HAS, AFSSAPS, pouvoirs publics) sous forme de recommandations, avis, décrets, lois arrêtés, etc.

On peut également noter la présence du LEEM (LEs Entreprises du Médicament) qui fédère les entreprises du médicament en France. Sa mission est plus large, son objectif étant le développement de ces entreprises tout en promouvant une responsabilité sociétale au travers notamment d'une politique de transparence et de déontologie. Le LEEM est donc une fenêtre ouverte sur le secteur, diffusant de l'information avec notamment un intérêt pour l'automédication, même si ses communications ne sont pas aussi ciblées sur ce thème que celles de l'AFIPA.

En résumé, l'industrie pharmaceutique est un acteur très actif dans le domaine de l'automédication. Ses intérêts dans son développement sont évidents et son implication n'est pas simplement anecdotique. Répondant aux changements des caractéristiques du marché, elle est elle même en interaction avec tous les autres acteurs impliqués dans la transformation du paysage du médicament.

## **5. L'automédication et l'évolution de la mission du pharmacien**

Si l'industrie pharmaceutique fait la promotion de l'automédication et si les pouvoirs publics l'encouragent par de nouvelles législations, c'est bien l'officine qui est le point

stratégique dans lequel se déroule une automédication « responsable ». C'est là que convergent tous les acteurs, en particulier patients et pharmaciens évidemment.

L'automédication, tout en promouvant la responsabilité du patient dans la prise en charge de sa santé et la prise de décision de consommer ou non un produit, ne laisse pas ce dernier livré à lui-même de « A à Z ».

Auparavant, seuls les produits de parapharmacie (cosmétiques, compléments alimentaires, pansements, petits matériels,...) étaient en libre accès, la législation ne permettant la présence de médicaments uniquement derrière le comptoir avec le pharmacien pour intermédiaire. Depuis juillet 2008, les pouvoirs publics ont légiféré pour autoriser la mise en place d'une zone de libre accès pour certains médicaments dits de « médication officinale ». Bien que soient utilisés les termes de « zone de libre accès », on est bien loin d'un libre service tel que l'on pourrait le voir dans certaines grandes surfaces ou petits commerces aux Etats-Unis. Ici, cette zone est bien réglementée comme nous l'avons vu, avec des caractéristiques explicitées dans le décret en rapport [9] :

- « Ces médicaments doivent être présentés dans un espace dédié, clairement identifié et situé à proximité immédiate des postes de dispensation des médicaments et d'alimentation du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L.161-36-4-2 du code de la sécurité sociale, *de façon à permettre un contrôle effectif du pharmacien*. Ce dernier met à disposition du public les informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments de médication officinale. »
- « Les indications thérapeutiques, la durée de traitement, et les informations figurant dans la notice permettent leur utilisation, avec le conseil particulier du pharmacien d'officine prévu à l'article 4235-48, sans qu'une prescription médicale n'ait été établie. »
- « Le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise est adapté à la posologie et à la durée du traitement recommandées dans la notice. »

Le patient a donc réellement accès direct au médicament mais sous « contrôle effectif du pharmacien ». La présence immédiate de celui-ci et la mise à disposition de

l'information officielle pour le bon usage du médicament jouent un rôle de balisage pour le patient afin qu'il fasse un choix éclairé.

La valorisation du rôle du pharmacien est évidente, celui-ci devenant plus que jamais le premier maillon de la chaîne de soin du patient. Sa présence permet au mieux de prévenir les risques de mésusage que sont :

- le choix d'une mauvaise molécule pour une pathologie mal comprise
- le risque d'interaction avec un traitement chronique pris par le patient
- le retard diagnostique pour une pathologie nécessitant une consultation rapide du médecin.

Le pharmacien permettrait également de favoriser le premier contact entre le patient et la notice du médicament en explicitant les points essentiels à la bonne prise de celui-ci.

On peut espérer également que, grâce à une bonne communication auprès du public, la connaissance de ces zones par les patients les amèneront à se tourner vers leur pharmacien plutôt que vers «l'automédication sauvage» présentant, elle, un vrai risque de mésusage en réutilisant les produits de la pharmacie familiale.

Selon l'enquête 2011 de l'AFIPA sur les zones de libre accès [15], au regard des utilisateurs des zones de libre accès, le rôle du pharmacien serait renforcé, et selon leur perception, ses conseils apparaîtraient comme encore plus précieux.

D'ailleurs, concernant la question de savoir si les patients seraient favorables à une vente de médicaments hors des officines, en grande et moyennes surfaces, 76% répondent non. Selon l'étude Nord-Irlandaise « Societal perspective on OTC medicines » [21], le pharmacien serait le facteur principal d'influence du public dans son choix de médicaments OTC.

Certaines critiques ont cependant pu soulever les problèmes d'influences que pourrait jouer dans le développement de l'automédication dans les officines, la principale étant l'aspect financier. On peut en effet voir ici un conflit d'intérêt entre l'éthique du pharmacien et l'environnement commercial où la motivation à vendre prendrait le pas sur la responsabilité professionnelle.

Le reproche est également fait du risque pour le pharmacien de pousser un patient à la consommation en rémunération d'un conseil prodigué.

Mais des études montreraient que dans 25% des cas, suite à un conseil, le pharmacien amènerait plutôt son patient à ne pas consommer de médicament ou à consulter son médecin traitant et que donc, dans de nombreux cas, le conseil n'aboutit pas à une vente. [32]

Quoiqu'il en soit, il est important de mettre en avant l'importance de l'impartialité et de l'indépendance professionnelle du pharmacien pour résister à une pression non justifiée d'une firme pour promouvoir tel ou tel produit.

Aux vues de tous ces éléments, on constate donc que le pharmacien devient un acteur particulièrement privilégié dans le bon déroulement de cette « automédication responsable ». Mais nous allons voir que son rôle pourrait encore s'affirmer et s'affiner dans un renforcement d'interaction avec le médecin traitant.

## **6. L'automédication et la place du médecin traitant**

Le médecin est peut être l'acteur dont le développement de l'automédication va le moins modifier le rôle. Sa place déjà centrale dans la gestion de la santé de ses patients ne va être que peu touchée par ces changements.

Dans son rôle de conseiller et de contact de confiance, il trouve naturellement sa place auprès du patient, du simple conseil téléphonique à la prise en charge sous toutes ses formes, par la mise en action des différents intermédiaires : médicaux, paramédicaux, sociaux et bien sûr par la prescription médicamenteuse.

Cela dit, une présence plus marquée de l'automédication chez ses patients devrait affiner certains aspects de sa pratique.

Il est déjà actif dans la promotion de l'automédication par la prescription de produits de PMF, qui dans un second temps pourront être reconduits par le patient lui-même lorsque l'étiologie d'un symptôme paraît évidente et nécessite donc un traitement identique.

Il l'est aussi comme nous venons de le dire par son rôle de conseiller, notamment téléphonique, où il peut orienter son patient dans sa propre prise en charge face à des situations simples.

Enfin, il éduque son patient dans la prise en charge de ses pathologies chroniques en orientant ou en déconseillant certaines thérapeutiques ne se prêtant pas à un terrain fragile (insuffisance rénale, diabète, ulcère gastrique,...) ou particulier (grossesse, allaitement) pouvant déséquilibrer une situation parfois précaire. Dans ce cadre, une des responsabilités du médecin est de s'enquérir des traitements pris par son patient ne provenant pas de sa propre prescription, afin d'avoir tous les éléments en main pour juger d'une situation.

Afin d'améliorer ces aspects, on pourrait proposer un partenariat plus concret entre médecins et pharmaciens par un partage de dossiers médicaux concernant la thérapeutique médicamenteuse. Ainsi, toute nouvelle prescription par le médecin serait transmise au pharmacien et inversement, toute nouvelle médication officinale serait portée à la connaissance du médecin.

L'ensemble de ce balisage réalisé par le biais du médecin et du pharmacien permettrait au patient de développer progressivement une certaine autonomie dans de bonnes conditions, en évitant au maximum les risques de mésusages.

Au terme de ce chapitre, nous voyons que l'automédication se développe au travers d'une interaction complexe d'acteurs étant à tour de rôle les promoteurs ou les spectateurs du changement.

Il ne faut cependant pas oublier qu'au centre se trouvent le patient et sa santé, devant être en réalité les véritables bénéficiaires de cette dynamique.

On comprendra alors l'importance de connaître l'impact réel des différentes influences agissant sur lui et sur sa prise de décision de consommer ou non un produit par sa propre initiative. Une meilleure compréhension de cette réalité peut être le point de départ d'une politique de prévention du mésusage médicamenteux, et de l'amélioration de l'accompagnement du patient dans cet aspect de sa santé.

## IV. NÉCESSITE DE COMPRÉHENSION D'UN COMPORTEMENT

Dans les modifications actuelles du système de soin, nous avons vu que tous les acteurs de santé sont impliqués dans une pratique allant grandissant : l'automédication. Les motivations premières de ces changements se doivent d'être centrées sur le patient et sa santé, lui permettant une intégration simple, rationnelle et sûre de sa pratique.

L'automédication par définition implique des médicaments. Malgré une marche progressive et cadrée, malgré une législation exigeant la mise à disposition de molécules adaptées à l'automédication par leur faible dangerosité, par des dosages cohérents, des conditionnements appropriés et une information facilement disponible, le médicament quel qu'il soit est un produit de santé comportant toujours un risque, parfois même en dehors du contexte du mésusage. Prévenir le mésusage, c'est à dire un comportement inadapté face au médicament, apparaît donc comme un objectif essentiel.

Le comportement d'un patient est bien sûr la résultante d'une somme complexe d'influences, propres au patient lui-même, mais également des influences externes. Devant la complexité évidente de tous les tenants et aboutissants de l'automédication, les influences jouant sur les patients sont nombreuses mais doivent être connues au mieux, en particulier par les pouvoirs publics qui ont la responsabilité d'impulser les changements propres à accompagner au mieux les patients et, dans la mesure du possible, de prévenir les risques de mésusage médicamenteux.

C'est dans cette optique que cette partie de l'étude « OTC sociomed » s'intéresse plus spécifiquement aux déterminants du recours à l'automédication par les patients.

On se propose dans cette partie d'aborder l'automédication d'une manière plus globale en s'intéressant aux critères d'une « automédication responsable », et aux critiques généralement présentées (limites de l'automédication, dangers pressentis de cette pratique,...).

Nous présenterons ensuite la « théorie du comportement planifié » de Mr Ajzen, sociologue, modèle théorique sur lequel s'appuie ce travail pour aborder le comportement du patient en lien avec les différentes influences agissant sur lui.

Le résultat de ce travail sera finalement de mettre en évidence les déterminants du recours à l'automédication par le patient, permettant peut être de mettre en place des mesures destinées à prévenir les mésusages.

## **A. CARACTÉRISTIQUES D'UNE AUTOMÉDICATION RESPONSABLE ET CRITIQUES A SON DÉVELOPPEMENT**

### **1. Caractéristique d'une automédication responsable**

L'automédication responsable s'inscrit dans un cadre différent de la pratique d'une automédication familiale avec réutilisation de produits anciens de PMO. Elle encourage au contraire une pratique accompagnée, dans un contexte adapté, celui de l'officine de pharmacie. Nous l'avons déjà vu, une réglementation précise régit ces zones de libre accès où le patient n'est pas livré à lui même. Tout type de médicaments n'y est pas autorisé, seulement ceux rentrant dans le cadre des produits de PMF.

En 2005, l'AFSSAPS a produit un avis à l'attention des fabricants de médicaments concernant la demande de mise sur le marché de produits de PMF [8], donc potentiellement impliqués dans l'automédication.

Le début d'une bonne automédication est l'utilisation des bons produits. Cet avis concerne donc les médicaments de PMF et se décline en quatre parties :

- Les caractéristiques du médicament de PMF
- Les indications relevant d'une prise en charge médicamenteuse
- Les caractéristiques de l'information devant être disponible pour le patient et le professionnel de santé
- Les caractéristiques du dossier d'enregistrement pour le fabricant de produits de PMF

Ces différents points constituent un cadre pour des utilisations précises, dans des contextes facilement identifiables pour le patient, avec une information simple, claire et précise explicitant si la situation de santé entre ou non dans les conditions de l'automédication.

Cet avis a donné suite à plusieurs éléments. Les caractéristiques du médicament et les informations devant être mises à disposition du patient (notice, emballage) et du professionnel de santé ont été légiférées depuis juillet 2008.

L'AFSSAPS met à disposition sur son site les listes des molécules entrant dans le cadre de l'automédication (produits allopathiques, homéopathiques ou à base de phytothérapie), ainsi que la liste des indications, pathologies et situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF, avec mise à jour régulière [33].

Pour affiner ce cadre, on ne peut qu'encourager les campagnes d'information et d'éducation portées par les pouvoirs publics et transmises par les professionnels de santé à leur niveau, ainsi que la création de dossiers partagés entre médecins et pharmaciens.

## **2. Critiques et limites à la pratique de l'automédication**

- L'automédication augmente le risque de mésusage du médicament et d'accidents thérapeutiques (surdosage, interaction,...) :  
Il s'agit ici de bien différencier l'automédication dite sauvage, qui est la réutilisation de molécules non prévues pour cet usage, c'est à dire hors cadre médical. Dans le cas de l'automédication présentée dans ce travail, comme nous l'avons vu au chapitre « II, D), 3 », les statistiques montrent que les produits de PMO sont largement plus impliqués dans toutes les formes d'accidents que les molécules utilisées dans l'automédication, et que la prescription n'était pas une garantie absolue de bonne sécurité.
  
- L'automédication peut amener à un retard diagnostique en couvrant un symptôme mal identifié, expression d'une pathologie non bénigne :

- ceci est abordé par l'AFSSAPS dans son avis aux fabricants de produits de PMF, explicité au chapitre suivant. Les informations portées dans le conditionnement du médicament doivent définir de manière claire les situations justifiant sa consommation et, de façon compréhensible pour le patient, les symptômes (forme, durée) devant l'amener à consulter un médecin.
- les médicaments d'automédication sont moins efficaces que les produits de PMO.

Comme nous l'avons vu (III.C), le fait qu'un médicament soit dans la catégorie des produits de PMF n'implique pas son efficacité, mais l'absence de risque direct ou indirect dans des conditions normales d'emploi, et du fait, n'a pas été listé (liste I, II ou stupéfiant). Il n'entre donc pas dans le cadre d'une nécessité de prescription et de suivi médical pour être consommé.

- Les médicaments d'automédications ont un SMR moins important :  
Comme nous l'avons vu (III.C), la notion de SMR est souvent mal comprise, et cette incompréhension est entretenue par le sentiment que seuls les médicaments non remboursés pour SMR insuffisant entrent dans le « panier » des produits d'automédication. Un point important est que le SMR dépend de plusieurs critères et notamment le rapport bénéfice/risque entre l'efficacité d'une molécule et le risque pour la santé du patient lors de sa consommation. Comme nous venons de le voir, ce rapport peut être excellent pour les produits de PMF. Un second point essentiel entrant dans l'évaluation du SMR d'un médicament est bien entendu la gravité de la pathologie pour laquelle il est indiqué. Même avec un très bon rapport bénéfice/risque, une molécule peut avoir un SMR minime si la pathologie impliquée ne présente aucun critère de gravité pour la santé des patients ou encore pour l'aspect fonctionnel de la vie d'un patient. Le produit d'automédication s'intéresse justement aux pathologies bénignes du quotidien pour lesquelles le recours au prescripteur n'apparaît pas pertinent.

- La plus grande disponibilité de médicaments d'automédication peut inciter le patient à penser que pour chaque symptôme ou problème de santé, il existerait une pilule. Ceci pourrait l'amener à moins consulter son médecin traitant en visant directement le médicament et beaucoup moins le conseil. Ainsi, les conseils sur le style de vie, les règles hygiéno-diététiques risqueraient d'être relativement écartés. De plus, la disponibilité grandissante de nouveaux produits pourrait entraîner une augmentation du risque d'interaction par la majoration de la consommation de ceux-ci [34]. En somme, l'arrivée toujours plus importante de médicaments sur le marché avec un accès plus simple contribuerait à rendre le système de soin davantage centré sur la chimie que sur la prise en charge globale du patient :

Il y a ici effectivement une responsabilité des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des médecins en particulier quand à l'image transmise d'une prise en charge saine de son capital santé et la promotion d'un certain style de vie. On rapèlera ici l'importance d'un dossier partagé entre médecin et pharmacien pour limiter la surconsommation médicamenteuse, là où des ordonnances sont souvent trop conséquentes.

- L'automédication pourrait aussi aller à l'encontre de la maîtrise des dépenses. En effet, un patient peut acheter un médicament d'automédication remboursable sur prescription, puis se le faire rembourser secondairement par l'obtention d'une prescription post achat

C'est ici le rôle du médecin premièrement, et du pharmacien, de respecter les « règles du jeu ». Il s'agit aussi de clarifier et bien délimiter le terrain de chaque molécule afin que la voie alternative d'automédication soit reconnue à part entière par le patient. Ici s'inscrit, entres autres, l'apparition des zones de libre accès en officine donnant une place mieux établie à cette autre parcours de soin possible.

## **B. APPROCHE DU MODÈLE LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ D'AJZEN**

L'objectif principal du présent travail est, comme nous l'avons dit, de documenter et analyser les déterminants du recours à l'automédication chez les patients et ainsi d'obtenir une image de leurs représentations du médicament en général et du médicament d'automédication en particulier, ceci dans le but d'interpréter et de prédire leur comportement dans ce domaine.

La théorie du comportement planifié (TCP), proposé par le sociologue Icek Ajzen [35], professeur de psychologie sociale à l'université du Massachussetts, vise à expliquer ou à infléchir les comportements. Selon cette théorie, un comportement résulterait de l'interaction de 3 dimensions :

- les attitudes,
- les normes subjectives
- le sentiment « d'auto-efficacité » nommé « contrôle comportemental perçu ».

De ces trois éléments résulterait une intention comportementale aboutissant logiquement à un comportement.

Ce modèle théorique a pu être utilisé pour l'évaluation du point de départ des comportements dans des domaines aussi variés que la santé publique, le contexte scolaire, le monde de l'entreprise, la sécurité routière... L'intention comportementale se présente comme un bon indicateur d'un comportement futur.

Les 3 dimensions qui précèdent l'intention comportementale peuvent être explicitées comme suit [36] :

- L'attitude: évaluation positive ou négative d'un individu face à son propre accomplissement d'un comportement donné (exemple : « fumer est bon/mauvais pour ma santé » ou « agréable/désagréable).
- La norme subjective : c'est l'impact, perçu par un individu, de la norme sociale, des croyances influentes de son entourage sur son droit ou non de réaliser un

comportement (exemple : « ma famille souhaite que je prenne des médicaments »)

- Le contrôle comportemental perçu : c'est la confiance que peut avoir un sujet dans sa capacité à mettre en pratique un comportement donné.

Nous nommerons ces 3 dimensions « construits directs », éléments à partir desquels l'intention comportementale est directement construite.

Ces 3 construits directs sont eux-mêmes la résultante d'autres indicateurs permettant une mesure indirecte de l'intention comportementale.

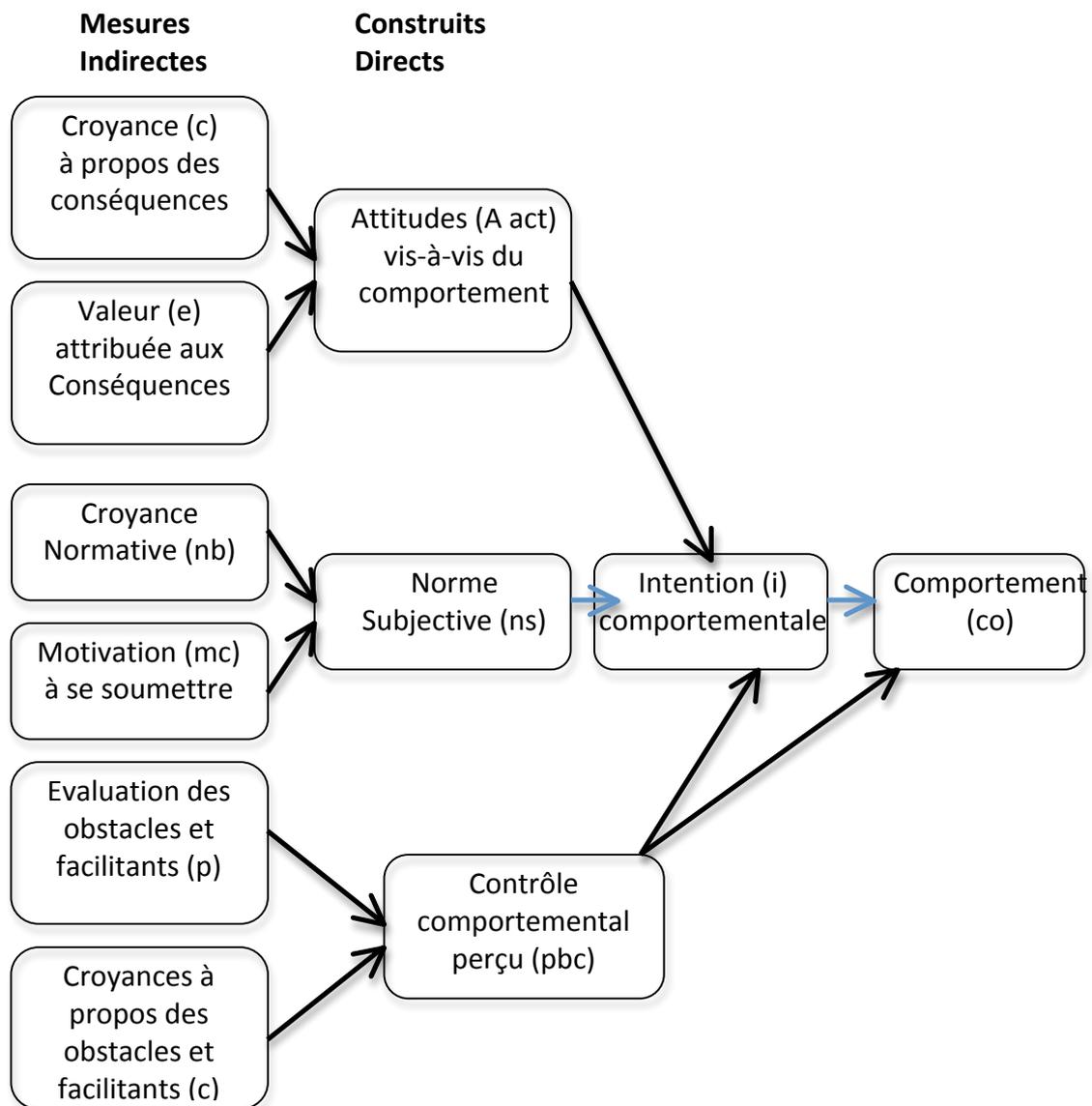
- L'attitude est influencée par :
  - Les croyances comportementales (b) : ce sont les croyances d'un individu concernant les conséquences que peut avoir un comportement particulier (exemple : « Prendre un médicament m'aidera à retrouver la santé »).
  - La valeur attribuée aux conséquences du comportement (e) (exemple : « retrouver ma santé est une chose importante pour moi »)
- La norme subjective est influencée par :
  - Les croyances normatives (nb) : ce sont les perceptions d'un individu à propos d'un comportement donné, suite à l'influence des avis de son entourage proche (exemple : « Mon médecin pense qu'il est bon pour moi que je couche plus tôt »)
  - La motivation à se conformer (mc) (exemple : « Mon médecin s'attend à ce que je mette en pratique ses conseils »)
- Le contrôle comportemental perçu est influencé par :
  - Les croyances de contrôle (c) : La croyance d'un individu concernant l'existence de facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la réalisation du comportement (exemple : « Les médicaments ne sont pas efficaces pour mon problème de santé »).

- L'évaluation des obstacles et facteurs facilitants (p) : C'est l'aisance perçue à la réalisation d'un comportement (exemple : « Conduire avec un GPS me permettrait de mieux respecter les limitations de vitesse : probable/improbable).

Ces indicateurs vont faire l'objet d'une analyse factorielle c'est-à-dire être mis en facteur pour pouvoir faire émerger des construits indirects :

- de l'attitude comportementale (b × e),
- de la norme sociale (nb × mc),
- du contrôle comportemental perçu (c × p).

## THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ D'AJZEN



Les quatre critères suivants permettent de cerner les conditions d'application de l'étude, comme le précise Ajzen, selon le principe du TACT (Target, Action, Context, Time)[13]:

- Target: la cible, ici médicaments d'automédication dits OTC)
- Action: ici la consommation
- Context: lieu, ici dans les cabinets de médecine générale et les pharmacies)
- Time: temps, ici au mois de janvier 2011

Ces éléments sont essentiels pour que le questionnaire soit reproductible. Cela garanti sa fiabilité grâce à la définition claire des construits et des indicateurs. Par ailleurs, il n'est valable que pour les critères déterminés ci-dessus, à ce moment précis.

La construction du questionnaire :

Initialement, une première étape consiste, à faire sortir les croyances saillantes personnelles (b,nb,c), le plus souvent en utilisant la méthode des focus group:

- avantages/désavantages à adopter le comportement,
- liste des personnes qui approuveraient/désapprouveraient ce comportement,
- facteurs facilitants et obstacles à l'adoption du comportement, sur un effectif réduit de personnes.

Les réponses les plus fréquentes vont donc servir de base au questionnaire. Ce sont les croyances saillantes modales.

La construction des items pour chaque indicateur et chaque construit direct est réalisée à partir de ces croyances. Une échelle ordinale est proposée pour chaque item. Une échelle de 7 chiffres a ici été retenue pour pouvoir mettre en évidence un lien de corrélation entre les variables.

L'item est encadré par 2 adjectifs soigneusement choisis, clairs, compris de tous, quelle que soit la culture, et il est quotté:

- Soit de -3 à + 3. Il est alors appelé item bipolaire, car il met en exergue 2 idées opposées.
- Soit de 1 à 7. Il est alors appelé item unipolaire, car il permet un gradient de l'affirmation.

La valeur médiane permet à la personne interrogée d'émettre un avis neutre ou l'absence d'avis.

Ce sont des items à questions fermées. Une idée par item est préconisée. L'ordre de présentation des items peut avoir une influence sur les réponses des items suivants. Ainsi, l'ordre des items a été sélectionné de manière aléatoire.

Pour s'assurer de la pertinence des réponses, des items n'ayant pas d'implication pour l'étude ont été intégrés. Ils servent à évaluer les personnes répondant de manière systématique, ceci par ennui, fatigue ou non intérêt pour l'étude.

La fiabilité et la validité du contenu du questionnaire nécessitent une certaine consistance interne. Celle-ci est fortement liée à la relation entre les items.

Ainsi, la construction d'un tel questionnaire requiert une bonne connaissance du modèle de la théorie du comportement planifié d'Ajzen.

## **V. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Le projet de recherche OTC-SOCIOMED n° 223654 est une étude multicentrique internationale financée par la communauté européenne dans le cadre de l'appel de projet FP7. Elle est coordonnée par la Grèce et implique neuf-pays dans sept sous projets. Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique. Le but est d'identifier les déterminants du recours aux médicaments en soins primaires en Europe.

La France est intéressée par l'un des sous-projets au travers de deux centres d'étude : les départements de médecine générale des facultés de médecine de Tours et de Nice. L'ensemble du projet français a été coordonné par Dr Luc Martinez, vice président de la Société Française de Médecine Générale (SFMG).

### **A. APPROCHE GÉNÉRALE**

#### **1. Population étudiée**

Les populations concernées par ce projet sont des médecins généralistes, des pharmaciens, les patients qui consultent chez les médecins généralistes sélectionnés et les clients se rendant dans les pharmacies sélectionnées.

Ces populations ont été recrutées dans les deux départements correspondant aux centres d'études de Tours et Nice, l'Indre et Loire (37), avec une population plutôt rurale et les Alpes Maritimes (06), avec une population essentiellement urbaine.

Le protocole de l'étude nécessitait la sélection de 20 médecins et de 8 pharmaciens, puis le recrutement de 100 patients parmi les médecins sélectionnés et 100 clients parmi les pharmaciens sélectionnés sur chacune des 2 régions.

Dans chaque région, la sélection des médecins et des pharmaciens s'est faite à partir de 2 listes randomisées distinctes comprenant respectivement l'ensemble des praticiens de chacune des professions. Le recrutement a été réalisé par téléphone sur la base du

volontariat. Tous les patients/ clients vus consécutivement, dans les salles d'attentes des médecins ou des officines, âgés de 18 ans ou plus et volontaires ont été inclus dans l'étude.

## **2. Les enquêteurs**

Pour chaque région, 2 thésards ont été désigné comme responsable d'enquête, l'un destiné à interroger les médecins et pharmaciens, l'autre destiné à interroger patients et clients des médecins et pharmaciens sélectionnés dans les régions précitées. Sur le département d'Indre et Loire (37), le responsable d'enquête auprès des professionnels de santé était P.Y Tiano.

J'ai personnellement supervisé le versant patients/clients de l'étude en Indre et Loire. Le recrutement des patients/clients a nécessité la mobilisation d'enquêteurs formés pour l'occasion. 10 enquêteurs ont été sélectionnés parmi des étudiants en BTS Négociation Relation Client (NRC) du Lycée Grandmont de Tours. Chacun a eu pour mission la réalisation d'interview auprès de 10 patients ou clients suivant le secteur qui leur était attribué. Le reste du recrutement me revenant personnellement.

## **3. Le matériel d'enquête**

Le recueil d'informations a été réalisé par interviews auprès des patients/clients à partir de 2 questionnaires nommés QB (ANNEXE 4) et QCb (ANNEXE 5) en entretien direct, face à face ou téléphonique.

Le questionnaire B a été élaboré par le Pr. Dr L.J Slikkerveer et son équipe LEAD de l'Université de Leiden au Pays-Bas. Il est dédié à l'analyse quantitative selon le modèle analytique du Pr. Slikkerveer.

Le questionnaire Cb a été élaboré par le Pr Christos Lionis et son équipe de l'Université de Crète en Grèce. Il a pour objectif d'identifier les intentions de consommation de médicaments par les patients. Il est structuré selon la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen, présentée précédemment (IV.B) et utilise une échelle de Likert. Cette échelle permet au patient interrogé d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord vis à vis d'une affirmation au travers 7 choix de réponses. Elle est fréquemment utilisée en psychologie

sociale, dans les questionnaires psychométriques. Le présent travail présentera l'analyse des informations obtenues via le questionnaire Cb exclusivement.

#### **4. Déroulement de l'entretien**

Chaque enquêteur ayant un secteur défini a dû se rendre sur le lieu d'exercice du professionnel de santé sélectionné (salle d'attente de médecin ou officine de pharmacie) et recruter les patients/clients par entretien en face à face. L'accord du professionnel de santé était requis.

Chaque patient/client s'est vu remettre une feuille d'information explicitant l'objet de l'étude, les bénéfices et les risques, les droits de la personne interrogée et le cadre de confidentialité. En effet, chaque questionnaire comportait un numéro d'identification de la personne interrogée permettant de garantir l'anonymat. La liste des correspondances entre l'identité des personnes interrogées et ce numéro est détenue au siège de la Société Française de Médecine Générale, sous forme papier, et n'est accessible que par le Dr Luc Martinez, responsable de l'étude. Après signature d'un consentement d'utilisation des données récoltées dans le cadre de l'étude, l'entretien à proprement parler a pu débuter.

L'entretien :

L'enquêteur a relevé le nom, prénom et numéro de téléphone du patient/client. La durée moyenne de l'entretien était de 40 minutes, 20min par questionnaire. Plusieurs cas de figure ont pu se présenter :

- Les questionnaires B et Cb étaient directement remplis sur place en entretien direct.
- Les questionnaires B et Cb étaient remplis sur place par le patient seul et récupéré ensuite.
- Les patients n'ayant pas le temps de les remplir sur place, les questionnaires étaient emportés à domicile et les réponses transmises dans un second temps par téléphone ou par mail.
- Par manque de temps, certains patients n'ont souhaité répondre qu'à un seul questionnaire. Dans ce cas, la priorité a été donnée au questionnaire B.

Difficultés rencontrées pour le recueil des informations :

- Sur 10 enquêteurs recrutés, en pratique, 5 ont été opérationnels, totalement ou en partie, pour atteindre l'objectif fixé.
- Du fait de la durée d'entretien pour réaliser l'interview des 2 questionnaires B et Cb, un certain nombre de patients/clients n'ont souhaité répondre qu'à un questionnaire et non 2. Il en résulte l'obtention de 105 questionnaires Cb seulement à Tours et son département (198 à Nice et son département).
- Certains items du questionnaire sont restés sans réponses. Ainsi, le nombre de patients/ clients peut varier dans l'analyse des résultats de 303 jusqu'à 288 pour l'item 2.40 du questionnaire Cb.
- En pratique, suite à des questions de délai d'étude fixé au niveau européen, l'échantillon d'Indre et Loire se compose au final de 129 patients /clients, avec obtention de 105 questionnaires Cb utilisables. Pour les Alpes Maritimes, l'échantillon final se compose de 200 patients/ clients, avec 198 questionnaire Cb utilisables.

## **5. Mode de circulation des données**

Les données ont été recueillies par les enquêteurs sur un questionnaire papier. Les questionnaires m'ont été transmis. Les informations ont été codées et saisies sous forme de base de données informatique et transmises à la Société Française de Médecine Générale. De même, l'ensemble des supports papier a été transmis à la SFMG via le Dr Luc Martinez.

## **B. TRAITEMENT DES DONNÉES ET ANALYSES DES RÉSULTATS**

La saisie des données a été effectuée par les 2 thésards, à l'aide de 4 masques de saisie réalisés pour les différents questionnaires A, B, C(a) et C(b) par le Dr Martinez sur Microsoft Excel®. Ces masques ont été testés par les thésards de Tours et de Nice afin d'obtenir les masques de saisie définitifs et satisfaisants pour l'entrée des données. Les bases définitives ont été transmises au Pr Hofliger, puis cryptées, avant d'être envoyées au Dr Martinez pour analyse statistique.

Celle-ci a été réalisée par le département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris VI, sous la direction du Dr Luc Martinez. Elles ont été effectuées avec le logiciel STATA®/IC 10.1 pour Macintosh de STATA Corporation - USA®.

Une analyse descriptive de la population, et des items du questionnaire C(b) a été effectuée (nombre d'observations, pourcentages de chaque catégorie, moyenne, écart-type si elle suivait une loi normale de distribution, médiane et écart interquantile si elle ne suivait pas une loi normale de distribution). Une analyse univariée a été appliquée: les variables dépendantes étant les mesures des construits de la TCP; ainsi que des scores globaux des construits de la TCP, et du comportement.

La comparaison des proportions et pourcentages avec les covariables (données socio-démographiques de la population d'étude) s'est faite au moyen du Test du Chi-2 ( $\chi^2$ ), du test exact de Fisher pour les variables continues à distribution normale et au moyen des tests non paramétriques (Kruskal-Wallis) en cas de variables continues ne suivant pas une loi normale.

Pour toutes ces analyses, les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce alpha à 5% et une puissance (1- bêta) à 80%.

Une régression logistique simple a ensuite été utilisée pour prédire l'intention généralisée de consommation des médicaments d'automédication au moyen de l'Odds Ratio (OR), avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Dans un premier temps, un modèle univarié a été effectué avec la variable dépendante q2.69: intention de consommation de médicaments sans prescription médicale, puis dans un second temps, un modèle multivarié a été réalisé, permettant de préciser les déterminants de l'intention de consommation des médicaments d'automédication. Le seuil de significativité des tests était de 5%.

Le traitement des données a été réalisé de manière globale sur les données de Tours et Nice. Pour leur analyse, les items du questionnaire constituant les variables ont été regroupés selon les dimensions suivantes :

- Mesure du comportement passé
- Intention de consommation des médicaments
- Attitudes comportementales
- Normes sociales
- Contrôle comportemental perçu

## 1. Mesure du comportement passé

Cette dimension ne fait pas partie, à proprement parler, de la TCP. 6 questions sont dédiées à son évaluation : q2.1, q2.3, q2.10, q2.33, qq2.58. Elles évaluent toutes la consommation passée au cours des 6 derniers mois.

- La q2.1a évalue la consommation de PMO
- La q2.1b évalue la consommation d'OTC
- La q2.3 la consommation sur conseil du pharmacien
- La q2.10 la consommation sur conseil d'un ami
- La q2.33 concerne la recherche de conseil sur un médicament auprès d'un non médecin
- La q2.58 concerne l'achat de médicaments dans un supermarché

(Cet item n'a pas été intégré à l'analyse car il ne correspond pas au système français)

Ces 5 questions évaluent 3 dimensions différentes :

La q2.1a évalue la consommation passée (6mois) de PMO

Les q2.1b, q2.3 et q2.10 et q2.33 sont en relation avec la consommation d'OTC, mais la première et les 3 dernières n'utilisent pas la même échelle. L'étude de la cohérence interne de ces 4 questions est bonne avec un alpha à 0,6097. Ainsi la variable PBOTCbis a été créée en calculant la moyenne arithmétique des questions q2.3 et q2.10 et q2.33. Il s'agit du score global de comportement de consommation des médicaments d'automédication.

$PBOTCbis = (q2.3 + q2.10 + q2.33) / 3$

PBOTCbisbin est la variable dichotomisée en prenant comme valeur seuil la catégorie 4, avec 2 classes (non-consommateurs  $\leq 4$  ; consommateurs  $> 4$ ).

## 2. Mesure de l'intention généralisée

La variable q2.9 a été également recodée en suivant la même règle (0 si  $\leq 1$ , 1 si  $> 1$ ), séparant les sujets qui n'ont pas l'intention de consommation de ce qui l'ont. Cette variable a été utilisée comme covariable.

Les 2 variables dépendantes utilisées sont:

- La question q2.37 pour les médicaments en général.

- La question q2.69 pour les OTC.

A noter:

- La question q2.9 évalue l'intention d'achat de médicaments dans une parapharmacie ou un supermarché, ce qui correspond donc à une représentation inexistante de la distribution des médicaments en France.

Les variables ont été dichotomisées en deux classes en prenant comme valeur seuil la catégorie 4. La classe codée 0 était définie par une réponse « sans accord »  $\leq 4$ , la classe codée 1 était définie par une réponse « accord »  $> 4$ ).

Ces variables ont été nommées respectivement q2.37bin, q2.69bin et q2.9bin.

### **3. Attitudes comportementales**

#### **a) Mesure directe**

Seule la consommation de médicament en général est explorée par la mesure directe. Elle s'est faite à partir des questions Q2.38 a, b, c, d.

Ces 4 questions évaluent le bénéfice de la mise en application du comportement pour [q2.38\_a, q2.38\_d] et l'expérience ressentie à sa mise en application pour [q2.38\_b et q2.38\_c]. L'étude de la cohérence interne entre ces 4 questions est bonne ( $\alpha = 0,67$ ) et autorise la création d'une variable en calculant leur moyenne arithmétique.

Dans un premier temps, les variables q2.38\_b et q2.38\_c ont été recodées pour que toutes les variables soient orientées dans le même sens.

Le score global par mesure directe des prédispositions aux médicaments en général a été calculé comme défini ici:

$$\text{MDATTbis} = (\text{q2.38\_a} + \text{q2.38\_brev} + \text{q2.38\_crev} + \text{q2.38\_d}) / 4$$

(En cas de donnée manquante pour une des 4 variables, la moyenne a été calculée manuellement en prenant pour dénominateur le nombre de variables non manquantes)

MDATTbin est la variable dichotomisée en prenant comme valeur seuil la catégorie 4, avec 2 classes (codée 0: « non favorable »  $\leq 4$  ; codée 1: « favorable »  $> 4$ ).

## **b) Mesure indirecte**

La mesure indirecte des prédispositions fait appel à 2 groupes de questions :

- Celles qui évaluent les croyances :
- Celles qui évaluent les conséquences des croyances

Un appariement est fait entre questions d'évaluation des croyances et questions d'évaluation des conséquences de croyances pour obtenir un produit croisé comme suit, pour les médicaments en général :

<b>Force des croyances (b) Médicament en général</b>	<b>Conséquence des croyances (e)</b>	<b>Produit croisé (BFST)</b>
Q2.2	Q2.82	BFSTa
Q2.12	Q2.81	BFSTb
Q2.50	Q2.70	BFSTc
Q2.51	Q2.5	BFSTd
Q2.54	Q2.36	BFSTe
Q2.62	Q2.47	BFSTf
Q2.63	Q2.41	BFSTg
Q2.65	Q2.39	BFSTh
Q2.68	Q2.25	BFSTi
Q2.72	Q2.6	BFSTj
Q2.84	Q2.23	BFSTk

$$\text{BFST} = (b) \times (e)$$

Un score global d'attitude pour les médicaments en général par mesure indirecte a été calculé:

$$\text{TASPMO} = (\text{BFSTa} + \text{BFSTb} + \text{BFSTc} + \text{BFSTd} + \text{BFSTe} + \text{BFSTf} + \text{BFSTg} + \text{BFSTh} + \text{BFSTi} + \text{BFSTj} + \text{BFSTk}) / 11$$

En fonction des échelles d'évaluation utilisées, chaque produit peut prendre le score suivant :  $(7 \times \pm 3) = - 21 \text{ à } + 21$ .

Les mesures indirectes des prédispositions à la consommation des médicaments OTC sont évaluées par:

<b>Force des croyances Médicament OTC</b>	<b>Conséquence des croyances</b>	<b>Produit croisé</b>
Q2_32	Q2_27	BFSTI
Q2_40	Q2_55	BFSTm
Q2_73	Q2_75	BFSTn
Q2_44	Q2_45	BFSTo

Un score global d'attitude pour les médicaments OTC par mesures indirectes a aussi été calculé :

$$\text{TASOTC} = (\text{BFSTI} + \text{BFSTm} + \text{BFSTn} + \text{BFSTo}) / 4.$$

La valeur seuil pour séparer les sujets selon qu'ils sont favorables ou non au comportement est donc zéro. Nous avons créé 2 variables dichotomiques pour mesurer les 2 scores globaux des attitudes envers les médicaments en général, TASPMorev, et envers les médicaments OTC, TASOTCrev, en codant:

- 0 si TASPMorev et TASOTCrev ≤ 0,
- 1 si TASPMorev et TASOTCrev > 0.

#### **4. Mesure des normes subjectives**

##### **a) Mesure directe**

Elles ne concernent que le comportement de consommation des médicaments en général. Les 3 questions évaluant ces normes sont q2.8, q2.52, q2.60.

L'étude de la cohérence interne n'est pas bonne, aussi bien en global (alpha=0,56) qu'après éclatement selon le type du répondant (alpha client=0,53 ; alpha patient=0,57).

En conséquence, il n'a pas été calculé de score moyen de la norme subjective. Ces 3 questions sont donc utilisées comme descriptives uniquement. Pour utiliser ces 3 variables comme variables dépendantes, elles ont été dichotomisées en prenant comme valeur seuil

la catégorie 4, avec 2 classes, (codées 0: « sans accord » ≤ 4; codées 1: « accord » > 4) et ont été nommées respectivement q2.8bin, q2.52bin et q2.60bin.

**b) Mesure indirecte**

Toutes les questions ci-dessous évaluent des normes subjectives, en relation avec le comportement de consommation des médicaments en général. Aucune question ne se rapporte au comportement de consommation des médicaments OTC.

<b>Croyances aux normes sociales (nb)</b>	<b>Motivation à se soumettre (mc)</b>	<b>Score global de norme subjective (NBMC)</b>
Q2.11	Q2.4	NBMCa
Q2.30	Q2.81	NBMCb
Q2.43	Q2.59	NBMCc
Q2.53rev	Q2.48	NBMCd

$$NBMC = (nb) \times (mc)$$

$$ITSSN = (NBMCa + NBMCb + NBMCc + NBMCd) / 4$$

La variable ITSSN est le score global de la norme sociale par mesure indirecte; il évalue la pression sociale sur la consommation des médicaments en général.

Elle est symétrique par rapport à zéro. C'est la raison pour laquelle «0» est utilisé comme valeur seuil pour la diviser en 2 classes et nommée ITSSNbin, (Codée 0: « non favorable » ≤ 0 ; codée 1: « favorable » > 0).

**5. Mesure du contrôle comportemental perçu (CCP)**

**a) Mesure directe**

Le contrôle comportemental perçu est approché par les 3 questions q2.49, q2.56 et q2.64. Le comportement évalué est la consommation de médicaments en général et non pas la consommation de médicaments OTC. La cohérence interne entre ces 3 questions n'est pas bonne (alpha=0,4616). En conséquence, nous ne créons pas de moyenne de ces 3 variables. Pour utiliser ces 3 variables comme variables dépendantes, elles ont été dichotomisées en prenant comme valeur seuil la catégorie 4, avec 2 classes

(Codées 0: « sans accord » ≤ 4; codées 1: « accord » >4), nommées respectivement q2.49bin, q2.56bin et q2.64bin.

**b) Mesure indirecte**

Les mesures indirectes du contrôle comportemental perçu concernant la consommation des médicaments en général sont évaluées par:

<b>Croyances relatives au contrôle comportemental perçu (c)</b>	<b>Auto efficacité à la réalisation du comportement (p)</b>	<b>Score global du CCP (PBCy)</b>
Q2.17	Q2.66	PBCa
Q2.19	Q2.74Fr	PBCb
Q2.31	Q2.18Fr	PBCc
Q2.79	Q2.26Fr	PBCd
Q2.20	Q2.57	PBCe
Q2.46	Q2.76Fr	PBCf
Q2.67	Q2.15	PBCg
Q2.71	Q2.14	PBCh
Q2.77	Q2.21	PBCi
Q2.80	Q2.35	PBCj
Q2.20	Q2.57	PBCe

$$PBCy = (c) \times (p)$$

PBCPMOter: score global du contrôle comportemental perçu concernant la consommation des médicaments en général par mesures indirectes.

$$PBCPMOter = (PBCa + PBCb + PBCc + PBCd) / 4$$

PBCPMOterbin: variable obtenue après dichotomisation

(Codée 0: non favorable ≤ 0 ; codée 1: favorable > 0).

Les mesures indirectes du contrôle comportemental perçu concernant la consommation des médicaments OTC sont évaluées par :

<b>Croyances relatives au contrôle comportement perçu (OTC) (c)</b>	<b>Auto efficacité à la réalisation du comportement (p)</b>	<b>Score global du CCP pour les OTC (PBCy)</b>
Q2.20	Q2.57	PBCe
Q2.46	Q2.76Fr	PBCf
Q2.67	Q2.15	PBCg
Q2.71	Q2.14	PBCh
Q2.77	Q2.21	PBCi
Q2.80	Q2.35	PBCj
Q2.20	Q2.57	PBCe

PBCOTCter: score global du contrôle comportemental perçu concernant la consommation des médicaments OTC par mesures indirectes.

$$PBCOTCter = (PBCe + PBCf + PBCg + PBCh + PBCi + PBCj) / 6$$

PBCOTCterbin: variable obtenue après dichotomisation

(Codée 0: « non favorable » ≤ 0; codée 1: « favorable » > 0).

Note:

Pour permettre une analyse uni et multivariée par régression logistique prenant en compte la TCP, certaines variables ont été transformées en variables binaires.

## VI. RÉSULTATS

Le travail d'enquête auprès de la population des patients et clients des Alpes Maritimes a été présenté publiquement lors de la soutenance de thèse d'Eliane Abitbol à Nice le 15 septembre 2011 et publié. Les résultats de Nice et de Tours étant disponibles, je présenterai ici les caractéristiques sociodémographiques des 2 populations, les comparerai et les mettrai en lien avec les caractéristiques de la population générale.

Les résultats présentés seront ceux issus de l'analyse globale des 2 populations étudiées.

### A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'échantillon total est constitué de 303 volontaires se répartissant entre 135 clients (44,5%) et 165 patients (54,5%) et 3 (1%) non classés. 198 d'entre eux (65,3%) ont été recrutés dans les Alpes Maritimes et 105 (34,7%) en Indre et Loire. Le sexe ratio est de 0,57 avec 193 femmes et 110 hommes.

L'âge moyen de l'échantillon est de  $50,2 \pm 18,5$  ans {19-87} :

Les caractéristiques sociodémographiques des 2 échantillons de population de l'Indre et Loire et Alpes Maritimes sont explicitées dans les tableaux ci-dessous :

		Population d'Indre et Loire		Population des Alpes Maritimes	
Paramètre		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Catégorie du répondant	Client	36	35,3%	99	50,0%
	Patient	66	64,7%	99	50,0%
Nationalité	Française	102	97,1%	183	92,0%
	Etrangère	3	2,9%	15	8,0%
Genre	Homme	35	33,3%	75	38,0%
	Femme	70	66,7%	123	62,0%
District	Rural	38	36,2%	26	13,3%
	Semi Rural	10	9,5%	26	13,3%
	Urbain	57	54,3%	143	72,9%
	Autre	0	0,0%	1	0,5%
Lieu de l'entretien	Domicile	46	44,2%	47	24,0%
	Pharmacie	27	23,1%	69	35,2%
	Cabinet de MG*	29	27,9%	54	27,6%
	Téléphone	0	0,0%	21	10,7%
	Autre	2	1,9%	5	2,5%
Statut matrimonial	Seul	22	21,6%	41	20,7%
	En couple	72	70,6%	120	60,6%
	Divorcé	5	4,9%	25	12,6%
	veuf	3	2,9%	12	6,1%
Niveau scolaire	Aucun	0	0,0%	2	1,0%
	Primaire	11	10,5%	25	12,6%
	Secondaire	58	55,2%	90	45,5%
	Universitaire	27	25,7%	40	20,2%
	Post doctoral	6	5,7%	40	20,2%
	Autre	3	2,9%	1	0,5%
Catégorie Socio Professionnelle	Agriculteur	0	0,0%	2	1,0%
	Fonctionnaire	13	12,5%	20	10,1%
	Policier	0	0,0%	2	1,0%
	Entrepreneur	1	0,9%	9	4,6%
	Autres	90	86,5%	165	83,3%

\*MG : Médecine Générale

**Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées**

Catégories Socio-Professionnelle	Indre et Loire	Alpes Maritimes
1. Directeurs, cadres de direction et gérants	1,1%	4,5%
2. Professions intellectuelles et scientifiques	4,4%	5,0%
3. Professions intermédiaires	3,3%	8,0%
4. Employés de type administratif	10,0%	4,5%
5. Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs	12,2%	9,0%
6. Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, la sylviculture et de la pêche	0,0%	0,0%
7. Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	2,2%	4,5%
8. Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	0,0%	1,0%
9. Professions élémentaires	0,0%	0,5%
10. Professions militaires	0,0%	0,0%
11. Sans emploi, chômage	5,6%	9,0%
12. Mère au foyer	0,0%	0,5%
13. Retraité	10,0%	31,0%
99. Donnée manquante	51,1%	5,5%
<b>TOTAL</b>	<b>86,5%</b>	<b>83,3%</b>

**Tableau 6 : Détails de l'item « Autres » catégories socioprofessionnelles, en pourcentage**

Paramètre		Population de l'étude (%)	Population Française (%)
<b>Nationalité</b>	Française	94%	94,2%
	Etrangère	6%	5,8%
<b>Genre</b>	Homme	36,3%	48,4%
	Femme	63,7%	51,6%
<b>Niveau scolaire (15ans et plus)</b>	Aucun	0,7%	15,1%
	Primaire	19,2%	11,4%
	Secondaire	48,8%	49,9%
	Universitaire	37,3%	23,6%

**Tableau 7 : Comparaison de la population de l'étude avec la population générale (INSERM 2008)**

## B. MESURES DIRECTES DU COMPORTEMENT CONCERNANT LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

Médicaments consommés (q2.1 a,b):

- médicaments de prescription (q2.1a): 3,8 en moyenne  $\pm$  7,6, valeurs allant de 0 à 120

Il existe une différence significative par rapport au département d'origine de l'échantillon, ( $\chi^2 = 4,4$  ;  $p = 0,036$ ). Pas de différence significative retrouvée ( $p > 0,05$ ) par rapport au genre, au statut matrimonial, au lieu de vie, au niveau d'études.

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	190	29065.5	1
Indre et Loire	100	13129.5	2

**Tableau 8 : Nombres de médicaments de prescription consommés au cours des 6 derniers mois par rapport au département d'origines de l'échantillon par test de Kruskal-Wallis**

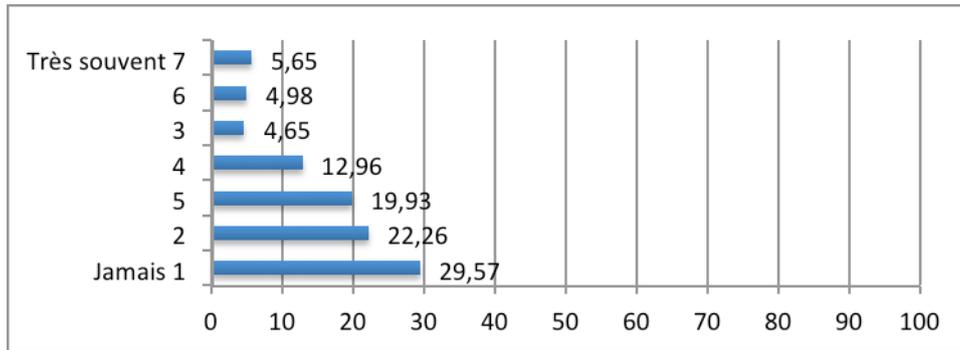
- médicaments en vente libre (OTC) (q2.1b) : 1,5 en moyenne  $\pm$  1,9, valeurs allant de 0 à 15

Il existe une différence significative par rapport au genre ( $\chi^2 = 8,1$  ;  $p = 0,004$ ). Il n'y a pas de différence significative retrouvée ( $p > 0,05$ ) par rapport au statut matrimonial, au lieu de vie, au niveau d'études.

Genre	Effectif	Rank Sum	Rang
Femme	75	25853,00	1
Homme	99	11822,00	2

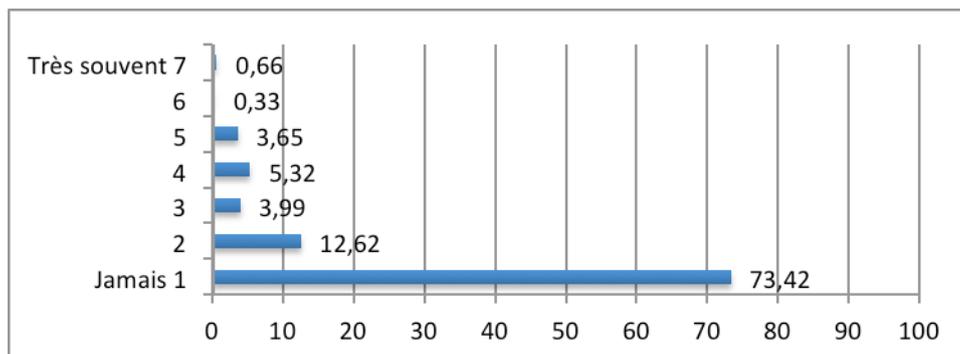
**Tableau 9 : Nombres de médicaments de vente libre consommés au cours des 6 derniers mois par rapport au genre par test de Kruskal-Wallis**

- Fréquence de consommation de médicaments suite au conseil d'un pharmacien (q2.3):



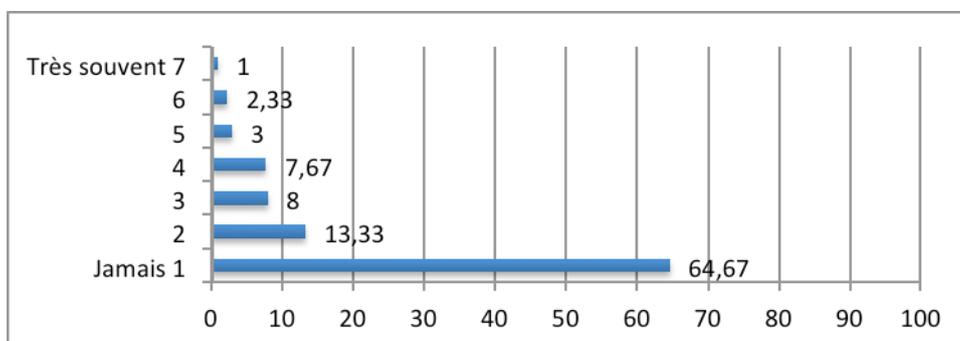
**Graphe 6 : Consommation de médicaments conseillé par un pharmacien, (%)**

- Fréquence de consommation de médicaments suite au conseil d'un ami ou d'un proche (q2.10):



**Graphe 7 : Consommation de médicaments conseillé par un ami ou un proche (%)**

- Fréquence de demande d'avis sur un médicament à une autre personne qu'un médecin (q2.33):



**Graphe 8 : Fréquence de demande d'avis sur un médicaments à une autre personne qu'un médecin (%)**

Le score global moyen de la population étudiée concernant le comportement passé envers les médicaments OTC était :

- PBOTCbis=1,94 sur une échelle de 1 à 7.

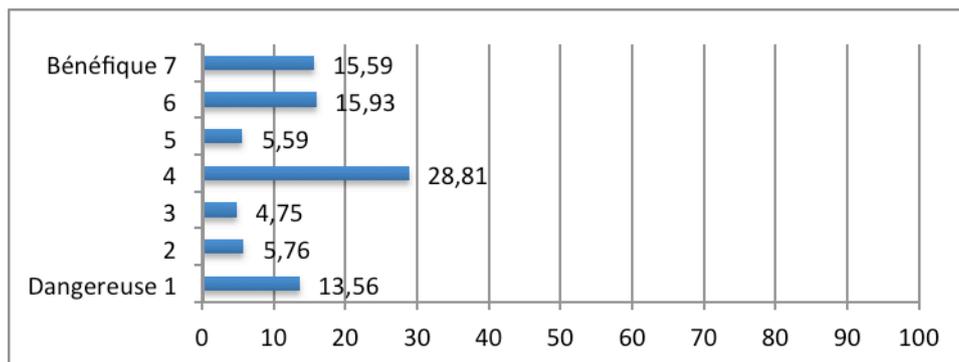
Aucune typologie n'a pu être mise en évidence ; pas de différence significative avec les covariables ( $p > 0,05$ ) (le département d'origine, le genre, le statut matrimonial, le lieu de vie, le niveau d'études).

### C. SCORE D'INTENTION DE CONSOMMATION DES MEDICAMENTS OTC SELON LE MODELE DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE

#### 1. Mesure des attitudes/prédispositions

##### a) *Mesure directe de l'attitude comportementale*

- Je pense que la consommation de médicaments est (Q2.38a,b,c,d) :



Graph 9 : Réponses obtenues à la sous-question Q2.38a (%)

Q2.38a : Il existe une différence significative par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudié ( $\chi^2 = 7,75$  ;  $p = 0,005$ ), au genre ( $\chi^2 = 4,2$  ;  $p = 0,04$ ), au niveau scolaire ( $\chi^2 = 11,1$  ;  $p = 0,026$ ).

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	195	30791	1
Indre et Loire	100	12869	2

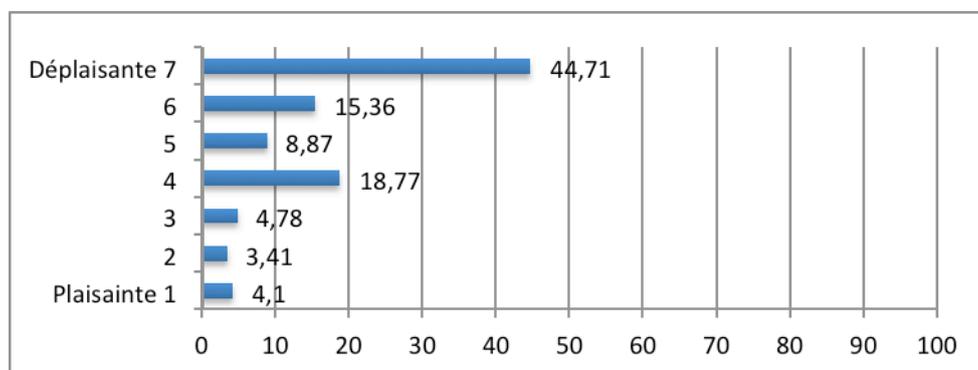
Tableau 10 : Caractère bénéfique/dangereux de la consommation de médicaments en rapport avec le département d'origine de l'échantillon de population étudiée, test de Kruskal Wallis

Genre	Effectif	Rank Sum	Rang
Femme	188	17286,5	1
Homme	107	26373,5	2

**Tableau 11 : Caractère bénéfique/dangereux de la consommation de médicaments par rapport au genre, test de Kruskal Wallis**

Niveau scolaire	Effectif	Rank Sum	Rang
Secondaire	145	19579	1
Universitaire	66	9286	2
Post doctoral	46	7714	3
Primaire	34	6086	4
Aucun	1	113	5

**Tableau 12 : Caractère bénéfique/dangereux de la consommation de médicaments en rapport avec le niveau scolaire, test de Kruskal Wallis**

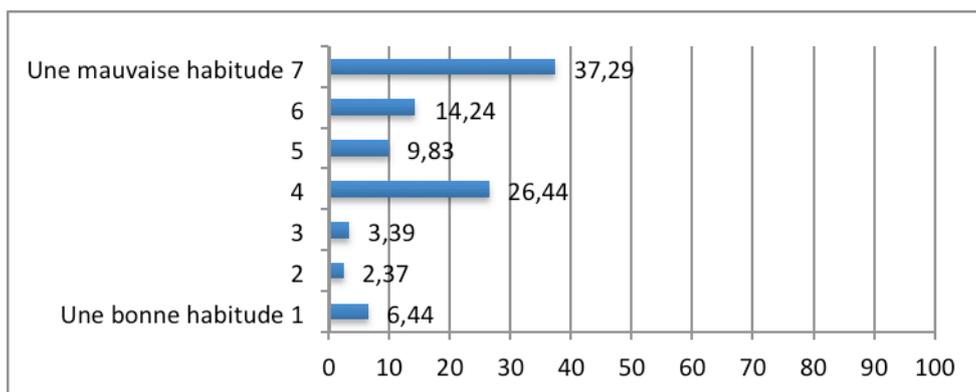


**Graphe 10 : Réponses obtenues à la sous-question Q2.38b (%)**

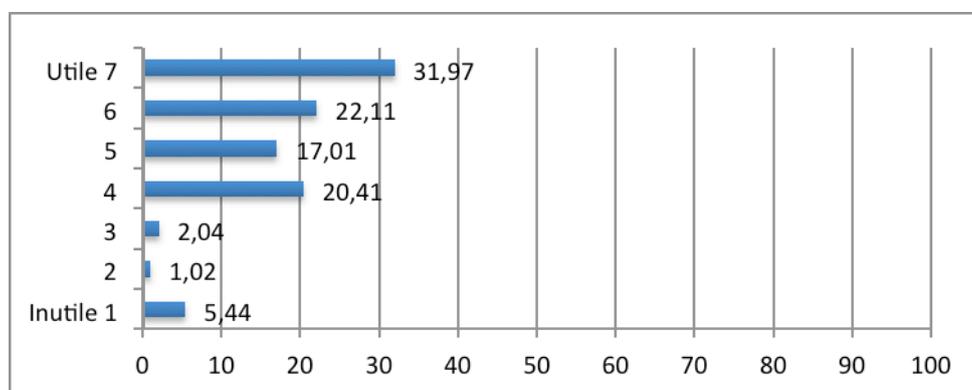
q2.38b: il existe une différence significative par rapport au genre ( $\chi^2=9,05$  ;  $p=0,003$ )

Genre	Effectif	Rank Sum	Rang
Femme	186	25241	1
Homme	107	17830	2

**Tableau 13 : Caractère plaisant / déplaisant de la consommation des médicaments par rapport au genre, test de Kruskal-Wallis**



**Graph 11 : Réponses obtenues à la sous-question Q2.38c (%)**



**Graph 12 : Réponses obtenues à la sous-question Q2.38d (%)**

Q2.38d : Il existe une différence significative par rapport au niveau scolaire ( $\chi^2=10,3$  ;  $p=0,003$ ).

Niveau Scolaire	Effectif	Rank Sum	Rang
Secondaire	144	20299	1
Universitaire	66	9273	2
Post doctoral	45	6894,5	3
Primaire	34	5988,5	4
Aucun	2	31	5

**Tableau 14 : Caractère utile / inutile de la consommation des médicaments par rapport au niveau scolaire, test de Kruskal-Wallis**

Le score global moyen de la mesure directe des attitudes/prédispositions des répondants, envers les médicaments en général, est plutôt neutre :

MDATTbis = 3,76 sur une échelle de 1 à 7.

Il existe une différence significative par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudiée ( $\chi^2=7,6$  ;  $p=0,006$ ), au genre ( $\chi^2=5,9$  ;  $p=0,015$ ) et au niveau scolaire ( $\chi^2=10,91$  ;  $p=0,028$ ). Il n'y a pas de différence significative avec les autres covariables ( $p>0,05$ ).

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	197	31503	1
Indre et Loire	108	13347	2

**Tableau 15 : Score global moyen de la mesure directe des attitudes des répondants vis à vis des médicament en général par rapport au département d'origine ,test de kruskal-Wallis**

Genre	Effectif	Rank Sum	Rang
Femme	191	26906	1
Homme	108	17944	2

**Tableau 16 : Score global moyen de la mesure directe des attitudes des répondants vis à vis des médicament en général par rapport au genre, test de kruskal-Wallis**

Niveau Scolaire	Effectif	Rank Sum	Rang
Secondaire	145	20374	1
Universitaire	67	9275	2
Post doctoral	46	7759	3
Primaire	35	6149	4
Aucun	2	103	5

**Tableau 17 : Score global moyen de la mesure directe des attitudes des répondants vis à vis des médicament en général, par rapport au niveau scolaire, test de kruskal-Wallis**

**b) Mesures indirectes de l'attitude comportementale**

Le score global moyen de la mesure indirecte des attitudes/prédispositions envers les médicaments en général est plutôt positif :

TASPMO = 3,3 valeurs allant de -10 à + 11,5.

Il existe une différence significative en rapport avec le département d'origine de l'échantillon de population étudié ( $\chi^2= 8,97$  ;  $p=0,003$ ).

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	182	27611	1
Indre et Loire	99	12010	2

**Tableau 18 : Score global moyen de la mesure indirecte des attitudes des répondants envers les médicaments en général, par rapport au département d'origine, test de Kruskal-Wallis.**

Le score global moyen des attitudes/prédispositions indirectes envers les médicaments OTC est plutôt négatif :

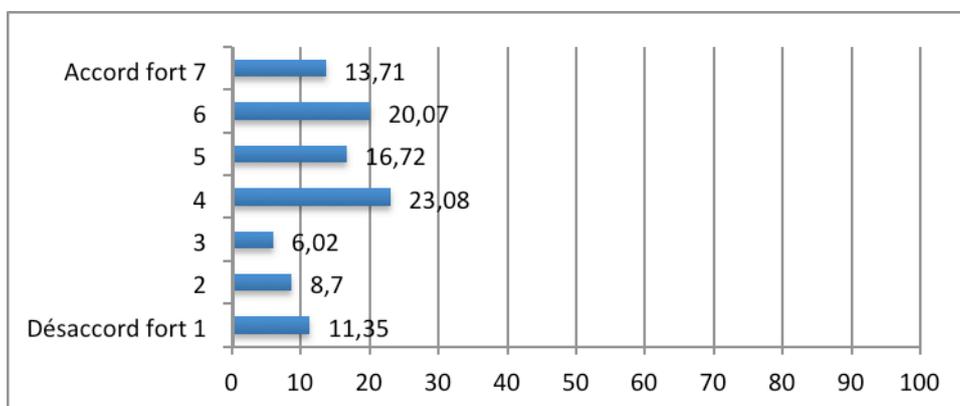
TASOTCter = - 4,2 valeurs allant de -21 à +14.

Aucune typologie n'a pu être mise en évidence ; pas de différence significative avec les covariables ( $p>0,05$ ).

## 2. Mesure de la norme sociale

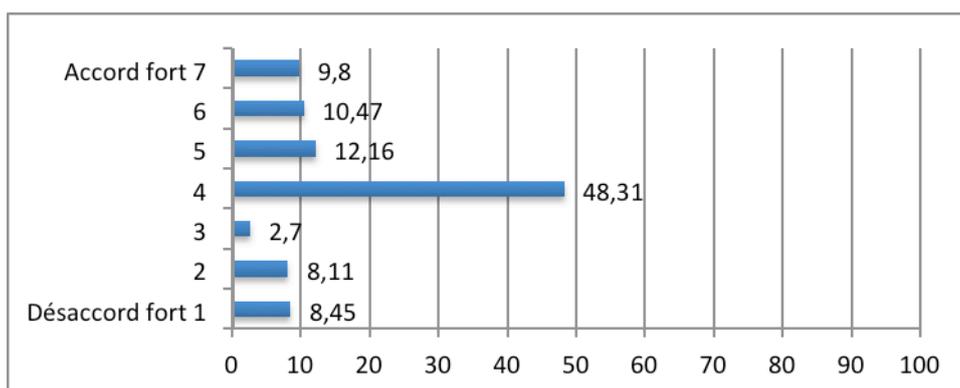
### a) Mesure directe de la norme sociale

- La plupart de mes proches consomment des médicaments habituellement (q2.8) :



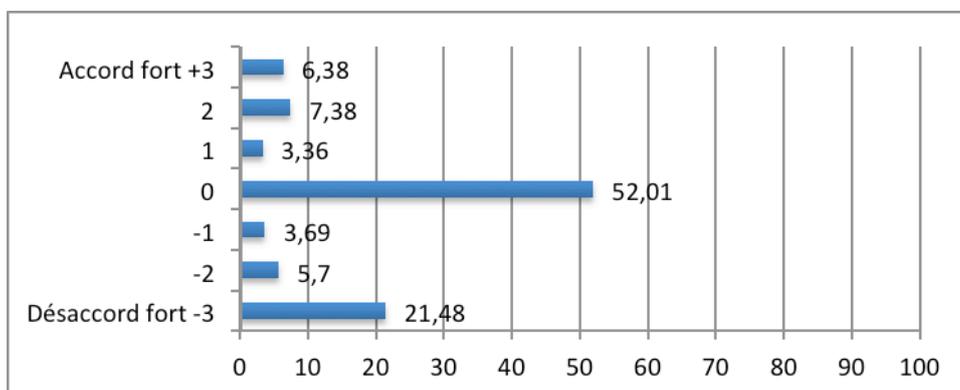
Graph 13 : Consommation habituelle de médicaments par les proches (%)

- La plupart de mes amis consomment des médicaments de façon habituelle (q2.52)



Graph 14 : Consommation habituelle de médicaments par les amis du répondant (%)

- Les gens qui sont importants à mes yeux souhaitent que je consomme des médicaments (q2.60) :



Graph 15 : Influence perçue des personnes importantes aux yeux du répondant (%)

Q2.60 : il existe une différence significative par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudié ( $\chi^2=7,2$  ;  $p= 0,007$ ).

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	198	31484,5	1
Indre et Loire	100	13066,5	2

**Tableau 19 : Influence perçue des personnes importantes aux yeux du répondant concernant sa consommation de médicaments en rapport avec le département d'origine, test de Kruskal-Wallis**

**b) Mesure indirecte de la norme sociale**

Le score global moyen des mesures indirectes de la norme sociale a été légèrement positif: ITSSN= 2,3 valeurs allant de -12,8 à +16,5.

Il existe une différence significative par rapport au département d'origine ( $\chi^2=7,1$  ;  $p=0,007$ ) et au genre ( $\chi^2=8,3$ ;  $p=0,004$ ).

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	152	19522,5	1
Indre et Loire	86	8918,5	2

**Tableau 20 : Score global moyen de la norme sociale par mesure indirecte par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudiée, test de Kruskal-Wallis**

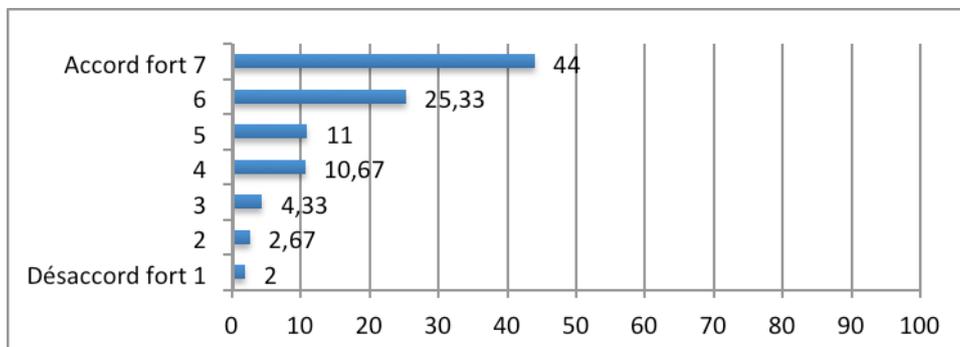
Genre	Effectif	Rank Sum	Rang
Femme	148	16198,5	1
Homme	90	12242,5	2

**Tableau 21 : Score global moyen de la norme sociale par mesure indirecte par rapport au genre, test de Kruskal-Wallis**

### 3. Mesure du contrôle comportemental perçu

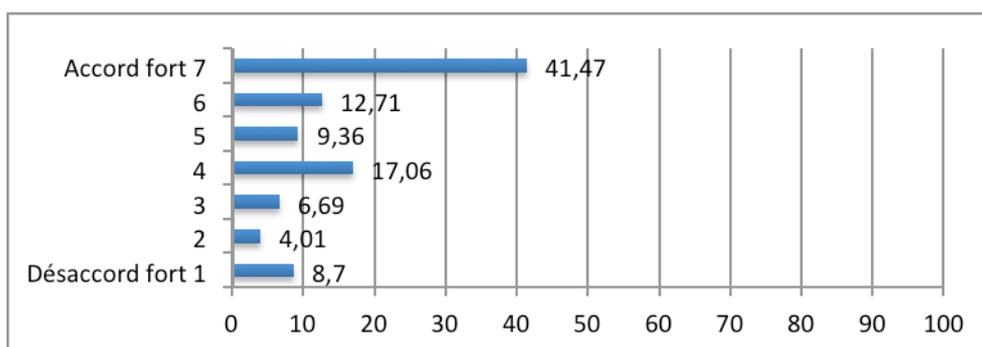
#### a) *Mesure directe du contrôle comportemental perçu*

- Je suis confiant dans ma capacité rationnelle à utiliser des médicaments (q2.49) :



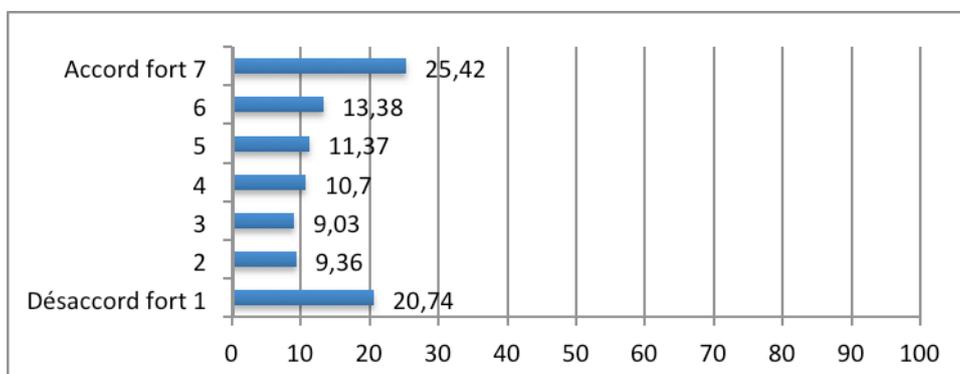
**Graph 16 : Importance de la confiance en la capacité à utiliser rationnellement des médicaments (%)**

- La décision de consommer des médicaments me revient entièrement (q2.56)



**Graph 17 : Place de la décision personnelle dans le choix de consommer des médicaments**

- La décision d'arrêter de prendre un médicament me revient entièrement (q2.64) :



**Graph 18 : Place de la décision personnelle dans le choix d'arrêter de prendre un médicament (%)**

Q2.64 : Il existe une différence significative pour le statut matrimonial ( $\chi^2=9,4$ ;  $p=0,024$ ).

Statut Matrimonial	Effectif	Rank Sum	Rang
Couple	192	28824	1
Seul	62	10269	2
Divorcé	29	3144	3
Veuf	13	1719	4

**Tableau 22 : Place de la décision personnelle dans le choix d'arrêter de prendre un médicament par rapport au statut matrimonial, test de Kruskal-Wallis.**

**b) Mesure indirecte du contrôle comportemental perçu (CCP)**

Le score global moyen des mesures indirectes du contrôle comportemental perçu pour la consommation de médicaments en général était plutôt neutre:

PBCPMO = - 1,0 valeurs allant de -15,8 à +11,8.

Aucune typologie n'a pu être mise en évidence; pas de différence significative avec les covariables ( $p>0,05$ ).

Le score global moyen des mesures indirectes du contrôle comportemental perçu pour la consommation de médicaments OTC était plutôt neutre:

PBCOTC = 0,7 valeurs allant de -9 à +8,7.

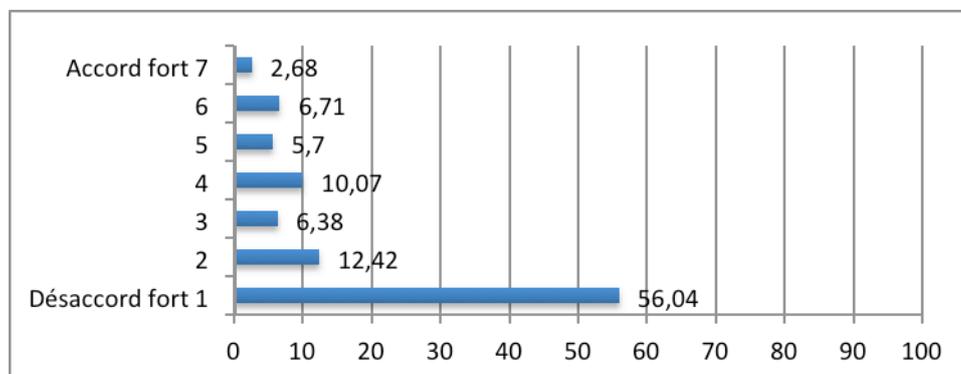
Il existe une différence significative avec le département d'origine de l'échantillon de population étudié ( $\chi^2=17,6$  ;  $p=0,0001$ )

Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	182	22713	1
Indre et Loire	96	16068	2

**Tableau 23 : Score global moyen de la mesure direct du CCP par rapport au département d'origine, test de kruskal-Wallis**

#### 4. Mesure directe de l'intention

- J'ai l'intention d'acheter des médicaments dans les supermarchés et les parapharmacies (q2.9) :



**Graph 19 : Intention d'achat dans les supermarchés et les parapharmacies (%)**

Q2.9 : Il existe une différence significative par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudié ( $\chi^2=6,5$  ;  $p=0,01$ ) et au statut matrimonial ( $\chi^2=8,3$  ;  $p=0,04$ )

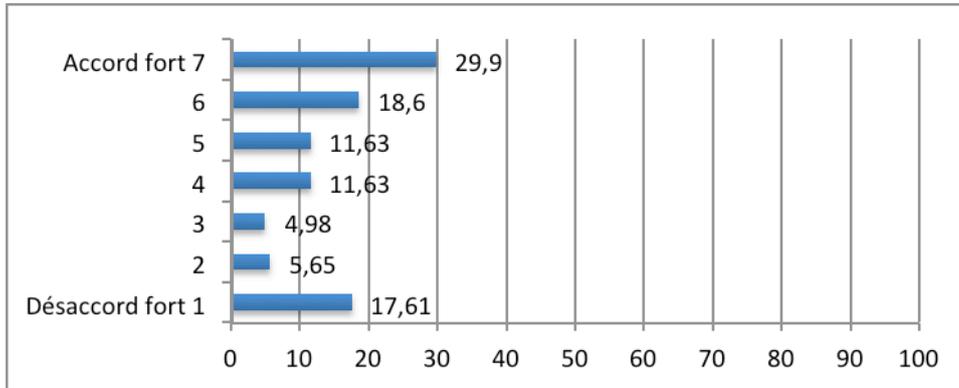
Département	Effectif	Rank Sum	Rang
Alpes Maritimes	194	27188,5	1
Indre et Loire	104	17362,5	2

**Tableau 24 : Intention d'achat de médicaments dans les parapharmacies et les supermarchés par rapport au département d'origine de l'échantillon de population étudié, test de Kruskal-Wallis**

Statut Matrimonial	Effectif	Rank Sum	Rang
Couple	188	29180,5	1
Seul	63	9444,5	2
Divorcé	30	3359	3
Veuf	14	1676	4

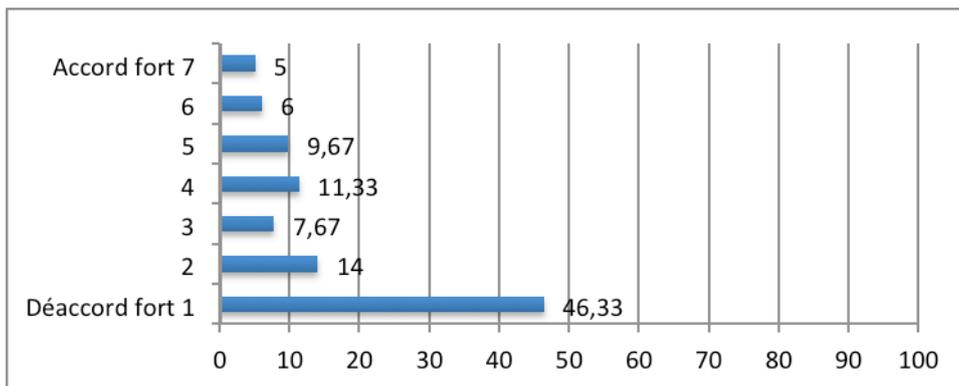
**Tableau 25 : Intention d'achat de médicaments dans les parapharmacies et les supermarchés par rapport au statut matrimonial, test de Kruskal-Wallis**

- Si besoin était, j'achèterais des médicaments chers (q2.37) :



**Graph 20 : Volonté d'acheter des médicaments cher si besoin était (%)**

- J'ai l'intention d'acheter des médicaments sans prescriptions médicales (q2.69) :



**Graph 21 : Intention d'achat de médicaments sans prescriptions médicales (%)**

Il existe une différence significative de l'intention d'achat d'un médicament sans prescription par rapport au niveau scolaire ( $\chi^2=11,98$ ;  $p=0,018$ ).

Niveau Scolaire	Effectif	Rank Sum	Rang
Secondaire	147	21307,5	1
Universitaire	66	10789,5	2
Post doctoral	46	7757	3
Primaire	35	3873	4
Aucun	2	229	5

**Tableau 26 : Intention d'achat de médicaments sans prescriptions médicales par rapport au statut matrimonial, test de Kruskal-Wallis.**

Variables	Nombre d'items	Moyenne± écarts types	Valeur min.	Valeur max.	V. min observée	V.max observée	Nombre de sujets
<b>Comportement(Co)</b>	6						
Q2.1a PMO		3,83±7,6	0	120			290
Q2.1b OTC		1,51±1,9	0	15			274
Q2.3 pharmacien		2,45±1,9	1	7			302
Q2.10 ami/proche		1,57±1,6	1	7			310
Q2.33 autre qu'un médecin		1,82±1,4	1	7			300
PBOTCbis		1,94±1,1	1	6			298
<b>Intention (I)</b>	3						
Q2.9 supermarché		2,28±1,8	1	7			298
Q2.37 Médic. chers		4,69±2,2	1	7			301
Q2.69 OTC		2,62±1,9	1	7			300
<b>Attitude (Aact)</b>	4						
MDATTbis		3,76±1,3	1	7			299
<b>Norme subjective (NS)</b>	3						
Q2.8 proches		4,39±1,9	1	7			299
Q2.52 amis		4,18±1,6	1	7			296
Q2.60 gens importants		-0,42±1,7	-3	3			298
<b>Perception du contrôle (PBC)</b>	3						
Q2.49 capacité utilisation		5,78±1,5	1	7			300
Q2.56 consommation		5,18±2,0	1	7			299
Q2.64 arrêt		4,24±2,3	1	7			299
<b>Valeur des conséquences (e)</b>	15						
<b>Croyances comportementales(b)</b>	15						
TASPMO		3,29±3,2	-21	21	-10	11,5	281
TASOTCter		-4,22±6,0	-21	21	-21	14	286
<b>Motivation à se conformer (mc)</b>	4						
<b>Croyances normatives (nb)</b>	4						
ITSNN		2,26±4,4	-21	21	-12,8	16,5	238
<b>Croyances envers les facteurs facilitants/obstacles(c)</b>	10						
<b>Evaluation des obstacles/ facteurs facilitants (p)</b>	10						
PBCPMO		-1,01±4,2	-21	21	-15,8	11,8	292
PBCOTC		0,72±2,8	-21	21	-9	8,7	278

**Tableau 27 : Principaux résultats de l'étude**

Variables	Lien significatif
<b>Comportement (Co)</b>	
Q2.1a PMO	Département d'origine : $\chi^2 = 4,4$ ; p= 0,036
Q2.1b OTC	
Q2.3 pharmacien	
Q2.10 ami/proche	
Q2.33 autre qu'un médecin	
PBOTCbis	
<b>Intention (I)</b>	
Q2.9 supermarché	Département d'origine : $\chi^2=6,5$ ; p=0,01 statut matrimonial : $\chi^2=8,3$ ; p=0,04
Q2.37 Médic. chers	
Q2.69 OTC	niveau scolaire : $\chi^2=11,98$ ; p=0,018
<b>Attitude (Aact)</b>	
MDATTbis	Département d'origine : $\chi^2=7,6$ ; p=0,006 Genre : $\chi^2=5,9$ ; p=0,015 Niveau scolaire : $\chi^2=10,91$ ; p=0,028
<b>Norme subjective (NS)</b>	
Q2.8 proches	
Q2.52 amis	
Q2.60 gens importants	Département d'origine : $\chi^2=7,2$ ; p= 0,007
<b>Perception du contrôle (PBC)</b>	
Q2.49 capacité utilisation	
Q2.56 consommation	
Q2.64 arrêt	statut matrimonial : $\chi^2=9,4$ ; p=0,024
<b>Valeur des conséquences (e)</b>	
<b>Croyances comportementales (b)</b>	
TASPMO	Département d'origine : $\chi^2= 8,97$ ; p=0,003
TASOTCter	
<b>Motivation à se conformer (mc)</b>	
<b>Croyances normatives (nb)</b>	
ITSNN	Département d'origine : $\chi^2=7,1$ ; p=0,007 genre : $\chi^2=8,3$ ; p=0,004
<b>Croyances envers les facteurs facilitants/obstacles(c)</b>	
<b>Evaluation des obstacles/ facteurs facilitants (p)</b>	
PBCPMO	
PBCOTC	Département d'origine : $\chi^2=17,6$ ; p=0,0001

**Tableau 28 : Variables et liens significatifs**

<b>Enoncé</b>	<b>Intention</b>	<b>Pas d'intention</b>
<b>Comportement (Co)</b>		
PBOTCbisbin	5	95
<b>Mesures directes des attitudes</b>		
MDATTbin	39	61
<b>Mesures indirectes des Attitudes</b>		
TASPMOrev	85	15
TASOTCrev	16	84
<b>Mesures directes de la Normes Sociales</b>		
Q2.8bin la plupart de mes proches consomment des médicaments de façon habituelle	51	49
Q2.52bin la plupart de mes amis consomment des médicaments de façon habituelle	33	67
Q2.60bin les gens qui sont importants à mes yeux souhaitent que je consume des médicaments	17	83
<b>Mesures indirectes de la Norme Sociale</b>		
ITSSNbin	58	42
<b>Mesures directes du Contrôle comportemental perçu</b>		
Q2.49bin je suis confiant dans ma capacité rationnelle à utiliser des médicaments	81	19
Q2.56bin la décision de consommer des médicaments me revient entièrement	64	36
Q2.64bin la décision d'arrêter de prendre un médicament me revient entièrement	50	50
<b>Mesures indirectes du Contrôle comportemental perçu</b>		
PBCPMOterbin	38	62
PBCOTCterbin	59	41
<b>Mesures directes de l'intention (I)</b>		
Q2.9bin Intention d'achat de médicaments dans les supermarchés et les parapharmacies	15	85
Q2.37bin Si besoin était, j'achèterais des médicaments chers	60	40
Q2.69bin Achat de médicaments sans prescription médicale	21	79

**Tableau 29 : Résultats en % des mesures binaires**

## 5. Étude des facteurs qui influencent les intentions de consommation des médicaments

### a) Analyses univariées

- Étude des associations entre l'intention généralisée et les mesures directes des attitudes, normes subjectives, contrôle comportemental perçu, comportement passé :

Les items touchant à la mesure directe de l'intention de consommation sont :

- q2.9 : J'ai l'intention d'acheter des médicaments dans les supermarchés et les parapharmacies
- q2.37 : Si besoin était, j'achèterais des médicaments chers
- q2.69 : J'ai l'intention d'acheter des médicaments sans prescriptions médicales

Le lien entre l'intention de consommation de médicaments et les mesures directes des attitudes, norme subjectives, contrôle comportemental perçu et du comportement passé est approchée par le coefficient de corrélation de Spearman exposé dans le tableau suivant (ici n'apparaissent que les résultats mettant en évidence une corrélation entre 2 items) :

	Intention de consommation		
	Q2.9	Q2.37	Q2.69
<b>Q2.1a : Consommation passée des médicaments en général</b>			0,1611
<b>Q2.1b : Consommation passée de médicaments OTC</b>			0,4261
<b>Q2.49 : je suis confiant dans ma capacité rationnelle à utiliser des médicaments</b>	0,1371		0,1451
<b>Q2.64 : la décision d'arrêter de prendre un médicament me revient entièrement</b>		0,1405	0,1546
<b>Q2.69 : Achat de médicaments sans prescription médicale</b>	0,4200	0,1316	
<b>Q2.8 : la plupart de mes proches consomment des médicaments de façon habituelle</b>	0,1269		0,1704
<b>Q2.9 : Intention d'achat de médicaments dans les supermarchés et les parapharmacies</b>			0,4200
<b>PBOTCbis : Score global moyen de consommation passée des médicaments OTC</b>	0,3479		
<b>MDATTbis : Score global des mesures directes de la prédisposition vis à vis des médicaments en général</b>		0,1806	

Tableau 30 : Corrélation entre l'intention de consommation et les mesures des construits directes de la théorie du comportement planifié, test de Spearman (n : 264 ;  $\alpha$  : 0,05)

- Régression logistique de l'intention généralisée par chaque variable évaluant la mesure directe des attitudes, de la norme subjective et du contrôle comportemental perçu :

Le niveau scolaire du patient est significatif dans l'intention généralisée de consommation d'OTC :

Q2.69bin	Odds Ratio	P	{95% IC}
<b>Primaire</b>	1,27e+07	<10 <sup>-3</sup>	{3316671 - 4.84e+07}
<b>Secondaire</b>	3,04e+07	<10 <sup>-3</sup>	{1,43 <sup>e</sup> +07 - 6,46 <sup>e</sup> +07}
<b>Universitaire</b>	4,69e+07	<10 <sup>-3</sup>	{2.03e+07 - 1.08e+08}

**Tableau 31 : Lien de significativité entre intention généralisée et niveau scolaire (n=296)**

***b) Analyse multivariée par régression logistique de l'intention généralisée***

Le modèle explicatif retenu a permis d'expliquer la variable d'intention d'automédication par 3 déterminants, (par ordre décroissant): La prédisposition vis à vis des médicaments OTC ( $p < 10^{-3}$ ), une expérience passée d'automédication ( $p=0,001$ ) et le contrôle comportemental concernant la consommation de médicaments OTC ( $p=0,006$ ).

Q2.69bin	Odds Ratio	P	{95% IC}
<b>TASOTCterbin</b>	4.76	<10 <sup>-3</sup>	{2.18 - 10.40}
<b>PBOTCbisbin</b>	9.31	0,001	{2.45 - 35.43}
<b>PBCOTCterbin</b>	3.66	0,006	{1.46 - 9.15}

**Tableau 32 : Modèle explicatif de l'intention de consommation**

## VII. DISCUSSION

L'objectif principal de mon travail était d'approcher les représentations des patients/clients concernant les médicaments et plus précisément les médicaments d'automédication. Ces données avaient pour but d'être intégrées dans le modèle de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (TCP) afin de prédire le comportement des patients clients. Le questionnaire Cb utilisé était construit pour explorer les différentes dimensions du modèle de la TCP.

### A. PRINCIPAUX RÉSULTATS

#### 1. Comportement et intention

- L'automédication : état des lieux :

Seulement 5% de la population étudiée a pratiqué l'automédication au cours des 6 mois précédant l'étude [Tableau 28]. Le comportement d'automédication est très modeste comme le montre le score global moyen d'automédication PBOTCbis à 1,94 sur une échelle de 1 à 7. Ces chiffres sont cohérents avec le faible poids économique que représente la part du marché de l'automédication dans le marché médicament global. Ceci contraste par contre avec les chiffres annoncés dans certaines études où 85% des personnes sondées affirment pratiquer l'automédication (III.B.1). Il faut les mettre en rapport avec la définition qu'entendent les patients par automédication, à savoir la réutilisation de produits initialement prescrit et la pratique fréquente consistant à se faire rembourser secondairement des médicaments initialement achetés en dehors d'une prescription (III.C).

- Prédiction de l'intention

Seulement 21% des répondants ont exprimé une intention d'automédication [Tableau 28], ce qui est peu, mais plus important que le comportement passé d'automédication ne le laissait prévoir.

Il existe une corrélation significative entre l'intention de s'automédiquer et :

- le comportement passé d'automédication
- L'intention d'acheter des médicaments en supermarché et parapharmacie (même si le contexte Français ne s'y prête pas). [Tableau 29].

Ce qui s'accorde avec la dernière étude 2011 de l'AFIPA [15] qui montre que les clients d'officines ayant déjà côtoyé les zones de libre accès reste confiant dans cette pratique (III.C).

L'intention est significativement plus élevée pour les niveaux scolaires les plus avancés surtout [Tableau 26 et 31]. Ceci apparaît cohérent avec l'idée qu'une autonomisation d'un patient doit, à priori, être favorisée par sa capacité de compréhension de l'utilisation d'un médicament. Ainsi, il n'attendra pas nécessairement une prescription pour décider de consommer un médicament dans une situation où celui-ci s'avère nécessaire.

Cette étude a permis de mettre en évidence les principaux déterminants de l'intention de médication.

- La prédisposition vis à vis des médicaments OTC : elle joue ici un rôle prépondérant. Le paragraphe suivant montre que celle ci est négative. L'impact sur le terrain de ce déterminant est évident lorsque l'on considère le faible poids économique du marché du médicament OTC en France.
- Une expérience passée d'automédication multipliera par 9 la chance de s'automédiquer par rapport à quelqu'un ne l'ayant jamais eu.
- le contrôle comportemental concernant la consommation de médicaments OTC : ceci est en toute logique un préalable à l'utilisation de médicaments hors du contexte de la prescription. Une personne ne se reconnaissant pas comme apte à maîtriser seule sa consommation de médicaments, par manque d'information sur leur utilisation, le manque d'expérience ou tout autre barrière, montrera une hésitation dans le passage à l'action. Ici se joue le rôle de la perception des facteurs limitant et facilitant.

## 2. Attitudes et prédispositions

Les prédispositions envers les médicaments en général sont très légèrement négative (score MDATTbis : 3,79 sur une échelle de 1 à 7). On note une différence significative entre les départements d'origines des répondants avec une prédisposition légèrement plus favorable dans les Alpes Maritimes [Tableau 15], milieu plus urbain. De même, les femmes et les répondants ayant un plus grand niveau scolaire sont mieux prédisposés.

La prédisposition (score des construits indirects TASPMO) englobant les croyances et leurs conséquences envers les médicaments en général, est plutôt positive, avec de même, une différence significative en faveur des Alpes Maritimes. Mais cette même prédisposition, envers les OTC (TASOTCter), est globalement négative.

Cette conclusion s'intègre bien avec la description globale du contexte Français de l'automédication (III.C). J'ai pu y mettre en avant le fait que, malgré des démarches entreprises par les pouvoirs publics pour faire évoluer la pratique de l'automédication, les produits de PMF ne jouissent pas encore d'une bonne réputation, même si la situation semble évoluer progressivement. La prescription reste un critère de qualité dans l'esprit des patients/clients quant au produit que l'on se procure. En pratique, les patients ne favorisent pas encore la voie de l'automédication comme une alternative à part entière.

Les seules études récentes des représentations du médicament de vente libre sur le marché Français actuel sont celles réalisées par l'AFIPA. Dans l'enquête 2011 sur le libre accès [15], elle met en avant une réserve des clients vis à vis des produits mis à disposition dans les zones de libre accès liée à la sécurité d'utilisation des produits sous les termes « risque de consommation inadaptées » et « consommation risquées ». Mais cela n'implique pas la qualité des médicaments eux même puisqu'ils sont regardés comme aussi efficaces et encore plus sûr que les médicaments en général. Il y a probablement une crainte du risque de mésusage ou de consommation abusive en dehors de la prescription médicale.

### **3. Norme sociale**

Dans notre étude, l'influence de l'entourage est plutôt sans impact sur la consommation des médicaments.

Les croyances sociales et la motivation à se conformer (score indirect ITSSN) influencent de manière modérément positive les personnes interrogées [Tableau 27].

A noter qu'il existe une différence significative par rapport au département d'origine des répondant et au genre, les femmes des Alpes Maritimes étant le plus influencés par la norme sociale [Tableaux 20 et 21].

L'impact du médecin sur la population semble avoir une forte importance en France (65%) [Graphe 8], et ce contrairement à l'avis du pharmacien qui n'est sollicité que dans 16% des cas [Graphe 6]. Le poids du conseil du médecin semble lié à l'historique de cette profession et à sa position clé de personne de premier recours.

### **4. Contrôle comportemental perçu**

La perception de contrôle concernant la capacité à utiliser des médicaments est élevée, de même que la décision de consommation qui est elle aussi élevée mais est cependant un peu moindre. Devant la décision d'arrêter un traitement, l'avis devient neutre [Tableau 29]. Le statut matrimonial a montré que la vie en couple facilite la prise de décision d'arrêt [Tableau 22].

Les croyances et l'évaluation des facteurs facilitants ou des obstacles à la consommation des médicaments en général (PBCPMO) et OTC (PBCOTC) sont neutres [Tableau 27]. On voit ici pour les patients la nécessité d'être mieux informé sur les modalités de l'automédication pouvant représenter un obstacle ou un élément facilitateur de la médication, et pourquoi pas une voie alternative à part entière.

Au total le fait d'être une femme, en couple, d'être d'un niveau scolaire secondaire et d'habiter dans les Alpes maritimes, milieu plus urbain, influent favorablement sur l'intention de consommation des médicaments.

## **B. FORCES ET FAIBLESSES DE CE TRAVAIL**

### **1. Les questionnaires**

Ces questionnaires ont été élaborés pour une étude européenne. Ainsi, ils étaient initialement formulés en anglais puis ont été traduits en français. Certaines questions n'étaient pas cohérentes avec le système de santé français. Elles ont été néanmoins prises en compte pour pouvoir intégrer toutes les données dans la base européenne permettant la comparaison entre les différents pays.

La longueur du questionnaire Cb (99 questions) était un obstacle à son acceptabilité et a été un frein à la qualité du recueil de données, d'autant plus qu'au préalable, les personnes avaient déjà répondu au premier questionnaire B (lui-même composé de 80 questions, et 54 dédiées au recueil des connaissances des traitements personnels des patients/clients). Certains patients n'ont, en conséquence, accepté de répondre qu'au questionnaire B présenté en priorité, diminuant ainsi l'échantillon pour le questionnaire Cb. D'autres ont choisi d'emporter les questionnaires à domicile pour répondre « au calme » avec un entretien téléphonique secondaire. La compréhension de certains items a pu être moins fine et la réponse plus approximative.

### **2. Population d'étude**

La comparaison entre la population de l'étude et la population générale montre une certaine inadéquation [Tableau 7]. Seule le pourcentage de Français et d'étranger est respecté par rapport à la population générale.

Le pourcentage de femme ayant participé à l'étude est plus important que dans la population Française (63,7% contre 51,6%). Elles sont donc surreprésentées. Un lien avec l'automédication ne peut évidemment être fait.

Les niveaux scolaires sont globalement plus élevés dans l'étude que dans la population générale. La proportion de personnes sans diplômes est nettement moins importante que dans la population générale (0,7% contre 15,1%). Inversement, les répondants de niveau universitaire représentent une part importante de la population étudiée (37,3% contre 23,6%). Dans un thème tel que l'automédication, le niveau éducationnel ne peut être neutre dans les réponses générées. La prédisposition positive vis à vis du médicament est influencée par le niveau scolaire [Tableau 12,14 et 17]. Il existe un lien

significatif avec l'intention d'achat [Tableau 25 et 31]. Ainsi, on peut s'attendre à ce que la population étudiée soit globalement plus favorable au médicament OTC que la population générale.

### **3. Biais de recrutement**

Un dernier point pourrait être un biais de sélection. Une des enquêtrices a clairement interrogé toute sa famille et amis, ce que l'on pouvait voir aisément grâce aux noms de famille et dates de naissance. J'ai dû écarter la plupart de ses résultats pour éviter une sélection orientée et non aléatoire des sujets interrogés. Ce cas ne s'est pas présenté avec les autres enquêteurs, ou du moins, cela n'était pas visible par le moyen des informations personnelles récoltées lors des interviews.

Aux dires de certains enquêteurs, les patients et clients choisis pour répondre à l'enquête ont pu être « pré sélectionnés » par le professionnel de santé, ce dernier écartant d'emblée les personnes « non apte » à répondre (problème de compréhension, de caractère, ou état de santé ne le permettant pas, etc). Il persiste donc un doute quant au caractère strictement aléatoire de la sélection des répondants.

## VIII. CONCLUSION

Le résultat de ce travail met en avant une confiance des patients/clients dans le médicament en général. La prescription médicale apparaît comme un gage de qualité du produit consommé, mais également d'une sécurité dans la pratique de cette consommation.

Le « terreau » actuel sur lequel se développe l'automédication est favorable. Les patients considèrent leur part de décision importante dans le choix de débiter un traitement. Ils sont confiant dans leur capacité à utiliser rationnellement les médicaments, avec notamment un contrôle comportemental perçu positif concernant les médicaments de vente libre. Dans un contexte où les autorités publiques cherchent à développer une « automédication responsable » s'opposant à une automédication dites «sauvage », ces caractéristiques sont essentielles. Le sens de la responsabilité et l'implication des patients dans la prise en charge de leur santé sont un passage obligatoire pour atteindre cet objectif..

Pourtant, le développement de l'automédication pourrait être compromise, ou du moins connaître un avancement encore modeste. En effet, l'intention d'achat de produits de vente libre hors prescription médicale reste peu marquée. Cela est à intégrer avec une image encore légèrement négative des médicaments de vente libre démontrée dans ce travail.

La levée de ces limites est de la responsabilité des pouvoirs publics et des professionnels de santé. Les premiers travaillent déjà sur le sujet depuis plusieurs années par l'instauration d'espaces et de législations privilégiant l'accès direct au médicament dans les officines. Mais leur action doit se poursuivre par un travail sur l'image des produits obtenus hors prescription souvent vu comme un médicament de seconde qualité. Un dernier point est la nécessité d'une clarification de l'obtention du médicament de vente libre comme une alternative à part entière et non par défaut dans le parcours de soin.

Pour les seconds, les professionnels de santé, l'éducation des patients concernant la place de l'automédication dans la prise en charge de leur santé et dans la sécurité d'utilisation des produits rentre pleinement dans leur mission d'accompagnement. Le développement d'un partenariat entre pharmaciens et médecins pourrait également être un aspect de la réussite de cet objectif, par le partage de l'information concernant les produits consommés par leurs patients communs. La réalité actuelle du terrain, où la population médicale vient à manquer dans un certain nombre de zone du territoire français, amène d'autant plus à considérer l'automédication responsable comme une réponse possible à la gestion des problèmes de santé non compliqué des patients. Ceci permettant aux professionnels de santé une meilleure disponibilité pour les situations plus complexes nécessitant leur implication.

L'automédication étant de toute manière appelée à se développer, ces mises au point apparaissent nécessaires afin que la santé du patient reste préservé. Chacun des acteurs, pouvoirs publics, patients, pharmaciens, médecins et industrie pharmaceutique, y trouvent un intérêt. Devant la place qu'elle est appelée à prendre, développer l'automédication responsable est alors un problème de santé publique où l'utilisation rationnelle des données scientifiques est le premier pas dans la prévention du mésusage.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Organisation mondiale de la santé. *L'usage rationnel du médicament. Rapport de la conférence d'experts*. Nairobi. 25-29 novembre 1985. / *Rapport du comité d'expert sur les politiques pharmaceutiques*. Genève. 19-23 juin 1995. / *Conseil exécutif. 118<sup>e</sup> session. Usage rationnel du médicament : le point sur la mise en œuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS*. 11 mai 2006. / *60<sup>e</sup> assemblée mondiale de la santé. Progrès en matière d'usage rationnel du médicament*. 22 mars 2007.
2. Europa, Le portail de l'union Européenne. *Une bonne santé pour tous*. Santé Publique. EUROPA. [http://europa.eu/pol/health/index\\_fr.htm](http://europa.eu/pol/health/index_fr.htm)
3. Commission Européenne CORDIS, Service communautaire d'information sur la recherche et le développement. *Septième Programme-Cadre. CORDIS*. [http://cordis.europa.eu/fp7/home\\_fr.html](http://cordis.europa.eu/fp7/home_fr.html)
4. COULOMB, A., BAUMELOU, A. *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marché, comportements, position des acteurs*. Février 2007. Disponible sur *La documentation Française* : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000030/index.shtml>. [Consulté le 05/10/11].
5. POUILLARD, J. *L'automédication*. Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins, février 2001. Disponible sur *Ordre National des Médecins*. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-automedication-680>. [Consulté le 12/10/11].
6. AFIPA. *Les Français et l'automédication, sortir de l'ambivalence vers une politique concrète en 2006*. Communiqué de Presse, 23 février 2006. Disponible sur AFIPA : [http://www.afipa.org/fichiers/3880\\_communique\\_presse\\_afipa\\_final\\_2.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/3880_communique_presse_afipa_final_2.pdf). [Consulté le 21/11/11].
7. GSK, GlaxoSmithKline. *L'automédication*. Octobre 2009. Disponible sur *Débat avenir de la santé* : [http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche\\_pratique/consommation\\_soin/automedication.htm](http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/consommation_soin/automedication.htm). [Consulté le 12/10/11].
8. *Avis du 27 mai 2005 aux fabricants concernant les demandes d'autorisation de mise sur le marché des médicaments de prescription médicale facultative*. Bulletin officiel (BO) santé, protection sociale et solidarité, 15 septembre 2005, n°05/08. Disponible sur *Ministère en charge de la santé* : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/bo0508.pdf>.

[Consulté le 21/11/11], Disponible sur AFIPA:

[http://www.afipa.org/fichiers/20110308153207\\_Avis\\_aux\\_fabricants\\_PMF\\_final5.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/20110308153207_Avis_aux_fabricants_PMF_final5.pdf).

[Consulté le 21/11/11].

9. Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. Disponible sur *Legifrance* :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019103892>. [Consulté le 17/11/11].

10. AFSSAPS. *Liste des indications/Pathologies/Situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en médication officinale*. Dossier thématique sur les médicaments en accès direct, dernière mise à jour le 01 juillet 2008. Disponible sur AFSSAPS :

[http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0). [Consulté le 21/11/11].

11. *Arrêté du 26 mars 2003 relatif à l'information du consommateur sur les prix des médicaments non remboursables dans les officines de pharmacie*. Journal Officiel 79 du 3 avril 2003. Disponible sur *Admynet* :

<http://admi.net/jo/20030403/ECOC0200140A.html>.

[Consulté le 21/11/11].

12. LEEM, Les Entreprises du Médicament. *La fixation du prix du médicament*. 08 septembre 2011. Disponible sur LEEM :

<http://www.leem.org/fixation-du-prix-des-medicaments>.

[Consulté le 02/12/11].

13. AFSSAPS. *Recommandations pour la publicité auprès du grand public*. Disponible sur

AFSSAPS : [http://www.afssaps.fr/activites/publicite-pour-le-grand-public/recommandations-pour-la-publicite-aupres-du-grand-public/\(offset\)/1](http://www.afssaps.fr/activites/publicite-pour-le-grand-public/recommandations-pour-la-publicite-aupres-du-grand-public/(offset)/1). [Consulté le 23/11/11].

14. LE PEN, C., CLP-santé pour l'AFIPA. *Automédication et santé publique : le « Service*

*Médical Rendu » par les médicaments d'automédication*. 2 décembre 2003. Disponible sur

AFIPA : [http://www.afipa.org/fichiers/3944\\_etude\\_clp.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/3944_etude_clp.pdf). [Consulté le 27/11/11].

15. AFIPA, Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (Paris XV), UPMC, Université Pierre et Marie Curie, Paris V. *Enquête libreaccès 2011, étude quantitative auprès du grand public*. Etude sur le libre accès en pharmacie, 7 mars 2011. Disponible sur AFIPA :

<http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/137-nos-actions/153-etudes-enquetes.aspx>.

[Consulté le 23/11/11].

16. AFIPA, IMS Health. *Les chiffres clés de l'automédication en 2010*. Marché français de l'automédication en 2010, 10 mars 2010. Disponible sur AFIPA : <http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication-aspx>. [Consulté le 21/11/11].
17. AESGP, Association Européenne des producteurs de Spécialités Pharmaceutiques Grand Public. AESGP Facts and Figures. Disponible sur AESGP : <http://www.aesgp.be/publications/facts-Figures.asp>. [Consulté le 22/12/11].
18. HAS. *Fiche technique. Définition du service médical rendu*. 10 avril 2007. Disponible sur HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/definition\\_smr.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/definition_smr.pdf). [Consulté le 02/12/11].
19. HAS. *Prise en charge des médicaments soumis à réévaluation*. HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_456052/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation?xtmc=SMR&xtcr=15](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456052/prise-en-charge-des-medicaments-soumis-a-reevaluation?xtmc=SMR&xtcr=15). [Consulté le 23/11/11].
20. AFIPA, UPMC. *Le libre accès en pharmacie 18mois après*. Etude sur le libre accès en pharmacie, 16 mars 2010. Disponible sur AFIPA : [http://www.afipa.org/fichiers/10105\\_upmc-etude-libre-acces-18-mois-apres-16mars2.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/10105_upmc-etude-libre-acces-18-mois-apres-16mars2.pdf). [Consulté le 21/11/11].
21. WASAIFY, M., SHIELDS, E. et al. *Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines*. Family practice. Oxford Journal, 27 septembre 2004, vol 22, p. 175. Disponible sur *Family Practice. Oxford Journal* : <http://fampra.oxfordjournals.org/content/22/2/170.full>. [Consulté le 02/11/12].
22. ABECASSIS, P., BATIFOULIER, P. *L'éthique médicale peut-elle être indépendante de la politique économique*. Université Paris X, Nanterre, 2007. Disponible sur *Economix* : <http://economix.fr/fr/dt/2007.php?id=45>. [Consulté le 21/11/11].
23. DACHEUX, E., GOUJON, D. *L'économie solidaire : une possibilité de relance de la construction européenne ?*. 2011. Disponible sur *Essachess* : [www.essachess.com/index.php/jcs/article/download/113/85](http://www.essachess.com/index.php/jcs/article/download/113/85). [Consulté le 06/12/11].
24. ABECASSIS, P., BATIFOULIER, P., BILTON, I. et al. *Les médecins sont-ils réellement imperméables aux principes de la politique de santé ? Une analyse textuelle de la déontologie et des conventions médicales*. Septembre 2005. Disponible sur *Economix* : [http://economix.fr/docs/94/ABECASSI\\_version\\_finale.pdf](http://economix.fr/docs/94/ABECASSI_version_finale.pdf). [Consulté le 06/12/11].

25. ABECASSIS, P., COUTINET, N. *Le développement des médicaments d'automédication : enjeux pour les firmes, les institutions de régulation et les consommateurs*. Acte des XXVIIème journées de l'Association de l'économie sociale, septembre 2007. Disponible sur : [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/89/86/PDF/Abecassis\\_et\\_coutinet\\_AES2007.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/89/86/PDF/Abecassis_et_coutinet_AES2007.pdf) [Consulté le 30/08/11].
26. ABALLEA, P., BARTOLI F. et al. *Les dépassements d'honoraires médicaux*. Rapport de l'IGAS, Inspection générale des affaires sociales, n° RM 2007-054P, avril 2007. Disponible sur : [http://www.mutuelles-de-france.fr/autonomiz/uploads/\\_FMF/template2\\_84/rapportdepassement.pdf](http://www.mutuelles-de-france.fr/autonomiz/uploads/_FMF/template2_84/rapportdepassement.pdf). {Consulté le 30/08/11}.
27. MATHIEU-NOLF, M. *Centre antipoison de Lille. Rapport annuel 2006*. p. 37-40. CAP, Centre antipoison de Lille. <http://cap.chru-lille.fr/CAPBD/BAIES/detail/ca4cap.htm>. [Consulté le 22/12/11].
28. POUYANNE, P. et al. *Admissions to hospitals caused by adverse drug reactions : cross sectional incidence study*. British Medical Journal, 15 avril 2000, vol. 320. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27343/?tool=pubmed>. [Consulté le 22/12/11].
29. LEGRAIN, S. *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance*. p. 8. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf). [Consulté le 22/12/11].
30. IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. *Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets ?*. Bulletin d'information en économie de la santé, octobre 2004, n°84. Disponible sur IRDES <http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes84.pdf>. [Consulté le 09/12/11].
31. ABECASSIS, P., COUTINET, N. *Caractéristiques du marché du médicament et stratégie des firmes pharmaceutiques*. 2008. Disponible sur CAIRN. Info : <http://www.cairn.info/revue-horizons-strategiques-2008-1-page-111.htm>. [Consulté le 09/12/11].
32. BLENKINSOPP, A., BRADLEY, C. *Over the counter drugs. Patients, society and the increase in self medication*. British Medical Journal, mars 1996, vol. 312, p. 629-632. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350384/?tool=pubmed>. [Consulté le 20/10/11].

33. AFSSAPS. *Liste par spécialité des médicaments de médication officinale*. Dossier thématique sur les médicaments en accès direct, dernière mise à jour le 05 juillet 2011. Disponible sur AFSSAPS : [http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0). [Consulté le 21/11/11].
34. Bradley, C., BOND, C. *Increasing the number of drugs available over the counter : arguments for and against*. British Journal of General Practice, octobre 1995, vol. 45, p. 153-156. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239409/>. [Consulté le 20/10/11].
35. AJZEN, I. *Icek Ajzen*. <http://people.umass.edu/aizen/background.html>. [Consulté le 30/08/11].
36. WIKIPEDIA. *Theory of planned behavior*. Disponible sur : [http://en.wikipedia.org/wiki/Theory\\_of\\_planned\\_behavior](http://en.wikipedia.org/wiki/Theory_of_planned_behavior). [Consulté le 30/08/11].
37. ANKRI, J. *Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé*. Gérontologie et société, Avril 2002, n° 103, p. 93-106. Disponible sur Cairn.info : [www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=GS\\_103\\_0093](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=GS_103_0093). [Consulté le 22/12/11].
38. ARONSON, JK. *Over-the-counter medicines*. British Journal of Clinical Pharmacology, 2004, vol 58 :3, p. 231-234. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884570/>. [Consulté le 20/10/2011].
39. BRADLEY, C., BLENKINSOPP, A. *The future of selfmedication*. British Medical Journal, mars 1996, vol. 312, p. 835-837. Disponible sur PubMedCentral : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350729/>. [Consulté le 20/10/11].
40. DREES, Direction de la recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques. *La consommation de médicaments non prescrits*. Etudes et Résultats, mars 2001, N° 105. Disponible sur Ministère en charge de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er105.pdf>. [Consulté le 06/10/2011].
41. GRAHN, JL. *Relationship of consumers' perceptions of drugs to drug use*. Public health report, janvier 1983, vol 98, n°1, p. 85-90. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424397/>. [Consulté le 20/10/11].
42. HAS. *Commission de la transparence*. Octobre 2011. Disponible sur HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/presentation\\_de\\_la\\_commission\\_de\\_la\\_transparence.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/presentation_de_la_commission_de_la_transparence.pdf)., [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_412113/commission-de-la-transparence](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412113/commission-de-la-transparence). [Consulté le 02/12/11].

43. HAS. *Poids économique des médicaments à SMR insuffisant*. 10 avril 2007. Disponible sur HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/poids\\_economique\\_medicaments\\_smri.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/poids_economique_medicaments_smri.pdf) [Consulté le 02/12/11].

44. KENNEDY, JG. *Over the counter drugs. Changing the roles of doctors and pharmacists*. British Medical Journal, mars 1996, vol. 312. p. 593-594. Disponible sur PubMed Central : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350402/>. [Consulté le 20/10/11].

45. LECOMTE, T. *Médicaments et santé publique. Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger*. ADSP, actualité et dossiers en santé publique, juin 1999, n°27, p. 30-31. Disponible sur HCSP, Le Haut Conseil de Santé Publique : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=49&menu=111282>. [Consulté le 02/11/11].

# **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Décret relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie.**

JORF n°0152 du 1 juillet 2008

texte n° 31

DECRET

**Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie**

NOR: SJSP0808252D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4235-1 et L. 5322-2 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la délibération du Conseil national de l'ordre des pharmaciens du 10 mars 2008 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre Ier du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° La section 14 devient la section 15 et l'article R. 5121-202 devient l'article R. 5121-206.

2° Il est rétabli une section 14 ainsi rédigée :

« Section 14

« Inscription sur la liste des médicaments de médication officinale

« Art. R. 5121-202. - Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé fixe la liste des médicaments, dits médicaments de médication officinale, que le pharmacien d'officine peut présenter en accès direct au public dans les conditions prévues à l'article R. 4235-55. Elle est publiée au Journal officiel de la République française.

« Sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou de la personne ayant procédé à l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-14-1 et après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché, le directeur général inscrit sur cette liste les médicaments dont :

« 1° L'autorisation de mise sur le marché n'indique pas qu'ils sont soumis à prescription au titre d'une des catégories prévues à l'article R. 5121-36 ;

« 2° Les indications thérapeutiques, la durée de traitement et les informations figurant dans la notice permettent leur utilisation, avec le conseil particulier du pharmacien d'officine prévu à l'article R. 4235-48, sans qu'une prescription médicale n'ait été établie ;

« 3° Le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise est adapté à la posologie et à la durée de traitement recommandées dans la notice ;

« 4° L'autorisation de mise sur le marché ou la décision d'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.

« Art. R. 5121-203. - Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut, par décision motivée, refuser d'inscrire un médicament sur la liste mentionnée à l'article R. 5121-202 pour tout motif de santé publique, notamment lorsque le rapport entre le bénéfice et les risques liés au médicament tel qu'il est défini au premier alinéa de l'article L. 5121-9 est en cours de réévaluation.

« Art. R. 5121-204. - Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut suspendre ou supprimer l'inscription d'un médicament de la liste prévue à l'article R. 5121-202 si les conditions posées à cet article ne sont plus remplies ou pour tout motif de santé publique, notamment lorsque le rapport entre le bénéfice et les risques liés au médicament tel qu'il est défini au premier alinéa de l'article L. 5121-9 est en cours de réévaluation.

« La décision du directeur général prévue à l'alinéa précédent est motivée et ne peut intervenir, sauf en cas d'urgence, qu'après que le demandeur a pu présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. »

## Article 2

Est ajouté à l'article R. 4235-55 du code de la santé publique un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, le pharmacien titulaire ou le pharmacien gérant une officine peut rendre directement accessibles au public les médicaments de médication officinale mentionnés à l'article R. 5121-202. Ces médicaments doivent être présentés dans un espace dédié, clairement identifié et situé à proximité immédiate des postes de dispensation des médicaments et d'alimentation du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 161-36-

4-2 du code de la sécurité sociale, de façon à permettre un contrôle effectif du pharmacien. Ce dernier met à la disposition du public les informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments de médication officinale.»

### Article 3

Après le cinquième alinéa, il est inséré à l'article R. 5125-9 du code de la santé publique un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les médicaments de médication officinale mentionnés à l'article R. 5121-202 peuvent être présentés au public en accès direct dans les conditions prévues à l'article R. 4235-55. »

### Article 4

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 juin 2008.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé,  
de la jeunesse, des sports  
et de la vie associative,  
Roselyne Bachelot-Narquin

# ANNEXE 2 : Liste des indications pouvant entrer dans le cadre d'utilisation des produits de PMF



REPUBLIQUE FRANÇAISE

## ANNEXE I

### LISTE DES INDICATIONS/PATHOLOGIES/SITUATIONS CLINIQUES RECONNUES COMME ADAPTEES A UN USAGE EN PMF

L'Annexe I de l'Avis aux Fabricants, paru au BO du 15/09/2005, répertorie la liste des indications ou situations cliniques pouvant relever d'une prise en charge autonome par le patient.

Dans le cadre de la mesure « Médicaments devant le comptoir des officines », une mise à jour de cette liste a été réalisée, sur la base des évaluations des demandes d'Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) réalisées par les Groupes de Travail Automédication (GTAM) et Prescription Médicale Facultative (PMF).

Cette mise à jour permet ainsi de définir les indications ou les situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF, pour lesquelles la dispensation devant le comptoir des officines des médicaments disposant d'une AMM dans ces indications serait envisageable, sous réserve que, pour chaque spécialité, les critères d'éligibilité définis au préalable soient remplis.

#### 1. Troubles cutanés

- Etats pelliculaires du cuir chevelu de l'adulte
- Poussées d'herpès labial localisé, appelé aussi "bouton de fièvre"
- Antiseptie ou nettoyage des petites plaies superficielles
- Piquûres d'orties, piquûres d'insectes, coup de soleil localisés
- Irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier (fesses rouges) du nourrisson
- Chute de cheveux modérée (alopécie androgénétique) de l'adulte, homme ou femme
- Brûlures superficielles et peu étendues
- Acnés mineures
- Troubles de la sécrétion sudorale
- Irritation cutanée modérée
- Sécheresse cutanée accompagnant certaines dermatoses
- Fissures, gerçures, crevasses
- Verrues vulgaires (traitement local)
- Cors, durillons, œil-de-perdrix chez l'adulte
- Intertrigo inter-digito-plantaire
- Poux-Lentes
- Urticaire aigue localisée (démangeaisons, rougeurs, œdèmes)

#### 2. Troubles oculaires

- Irritation conjonctivale isolée ou répétitive
- Sécheresse oculaire légère à modérée
- Traitement de l'irritation de l'œil (lavage oculaire)
- Conjonctivite allergique saisonnière ou non saisonnière

### 3. Troubles gastrointestinaux

- Diarrhées passagères (aiguës) chez l'adulte
- Ballonnement abdominal et flatulences
- Brûlures d'estomac, remontées acides
- ┌ Constipation occasionnelle de l'adulte
- Nausées et vomissements (sans fièvre)
- Troubles dyspeptiques (lenteur à la digestion, ballonnements)
- Crise hémorroïdaire
- Mal des transports
- Oxyures (petits vers blancs dans les selles)
- Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires

### 4. Troubles de la sphère oto-rhino-laryngologique (orl)

- Mal de gorge peu intense et sans fièvre,
- Irritations de la gorge.
- Sensations de nez bouché (obstruction nasale)
- Écoulement nasal clair
- Epistaxis (traitement d'appoint des saignements du nez occasionnels)
- Douleur de l'oreille en l'attente d'une consultation médicale
- Rhinite avec mouchage purulent, sans fièvre, sans douleur faciale et sans céphalée
- Rhinite allergique saisonnière ou non saisonnière (écoulement nasal clair, éternuements à répétition, démangeaison (prurit) nasale et/ou oculaire)
- Traitement au cours des rhumes de l'adulte : écoulement nasal clair, maux de tête et / ou fièvre, sensation de nez bouché

### 5. Troubles des voies aériennes supérieures

- Toux sèches et toux d'irritation (toux non productive gênante) d'apparition récente ou non chez l'adulte ou chez l'enfant de plus de 6 ans (traitement de courte durée)
- Difficultés d'expectoration (difficultés à rejeter en crachant les sécrétions bronchiques) chez l'adulte
- Troubles de la sécrétion bronchique (affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration) chez l'adulte

Remarque : La prise en charge d'une toux chez l'enfant de moins de 6 ans nécessite un diagnostic ainsi qu'un suivi médical.

### 6. Troubles buccodentaires

- Petites plaies de la bouche
- Aphtes quand le nombre de poussées est inférieur à 4 par an
- Sècheresse buccale (hyposialies)
- Prévention de la carie dentaire
- Douleurs liées à la poussée dentaire
- Hygiène bucco-dentaire
- Gingivite chez l'adulte
- Soins postopératoires en stomatologie
- Traitement local d'appoint des infections de la bouche ou en soins après une intervention chirurgicale de la cavité buccale

## 7. Troubles gynécologiques

- Mycoses vulvo-vaginales
- Contraception locale, spermicides
- Toilettes, soins gynécologiques externes
- Règles douloureuses

## 8. Troubles d'origine circulatoire

- Manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veino-lymphatique : jambes lourdes
- Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire
- Traumatisme bénin : ecchymoses, contusions (coup, bleus bosses)

## 9. Troubles rhumathologiques

- Traitement d'appoint des œdèmes post-traumatiques
- Traitement local de courte durée en cas de traumatisme bénin: entorse (foulure), contusion
- Traitement symptomatique des poussées douloureuses de l'arthrose, après au moins un avis médical
- Traitement local d'appoint des douleurs d'origine musculaire et tendino-ligamentaire
- Crampes musculaires

## 10. Autres

### **Douleur**

- Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles
- Médicament indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses
- Migraine après au moins un avis médical

### **Addiction**

- Sevrage tabagique / Abstinence temporaire au tabac

### **Troubles du sommeil**

- Troubles mineurs du sommeil

### **Asthénie**

- Fatigue passagère
- L'association d'un certain nombre des symptômes suivants peuvent évoquer un déficit en magnésium :
  - nervosité, irritabilité, anxiété légère, fatigue passagère, troubles mineurs du sommeil
  - manifestations d'anxiétés telles que spasmes digestifs ou palpitations (cœur sain)
  - crampes musculaires, fourmillements

L'apport du magnésium peut améliorer ces symptômes.

En l'absence d'amélioration de ces symptômes au bout d'un mois de traitement, il n'est pas utile de le poursuivre.

## **ANNEXE 3 : Définition du service médical rendu (SMR) par la HAS**

### **Définition du service médical rendu (SMR)**

**Le niveau de service médical rendu par une spécialité médicale détermine son degré de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

**Le service médical rendu est un critère qui prend en compte plusieurs aspects:**

d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ;  
d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée:  
efficacité et effets indésirables ;  
place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques ;  
intérêt pour la santé publique.

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis:

SMR majeur ou important ;  
SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ;  
SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité.

Le SMR d'un médicament est mesuré à un moment donné. Il peut évoluer dans le temps et son évaluation se modifier, notamment lorsque des données nouvelles sur lesquelles son appréciation se fonde sont produites, ou lorsque des alternatives plus efficaces apparaissent.

### **La procédure de révision périodique de la liste des spécialités remboursées : rappel chronologique**

En avril 1999, Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité et secrétaire d'Etat à la Santé, avait missionné la Commission de la transparence (anciennement située à l'Afsaps, aujourd'hui intégrée à la Haute Autorité de santé) afin qu'elle évalue l'intégralité des spécialités pharmaceutiques remboursables en ville.

En juin 2001, 4 490 spécialités remboursées en ville ont été réévaluées (dont 2 815 spécialités auxquelles a été attribué un SMR majeur ou important, 840 spécialités auxquelles a été attribué un SMR modéré ou faible, 835 spécialités auxquelles a été attribué un SMR insuffisant).

Le gouvernement a baissé le taux de prise en charge (de 65% à 35%) des spécialités à SMR insuffisant (Arrêtés de baisse de taux du 14 septembre et du 30 décembre 2001) et obtenu

des baisses de prix de la part des laboratoires (de 2000 à 2002).

En 2002, Jean François Mattéi, alors ministre chargé de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé de programmer le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant, après une nouvelle réévaluation programmée en trois phases, de 2003 à 2005.

La première phase a concerné les spécialités à SMR insuffisant n'ayant pas de place dans la stratégie thérapeutique, d'autres moyens de prise en charge leur étant préférables. A l'issue de cette première phase, 72 spécialités (soit 60 noms de marque) à SMR insuffisant ont été déremboursées (Arrêté du 24 septembre 2003)

La deuxième phase de réévaluation, dont les résultats sont présentés aujourd'hui, a été menée à bien entre avril 2004 et juin 2005. Elle concerne 403 spécialités (soit 245 noms de marque) à SMR insuffisant et à prescription médicale facultative.

La troisième phase de réévaluation concernera une centaine de spécialités à prescription médicale obligatoire.

### **La Commission de la transparence : missions et composition**

La Commission de la transparence est une instance scientifique composée de 20 membres titulaires, médecins, pharmaciens ou spécialistes en méthodologie et épidémiologie. Elle comprend des médecins hospitaliers et des médecins libéraux, spécialistes et généralistes. Dans ses travaux d'évaluation des médicaments, la Commission sollicite en outre l'avis d'experts, tous praticiens en exercice.

La Commission évalue les médicaments ayant obtenu leur Autorisation de mise sur le marché (AMM), lorsque le laboratoire qui les commercialise souhaite obtenir leur inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Elle a notamment pour mission:

- de donner un avis aux ministres en charge de la Santé et de la Sécurité sociale sur la prise en charge (par la Sécurité sociale, et/ou pour leur utilisation à l'hôpital) des médicaments ;
- de contribuer au bon usage du médicament en publiant une information scientifique pertinente et indépendante sur les médicaments, leur place dans la stratégie thérapeutique, et les résultats de l'évaluation de leur Service médical rendu (SMR), ainsi que l'amélioration qu'ils sont susceptibles d'apporter par rapport aux traitements déjà disponibles (ASMR).

## ANNEXE 4 : Questionnaire B OTC-SOCIOMED



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

### Questionnaire (B) validé pour le recueil

EVALUATION DES MÉDICAMENTS DE VENTE LIBRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Identification des Déterminants du recours aux médicaments de prescription et des Déterminants de recours aux médicaments de vente libre chez des personnes qui consultent un médecin généraliste par comparaison aux personnes qui se rendent directement chez un pharmacien.  
Etude multicentrique internationale dans sept pays Européens

### QUESTIONNAIRE QUANTITATIF (B)

Conçu pour les entretiens en face à face avec des patients/clients en tant que consommateurs de médicaments de prescription versus médicaments de vente libre

Nom de l'enquêteur.....

Numéro d'identification de la personne interrogée .....

Lieu et date de l'entretien.....

#### Note pour l'enquêteur

**Avant de commencer l'entretien, merci d'informer la personne interrogée que l'entretien est anonyme et que tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels.**

Vous expliquerez à la personne interrogée que le but de l'étude est de mieux comprendre les habitudes des gens pour rester en bonne santé et pour se soigner et d'identifier les restrictions d'accès aux médicaments de prescription et aux médicaments de vente libre. Vous lui direz que l'objectif final poursuivi par l'étude est d'améliorer l'approvisionnement et l'utilisation de médicaments dans leur pays.

© Ce questionnaire (A) a été élaboré par  
Mr le Pr. Dr L.J Slikkerveer et son équipe LEAD de l'Université de Leiden, Pays-Bas :  
Mme Dr L.N Leurs, Mme LM Blank ( MA), Mme J Aiglsperger (MA)  
avec la participation de Mr le Pr Dr C Lionis, Université de Crète , Grèce  
OTC SOCIOMED 30 juin 2010



## PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

La structure du questionnaire (B) a été conçue selon les questions évaluant l'utilisation des ressources de santé telles qu'elles apparaissent dans le modèle global de Slikkerveer (2010), et afin d'interroger dans 7 pays européens 2 catégories de consommateurs de médicaments : ceux qui consomment des médicaments de prescription et ceux qui consomment des médicaments de vente libre : les patients qui consultent un médecin généraliste comme celles qui se rendent directement chez le pharmacien.

Le questionnaire B est conçu uniquement pour les personnes qui ont demandé d'elles-mêmes à consulter un médecin/pharmacien

### **A RENSEIGNEMENTS GENERAUX (propres aux clients/patients)**

#### 0. RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LA PERSONNE INTERROGEE

### **B VARIABLES INDEPENDANTES (propres aux clients/patients)**

#### **VARIABLES PREDISPOSANTES (propres aux clients/patients)**

- 1 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES
- 2 FACTEURS PSYCHO SOCIAUX

#### **VARIABLES FACILITANTES (propres aux clients/patients)**

- 3 FACTEURS RELATIFS AU STATUT SOCIO ECONOMIQUE

#### **VARIABLES ORGANISATIONNELLE / INSTITUTIONNELLE (propres aux clients/patients)**

- 4 FACTEURS EN RAPPORT AVEC L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

#### **VARIABLES EN RAPPORT AVEC LA MORBIDITE PERCUE (propres aux clients/patients)**

- 5 FACTEURS EN RAPPORT AVEC LA MORBIDITE PERCUE

### **C.VARIABLES D'INTERVENTION (propres aux clients/patients)**

- 6 POLITIQUE GOUVERNEMENTALE ET FACTEURS COMMERCIAUX (propres aux clients/patients)
- 7 FACTEURS RELATIFS AUX MEDECINS/PHARMACIENS (propres aux médecins pharmaciens)

### **D.VARIABLES DEPENDANTES (propres aux clients/patients)**

- 8 COMPORTEMENT D'UTILISATION DES MEDICAMENTS (médicaments de prescription/médicaments de vente libre)

### **E. IDEES ET OPINIONS GENERALES DES REpondANTS (propres aux clients/patients)**

- 9 IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET SOLUTIONS LIES A L'UTILISATION DES MEDICAMENTS



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**A RENSEIGNEMENTS GENERAUX (propres aux clients/patients)**

0 RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LA PERSONNE INTERROGEE

0.1 Pays (country)	1 GRECE 2 MALTE 3 CHYPRE 4 TURQUIE 5 FRANCE 6 REP TCHEQUE 7 SUEDE 8 AUTRE .....
0.2 Numéro de la région d'enquête (nodis)	.....
0.3 Catégorie du répondant (catres)	1 Client 2 Patient 3 Autre.....
0.4 Genre du répondant (gender)	1 Homme 2 Femme
0.5 Type du District (Tyserv)	1 Rural 2 Semi urbain 3 Urbain 4 Autre.....
0.6 Lieu de l'entretien (placint)	1 Domicile 2 Etablissement de soin 3 Pharmacie 4 Supermarché/Parapharmacie 5 Autre.....



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**B VARIABLES INDEPENDANTES (propres aux clients/patients)**

**VARIABLES PREDISPOSANTES (propres aux clients/patients)**

1 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES

- 1.1 Quelle est votre année de naissance ?  
(datbir) 1 .....
- 1.2 Quelle est votre situation familiale actuelle ?  
(marstat) 1 Vit seul(e)  
2 Mariée/Pacsé(e)/concubinage  
3 Divorcé(e)  
4 Veuf/veuve
- 1.3 Quelle est votre nationalité ?  
(natres) 1 Grecque  
2 Maltaise  
3 Chypriote  
4 Turque  
5 Française  
6 Tchèque  
7 Suédoise  
8 Autre.....
- 1.4 Quel est votre niveau scolaire ?  
(edu) 1 Aucun  
2 Primaire  
3 Secondaire  
4 Universitaire  
5 Post doctoral (spécialisation)  
6 Autre.....
- 1.5 Quelle est votre profession ?  
(profes) 1 Agriculteur  
2 Fonctionnaire  
3 Militaire  
4 Policier  
5 Entrepreneur  
6 Autre.....



## PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

### 2 FACTEURS PSYCHO SOCIAUX (propres aux clients/patients)

- 2.1 Quelle est votre opinion générale sur les médicaments de prescription ? (oppresm)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 Très positive
- 2.2 Quelle est votre opinion générale sur les médicaments de vente libre ? (opnpresm)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 Très positive
- 2.3 Quelle est votre opinion générale sur les médicaments conventionnels ? (opconvm)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 Très positive
- 2.4 Quelle est votre opinion générale sur les médicaments des médecines complémentaires et alternatives ? (opcamm)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 très positive
- 2.5 Quelle est votre opinion sur la politique du médicament de la France ? (opgovpol)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 très positive
- 2.6 Quelle est votre opinion sur la politique du médicament suivie par l'industrie pharmaceutique ? (opcompol)
- 1 Sans opinion  
2 Très négative  
3 Négative  
4 Neutre  
5 Positive  
6 Très positive



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 2.7 Quel est votre niveau de connaissance des maladies ?  
(cknowdis)
- 1 Pas de connaissance
  - 2 Très faible niveau de connaissance
  - 3 Faible niveau de connaissance
  - 4 Niveau moyen
  - 5 Bon niveau de connaissance
  - 6 Excellent niveau de connaissance
- 2.8 Quel est votre niveau de connaissance des médicaments de prescription ?  
(knowpm)
- 1 Pas de connaissance
  - 2 Très faible niveau de connaissance
  - 3 Faible niveau de connaissance
  - 4 Niveau moyen
  - 5 Bon niveau de connaissance
  - 6 Excellent niveau de connaissance
- 2.9 Quelle est votre source principale d'information concernant les médicaments de prescription ?  
(sorinfpm)
- 1 Ne sais pas
  - 2 Médecin/pharmacien
  - 3 Membres de la famille
  - 4 Amis voisins
  - 5 Livres et revues médicales
  - 6 Médias (TV radio)
  - 7 Internet
  - 8 Activités de promotion
  - 9 Autre.....
- 2.10 Etes vous satisfaits de la quantité d'information que vous recevez concernant la sécurité et l'efficacité des médicaments de prescription ?  
(sattypm)
- 1 Ne sais pas
  - 2 Pas satisfait
  - 3 Très peu
  - 4 Peu
  - 5 Moyennement
  - 6 Beaucoup
  - 7 Très satisfait
- 2.11 Quel est votre niveau de connaissance des médicaments de vente libre ?  
(knownpm)
- 1 Pas de connaissance
  - 2 Très faible niveau de connaissance
  - 3 Faible niveau de connaissance
  - 4 Niveau moyen
  - 5 Bon niveau de connaissance
  - 6 Excellent niveau de connaissance



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 2.12 Quelle est votre source principale d'information concernant les médicaments de vente libre ? (sorinfnpm)
- 1 Ne sais pas
  - 2 Médecin/pharmacien
  - 3 Membres de la famille
  - 4 Amis voisins
  - 5 Livres et revues médicales
  - 6 Médias (TV radio)
  - 7 Internet
  - 8 Activités de promotion
  - 9 Autre.....
- 2.13 Etes vous satisfaits de la quantité d'information que vous recevez concernant la sécurité et l'efficacité des médicaments de vente libre ? (sattynpm)
- 1 Ne sais pas
  - 2 Pas satisfait
  - 3 Très peu
  - 4 Peu
  - 5 Moyennement
  - 6 Beaucoup
  - 7 Très satisfait
- 2.14 Quel type de médicaments préférez-vous ? (preftypm)
- 1 Pas de préférence
  - 2 médicaments de prescription
  - 3 médicaments de vente libre
- 2.15 Selon vous, quel genre de médicament est le plus coûteux ? (optypmed)
- 1 Aucune différence
  - 2 médicaments de prescription
  - 3 médicaments de vente libre
- 2.16 Quel genre de traitement médicamenteux préférez-vous ? (prefsorm)
- 1 Aucune préférence
  - 2 Médicaments conventionnels
  - 3 Médicaments des médecines alternatives
  - 4 Préférence pour les deux
- 2.17 Selon vous, quel genre de traitement Médicamenteux est le plus coûteux ? (opsorexm)
- 1 Aucune différence
  - 2 Médicaments conventionnels
  - 3 Médicaments des médecines alternatives



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**VARIABLES FACILITANTES (propres aux clients/patients)**

**3 FACTEURS RELATIFS AU STATUT SOCIO ECONOMIQUE**

- 3.1 A votre avis quel est votre statut économique actuel ?  
(ses)
- 1 Très bas  
2 Bas  
3 Moyen  
4 Elevé  
5 Très élevé
- 3.2 Dans quelle catégorie situez vous votre revenu annuel en Euros (anincom)
- 0 Pas de réponse  
1 Pas de revenu annuel  
2 < 10.000 euros ou < 10%\*  
3 11 000 - 20 000 ou < 20%  
4 21 000 - 30 000 ou < 30%  
5 31 000 - 40 000 ou < 40%  
6 41 000 - 50 000 ou < 50%  
7 51 000 - 60 000 ou < 60%  
8 61000 - 70 000 ou < 70%  
9 71 000 - 80000 ou < 80%  
10 81 000 - 90.000 ou < 90%  
11 91 000 - 100.00 ou > 100%  
12 > 100 000 ou > 100%
- \*Ou = pourcentage du montant du revenu annuel maximal estimé dans votre profession*
- 3.3 Selon vous, quel est le montant annuel des frais de transport pour vous rendre chez votre médecin ou dans un centre médical ou une pharmacie ?  
(ancostra)
- 1 Je ne sais pas  
2 Pas de frais restant  
3 < 1000 euros  
4 1 100 - 2 000 euros  
5 < 2000 euros
- 3.4 Quel organisme couvre vos dépenses annuelles en Médicaments ?  
(ancosme)
- 1 Je ne sais pas  
2 Pas de frais  
3 Par une assurance personnelle  
4 Par des fonds publics  
5 Par une assurance  
6 Autre.....
- 3.5 Selon vous, quel est le montant annuel du coût des médicaments que vous avez achetés qui reste à votre charge ?  
(ancostin)
- 1 Je ne sais pas  
2 Pas de frais restant  
3 < 1000 euros  
4 1 100 - 2 000 euros  
5 < 2 000 euros



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**VARIABLES ORGANISATIONNELLE/INSTITUTIONNELLE (propres aux clients/patients)**

4 FACTEURS EN RAPPORT AVEC L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

- |   |   |
|---|---|
| 4.1 Quel est le type d'organisation du système de santé dans votre région ?<br>(otyphys)  | 1 Je ne sais pas<br>2 Public<br>3 Privé<br>4 Combinaison des deux<br>5 Autre .....  |
| 4.2 De quel type d'organisation du système avez vous reçu vos médicaments pour votre affection principale ?<br>(otypmed)          | 1 Je ne sais pas<br>2 Public<br>3 Privé<br>4 Combinaison des deux<br>5 Autre .....  |
| 4.3 A quel type d'institution vous adressez vous pour aller chercher vos médicaments de votre affection principale ?<br>(instmed) | 1 Je ne sais pas<br>2 Pharmacie indépendante<br>3 Pharmacie de détail<br>4 Pharmacie d'une chaîne/groupe<br>5 Centre de soin Hôpital<br>6 Supermarché<br>7 Autre..... |
| 4.4 Etes vous adhérent d'un réseau de patients/clients ?<br>(instcpas)  | 1 Je ne sais pas<br>2 Non<br>3 Oui  |



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**VARIABLES EN RAPPORT AVEC LA MORBIDITE PERCUE (propres aux clients/patients)**

**5 FACTEURS EN RAPPORT AVEC LA MORBIDITE PERCUE**

- 5.1 Comment estimez vous votre état de santé (en dehors de la plainte actuelle) ? (clienghs)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Très mauvais
  - 3 Mauvais
  - 4 Moyen
  - 5 Bon
  - 6 Excellent
- 5.2 Quel est votre principal problème de santé (symptômes spécifiques) qui vous a amené à demander l'avis d'un médecin/pharmacien ? (clienpm)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Toux et crachats
  - 3 Douleur thoracique
  - 4 Difficulté à respirer
  - 5 Douleurs, raideurs, gonflement articulations
  - 6 Anxiété
  - 7 Autre.....
- 5.3 Quelle a été votre principale raison qui vous a conduit à demander à votre médecin/pharmacien des médicaments pour ce problème de santé ? (clienrsm)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Maladie/blessure
  - 3 Pour obtenir un médicament
  - 4 Pour obtenir une prescription
  - 5 Pour faire un bilan
  - 6 Pour un courrier vers un autre spécialiste ou l'hôpital
  - 7 Autre.....
- 5.4 Avez-vous demandé un médicament particulier à votre médecin/pharmacien ? (clienreq)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Non
  - 3 Oui
- 5.5 Ou avez-vous obtenu l'information à propos de ce médicament ? (clieninf)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Médecin/pharmacien
  - 3 Moi même
  - 4 Famille
  - 5 Amis voisins
  - 6 Livres consultés
  - 7 Internet
  - 8 Media (TV radios)
  - 9 Actions de Promotion
  - 10 Autre.....



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 5.6 Selon votre médecin/pharmacien, dans quelle catégorie de diagnostique se range le mal dont vous souffrez ? (clidiagn)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Signes généraux, non spécifiques
  - 3 Sang, système immunitaire
  - 4 Système digestif
  - 5 Yeux
  - 6 Oreilles
  - 7 Système cardio vasculaire
  - 8 Muscles et squelette
  - 9 Système nerveux
  - 10 Psychisme
  - 11 Système Respiratoire
  - 12 Peau
  - 13 Système Endocrine, métabolique, nutrition
  - 14 Urologique
  - 15 Grossesse et obstétrique
  - 16 Gynécologie
  - 17 Andrologie
  - 18 Problèmes sociaux
  - 19 Autre.....
- 5.7 En dehors des médicaments que vous utilisez pour votre affection principale, utilisez vous également des médicaments de vente libre ? (usnpm)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Non
  - 3 Oui
- 5.8 En dehors des médicaments que vous utilisez pour votre affection principale, pour quelles raisons utilisez vous également des médicaments de vente libre ? (uspunpm)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Je n'en utilise pas
  - 3 Pour promouvoir ma santé
  - 4 Pour prévenir des maladies
  - 5 Pour compléter mon alimentation
  - 6 Autre.....
- 5.9 En dehors des médicaments que vous utilisez pour votre affection principale, quels types de médicaments de vente libre utilisez vous ? (uskinpm)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Médicaments contre la douleur
  - 3 Antitussifs contre le rhume
  - 4 Autres médicaments contre le rhume
  - 5 Crèmes pour la peau
  - 6 Laxatifs ou médicaments contre les brûlures d'estomac
  - 7 Somnifères
  - 8 Vitamines et tonifiants
  - 9 Sédatifs et tranquillisants
  - 10 Antihypertenseurs, cardiaques
  - 11 Antiallergiques
  - 12 Combinaison
  - 13 Autre.....



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**C.VARIABLES D INTERVENTION (propres aux clients/patients)**

**6 REGLEMENTS ET POLITIQUES COMMERCIALES DE L'ETAT ET DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE (propres aux clients/patients)**

- |  |   |
|--|---|
| 6.1 Combien de lois et de règlements établis par l'Etat déterminent votre utilisation des médicaments de prescription ? (govregp)  | 1 Je ne sais pas<br>2 Aucun<br>3 Très peu<br>4 Peu<br>5 Un nombre moyen<br>6 Un grand nombre<br>7 Un très grand nombre  |
| 6.2 Existe-t-il des incitations gouvernementales qui influencent votre utilisation des médicaments de prescription ? (govpromp)  | 1 Je ne sais pas<br>2 Aucun<br>3 Très peu<br>4 Peu<br>5 Un nombre moyen<br>6 Un grand nombre<br>7 Un très grand nombre  |
| 6.3 Combien de recommandations établies par des associations de patients ou de consommateurs déterminent votre utilisation des médicaments de prescription ? (cliasrep)              | 1 Je ne sais pas<br>2 Aucun<br>3 Très peu<br>4 Peu<br>5 Un nombre moyen<br>6 Un grand nombre<br>7 Un très grand nombre  |
| 6.4 Combien de publicités sur les médicaments faites par des associations de patients/consommateurs influencent-elles votre utilisation des médicaments de prescription ? (cliasprp) | 1 Je ne sais pas<br>2 Aucune<br>3 Très peu<br>4 Peu<br>5 Un nombre moyen<br>6 Un grand nombre<br>7 Un très grand nombre |
| 6.5 Combien de publicités sur les médicaments faites par l'industrie pharmaceutique influencent votre utilisation des médicaments de prescription ? (compromp)                       | 1 Je ne sais pas<br>2 Aucune<br>3 Très peu<br>4 Peu<br>5 Un nombre moyen<br>6 Un grand nombre<br>7 Un très grand nombre |



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 6.6 Quels sont les facteurs communautaires qui influencent votre décision d'utiliser des médicaments de prescription ? (comfactp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Collègues/personnel  
4 Famille  
5 Amis et voisins  
6 Notables  
7 Autre.....
- 6.7 Y a-t-il d'autres facteurs externes qui influencent votre décision d'utiliser des médicaments de prescription ? (otheronp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Autre.....
- 6.8 Combien de lois et de règlements établis par l'Etat contrôlent votre utilisation des médicaments de vente libre ? (govregnp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Très peu  
4 Peu  
5 Un nombre moyen  
6 Un grand nombre  
7 Un très grand nombre
- 6.9 Combien de recommandations de l'Etat guident votre utilisation des médicaments de vente libre ? (govpronp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Très peu  
4 Peu  
5 Un nombre moyen  
6 Un grand nombre  
7 Un très grand nombre
- 6.10 Combien de recommandations établies par des associations de patients ou de consommateurs guident votre utilisation des médicaments de vente libre ? (cliasrnp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Très peu  
4 Peu  
5 Un nombre moyen  
6 Un grand nombre  
7 Un très grand nombre
- 6.11 Combien de publicités sur les médicaments faites par des associations de patients/consommateur influencent-elles votre utilisation des médicaments de vente libre ? (cliaspnp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucune  
3 Très peu  
4 Peu  
5 Un nombre moyen  
6 Un grand nombre  
7 Un très grand nombre



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 6.12 Combien de publicités sur les médicaments faites par l'industrie pharmaceutique influencent votre utilisation des médicaments de vente libre ? (compromp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucune  
3 Très peu  
4 Peu  
5 Un nombre moyen  
6 Un grand nombre  
7 Un très grand nombre
- 6.13 Quels sont les facteurs communautaires qui influencent votre décision d'utiliser des médicaments de vente libre ? (comfacnp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Collègues/personnel  
4 Famille  
5 Amis et voisins  
6 Notables  
7 Autre.....
- 6.14 Y a-t-il d'autres facteurs externes qui influencent votre décision d'utiliser des médicaments en vente libre ? (otheronp)
- 1 Je ne sais pas  
2 Aucun  
3 Autre.....

7 FACTEURS LIES AUX MEDECINS/PHARMACIENS (propres clients/patients)

- 7.1 Qui vous fournit les médicaments de prescription? (provpom)
- 1 Sans objet  
2 Médecin  
3 Pharmacien  
4 Autre .....
- 7.2 Qui vous fournit les médicaments de vente libre? (provnpm)
- 1 Sans objet  
2 Médecin  
3 Pharmacien  
4 Autre.....
- 7.3 Votre Médecin / Pharmacien est il ? (physgen)
- 1 Un homme  
2 Une femme
- 7.4 Quel est l'âge de votre Médecin / Pharmacien ? (physage)
- 1 Je ne sais pas  
2 ..... Années



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 7.5 Quelle est la nationalité de votre Médecin/Pharmacien ?  
(physnat)
- 1 Grecque
  - 2 Maltaise
  - 3 Chypriote
  - 4 Turquie
  - 5 Française
  - 6 Tchèque
  - 7 Suédoise
  - 8 Autre.....
- 7.6 Quel est le niveau scolaire de votre Médecin/Pharmacien ?  
(physedu)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Universitaire
  - 3 Spécialisation
  - 4 Autre.....
- 7.7 A votre avis quel est le statut économique de votre Médecin/pharmacien ?  
(physses)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 très bas
  - 3 Bas
  - 4 Moyennement haut
  - 5 Très haut
- 7.8 Vous êtes patient/client de votre Médecin/pharmacien depuis ?  
(pracexp)
- 1 pas d'expérience antérieure
  - 2 < 5 ans
  - 3 6-10 ans
  - 4 11 - 15 ans
  - 5 > 16 ans
- 7.9 A votre avis quel est le niveau de connaissance des maladies de votre Médecin/Pharmacien ?  
(knowdis)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Aucune connaissance
  - 3 Niveau très faible
  - 4 Niveau faible
  - 5 Niveau moyen
  - 6 Niveau élevé
  - 7 Niveau très élevé
- 7.10 A votre avis quel est le niveau de connaissance des Médicaments de votre Médecin/Pharmacien ?  
(knowmed)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Aucune connaissance
  - 3 Niveau très faible
  - 4 Niveau faible
  - 5 Niveau moyen
  - 6 Niveau élevé
  - 7 Niveau très élevé



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

- 7.11 Etes vous satisfaits des médicaments fournis par votre médecin/pharmacien ? (satmed)
- 1 Je ne sais pas
  - 2 Non satisfait
  - 3 Très peu satisfait
  - 4 Peu satisfait
  - 5 Moyennement
  - 6 Assez satisfait
  - 7 Très satisfait
- 7.12 Est-ce que votre médecin/pharmacien vous a informé sur votre problème de santé et l'utilisation des médicaments appropriés ? (informim)
- 1 Ne sais pas
  - 2 Non
  - 3 Seulement pour le problème de santé
  - 4 seulement pour les médicaments
  - 5 Oui pour les deux
- 7.13 Est-ce que votre médecin/pharmacien conserve un enregistrement des médicaments que vous utilisez ? (wisrecum)
- 1 Sans objet
  - 2 Ne sais pas
  - 3 Non
  - 4 Pour les médicaments de prescription
  - 5 Pour les médicaments en vente libre
  - 6 Oui pour les deux
- 7.14 Est-ce que vous souhaiteriez que votre médecin/pharmacien conserve un enregistrement des médicaments que vous utilisez ? (wisrecum)
- 1 Sans objet
  - 2 Ne sais pas
  - 3 Non
  - 4 Pour les médicaments de prescription
  - 5 Pour les médicaments en vente libre
  - 6 Oui pour les deux



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

<b>D.VARIABLES DEPENDANTES (propres aux clients/patients)</b>							
<b>Un maximum de 3 médicaments en PM0 et de 3 médicaments en PMF</b>							
<b>8.1</b>	Combien de <b>médicaments</b> de prescription différents avez-vous utilisés pour soigner votre affection principale pendant les 12 derniers mois ? NOMBRE .....						
<b>8.2</b>	Combien de <b>médicaments de vente libre</b> différents avez-vous utilisés pour soigner votre affection principale pendant les 12 derniers mois ? NOMBRE.....						
<b>Nombre de médicaments : un maximum de 3 médicaments de prescription et de 3 médicaments de vente libre par patient</b>							
		1	2	3	4	5	6
<b>8.3</b>	Type de médicaments utilisés ?	1 prescription 2 libre	1 prescription 2 libre				
<b>8.4</b>	Nom des médicaments utilisés ?						
<b>8.5</b>	Ces médicaments sont ils utilisés pour la 1ère fois ou renouvelés ?	1 première fois 2 usage répété	1 première fois 2 usage répété				
<b>8.6</b>	A Quel type de médicament avez vous eu recours ?	1 Conventionnel 2 Alternatif	1 Conventionnel 2 Alternatif				
<b>8.7</b>	Quelles sont les caractéristiques des médicaments que vous utilisez actuellement ?	1 Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....	1Ne sais pas 2 Antalgiques 3 Antitussifs 4 Autre med du rhume 5 Pommade 6 Laxatifs ou med estomac 7 Somnifère 8 Vitamines ou énergisants 9 Sédatifs ou Tranquillisants 10 AntiHTA ou méd pour cœur 11 Anti allergiques 12 combinaisons 13 Autre .....
<b>8.8</b>	Posologie quotidienne du médicament						



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

<b>8.9</b>	Quel est le niveau de prix des médicaments que vous utilisez en ce moment ?	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé	1 Je ne sais pas 2 Très bas 3 Bas 4 Moyen 5 élevé 6 Très élevé
<b>8.10</b>	Qui vous a fourni les médicaments que vous utilisez ?	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....	1 Ne sais pas 2 Médecin /pharmacien 3 Dispensaire 4 Hôpital 5 Supermarché 6 Autre .....
<b>8.11</b>	Qui vous a recommandé l'usage de ce médicament ?	1 Moi-même 2 Famille 3 Médecin / Pharmacien 4 Autre .....					



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**E IDEES ET OPINIONS GENERALES DES PERSONNES INTERROGEEES (propres aux clients/patients)**

**PROBLEMES ET SOLUTIONS LIES A LA REMISE DE MEDICAMENTS DE VENTE LIBRE**

- |   |   |
|---|---|
| 9.1 A votre avis, quelle est la principale difficulté pour délivrer des médicaments de prescription dans votre pays ? (propmed)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Je ne sais pas</li> <li>2 Aucun problème</li> <li>3 Leur commercialisation</li> <li>4 Une fourniture trop libérale</li> <li>5 L'absence de contrôle étatique</li> <li>6 L'augmentation des exigences patients/clients</li> <li>7 Autre.....</li> </ul>                 |
| 9.2 A votre avis quel est la meilleure solution pour résoudre le principal problème pour délivrer des médicaments de prescription dans votre pays ? (solpled) | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Je ne sais pas</li> <li>2 Pas de solution disponible</li> <li>3 Limiter leur commercialisation</li> <li>4 Réduire l'approvisionnement</li> <li>5 Renforcer le contrôle étatique</li> <li>6 Réguler les exigences des patients/clients</li> <li>7 Autre.....</li> </ul> |
| 9.3 A votre avis, quelle est la principale difficulté pour délivrer des médicaments de vente libre dans votre pays ? (pronpmed)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Je ne sais pas</li> <li>2 Aucun problème</li> <li>3 Leur commercialisation</li> <li>4 Une fourniture trop libérale</li> <li>5 L'absence de contrôle étatique</li> <li>6 L'augmentation des exigences patients/clients</li> <li>7 Autre.....</li> </ul>                 |
| 9.4 A votre avis quel est la meilleure solution pour résoudre le principal problème pour délivrer des médicaments de vente libre dans votre pays ? (solnpled) | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Je ne sais pas</li> <li>2 Pas de solution disponible</li> <li>3 Limiter leur commercialisation</li> <li>4 Réduire l'approvisionnement</li> <li>5 Renforcer le contrôle étatique</li> <li>6 Réguler les exigences des patients/clients</li> <li>7 Autre.....</li> </ul> |

## ANNEXE 5 : Questionnaire Cb OTC-SOCIOMED



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

### Questionnaire Cb validé pour le recueil

ASSESSING THE OVER THE COUNTER MEDICATIONS IN PRIMARY CARE  
AND TRANSLATING THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR INTO INTERVENTIONS

EVALUATION DU RECOURS AUX MEDICAMENTS DE VENTE LIBRE EN SOINS PRIMAIRES  
ET TRANSFORMATION DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PREVU EN INTERVENTIONS

### QUESTIONNAIRE QUANTITATIF (Cb)

Conçu pour les entretiens en face à face avec des patients/clients considérés ici comme des consommateurs de médicaments de prescription et de médicaments de vente libre

Nom de l'intervenant.....

Numéro d'identification de la personne interrogée .....

Lieu et date de l'entretien.....

#### Note pour l'enquêteur

**Avant de commencer l'entretien, merci d'informer la personne interrogée que l'entretien est anonyme et que tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels**

Vous expliquerez à la personne interrogée que le but de l'étude est de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les patients et les clients des pharmacies consomment des médicaments de prescription et des médicaments de vente libre.

Vous expliquerez aussi à cette personne qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que vous souhaitez simplement recueillir leurs premières impressions.

© Ce questionnaire (Ca) a été élaboré par

Le Pr Christos Lionis et son équipe de l'Université de Crète, Grèce

Mlle M. Papadakaki, Mme V. Tsiantou et le Dr S. Shea

N.B. Les questions concernant les données démographiques sont issues du Questionnaire B élaboré par le Pr L.J. Slikkerveer et son équipe LEAD et sont reprises avec son autorisation



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

***Note destinée à la personne interrogée***

Nous vous remercions beaucoup de votre participation à cette étude. Nous tenons à vous assurer que cet *entretien est anonyme* et que toutes les informations fournies seront traitées de façon *strictement confidentielle*.

Dans cette enquête, de nombreuses questions vous demandent de répondre en choisissant l'une des 7 catégories (numérotées de 1 à 7) qui vous sont proposées. Pour exprimer votre choix, nous vous remercions d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion.

Avant de marquer votre choix, assurez-vous

1. de lire soigneusement toute la question
2. de répondre à toutes les questions
3. de ne pas entourer plus d'un chiffre par question
4. Pour certaines questions, le chiffre le plus bas n'exprime pas l'opinion la plus mauvaise mais au contraire l'opinion la meilleure. Aussi nous vous invitons à bien faire attention aux indications situées à chacune des extrémités de l'échelle

Nous vous remercions de l'attention et du soin que vous apporterez pour répondre à ce questionnaire.



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

**PARTIE A : RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

0 DONNEES GENERALES SUR LA PERSONNE INTERRROGEE

- 0.1 Pays
  - 1 GRECE
  - 2 MALTE
  - 3 CHYPRE
  - 4 TURQUIE
  - 5 FRANCE
  - 6 REP TCHEQUE
  - 7 SUEDE
  - 8 AUTRE .....
  
- 0.2 Numéro de la région d'enquête
  - .....
  
- 0.3 Catégorie du répondant
  - 1 Client
  - 2 Patient
  - 5 Autre.....
  
- 0.4 Genre du répondant
  - 1 Homme
  - 2 Femme
  
- 0.5 Type du District
  - 1 Rural
  - 2 Semi urbain
  - 3 Urbain
  - 4 Autre.....
  
- 0.6 Lieu de l'entretien
  - 1 Domicile
  - 2 Etablissement de soin
  - 3 Pharmacie
  - 3 Supermarché
  - 4 Autre.....

**B VARIABLES INDEPENDANTES**

**VARIABLES PREDISPOSANTES**

1 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES

- 1.1 Quelle est votre année de naissance ?
  - 1 .....
  
- 1.2 Quelle est votre situation familiale actuelle ?
  - 1 Vit seul(e)
  - 2 Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage
  - 3 Divorcé(e)
  - 4 Veuf/veuve



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

1.3 Quelle est votre nationalité ?

- 1 Grecque
- 2 Maltaise
- 3 Chypriote
- 4 Turque
- 5 Française
- 6 Tchèque
- 7 Suédoise
- 8 Autre.....

1.4 Quel est votre niveau scolaire ?

- 1 Aucun
- 2 Primaire
- 3 Secondaire
- 5 Universitaire
- 5 Post doctoral (spécialisation)
- 6 Autre.....

1.5 Quelle est votre profession ?

- 1 Agriculteur
- 2 Fonctionnaire
- 3 Militaire
- 4 Policier
- 5 Entrepreneur
- 6 Autre.....

**PARTIE C : THEORIE DU COMPORTEMENT PREVU**

**2 THEORIE DU COMPORTEMENT PREVU**

2.1 Au cours des 6 derniers mois, combien de médicaments différents avez-vous approximativement consommé ?

*Médicaments prescrits* : \_\_\_\_\_  
*Médicaments en vente libre* \_\_\_\_\_

2.2 Prendre des médicaments empêchera l'apparition de complications liées à mon état de santé

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.3 Au cours des 6 derniers mois, avec quelle fréquence avez-vous consommé un médicament conseillé par un pharmacien

<i>Jamais</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très souvent</i>
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.4 L'opinion des mes amis sur la consommation ou non de médicaments est

<i>Sans importance</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Importante</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

2.5 Soulager ma douleur liée à un problème de santé est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.6 Les effets secondaires gênants des médicaments sont

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.7 Lorsque j'achète un médicament dans un supermarché ou une parapharmacie, je peux compter sur sa sécurité d'emploi

<i>Absolument pas</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Oui, tout à fait</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

2.8 La plupart de mes proches consomment des médicaments de façon habituelle

<i>Désaccord fort</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Accord fort</i>
-----------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------

2.9 J'ai l'intention d'acheter des médicaments dans les supermarchés et les parapharmacies

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.10 Au cours des 6 derniers mois, avec quelle fréquence avez-vous consommé un médicament conseillé par un ami ou un proche

<i>Jamais</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très souvent</i>
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2.11 Mes amis désapprouvent/approuvent ma décision de consommer des médicaments

<i>Désapprouvent</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Approuvent</i>
----------------------	----	----	----	---	----	----	----	-------------------

2.12 Prendre des médicaments aidera à réduire le stress lié à mon problème de santé

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.13 Prendre des médicaments n'aura aucun effet sur mon problème de santé

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.14 L'avis du pharmacien rend beaucoup plus difficile/facile ma consommation de médicaments

<i>Beaucoup plus difficile</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Beaucoup plus facile</i>
--------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------

2.15 L'avis de mes amis rend beaucoup plus difficile/facile ma consommation de médicaments

<i>Beaucoup plus difficile</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Beaucoup plus facile</i>
--------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------

2.16 Prendre des médicaments réduira ma performance globale

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.17 C'est à mon médecin de décider si je dois ou non prendre un médicament

<i>Peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>probable</i>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.18 Si j'ai du mal à décider d'utiliser ou non un médicament il est peu probable/probable que je le prenne

<i>Peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.19 La plupart des médicaments sont chers

<i>Invraisemblable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Vraisemblable</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.20 Les traitements des médecines complémentaires et alternatives ont une meilleure efficacité sur ma santé que les médicaments habituels

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.21 L'accès aux médicaments hors prescription médicale rend leur consommation

<i>Beaucoup plus difficile</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Beaucoup plus facile</i>
--------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------

2.22 Consommer des médicaments inutiles est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.23 Soigner mon problème de santé est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.24 Je souhaite trouver des voies alternatives pour traiter mes problèmes de santé plutôt que de prendre des médicaments

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.25 Présenter une autre maladie en raison d'un effet secondaire d'un médicament est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.26 Quand un médicament n'a pas d'effet j'ai tendance à le consommer

<i>Beaucoup plus facilement</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Beaucoup moins facilement</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

2.27 Consommer un médicament sans le suivi d'un médecin est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.28 Si j'achète un médicament sur le conseil d'un pharmacien, son utilisation ne sera pas sans danger

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.29 Je souhaite me conformer à l'avis du pharmacien sur certains problèmes de santé

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.30 Ma compagne/mon compagnon désapprouve/approuve ma décision de prendre un médicament

<i>Désapprouverait</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Approuverait</i>
------------------------	----	----	----	---	----	----	----	---------------------

2.31 Il est difficile pour moi de décider si je dois prendre un médicament

<i>invraisemblable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>vraisemblable</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.32 Si j'achète un médicament dans un supermarché ou une parapharmacie, son utilisation ne sera pas sans danger du fait de l'absence de suivi médical

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.33 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous demandé l'avis sur un médicament à une autre personne qu'un médecin

<i>Jamais</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très souvent</i>
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2.34 Si j'achète un médicament sur les conseils de mon médecin, celui-ci en tirera des avantages financiers

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.35 L'avis de ma famille rend ma consommation de médicament

<i>Beaucoup plus difficile</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Beaucoup plus facile</i>
--------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------

2.36 Prévenir l'apparition d'un nouveau problème de santé est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.37 Si besoin était, j'achèterais des médicaments chers

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.38 Je pense que la consommation de médicaments est

<i>Dangereuse</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Bénéfique</i>
<i>Plaisante</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Déplaisante</i>
<i>Une bonne habitude</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Une mauvaise habitude</i>
<i>Inutile</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Utile</i>



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.39 Développer une allergie à un médicament est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.40 Si j'achète un médicament dans un supermarché ou une parapharmacie, il sera moins cher

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.41 Prendre un médicament supplémentaire pour corriger les effets secondaires d'un premier médicament est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.42 Un médicament acheté dans un supermarché ou une parapharmacie est moins sûr en raison de son exposition aux conditions de l'environnement

<i>Tout à fait en désaccord</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Tout à fait d'accord</i>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

2.43 Mon médecin traitant pense que je ne devrais pas/je devrais consommer des médicaments

<i>Je ne devrais pas</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Je devrais</i>
--------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-------------------

2.44 Acheter un médicament sans prescription médicale expose à une utilisation non dénuée de danger

<i>Absolument pas</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Absolument oui</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

2.45 Acheter un médicament dans un supermarchés ou une parapharmacie est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.46 Beaucoup de médicaments sont vendus en supermarché ou en parapharmacie

<i>peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>très probable</i>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.47 Rechercher l'avis de plus d'un médecin avant de prendre un médicament est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.48 L'avis de mes enfants sur le fait de prendre ou non des médicament est

<i>Sans importance</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Important</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

2.49 Je suis confiant(e) dans ma capacité à utiliser rationnellement les médicaments

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.50 Prendre des médicaments m'aidera à stabiliser mon problème de santé

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.51 La prise de médicaments soulagera la douleur causée par mon problème de santé

<i>Absolument inattendu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Absolument attendu</i>
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

2.52 La plupart de mes amis consomment des médicaments de façon habituelle

<i>Désaccord fort</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Accord fort</i>
-----------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------

2.53 Mes enfants pensent que je devrais/je ne devrais pas consommer des médicaments

<i>Je devrais</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Je ne devrais pas</i>
-------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------

2.54 Prendre des médicaments m'aidera à éviter l'apparition d'un problème de santé

<i>Absolument inattendu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Absolument attendu</i>
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

2.55 Consommer des médicaments chers est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.56 La décision de consommer des médicaments me revient entièrement

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.57 S'appuyer sur les médecines alternatives ou complémentaires, plutôt que de prendre des médicaments est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.58 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous acheté des médicaments dans un supermarché ou une parapharmacie

<i>Jamais</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très souvent</i>
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2.59 Me conformer à l'opinion de mon médecin traitant est

<i>Sans importance</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Important</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

2.60 Les gens qui sont importants à mes yeux souhaitent que je consomme des médicaments

<i>Désaccord fort</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Accord fort</i>
-----------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------

2.61 L'opinion de ma compagne/compagnon sur ma consommation de médicaments est

<i>Sans importance</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Important</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

2.62 Si j'achète un médicament sans prendre l'avis de plusieurs docteurs, je prends des risques à les consommer

<i>Absolument inattendu</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Absolument attendu</i>
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

2.63 Prendre un médicament m'amènera à consommer d'autres médicaments pour éviter des complications liées au premier médicament

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.64 La décision d'arrêter de prendre un médicament me revient entièrement

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.65 La prise de médicaments peut me rendre allergique

<i>Très peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très probable</i>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.66 Les conseils de mon médecin rendent la consommation de médicaments

<i>Beaucoup plus difficile</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Beaucoup plus facile</i>
--------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------

2.67 Mes amis décident si je dois ou non prendre un médicament

<i>peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>très probable</i>
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.68 La prise de médicaments peut provoquer des effets secondaires sur d'autres organes

<i>Très peu probable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très probable</i>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.69 J'ai l'intention d'acheter des médicaments sans prescription médicale

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.70 Assurer la stabilité de mon problème de santé est

<i>Extrêmement non souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Extrêmement souhaitable</i>
------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------------

2.71 Le pharmacien décide si je dois consommer ou pas un médicament

<i>improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.72 En consommant des médicaments, je subirais des effets secondaires

<i>Très improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très probable</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.73 Acheter un médicament dans un supermarché ou une parapharmacie évite de payer une consultation de médecin

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.74 Quand un médicament est cher, je suis enclin à le consommer

<i>Improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.75 Eviter de payer la consultation d'un médecin est

<i>très peu souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>très souhaitable</i>
-----------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-------------------------

2.76 Quand un médicament est disponible dans un supermarché ou une parapharmacie, je suis enclin à le consommer

<i>Improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.77 La plupart des médicaments ne demandent pas une prescription médicale

<i>Improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------



PROJET OTC-SOCIOMED n°223654

2.78 Si j'achète un médicament dans un supermarché ou une parapharmacie, il risque d'être périmé du fait d'une demande réduite

<i>Très improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très probable</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2.79 Les médicaments ne sont pas efficaces pour mon problème de santé

<i>Improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.80 Ma famille décide si je dois prendre un médicament

<i>Improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Probable</i>
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2.81 Prévenir le stress lié à un problème de santé est

<i>Très peu souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Très souhaitable</i>
-----------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-------------------------

2.82 Prévenir les complications liées à mon problème de santé

<i>très peu souhaitable</i>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	<i>Très souhaitable</i>
-----------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-------------------------

2.83 Si j'achète un médicament sur les conseils de mon pharmacien, celui-ci en retirera un avantage financier

<i>Désaccord fort</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Accord fort</i>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2.84 Prendre un traitement guérira mon problème de santé

<i>Très improbable</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Très probable</i>
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

**Synonymes de improbable** : **improbable** douteux, obscur, invérifiable, incontrôlable, sujet à caution, aléatoire, hypothétique, incertain, problématique

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira  
pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## ABSTRACT

**Aim:** This study aimed at gathering information concerning the representations that drugstore clients and medical patients have of self medication medicines, using the planned behaviour theory of AJZEN. Using the same method and focusing on the same population, this study also aimed at identifying the determinants regarding the consumption of self medication medicines.

**Method:** In January 2011 a forecast was carried out with 105 patients and clients in the Indre et Loire region (France), and was supplemented with a second forecast carried out at the same period with 198 patients in the Alpes-Maritime region (France). Lots were drawn to determine the general practitioners and chemists to be involved in the forecast. The whole project was coordinated through the European study OTC-SOCIOMED. The questionnaire used for the study was based upon the planned behaviour theory of AZJEN.

**Results:** 20% of the people asked mentioned an intention to appeal to self medication, but only 5% actually do self medicate. 59% think they know enough about the use of OTC medicines. The determinants explaining the intentions to self medicate are:

- A formed opinion regarding OTC medicines ( $p < 10^{-3}$ ), a past instance of self medication ( $p = 0,001$ ) and the behavioural control in regard of the consumption of OTC medicines ( $p = 0,006$ ).
- A higher education level of the asked person (the higher the education level, the higher the intention of self medicating) ( $p < 10^{-3}$ ).

**Discussion:** Despite an effort from the public authorities to encourage an increase in the practice of self medication, it remains low. A slightly negative opinion towards OTC medicines significantly reduces the intention to consume OTC medicines. A high level of education tends to increase this intention by improving the perceived behavioural control.

**Conclusion:** Generally speaking, patients' and clients' trust in medicine taking is good. They consider important to be part of the decision making process when it comes to starting or stopping a medical treatment. They trust in their capacity to be rational in their use of medicines. This approach to medicine taking is prerequisite to their becoming autonomous in regard of self medication. On the other hand, a negative opinion concerning self medication medicines is an obstacle to self medication. It is up to public authorities and to health practitioners to remove that obstacle -each in their respective field of activity- by educating people concerning self medication.

**Faculté de Médecine de TOURS**

PAÏTA Franck

Thèse n°

149 pages – 32 tableaux – 21 graphiques

**RÉSUMÉ**

**Objectif:** Cette étude visait à étudier les représentations et identifier les déterminants de l'intention de consommation des médicaments d'automédication (OTC) dans la population de patients de cabinets de médecine générale et de clients de pharmacies, à l'aide de la théorie du comportement planifié d'AJZEN.

**Méthode:** Nous avons mené une étude prospective chez 105 patients et clients de l'Indre et Loire, complétée par les résultats de la même étude prospective menée en parallèle auprès de 198 patients des Alpes-Maritimes, en janvier 2011. Les médecins et pharmaciens recrutés ont été tirés au sort. Ce projet a été coordonné par l'étude européenne OTC-SOCIOMED. Le questionnaire utilisé était basé sur la théorie du comportement planifié d'AJZEN.

**Résultats:** 20% des personnes interrogées ont exprimé une intention d'automédication, mais seulement 5% la pratiquent. 59% des répondants pensent maîtriser l'utilisation des médicaments OTC. Les déterminants expliquant l'intention d'automédication sont:

- La prédisposition vis à vis des médicaments OTC ( $p < 10^{-3}$ ), une expérience passée d'automédication ( $p=0,001$ ) et le contrôle comportemental concernant la consommation de médicaments OTC ( $p=0,006$ ).
- Une augmentation de l'intention de consommation est associée à l'augmentation du niveau scolaire du répondant ( $p < 10^{-3}$ ).

**Discussion :** Malgré des efforts entrepris par les pouvoirs publics pour favoriser le développement de l'automédication, sa pratique reste faible. La prédisposition légèrement négative des patients envers les médicaments OTC est un frein significatif à l'intention de consommation. Un niveau scolaire avancé pourrait la favoriser en améliorant le contrôle comportemental perçu.

**Conclusion :** La confiance des patients et clients dans le médicament en général est bonne. Ils considèrent leur part de décision importante dans le choix de débiter ou arrêter un traitement et sont confiants dans leur capacité à utiliser rationnellement les médicaments. Ceci est un prérequis à leur autonomisation. L'image négative des produits d'automédication en est un frein. La levée de cette limite est de la responsabilité des pouvoirs publics et des professionnels de santé dans l'accompagnement qu'ils jouent, chacun à son niveau.

Mots clés :

- Automédication
- OTC
- Théorie du comportement planifié d'Azjen

Jury :

Président : Madame le Professeur Elisabeth Autret-Leca  
Membres : Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz  
Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch  
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau

Date de la soutenance : 20 mars 2012