

## **Faculté de Médecine**

Année 2024

Thèse N°

### **Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement

le 12 décembre 2024

Par Léa JAMILLOUX

Née le 21 août 1997 à Guéret (23)

### **Prévalence de l'automédication chez les adultes en Haute-Vienne en 2024**

Thèse co-dirigée par Mme la Docteur Karen RUDELLE et Mme la Docteur Manon FAURE

#### **Examineurs :**

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Gaetan HOUDARD

M. le Maître de conférences Marc LABRIFFE

Me le Docteur Karen RUDELLE

Me le Docteur Manon FAURE

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge et directrice

Membre invité et directrice



## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

## Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 décembre 2024

Par Léa JAMILLOUX

Née le 21 août 1997 à Guéret (23)

## Prévalence de l'automédication chez les adultes en Haute-Vienne en 2024

Thèse co-dirigée par Mme la Docteur Karen RUDELLE et Mme la Docteur Manon FAURE

### Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Gaetan HOUDARD

M. le Maître de conférences Marc LABRIFFE

Me le Docteur Karen RUDELLE

Me le Docteur Manon FAURE

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge et directrice

Membre invité et directrice



Le 27 septembre 2024

**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Assesseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>ABOYANS</b> Victor         | CARDIOLOGIE                          |
| <b>ACHARD</b> Jean-Michel     | PHYSIOLOGIE                          |
| <b>ALAIN</b> Sophie           | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE              |
| <b>AUBRY</b> Karine           | O.R.L.                               |
| <b>BALLOUHEY</b> Quentin      | CHIRURGIE INFANTILE                  |
| <b>BERTIN</b> Philippe        | THERAPEUTIQUE                        |
| <b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie    | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE              |
| <b>CAIRE</b> François         | NEUROCHIRURGIE                       |
| <b>CALVET</b> Benjamin        | PSYCHIATRIE D'ADULTES                |
| <b>CHRISTOU</b> Niki          | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE     |
| <b>CLEMENT</b> Jean-Pierre    | PSYCHIATRIE D'ADULTES                |
| <b>COURATIER</b> Philippe     | NEUROLOGIE                           |
| <b>DAVIET</b> Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| <b>DELUCHE</b> Elise          | CANCEROLOGIE                         |
| <b>DESCAZEAUD</b> Aurélien    | UROLOGIE                             |
| <b>DRUET-CABANAC</b> Michel   | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL         |
| <b>DUCHESNE</b> Mathilde      | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  |

|                                    |                                                   |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>DURAND</b> Karine               | BIOLOGIE CELLULAIRE                               |
| <b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine   | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)                    |
| <b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure         | MEDECINE INTERNE                                  |
| <b>FAUCHER</b> Jean-François       | MALADIES INFECTIEUSES                             |
| <b>FAVREAU</b> Frédéric            | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                 |
| <b>FEUILLARD</b> Jean              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>FOURCADE</b> Laurent            | CHIRURGIE INFANTILE                               |
| <b>GAUTHIER</b> Tristan            | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                           |
| <b>GUIGONIS</b> Vincent            | PEDIATRIE                                         |
| <b>HANTZ</b> Sébastien             | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                           |
| <b>HUETO</b> Jean-Luc              | NEUROLOGIE                                        |
| <b>JACCARD</b> Arnaud              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>JACQUES</b> Jérémie             | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE                  |
| <b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile | IMMUNOLOGIE                                       |
| <b>JESUS</b> Pierre                | NUTRITION                                         |
| <b>JOUAN</b> Jérôme                | CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE                |
| <b>LAROCHE</b> Marie-Laure         | PHARMACOLOGIE CLINIQUE                            |
| <b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique    | HEPATOLOGIE                                       |
| <b>LY</b> Kim                      | MEDECINE INTERNE                                  |
| <b>MAGNE</b> Julien                | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| <b>MAGY</b> Laurent                | NEUROLOGIE                                        |
| <b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain     | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE                            |
| <b>MARQUET</b> Pierre              | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE                        |
| <b>MATHONNET</b> Muriel            | CHIRURGIE DIGESTIVE                               |
| <b>MOHTY</b> Dania                 | CARDIOLOGIE                                       |
| <b>MONTEIL</b> Jacques             | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE                 |

|                                      |                                                   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>MOUNAYER</b> Charbel              | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                   |
| <b>NUBUKPO</b> Philippe              | ADDICTOLOGIE                                      |
| <b>OLLIAC</b> Bertrand               | PEDOPSYCHIATRIE                                   |
| <b>PARAF</b> François                | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE              |
| <b>PLOY</b> Marie-Cécile             | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                           |
| <b>PREUX</b> Pierre-Marie            | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| <b>ROBERT</b> Pierre-Yves            | OPHTALMOLOGIE                                     |
| <b>ROUCHAUD</b> Aymeric              | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                   |
| <b>SALLE</b> Jean-Yves               | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION              |
| <b>STURTZ</b> Franck                 | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                 |
| <b>TCHALLA</b> Achille               | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT           |
| <b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES  |
| <b>TOURE</b> Fatouma                 | NEPHROLOGIE                                       |
| <b>VERGNENEGRE</b> Alain             | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| <b>VERGNE-SALLE</b> Pascale          | THERAPEUTIQUE                                     |
| <b>VIGNON</b> Philippe               | REANIMATION                                       |
| <b>VINCENT</b> François              | PHYSIOLOGIE                                       |
| <b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste        | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE                        |
| <b>YARDIN</b> Catherine              | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE                           |
| <b>YERA</b> Hélène                   | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                        |

#### **Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

|                         |                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------|
| <b>BRIE</b> Joël        | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| <b>KARAM</b> Henri-Hani | MEDECINE D'URGENCE                        |
| <b>MOREAU</b> Stéphane  | EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE                    |
| <b>VANDROUX</b> David   | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION            |

**ROUSSEL** Murielle

HEMATOLOGIE

**Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**ALBOUYS** Jérémy

GASTROENTEROLOGIE

**HAZELAS** Pauline

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**COMPAGNAT** Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

**COUVE-DEACON** Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**FAYE** Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**FREDON** Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

**GEYL** Sophie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**LABRIFFE** Marc

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**LALOZE** Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**MARGUERITTE** François

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

**PARREAU** Simon

IMMUNOLOGIE

**PASCAL** Virginie

IMMUNOLOGIE

**RIZZO** David

HEMATOLOGIE

**SALLE** Henri

NEUROCHIRURGIE

**SALLE** Laurence

ENDOCRINOLOGIE

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**TRICARD** Jérémy

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps**

**BELONI** Pascale

SCIENCES INFIRMIERES

**Professeur des Universités de Médecine Générale**

**DUMOITIER** Nathalie

(Responsable du département de Médecine Générale)

### **Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale**

**RUDELLE Karen**

### **Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD Gaëtan** du 01-09-2019 au 31-08-2025

**LAUCHET Nadège** du 01-09-2023 au 31-08-2026

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BAUDOT Pierre-Jean** du 01-09-2023 au 31-08-2026

**BUREAU-YNIELA Coralie** du 01-09-2022 au 31-08-2025

**MIRAT William** du 01-09-2024 au 31-08-2027

**SEVE Léa** du 01-09-2024 au 31-08-2027

### **Enseignant d'anglais**

**HEGARTY Andrew** du 01-09-2024 au 31-08-2025

### **Professeurs Émérites**

**ALDIGIER Jean-Claude** du 01-09-2023 au 31-08-2024

**LACROIX Philippe** du 01-09-2024 au 31-08-2026

**MABIT Christian** du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MOREAU Jean-Jacques** du 01-09-2019 au 31-08-2024

**NATHAN-DENIZOT Nathalie** du 01-09-2022 au 31-08-2024

**VALLAT Jean-Michel** du 01-09-2023 au 31.08.2025

**VIROT Patrice** du 01-09-2023 au 31-08-2024

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>ABDALLAH</b> Sahar           | ANESTHESIE REANIMATION          |
| <b>BOYER</b> Claire             | NEUROLOGIE                      |
| <b>CHAZELAS</b> Pauline         | BIOCHIMIE                       |
| <b>CUSSINET</b> Lucie           | ORL                             |
| <b>FERRERO</b> Pierre-Alexandre | CHIRURGIE GENERALE              |
| <b>FRAY</b> Camille             | PEDIATRIE                       |
| <b>GRIFFEUILLE</b> Pauline      | IPR                             |
| <b>HERAULT</b> Etienne          | PARASITOLOGIE                   |
| <b>JADEAU</b> Cassandra         | HEMATOLOGIE BIOLOGIE            |
| <b>KHAYATI</b> Yasmine          | HEMATOLOGIE                     |
| <b>LAIDET</b> Clémence          | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION     |
| <b>MEYER</b> Sylvain            | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE |
| <b>PERANI</b> Alexandre         | GENETIQUE                       |
| <b>PLATEKER</b> Olivier         | ANESTHESIE REANIMATION          |
| <b>SERVASIER</b> Lisa           | CHIRURGIE OPHTHOPEDIQUE         |

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

|                          |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| <b>ABDELKAFI</b> Ezedin  | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE |
| <b>AGUADO</b> Benoît     | PNEUMOLOGIE                                 |
| <b>ANNERAUD</b> Alicia   | HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE               |
| <b>AUBOIROUX</b> Marie   | HEMATOLOGIE TRANSFUSION                     |
| <b>BAUDOUIN</b> Maxime   | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE             |
| <b>BEAUJOUAN</b> Florent | CHIRURGIE UROLOGIQUE                        |
| <b>BERENGER</b> Adeline  | PEDIATRIE                                   |



|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>BLANCHET</b> Aloïse           | MEDECINE D'URGENCE                   |
| <b>BONILLA</b> Anthony           | PSYCHIATRIE                          |
| <b>BOUTALEB</b> Amine Mamoun     | CARDIOLOGIE                          |
| <b>BURGUIERE</b> Loïc            | SOINS PALLIATIFS                     |
| <b>CAILLARD</b> Pauline          | NEPHROLOGIE                          |
| <b>CATANASE</b> Alexandre        | PEDOPSYCHIATRIE                      |
| <b>CHASTAINGT</b> Lucie          | MEDECINE VASCULAIRE                  |
| <b>CHROSCIANY</b> Sacha          | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE               |
| <b>COLLIN</b> Rémi               | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE            |
| <b>COUMES-SALOMON</b> Camille    | PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE             |
| <b>DELPY</b> Teddy               | NEUROLOGIE                           |
| <b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs | MEDECINE LEGALE                      |
| <b>FESTOU</b> Benjamin           | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  |
| <b>FRACHET</b> Simon             | NEUROLOGIE                           |
| <b>GADON</b> Emma                | RHUMATOLOGIE                         |
| <b>GEROME</b> Raphaël            | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  |
| <b>GOURGUE</b> Maxime            | CHIRURGIE                            |
| <b>LADRAT</b> Céline             | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| <b>LAPLACE</b> Benjamin          | PSYCHIATRIE                          |
| <b>LEMACON</b> Camille           | RHUMATOLOGIE                         |
| <b>LOPEZ</b> Jean-Guillaume      | MEDECINE INTERNE                     |
| <b>MACIA</b> Antoine             | CARDIOLOGIE                          |
| <b>MEYNARD</b> Alexandre         | NEUROCHIRURGIE                       |
| <b>MOI BERTOLO</b> Emilie        | DERMATOLOGIE                         |
| <b>NASSER</b> Yara               | ENDOCRINOLOGIE                       |
| <b>PAGES</b> Esther              | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE            |

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| <b>PARREAU</b> Simon    | MEDECINE INTERNE |
| <b>ROCHER</b> Maxime    | OPHTALMOLOGIE    |
| <b>TALLIER</b> Maïa     | GERIATRIE        |
| <b>TRAN</b> Gia Van     | NEUROCHIRURGIE   |
| <b>VERNIER</b> Thibault | NUTRITION        |

### **Chefs de Clinique – Médecine Générale**

**HERAULT** Kévin

**CITERNE** Julien

**VANDOOREN** Maïté

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <b>DARBAS</b> Tiffany | ONCOLOGIE MEDICALE     |
| <b>HARDY</b> Jérémie  | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| <b>LAFON</b> Thomas   | MEDECINE D'URGENCE     |

## Remerciements

---

**Aux membres du jury,**

**A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider mon jury et de juger mon travail. Merci pour vos précieux enseignements et tout le temps que vous consacrez à notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Gaetan HOUDARD,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire de l'honneur de juger mon travail. Merci également pour l'engagement et l'implication dont vous faites preuve au sein de notre formation.

**A Monsieur le Maître de conférences Marc LABRIFFE,**

Je vous remercie de me faire l'honneur d'assister à ma thèse. Merci pour la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

**A Madame le Docteur Karen RUDELLE,**

Également co-directrice de thèse, vous avez accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils avisés, vos encouragements et votre gentillesse. Merci pour vos enseignements et votre implication dans notre formation.

**A Madame le Docteur Manon FAURE,**

Co-directrice de thèse et tutrice, je te remercie de m'avoir si bien accompagnée du début de mon internat jusqu'à cette thèse. Merci pour les nombreuses relectures, les conseils et les encouragements. Merci pour ton travail rigoureux, ta gentillesse et ta grande disponibilité.

**Aux professionnels de santé,**

A l'ensemble du personnel des services des urgences du CH de Brive qui m'a vu prendre mes marques en tant que FFI puis interne. Aux Docteurs Philippe Nauche, Alexandre Chedaille, Cécile Coeffeteau, Jacques Remize, Pierre Bousquet, Marion Lacourt, Charlène Klinz, Gaël et Galdric De Palleja, Marc Pihan et Pauline Feydeau. Je vous remercie de votre patience, votre gentillesse et pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises.

A l'ensemble du personnel de médecine A du CH de Brive. Aux Docteurs Guillaume Vignaud, Adel Belazzoug, Patricia Da Silva, Xavier Engalenc, Marion Gaudin, Romain Fore et Menfild Margotonne. Je vous remercie pour votre accompagnement, votre bienveillance et tous vos enseignements.

A l'ensemble du service de pédiatrie de l'Hôpital Mère-Enfant. Au Professeur Guignonis et aux Docteurs Jeanne Languepin, Audrey Nicolas, Cécile Laroche, Pauline Hangard, Hortense Miane, Alexandra Masson, Rachel Froget et Clotilde Thuillier. Je vous remercie pour votre accueil, votre implication, votre gentillesse et votre accompagnement. Vos enseignements m'ont été précieux.

A mes maîtres de stage de médecine générale,

Aux Docteurs Coralie Jallet, Thomas Orliaguet et Benjamin Blavoux qui m'ont fait redécouvrir la beauté de la médecine générale (et de la Corrèze).

Aux Docteurs Léa Sève, Fabrice Durand et Nathalie Domenger qui m'accompagnent désormais et avec qui j'ai hâte de poursuivre cette dernière année d'internat.

Je vous remercie pour votre compagnonnage, votre soutien, vos conseils et vos enseignements. Je suis reconnaissante d'avoir pu apprendre la médecine générale à vos côtés.

A Amélie, Madeline et Mélanie, mes admirables co-internes sans qui ces stages n'auraient pas été les mêmes. Merci pour tous ces beaux moments.

### **A ma famille et mes amis,**

A ma mère, son altruisme, son dévouement et sa générosité qui m'ont inspiré et guidé dans ce parcours. Merci de m'avoir donné cette vocation pour le soin.

A mon père, son dévouement, sa rigueur et son exemplarité qui m'ont inspiré et aidé durant ces études. Je te suis particulièrement reconnaissante pour l'aide précieuse que tu m'as apporté dans la relecture de ce travail.

Je vous remercie profondément pour votre soutien constant, vos conseils, votre patience et votre amour pendant toutes ces années.

A mon frère, Alex, pour ton soutien infaillible et tous les instants où tu as rendu ces années plus légères,

A ma belle-famille, à Véronique, Claude, Thomas et Charlotte pour votre confiance, votre soutien et votre bienveillance. A mon adorable neveu, Maël, pour ta joie et tes sourires qui ont égayé ces dernières années.

A Amélie et Hélène, pour tous les beaux souvenirs qu'on a partagé ensemble depuis le début de ces études, pour toute votre aide et pour nos amitiés qui dureront je l'espère toute la vie.

A mes amis, pour vos encouragements, votre soutien. Merci pour tous les beaux moments qu'on a partagés et qu'on partagera encore ensemble.

**A mon futur mari, mon amour, Jean-Baptiste,** je te remercie pour ta patience, tes nombreux encouragements, ta confiance et ton amour. Merci de m'avoir soutenue quotidiennement pendant toutes ces années. Je te dédie ce travail, qui sans toi n'aurait pas pu voir le jour.

**A toutes les personnes que j'ai rencontrées** et auprès desquelles j'ai appris et grandi au fil de mes études. Vous m'avez tous apporté quelque chose, je vous en remercie.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CA : Complément alimentaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DGS : Direction générale de la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IRCAM : Institut international de recherche anti-contrefaçon médicamenteuse

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMO : Prescription médicale obligatoire

PMF : Prescription médicale facultative

# Table des matières

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                                       | 20 |
| I. Généralités .....                                                     | 21 |
| I.1. Définitions .....                                                   | 21 |
| I.1.1. Le médicament .....                                               | 21 |
| I.1.1.1. Les médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) ..... | 21 |
| I.1.1.2. Les médicaments à accès direct .....                            | 21 |
| I.1.1.3. Les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) ..... | 22 |
| I.1.2. L'automédication .....                                            | 22 |
| I.2. Historique de l'automédication .....                                | 23 |
| I.2.1. Une pratique encouragée en France .....                           | 23 |
| I.2.2. L'automédication dans le monde .....                              | 24 |
| I.2.3. L'évolution du statut du médicament .....                         | 24 |
| I.3. L'automédication en pratique .....                                  | 25 |
| I.3.1. Prévalence .....                                                  | 25 |
| I.3.2. Médicaments utilisés .....                                        | 26 |
| I.3.3. Provenance des médicaments .....                                  | 26 |
| I.3.4. Usager type .....                                                 | 27 |
| I.3.5. Déterminants .....                                                | 27 |
| I.3.6. Rôle du médecin traitant .....                                    | 28 |
| I.4. Risques de l'automédication .....                                   | 29 |
| I.4.1. Mésusage et erreur médicamenteuse .....                           | 29 |
| I.4.2. Risques liés aux usagers .....                                    | 29 |
| I.4.3. Risques liés aux médicaments .....                                | 29 |
| I.4.4. Risques d'interactions médicamenteuses .....                      | 31 |
| I.4.5. Impact sur la prévention et la prise en charge .....              | 31 |
| II. Matériel et méthodes .....                                           | 32 |
| II.1. Bibliographie .....                                                | 32 |
| II.2. Modalités .....                                                    | 32 |
| II.2.1. Type d'étude .....                                               | 32 |
| II.2.2. Objectif principal .....                                         | 32 |
| II.2.3. Objectifs secondaires .....                                      | 32 |
| II.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion .....                        | 32 |
| II.2.5. Lieux de recueil .....                                           | 32 |
| II.3. Méthode .....                                                      | 33 |
| II.3.1. Auto-questionnaire .....                                         | 33 |
| II.3.2. Distribution et récolte des données .....                        | 33 |
| II.3.3. Analyses des données .....                                       | 33 |
| III. Résultats .....                                                     | 34 |
| III.1. Diagramme de flux .....                                           | 34 |
| III.2. Caractéristiques démographiques .....                             | 35 |
| III.2.1. Genre .....                                                     | 35 |
| III.2.2. Âge .....                                                       | 36 |
| III.2.3. Prise d'un traitement de fond .....                             | 36 |
| III.2.4. Déclaration d'un médecin traitant .....                         | 37 |
| III.2.5. Comparaison des populations selon le lieu de recueil .....      | 37 |



|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| III.3. Prévalence de l'automédication sur le dernier mois .....                   | 38 |
| III.4. Symptômes à l'origine de l'automédication .....                            | 39 |
| III.5. Nombre de médicaments pris en automédication sur le dernier mois.....      | 39 |
| III.6. Durée de prise des traitements en automédication sur le dernier mois ..... | 40 |
| III.7. Médicaments consommés en automédication.....                               | 40 |
| III.8. Provenance des médicaments .....                                           | 41 |
| III.9. Communication au médecin traitant .....                                    | 42 |
| III.10. Déterminants rapportés de l'automédication .....                          | 42 |
| IV. Discussion .....                                                              | 44 |
| IV.1. Forces et limites de l'étude .....                                          | 44 |
| IV.1.1. Forces.....                                                               | 44 |
| IV.1.2. IV.2.2. Limites .....                                                     | 44 |
| IV.2. Prévalence de l'automédication .....                                        | 45 |
| IV.3. Déterminants du recours à l'automédication .....                            | 47 |
| IV.3.1. Symptômes conduisant à l'automédication.....                              | 47 |
| IV.3.2. Nombre de médicaments consommés en automédication .....                   | 47 |
| IV.3.3. Durée de prise des médicaments.....                                       | 47 |
| IV.3.4. Communication au médecin traitant .....                                   | 47 |
| IV.3.5. Classes des médicaments .....                                             | 48 |
| IV.3.6. Provenance des médicaments .....                                          | 48 |
| IV.3.7. Déterminants de l'automédication .....                                    | 48 |
| IV.4. Perspectives .....                                                          | 49 |
| Conclusion .....                                                                  | 51 |
| Références bibliographiques .....                                                 | 52 |
| Annexes .....                                                                     | 54 |
| Serment d'Hippocrate.....                                                         | 57 |

## Table des illustrations

---

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Diagramme de flux .....                                                                                                   | 34 |
| Figure 2 : Répartition des répondants selon le genre (n = 255) .....                                                                 | 35 |
| Figure 3 : Répartition des répondants selon l'âge (n = 244).....                                                                     | 36 |
| Figure 4 : Répartition selon la présence d'un médecin traitant (n = 254) .....                                                       | 37 |
| Figure 5 : Répartition selon le recours ou non à l'automédication sur le dernier mois (n= 255)<br>.....                              | 38 |
| Figure 6 : Répartition selon le recours à l'automédication sur le dernier mois selon l'âge (n = 244).....                            | 38 |
| Figure 7 : Répartition selon les symptômes ayant conduit à une automédication (n = 222). .                                           | 39 |
| Figure 8 : Répartition selon les médicaments consommés en automédication (n = 249). ....                                             | 40 |
| Figure 9 : Répartition selon la provenance des médicaments pris en automédication (n = 130).....                                     | 41 |
| Figure 10 : Répartition selon si l'information de la prise du médicament a été communiquée au médecin traitant ou non (n = 249)..... | 42 |

## Table des tableaux

---

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : : Répartition selon la prise d'un traitement de fond ou non (n =254)..... | 36 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Introduction

---

Après avoir été réprouvée pendant des décennies, l'automédication semble être une pratique de plus en plus encouragée par les pouvoirs publics. Ce comportement, pouvant être perçu comme anodin par ceux qui y recourent, soulève des questions sur l'ampleur de cette pratique dans la population générale.

Il s'agit également d'un sujet d'actualité dans un contexte de désertification médicale et de réduction des coûts de la santé. La diminution du nombre de médecins, notamment dans les zones rurales, et la pression accrue sur les services de santé rendent l'accès aux consultations médicales plus difficile. Face à cette réalité, de plus en plus d'usagers peuvent être amenés à s'automédiquer, en se tournant vers des médicaments disponibles en pharmacie sans prescription. Bien que ce recours puisse apporter un soulagement temporaire, il comporte des risques.

C'est pourquoi il est essentiel de mieux comprendre les raisons qui poussent les individus à s'automédiquer et de mesurer la prévalence de cette pratique au sein de la population.

Il existe peu d'études récentes mesurant cette prévalence en France, a fortiori sur un territoire aussi rural que la Haute-Vienne. Cette région, comme d'autres territoires ruraux, est particulièrement touchée par la pénurie de professionnels de santé, avec une densité médicale inférieure à la moyenne nationale.

L'objectif de notre étude était donc de déterminer la prévalence de l'automédication dans ce département, mais aussi identifier les déterminants de cette pratique.

# I. Généralités

---

## I.1. Définitions

### I.1.1. Le médicament

Le terme médicament est défini dans l'article L.5111-1 du code de la santé publique : « On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »(1).

À noter que les compléments alimentaires ne sont ni des aliments ni des médicaments. Ils ne sont soumis à aucun test d'efficacité ni d'innocuité. Ils ne disposent d'aucune autorisation particulière d'utilisation dans des cas précis(2). Son usage ne peut donc pas être considéré comme de l'automédication, selon les définitions données ci-dessous.

En France, il est défini les médicaments à prescription médicale obligatoire, les médicaments à accès direct, et les médicaments à prescription médicale facultative.

#### I.1.1.1. Les médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO)

Les médicaments à prescription médicale obligatoire regroupent toutes les spécialités contenant une ou plusieurs substances inscrites sur une liste (liste I, II et stupéfiant). Il s'agit de substances dangereuses, susceptibles de présenter un danger pour la santé, nécessitant une surveillance médicale et/ou présentant des risques directs pour la santé(3).

#### I.1.1.2. Les médicaments à accès direct

Les médicaments à accès direct ou libre, aussi appelés les médicaments « de médication officinale » ou médicaments « *Over The Counter* », sont disponibles à l'achat dans certains rayons de pharmacies, dans un espace identifié. Ils sont non remboursables par l'Assurance Maladie. Ils comprennent des traitements de médecine conventionnelle, et les traitements phytothérapeutiques et homéopathiques(2,4).

Ils sont répertoriés sur une liste publiée par l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM). Pour cela, ils doivent : traiter une maladie bénigne dont le diagnostic peut être réalisé sans consulter son médecin traitant, être accompagnés d'une notice adaptée pour l'automédication (mentionnant notamment la posologie, les intervalles de prise et la durée de traitement), ne pas être répertoriés en tant que médicaments pédiatriques, ne pas présenter de risques importants d'interactions médicamenteuses ou de graves effets secondaires, et avoir une forme permettant une administration facile(2).

Ils doivent être situés à proximité des postes de dispensation et lors de son achat, le pharmacien doit apporter des conseils d'utilisation(2,4).

Leur prix est libre, et ils bénéficient d'un visa publicitaire délivré par l'ANSM(2).

#### **I.1.1.3. Les médicaments à prescription médicale facultative (PMF)**

Aussi appelées « hors liste », les PMF représentent toutes les autres spécialités non listées précédemment. Elles sont accessibles sur prescription d'un médecin, et sont pour la majorité remboursables par l'Assurance Maladie en fonction de leur service médical rendu. Ces médicaments sont accessibles sur conseil du pharmacien et sur demande. Certains peuvent toutefois se retrouver dans des zones à libre accès(2,3,5).

Pour obtenir cette autorisation, les médicaments doivent avoir une toxicité modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé(2).

En pratique, les trois quarts sont achetés avec une ordonnance(5).

#### **I.1.2. L'automédication**

L'automédication est au sens littéral la consommation d'un médicament décidée par soi-même, mais les définitions peuvent varier, avec un sens parfois plus restreint.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'automédication (*self-medication*) est « la sélection et l'utilisation de médicaments par des individus pour traiter des maladies ou des symptômes reconnus par eux-mêmes ». Elle s'inscrit dans un concept plus large qu'est l'autosoin (*self-care*) défini par l'OMS comme « ce que les gens font pour eux-mêmes afin d'établir et de maintenir la santé, prévenir et traiter la maladie. »(4).

La Fédération nationale de l'information médicale précise davantage en définissant l'automédication comme : « le choix et l'usage de médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, par des individus, dans le but de traiter des symptômes ou des maladies identifiées »(6). Elle n'inclut donc pas la prise de PMO. Pourtant la personne peut choisir d'utiliser à un moment donné un médicament prescrit antérieurement dans un autre contexte pour traiter des symptômes.

Elles font toutes les deux appel à l'auto-identification de « symptômes » et l'auto-diagnostic de « maladie ».

Ces notions sont absentes dans la définition donnée par l'Assurance Maladie : « L'automédication est la prise d'un ou plusieurs médicaments, consommés ensemble ou séparément par une personne, sur propre initiative et donc sans avis médical et sans le conseil du pharmacien. Elle comprend le fait d'acheter un médicament sans ordonnance en pharmacie et de l'auto-administrer, ou de consommer un médicament provenant de la pharmacie familiale. »(2). Elle précise en revanche l'absence d'avis médical mais aussi l'absence de conseil du pharmacien contrairement aux deux autres.

Pour le conseil 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'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». La définition du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) est similaire : « L'automédication concerne les situations dans lesquelles le médecin est absent de l'une des trois séquences : diagnostic, prescription ou surveillance du traitement »(4). Elles se rapprochent de celle de l'OMS, et inclut le conseil du pharmacien dans l'automédication.

## **I.2. Historique de l'automédication**

### **I.2.1. Une pratique encouragée en France**

La pratique de l'automédication n'est pas nouvelle, mais pendant longtemps de nombreuses personnes dissimulaient sa pratique, jugée comme déviante vis à vis des normes médicales. L'automédication était réprouvée(7).

Au début des années 2000, devant une demande d'autonomisation des individus et afin d'alléger les dépenses maladies liées aux affections de la vie courante, les pouvoirs publics ont décidé de revoir les remboursements de certains médicaments. Jusque-là, la quasi-totalité des PMO et 75% des PMF étaient remboursables par l'assurance maladie et les complémentaires santé, limitant ainsi l'automédication. Ainsi entre 1999 et 2001, la Haute Autorité de Santé (HAS) a réévalué l'ensemble des médicaments remboursables. Les 7 années suivantes, 349 médicaments ont été retirés de la liste des médicaments remboursables par l'Assurance Maladie. La prévalence de l'automédication a alors diminué à mesure que le taux de couverture du système de protection sociale et d'accès aux soins augmentait(3,4,7).

En 2007, le Professeur Alain Baumelou et Monsieur Alain Coulomb mènent, à la demande du Ministre de la Santé, une réflexion sur les conditions de développement du secteur de l'automédication en France, en ayant pour objectif de réduire les dépenses liées aux médicaments. Ils se sont intéressés à l'automédication liée à l'achat de médicaments sans ordonnance en pharmacie. Ils ont constaté que cette pratique était peu développée en France (8% du chiffre d'affaires du marché des médicaments de ville, contre le triple en Suisse et le double en Allemagne et au Royaume-Uni), avec un marché des médicaments à PMF représentant 19% du marché total. Ils estiment pourtant sa pratique nécessaire à la qualité des soins, à la « maturation » du patient et au développement d'une politique économique responsable du médicament(3,5,8).

L'année suivante, le décret « médicaments de médication officinale » a été publié. Il autorisait la mise à disposition de certains médicaments devant le comptoir des pharmacies d'officine dans un espace dédié à cet effet. Une première liste a été établie par l'AFSSAPS, et comptait 217 spécialités pharmaceutiques dont 12 médicaments à base de plantes et 19 médicaments homéopathiques. Elle excluait les médicaments ayant des contre-indications majeures, des interactions médicamenteuses, et ceux destinés aux enfants. En accompagnement, des documents grand public précisant les règles d'or d'« automédication responsable et bien

maîtrisée » ont été rédigés. Des cartes mémo ciblant le public, et des fiches d'aide à la dispensation ont été élaborées pour les officines(4,8).

En 2010, la liste a été revue à la hausse, avec 390 spécialités(9).

En 2013, la vente sur internet de médicaments à PMF a été autorisée, via de sites de pharmacie(8,10).

L'apparition de ces médicaments de médication officinale a poussé les firmes pharmaceutiques à revoir leurs stratégies commerciales, et à augmenter le budget publicité de ces médicaments. Toutefois, contrairement à d'autres pays comme le Royaume-Uni, en France les médicaments en vente libre restent en concurrence avec les PMF remboursables, limitant une partie de leur marché(8).

Ainsi, entre 2000 et 2010, le marché de l'automédication a augmenté de 15,5%, et depuis, il ne cesse de croître. En 2012, le marché de l'automédication représentait 7,6% du marché pharmaceutique global français (contre 11,2% en Allemagne, 12,3% au Royaume-Uni et 14% en Belgique)(6,11).

### **I.2.2. L'automédication dans le monde**

À la fin des années 1990, peu après l'apparition des premiers médicaments disponibles sans ordonnance médicale, l'OMS s'associe avec les industriels et les groupements internationaux de professeurs pour rédiger les lignes de conduite, qu'elle publie en 2000. Elle définit le concept d'automédication responsable comme « la pratique selon laquelle les individus traitent leurs symptômes et maladies avec des médicaments qui sont autorisés et disponibles sans ordonnance, et qui sont sûrs et efficaces lorsqu'ils sont utilisés avec les instructions »(4,8).

Dans les années 2000, contrairement à la France, la grande majorité des PMF n'était pas remboursées aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest. Dans certains pays, comme au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, ils pouvaient être commercialisés dans un commerce quelconque, avec publicité et prix libres. Dans ces pays, l'automédication y est développée, avec, en conséquence, une plus grande consommation de PMF en automédication(3,5).

En 2009, la Communauté Européenne réalise une étude multicentrique, incluant 8 pays dont la France : « *Assessing the Over The Counter medications in Primary Care and translating the theory of Planned Behaviour into interventions* ». Elle avait pour objectif d'étudier la consommation de médicaments sans ordonnance, et l'élaboration d'interventions en faveur d'une meilleure automédication(8).

### **I.2.3. L'évolution du statut du médicament**

Suite aux vagues successives de déremboursement et au développement de l'automédication, les firmes pharmaceutiques ont réorienté en partie leurs stratégies commerciales vers l'automédication. Ils ont repositionné par exemple des PMO en fin de brevet vers des



médicaments en accès direct, et ont changé le statut de certains médicaments à complément alimentaire (CA)(2,4).

De nombreuses substances ont été ainsi retirées du marché puis commercialisées sous le statut de CA. Ce changement de statut permet un accès au marché plus rapide, des coûts de développement bien inférieurs à ceux du médicament, un marché plus large, grâce à la vente sur internet et dans la grande distribution, un prix libre et une publicité moins réglementée. Ce changement de statut fait ainsi artificiellement diminuer la prévalence de l'automédication. L'étude INCA 3 menée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a montré une hausse d'environ 50% de la consommation des CA, par les français, entre 2006-2008 et 2014-2015, avec un chiffre d'affaires estimé à 6,5 milliards d'euros en 2017. Le statut de CA apparaît comme plus rassurant bien que les produits soient moins réglementés et moins contrôlés(2,4).

Les firmes ont également augmenté le budget publicité des produits destinés à l'automédication, et ont développé les gammes ombrelles(4).

L'automédication apparaît comme un enjeu économique à la fois pour l'État et pour les firmes pharmaceutiques. Le statut de certains médicaments s'en voit changé, pour augmenter leur accessibilité, et indirectement leur prise en automédication.

### **I.3. L'automédication en pratique**

#### **I.3.1. Prévalence**

Deux tiers des personnes ressentant un trouble de santé feraient le choix de ne pas consulter, avec ou sans automédication, et les trois quarts de la population réutiliseraient les pharmacies familiales. La majorité des symptômes serait ainsi gérée sans qu'il soit fait appel à un professionnel de santé, et ces chiffres seraient stables sur les 15 dernières années(4).

La prévalence de l'automédication en population générale serait d'environ 75%(8,11). D'après les données de 2005 issues de la cohorte SIRS, sur une population parisienne, 53,3% usagers rapportaient s'être automédiqués au cours du dernier mois(12). La prévalence serait de 50% chez les adolescents, 40% chez les personnes âgées et environ 25% chez les femmes enceintes(4).

La fréquence de recours à l'automédication resterait toutefois raisonnable avec seulement une minorité de personnes déclarant s'automédiquer de façon hebdomadaire. La durée serait courte, exceptionnellement supérieure à un mois(8).

En Europe, cette prévalence serait de 26,3% selon *l'European Survey of Health interviews* (2006-2009) avec une forte variabilité selon les pays (7,8% en Espagne contre 49,4% en Pologne). A l'échelle mondiale, elle varierait entre 4 et 87% selon les pays(13).

### **I.3.2. Médicaments utilisés**

Les principales classes de médicaments utilisées en automédication seraient les antalgiques, avec majoritairement le paracétamol, et les anti-inflammatoires, avec un retour récent pour ces classes derrière le comptoir du pharmacien. L'homéopathie arriverait en 3<sup>ème</sup> position(8,14).

Les symptômes les plus fréquemment traités sont les céphalées, les douleurs abdominales et les rhinorrhées(8,14). Fréquemment, plusieurs médicaments sont consommés, en réponse aux différents symptômes ressentis(4). Le nombre de médicaments consommés en automédication est peu, voire pas étudié.

Chez les adolescents, les médicaments les plus consommés en automédication sont les antalgiques et les antitussifs, puis les produits dermatologiques et les antibiotiques. Chez les personnes âgées, il s'agit plutôt d'analgésiques/antipyrétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), agents cardiovasculaires et produits de médecine alternative. Chez les femmes enceintes, il s'agit d'antalgiques, anti-acides et pansements gastriques, anti-émétiques, anti-spasmodiques et homéopathie(4).

À noter, dans l'étude de Delestre, une consommation non négligeable d'antibiotiques et d'antifongiques en automédication était rapportée, provenant principalement de la pharmacie familiale(8).

### **I.3.3. Provenance des médicaments**

Les études économiques sur l'automédication ne s'intéressent qu'aux médicaments vendus sans ordonnance en pharmacie de ville. Pourtant, la population a accès aux médicaments, PMO comme PMF, en dehors des pharmacies. Selon l'Institut international de recherche anti-contrefaçon médicamenteuse (IRCAM), les français conservent chez eux 1,5 kg de médicaments par an(8). Et selon une enquête réalisée pour la Direction Générale de la santé en 2002, le premier recours face à un symptôme était de se tourner vers l'armoire à pharmacie familiale, lorsqu'il s'agissait de soigner un adulte. L'enquête montrait que 70% des adultes interrogés déclaraient avoir utilisé des médicaments antérieurement prescrits par un médecin au cours des 12 derniers mois pour eux-mêmes(3).

Dans l'étude de Delestre réalisée en 2019, les médicaments pris en automédication provenaient à 51,4% de la pharmacie familiale, à 46,3% d'une officine de ville, à 4,9% d'une tierce personne et à 1,1% d'achat en ligne(8).

L'automédication semble donc concerner en majorité l'usage de médicaments conservés au domicile, et en second lieu l'usage de médicaments achetés en pharmacie d'officine.

### **I.3.4. Usager type**

En 1996, l'usager type de l'automédication était une femme, âgée de 20 à 39 ans, vivant en zone plutôt urbaine et exerçant une profession intermédiaire ou commerçante. Ce profil était à nouveau retrouvé sur les données de l'enquête décennale de santé 2002-2003, et sur les données de 2005 de la cohorte SIRS(4,12).

Plus récemment, en 2019, Delestre retrouvait un profil similaire avec plutôt des femmes, d'âge jeune avec une moyenne d'âge de 46,4 ans, cadres, sans pathologie chronique(8). Ces données confirment l'étude française de pharmacovigilance menée entre 2008 et 2014(15).

L'automédication est plus prévalente chez les cadres, par rapport aux ouvriers et aux retraités(8). Les probabilités de recours à l'automédication ne sont par contre pas influencées par le bénéfice d'une couverture complémentaire(5).

La cohorte SIRS, réalisée sur une population uniquement urbaine, montrait une association significative entre l'automédication et les revenus, la mobilité quotidienne, la recherche d'information concernant sa santé, et une autoperception de vulnérabilité aux maladies. Elle ne retrouvait pas d'association entre l'automédication et le niveau d'éducation, ce qui était aussi retrouvé dans une étude de 2008(5,12).

### **I.3.5. Déterminants**

Dans la littérature, les trois principales raisons évoquées à l'absence de recours à une consultation médicale sont : le manque de temps, le manque de disponibilité du médecin généraliste et la sensation de non-gravité des symptômes ressentis(3,4,7,8).

Les usagers rapportent fréquemment s'automédiquer dans une stratégie d'économie de coût (coût d'une consultation, coût du déplacement) et de temps (temps de trajet, temps en salle d'attente, temps de consultation,). Les horaires de travail peuvent aussi être incompatibles avec les horaires d'ouverture du cabinet, rendant difficile l'accès à une consultation médicale(7,16). Une partie des usagers, 28,9% dans l'étude de Delestre, pense par ailleurs que l'automédication est une source d'économie pour l'Assurance Maladie(8).

Avoir accès au médecin généraliste demande en premier lieu d'avoir un médecin généraliste disponible proche de chez soi, ce qui est de moins en moins évident sur notre territoire. Cependant, ce déterminant-là ne semble pas avoir été étudié dans la littérature. Seule l'étude de Delestre n'a pas montré d'association entre la distance domicile/médecin et le recours à l'automédication(8).

En dehors de ces deux déterminants, les usagers évoquent souvent la notion de symptômes « bénins », « bien connus », ou de troubles pas assez graves pour déranger un médecin(7,16). Cela sous-entend que les usagers délimitent eux même la frontière entre pathologie bénigne et pathologie grave, selon leur ressenti, leurs connaissances personnelles ou celles de leurs proches.

Ils rapportent fréquemment « bien se connaître », savoir identifier des symptômes « connus » et avoir suffisamment de connaissances pour prendre certains médicaments en autonomie(7). Il n'est cependant pas précisé d'où proviennent ces connaissances, et leur précision (posologie, indication, interactions, effets indésirables...). Ces connaissances peuvent provenir de l'avis et d'expérience de proches, d'internet ou de contenu publicitaire.

Une méta-analyse réalisée en 2019 sur 36 articles mettait en avant l'influence des amis, collègues, et du personnel non médical, chez de nombreux individus pratiquant l'automédication. Les membres de la famille, les amis, les collègues les encourageaient à prendre certains traitements, en se basant sur leurs expériences personnelles. Ils rapportaient aussi souvent prendre conseil auprès du pharmacien pour l'achat de médicament. Selon une des études, 64,6% des individus s'automédiquaient sur recommandation d'un proche, et selon Delestre, 13,2% déclaraient consulter un proche(16).

Paradoxalement, beaucoup d'usagers mentionnaient ne pas avoir eu une éducation suffisante sur les risques liés à l'automédication, et dénonçaient le peu d'information donnée par leur médecin sur les risques liés aux traitements prescrits(16). Seulement 54,4% des personnes interrogées pensaient que l'automédication pouvait être dangereuse(8).

Il est vrai qu'au gré des consultations et des prescriptions, les personnes peuvent apprendre à recopier certaines prescriptions notamment de traitements symptomatiques. Elles peuvent s'appuyer sur l'observation, l'expérience et la vérification pour apprécier l'effet des différents médicaments sur eux même afin de s'automédiquer. Elles empruntent en quelque sorte les principes de l'*experience-based-medicine*(4,16).

D'autres raisons sont rapportées dans la littérature, de manière moins fréquente : besoin de soulagement rapide, peur de consulter un médecin, doutes sur les compétences de son médecin traitant ou encore méfiance envers son médecin traitant(7,16).

Cela montre bien que l'automédication peut être réfléchie, dans une stratégie d'économie de coût et/ou de temps. Cela montre aussi qu'elle peut résulter d'une altération de la relation médecin-patient avec une stratégie d'évitement, sans que le médecin en ait nécessairement connaissance.

### **I.3.6. Rôle du médecin traitant**

La relation médecin-patient joue un rôle dans l'automédication. Nouer une relation de confiance est primordial pour une bonne adhésion aux soins mais aussi pour savoir limiter les risques liés à l'automédication. Le médecin généraliste a un devoir d'éducation, de conseil et d'information, notamment sur ses prescriptions.

En 2007, Coulomb et Bamelou ont rappelé dans leur rapport le rôle d'information et de conseil du médecin dans le cadre de l'automédication. Il doit informer les patients sur les conditions dans lesquelles l'automédication est appropriée, tout particulièrement pour les affections récidivantes. Il doit garantir au maximum la sécurité de ses patients en vérifiant notamment leur consommation médicamenteuse, en prévenant d'éventuels risques d'interactions médicamenteuses, y compris en dehors de ses propres prescriptions(3).

#### **I.4. Risques de l'automédication**

Les risques de l'automédication sont nombreux mais les données quantitatives, d'études de pharmacovigilance et pharmaco-épidémiologie, sur le risque réel sont rares. La balance bénéfice/risque en vie réelle est un champ encore à explorer(4).

##### **I.4.1. Mésusage et erreur médicamenteuse**

La facilitation d'accès à certains médicaments engendre un risque de mésusage pour les usagers qui les utilisent en automédication. Le mésusage est défini comme une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament non conforme aux termes de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. Il peut s'agir de non-conformité sur l'indication, la voie d'administration, la posologie ou la durée(2,9).

En s'automédiquant, l'utilisateur prend aussi le risque de commettre une erreur médicamenteuse, l'exposant à un risque de surdosage et d'effets indésirables. En 2017, une étude des connaissances des personnes sur les conditions d'usage du paracétamol en médecine générale mettait en évidence que seulement 17,9% des usagers avaient des connaissances satisfaisantes et 20,3% étaient à risque de surdosage(8).

En pratique, moins de la moitié (41,8%) des usagers rapportent lire la notice du médicament avant sa consommation en automédication, et le pharmacien n'est consulté que dans 32,7% des cas(8).

##### **I.4.2. Risques liés aux usagers**

Certains terrains rendent la pratique de l'automédication risquée voire dangereuse. Les nouveau-nés et les enfants du fait de leur poids et d'immaturation de leur métabolisme sont plus à risque de surdosage et d'intoxication. Les personnes âgées sont plus à risque d'interactions médicamenteuses, du fait de la poly-médication, de l'incidence accrue d'insuffisance hépatique ou rénale, et de la diminution de leurs capacités d'élimination du médicament(2).

Les usagers présentant des pathologies chroniques doivent aussi être vigilants sur les contre-indications relatives ou absolues vis-à-vis de leur pathologie(2). Cela suppose des connaissances suffisantes sur leur pathologie et leurs traitements.

Les femmes enceintes et allaitantes doivent également faire preuve d'une grande vigilance, et l'automédication leur est déconseillée(2).

##### **I.4.3. Risques liés aux médicaments**

Toute prise de médicament comporte un risque d'effets indésirables.

Dans l'étude de Delestre, des effets indésirables étaient rapportés dans 5,1% des prises de médicaments en automédication(8).

Une étude allemande de cohorte hospitalière menée entre 2000 et 2008 montrait que 3,9% des 6887 effets désirables étaient liés à l'automédication, dont 53,8% à un médicament en accès direct. Il s'agissait le plus fréquemment de troubles digestifs, dont des hémorragies digestives. Les médicaments les plus souvent impliqués étaient les AINS puis le paracétamol(4,17).

Une étude française, descriptive, transversale au sein de 11 services d'urgences, menée en 2010 montrait 1,7% d'effets indésirables liés à l'automédication, sur 296 effets indésirables identifiés. Parmi eux, 32,7% étaient liés à un médicament PMF, et un cas était lié à une interaction médicamenteuse. Les effets indésirables étaient le plus souvent neurologiques ou psychiatriques et impliquaient plus fréquemment les antalgiques et les psycholeptiques(4,18).

Une étude de pharmacovigilance française menée entre 2008 et 2014 sur la base régionale de pharmacovigilance de Midi-Pyrénées montrait elle 1,3% d'effets indésirables liés à l'automédication, sur 12365 effets indésirables identifiés, dont la moitié causés par un médicament PMF. L'effet était grave dans trois quarts des cas. Les médicaments étaient le plus souvent des AINS (un tiers des cas), causant des douleurs digestives, des saignements, des insuffisances rénales aiguës et pancréatites. Les antalgiques étaient impliqués dans 15% des cas, causant nausées, vomissements, confusion, saignements ou pancréatites. Les psycholeptiques, principalement benzodiazépines et apparentés, étaient impliqués dans 7,5% des cas, causant asthénie, confusion et amnésie. Arrivaient ensuite les produits de phytothérapie à 9%, causant cholestases, arythmies et pancréatites(15).

Le risque d'effet indésirable est d'autant plus important que la dose maximale autorisée est dépassée. Les antalgiques tels que le paracétamol sont ceux qui posaient le plus de problèmes, avec une utilisation banalisée responsable d'une surconsommation. Ces risques sont majorés par la méconnaissance de la composition de certains médicaments pouvant entraîner une redondance thérapeutique. Une méconnaissance de leur conditions d'utilisation peut être responsable d'une simple inefficacité jusqu'à des conséquences plus graves telles que des réactions de photosensibilisation(2).

En effet, malgré leur statut, certains médicaments à PMF ont des effets indésirables graves. L'utilisation de vasoconstricteurs sympathomimétiques, comme décongestionnants, par voie orale ou nasale, est par exemple associée à des effets indésirables graves, cardiovasculaires et neurologiques, avec ou sans facteur de risque. Une communication de sensibilisation à ces risques n'a été réalisée qu'après des professionnels de santé, et leur statut de PMF a été maintenu(2).

Suite notamment à une alerte des Centres de Pharmacovigilance de Tours et Marseille sur des décès, l'ANSM a retiré en décembre 2019 les spécialités à base de paracétamol, d'ibuprofène et d'aspirine de la liste des médicaments en accès direct avec un renfort du rôle conseil des pharmaciens(8).

Pourtant, pour certains usagers, l'effet indésirable est signe d'efficacité du médicament et encourage la poursuite de sa prise en automédication(4).

En dehors de ce risque d'effet indésirable, il y a un risque important d'émergence de souches résistants au vu de la consommation d'antibiotiques et d'antifongiques rapportée en automédication dans la littérature(8).

#### **I.4.4. Risques d'interactions médicamenteuses**

Les médicaments pris en automédication peuvent être responsables d'interactions avec un médicament prescrit pris en chronique, engendrant des effets indésirables par effet de synergie ou de potentialisation, ou une diminution d'efficacité par effet antagoniste ou d'inhibition(2).

Sur l'étude allemande citée ci-dessus, les principales interactions médicamenteuses recensées, liées à l'automédication, étaient entre un médicament prescrit et un médicament d'automédication (dominé par les interactions entre deux AINS), et entre AINS et anti-agrégants ou anticoagulants(4).

#### **I.4.5. Impact sur la prévention et la prise en charge**

L'automédication peut détourner l'utilisateur d'un traitement efficace, en donnant par exemple une fausse sensation de protection (prise de traitement supposé prévenir la survenue d'une grippe, empêchant une vaccination antigrippale)(2).

De plus, les usagers ne mentionnent pas toujours ces consommations qui peuvent rester inconnues des professionnels de santé et constituer un frein dans la prise en charge médicale(8). Le retard diagnostique secondaire peut être responsable d'une augmentation des coûts à moyen terme(5).

Dans la littérature, cette notion d'automédication cachée au médecin est peu étudiée. Pourtant, la communication ou non de l'information a un impact sur la prise en charge, diagnostique et thérapeutique, de ces usagers.

L'automédication semble être une pratique fréquente, bien qu'il n'existe pas d'étude française étudiant sa pratique en milieu rural et semi-urbain, dans un contexte de désertification croissante.

Nous avons donc cherché à savoir la prévalence de l'automédication et de ses spécificités en Haute-Vienne en 2024.

## II. Matériel et méthodes

---

### II.1. Bibliographie

La recherche bibliographique s'est effectuée entre décembre 2023 et février 2024, puis elle s'est prolongée pendant les recueils de données.

Les mots clés utilisés étaient : « *automedication* », « auto-médication », « *self-medication* » et « *self-care* ». Ils ont été soumis aux moteurs de recherche PubMed, CiSMeF et Scopus.

### II.2. Modalités

#### II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, observationnelle, transversale, et monocentrique. Elle s'est déroulée entre mars et juillet 2024.

L'étude a été validée par le Comité d'Ethique du CHU de Limoges.

#### II.2.2. Objectif principal

L'objectif principal était de déterminer la prévalence de l'automédication en Haute-Vienne en 2024.

#### II.2.3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les classes de médicaments consommées en automédication, leur provenance, la durée de leur prise, la communication de l'information au médecin et les raisons de non-consultation médicale.

#### II.2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion.

La population étudiée est celle des adultes de Haute-Vienne.

Les critères d'inclusion étaient : tous les 18 ans et plus, capables de remplir seuls ou avec une aide un auto-questionnaire.

Les critères d'exclusion étaient : mineurs de moins de 18 ans.

#### II.2.5. Lieux de recueil

Vingt lieux de recueil de données ont été recrutés. Dix lieux ont été tirés au sort parmi la liste des médecins généralistes installés en Haute-Vienne, via l'annuaire santé d'Ameli.fr. Dix autres lieux ont été tirés au sort parmi la liste de pharmaciens installés en Haute-Vienne, via l'annuaire santé d'Ameli.fr. Parmi ces 10 derniers, 3 ont été exclus car considérés géographiquement trop proches d'un des 10 premiers lieux et ont été remplacés par 3 nouveaux lieux parmi la liste restante. Tous ont accepté par téléphone de participer à l'étude.



L'objectif était de recueillir la moitié des questionnaires dans les 10 premiers lieux, et la seconde moitié dans les 10 autres lieux.

## **II.3. Méthode**

### **II.3.1. Auto-questionnaire**

Un auto-questionnaire a été élaboré à l'aide des données issues de la littérature. Il était anonyme (Voir annexe 1).

Il est composé d'une page recto-verso. La première partie, sur le recto, comportait 5 questions fermées :

- Quel est votre sexe ?
- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous un médecin traitant ?
- Prenez-vous quotidiennement des médicaments prescrits par un médecin ?
- Avez-vous pris des médicaments sans avoir consulté un médecin au préalable dans le mois précédent ?

En cas de réponse positive à cette dernière question, une deuxième partie devait être remplie. Elle comportait un tableau à 6 colonnes permettant de recueillir le nom du médicament, la durée de prise, la provenance, la communication ou non à son médecin traitant, et la raison pour laquelle il n'a pas consulté de médecin. Deux exemples étaient déjà inscrits en italique afin de faciliter sa compréhension.

Une notice d'information était également jointe au questionnaire afin d'informer les participants du cadre de l'étude. Elle a été validée par un représentant de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Le questionnaire a ensuite été testé par 5 personnes avant sa diffusion.

### **II.3.2. Distribution et récolte des données**

Vingt auto-questionnaires ont été distribués dans chacun des 20 centres, entre fin mars et fin avril 2024. Deux cabinets médicaux ont accepté une distribution supplémentaire de 20 et 25 auto-questionnaires. Les autres centres ont refusé.

Tous les questionnaires ont été récupérés entre fin mars et mi-juin 2024.

Les questionnaires ont été numérotés et les données ont été saisies au fur et à mesure sur un tableur Microsoft Excel.

### **II.3.3. Analyses des données**

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel en ligne BiostaTGV. Les tests de Fischer et du Chi2 ont été utilisés pour des comparaisons de proportions, selon les effectifs.

Le seuil de significativité retenu était  $p \leq 0,05$ .

### III. Résultats

---

#### III.1. Diagramme de flux

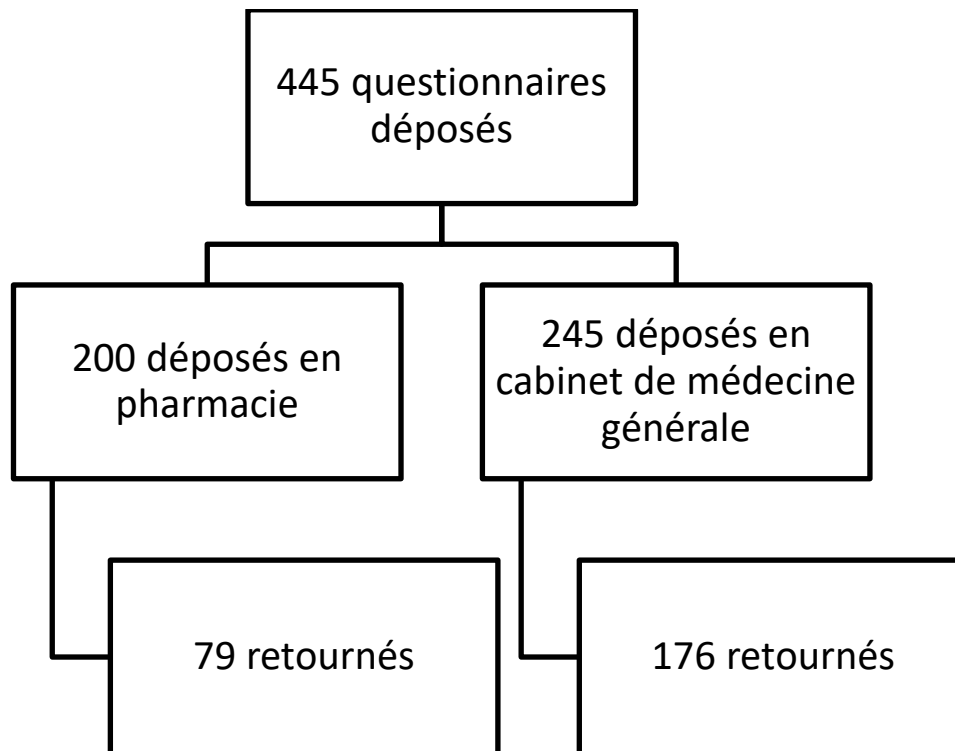


Figure 1 : Diagramme de flux

Tous les questionnaires retournés étaient convenablement remplis. Aucun questionnaire n'a été exclu.

## III.2. Caractéristiques démographiques

### III.2.1. Genre

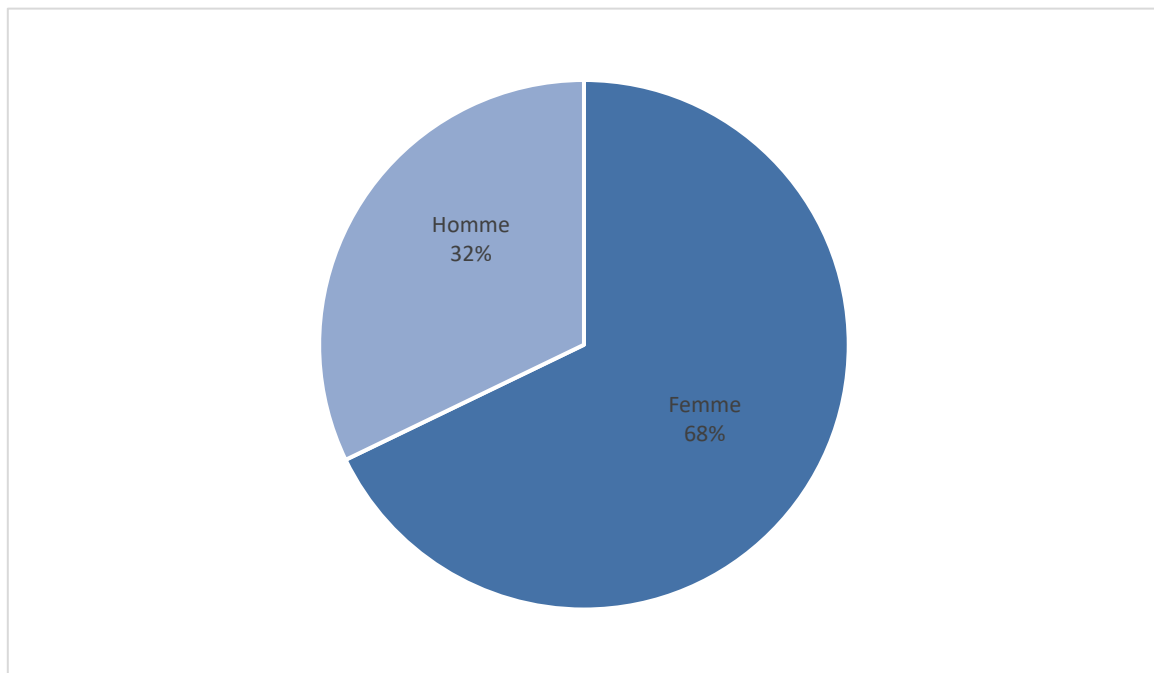


Figure 2 : Répartition des répondants selon le genre (n = 255)

Parmi les répondants issus des cabinets de médecine générale, 64,2% sont des femmes, contre 75,9% en pharmacie (p value = 0,087).

### III.2.2. Âge

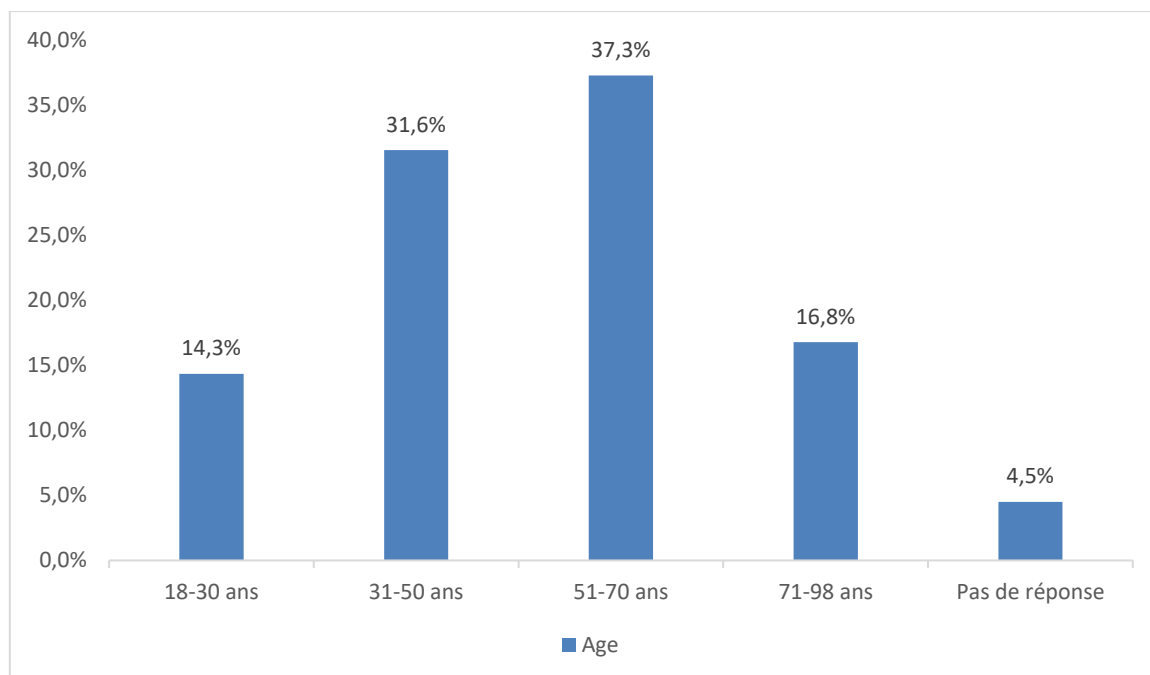


Figure 3 : Répartition des répondants selon l'âge (n = 244)

L'âge moyen des répondants était de 51,9 ( $\pm$  17,4) ans, avec une médiane de 52 ans.

### III.2.3. Prise d'un traitement de fond

Tableau 1 : Répartition selon la prise d'un traitement de fond ou non (n = 254)

|                              | Avec traitement de fond | Sans traitement de fond |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Total                        | 165 (64,7%)             | 89 (34,9%)              |
| Cabinet de médecine générale | 121 (69,1%)             | 54 (30,9%)              |
| Pharmacie                    | 44 (55,7%)              | 35 (44,3%)              |

Parmi les répondants issus de cabinet de médecine générale, 69,1% prenaient un traitement de fond contre 55,7% en pharmacie (p value = 0,053).

### III.2.4. Déclaration d'un médecin traitant

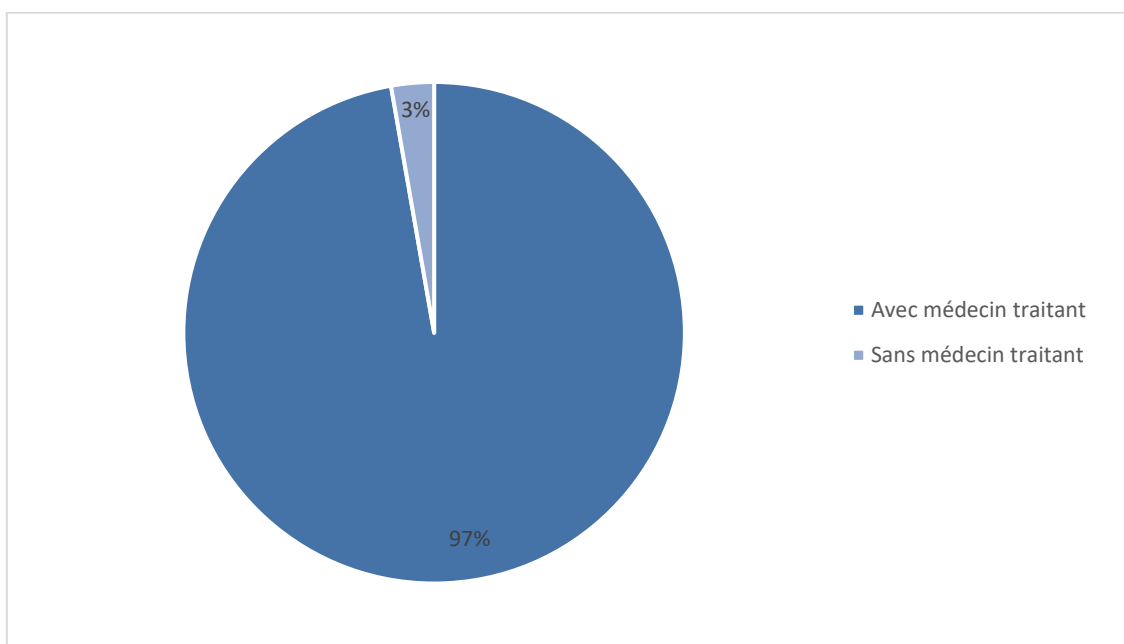


Figure 4 : Répartition selon la présence d'un médecin traitant (n = 254)

En cabinet de médecine générale, 98,9% des répondants (n = 176) ont déclaré avoir un médecin traitant contre 93,6% en pharmacie (n = 76), (p value = 0,03).

Parmi les répondants n'ayant pas de médecin traitant (n = 7), 85,7% ont déclaré s'être automédiqué sur le dernier mois contre 61,5% pour les autres répondants (n = 248), (p value = 0,259).

### III.2.5. Comparaison des populations selon le lieu de recueil

Parmi les répondants en cabinet de médecine générale, 64,2% sont des femmes contre 75,9% dans les pharmacies, sans différence significative (p value = 0,087).

69,1% des personnes ont rapporté avoir un traitement de fond en cabinet de médecine générale contre 55,7% en pharmacie, sans différence significative (p value = 0,053).

L'âge moyen des répondants en cabinet de médecine générale est de 51,9 ans contre 51,1 ans en pharmacie.

### III.3. Prévalence de l'automédication sur le dernier mois

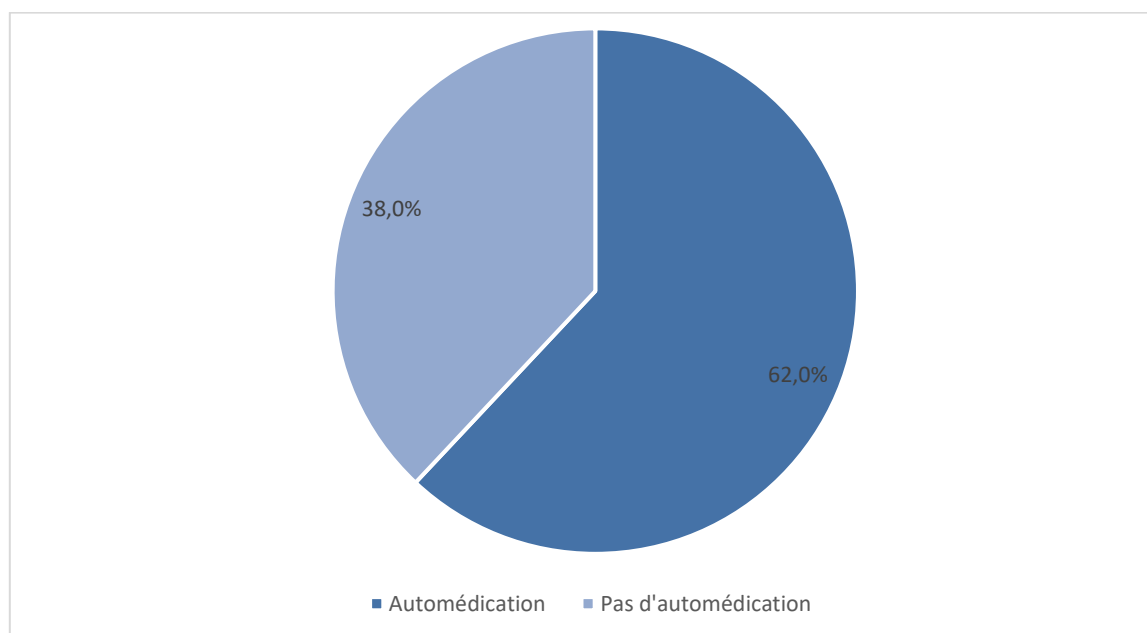


Figure 5 : Répartition selon le recours ou non à l'automédication sur le dernier mois (n= 255)

Les personnes sans traitement de fond (n = 89) déclarent plus s'automédiquer que ceux prenant un traitement de fond (n = 165) : 71,9% contre 56,4% (p value = 0,021).

En cabinet de médecine générale, 60,2% des personnes ont déclaré s'être automédiquées sur le dernier mois (n = 106) contre 65,8% en pharmacie (n = 52) (p value = 0,48).

Parmi les femmes, 62,4% ont déclaré s'être automédiquées (n = 108) contre 56,4% des hommes (n = 50) (p value = 0,93).

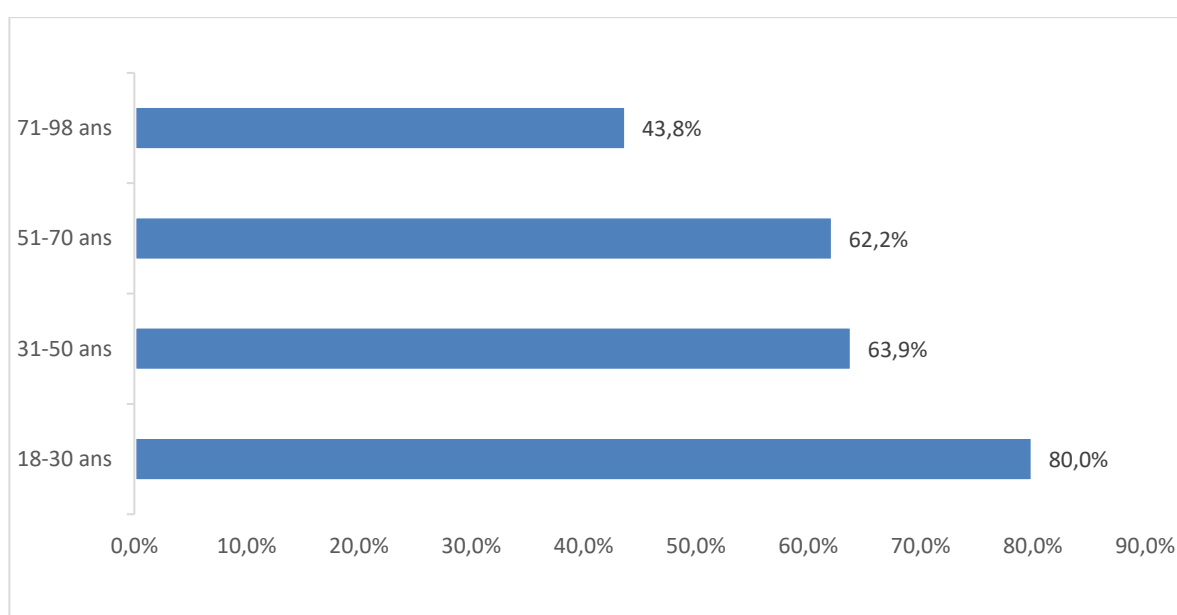


Figure 6 : Répartition selon le recours à l'automédication sur le dernier mois selon l'âge (n = 244)

Les 18-30 ans déclarent s'automédiquer plus que les autres catégories d'âge (p value = 0,024).

Parmi les 18-30 ans (n = 35), la prévalence de l'automédication est de 61,1% sur les personnes ayant répondues dans un cabinet médecine générale (n = 18) contre 100% pour celles ayant répondues en pharmacie (n = 17) (p value = 0,014).

### III.4. Symptômes à l'origine de l'automédication

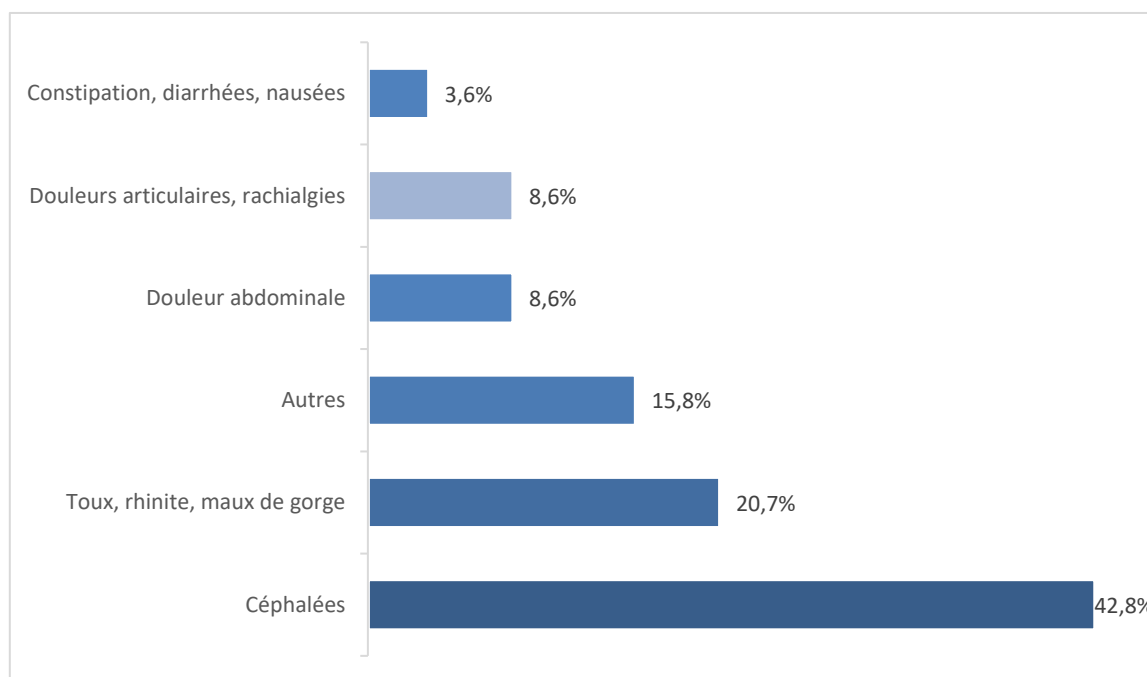


Figure 7 : Répartition selon les symptômes ayant conduit à une automédication (n = 222).

Les autres symptômes sont : symptômes d'allergie (2,7%), douleur dentaire (2,7%), fièvre (1,4%), signes urinaires (1,4%), contusion et entorse (1,4%), éruption cutanée (1,4%), douleur autre (0,9%), troubles du sommeil (0,9%), dysménorrhée (0,9%), hémorroïdes (0,9%), angoisse (0,5%), mycose (0,5%) et dyspnée (0,5%).

Les symptômes ayant conduit à la prise d'antibiotiques en automédication sont : douleur dentaire, toux et signes fonctionnels urinaires.

Les symptômes ayant conduit à la prise d'AINS en automédication sont : céphalées, douleurs articulaires, signes fonctionnels urinaires, douleur dentaire, entorse, myalgies, dysménorrhée et douleur abdominale.

### III.5. Nombre de médicaments pris en automédication sur le dernier mois

Les personnes ayant répondues au questionnaire ont consommé en moyenne 0,95 médicament en automédication sur le dernier mois, avec une médiane de 1.

Les personnes s'étant automédiquées sur le dernier mois ont en moyenne consommé 1,53 ( $\pm$  0,90) médicament.

Le nombre maximal de médicaments différents pris en automédication sur le dernier mois par personne a été de 6, chez un répondant.

Sur l'ensemble des répondants, 7,1% ont pris 3 médicaments ou plus en automédication sur le dernier mois. Parmi eux, l'âge moyen est de 26,9 ans, avec une médiane à 27,5 ans. Il s'agit à 87,5% de femme. 62,5% n'ont pas de traitement de fond. Ils ont tous un médecin traitant.

### III.6. Durée de prise des traitements en automédication sur le dernier mois

Les personnes s'étant automédiquées ont rapporté une durée moyenne de traitement par médicament de 3,5 ( $\pm$  5,1) jours.

La durée médiane est de 2,0 jours.

La durée maximale est de 30 jours, soit une prise quotidienne. Six médicaments ont été consommés quotidiennement en automédication sur le dernier mois.

4,8% des médicaments sont consommés plus de 7 jours. Il s'agit : d'homéopathie, de phytothérapie, d'AINS, d'inhibiteur de pompe à protons, d'antihistaminique, de benzodiazépine, de paracétamol et d'antifongique.

### III.7. Médicaments consommés en automédication

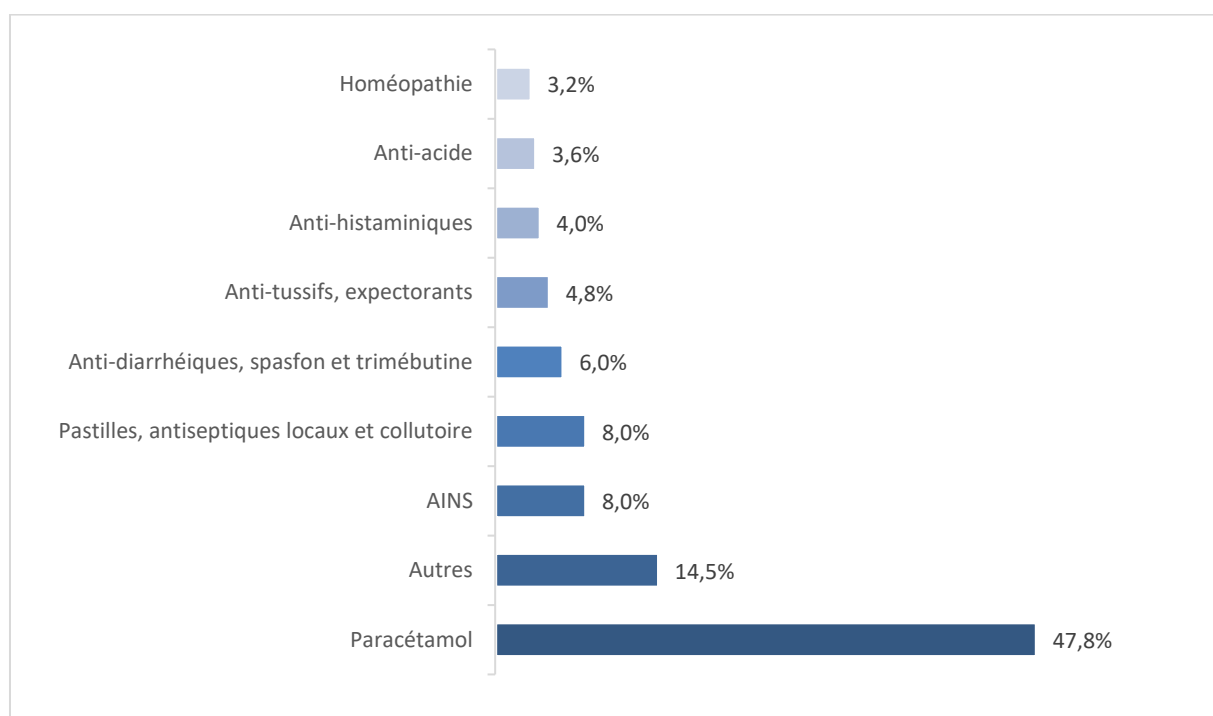


Figure 8 : Répartition selon les médicaments consommés en automédication (n = 249).

Les autres classes de médicaments consommés en automédication sur le dernier mois sont : des médicaments de phytothérapie, des antibiotiques, d'autres médicaments du rhume, des enzymes à visée anti-inflammatoire, d'autres antalgiques (Lamaline, tramadol, claradol



caféiné), des anti-hémorroïdaires et veinotoniques, des antifongiques, des laxatifs, des bêtamimétiques, des benzodiazépines, des triptans, des anti-nausées et des inhibiteurs de pompe à protons.

Parmi les répondants ayant pris des AINS en automédication (n = 20), 10,0 % ont plus de 65 ans.

### III.8. Provenance des médicaments

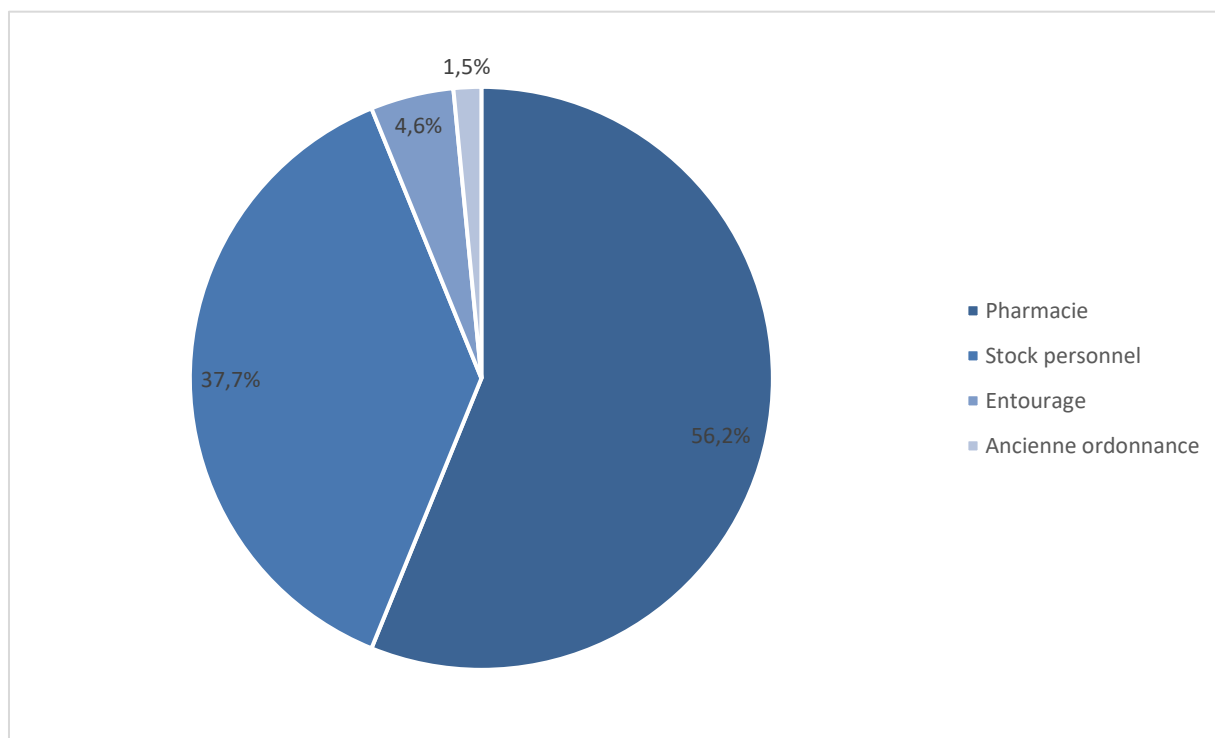


Figure 9 : Répartition selon la provenance des médicaments pris en automédication (n = 130).

Parmi les médicaments pris en automédication et provenant de l'entourage, il y a : antibiotique, paracétamol, Lamaline, corticoïdes, phytothérapie, et antispasmodique.

### III.9. Communication au médecin traitant

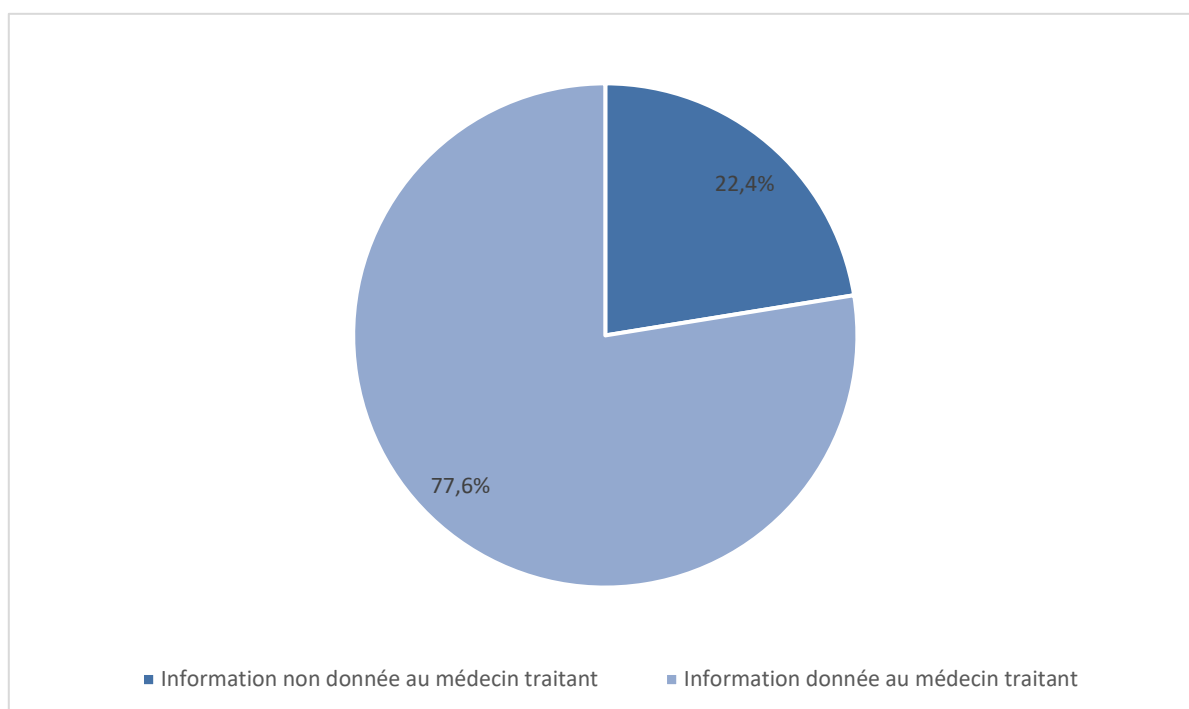


Figure 10 : Répartition selon si l'information de la prise du médicament a été communiquée au médecin traitant ou non (n = 249).

Parmi les répondants ayant un traitement de fond et déclarant s'être automédiqués sur le dernier mois, 29,7% (n = 27) ont communiqué tous les médicaments qu'ils ont pris en automédication à un médecin, contre 15,6% (n = 10) chez les répondants sans traitement de fond (p = 0,068).

Parmi les médicaments consommés en automédication quotidiennement sur le dernier mois (n = 6), les répondants ont déclaré avoir communiqué cette prise à leur médecin dans 50% des cas.

### III.10. Déterminants rapportés de l'automédication

La première raison évoquée à l'absence de consultation médicale avant la prise de médicament est sa non nécessité : « non nécessaire » à 57,5%, et « situation habituelle » à 13,3%.

La seconde raison évoquée est une difficulté d'accès au médecin : « indisponibilité » (12,8%), « manque de temps » (4,4%), « en voyage » (< 1%), et « pas de médecin traitant » (< 1%). Une personne note que le médecin « ne prend pas le temps ».

Le conseil du pharmacien est évoqué dans 5,3% des cas : « conseil du pharmacien », « travaille en pharmacie » ou « proche pharmacien ».

Deux personnes déclarent avoir été conseillées par un proche.

D'autres raisons plus diverses sont également décrites : « en attendant de voir si ça passe », « a attendu de voir si la douleur persistait », « amélioration des symptômes », « d'autres sujets

plus importants à aborder », « ancien conseil du médecin », et « nécessité immédiate » sur une prise de benzodiazépines.

## IV. Discussion

---

### IV.1. Forces et limites de l'étude

#### IV.1.1. Forces

Nous avons choisi de réaliser une étude permettant de répondre à un sujet d'actualité, ayant une incidence à la fois sur la qualité des soins, sur la place du patient dans notre société et sur les choix économiques réalisés dans la santé.

Notre étude a permis d'étudier une population dans un département plus rural, et pas uniquement celle consultant en cabinet médical.

Les lieux de recueils ont été tirés au sort, afin de limiter les biais de recrutements. Il existe tout de même un biais de recrutement lié à la qualité de lieux de recueils.

Le biais de mémorisation a été limité en évaluant seulement la prévalence sur le dernier mois.

#### IV.1.2. IV.2.2. Limites

L'objectif initial était de recueillir autant de questionnaires en pharmacies qu'en cabinets médicaux, afin d'avoir deux populations de même taille pour comparaison. Les pharmacies contactées ont toutes accepté de participer mais se sont montrées réticentes au dépôt de plus de questionnaires.

L'obtention de réponse en pharmacie a été plus difficile, malgré plusieurs relances. Les raisons évoquées étaient le manque de temps, le manque de disponibilité des patients et la nécessité de la présence du pharmacien titulaire pour la distribution des questionnaires. Il serait judicieux pour de prochaines études de recruter d'autres lieux, où le personnel et la population seraient plus disponibles pour répondre.

En choisissant de déposer des questionnaires en dehors des cabinets médicaux, nous pensions toucher des personnes n'ayant pas de médecin traitant. Les pharmacies ont effectivement permis de recruter significativement plus de personnes sans médecin traitant, mais elles restent à l'échelle de l'étude sous-représentées (2,8% des répondants). Pourtant, 11% de la population française âgée de 17 ans et plus était sans médecin traitant en 2021. Ils étaient 14,9% en Haute-Vienne. Il s'agit majoritairement de patients jeunes sans ALD(19).

Leur faible représentation dans notre étude peut s'expliquer par le fait qu'ils ne fréquentent pas ou peu les cabinets de médecine générale, qui reçoivent principalement leurs patientèles, et les pharmacies. Est-ce que ces usagers s'automédiquent moins ou bien est-ce que les médicaments qu'ils utilisent en automédication proviennent d'autres lieux ? Recruter d'autres lieux, tels que des commerces, dans une prochaine étude permettrait d'avoir une population plus représentative de la population générale.

L'âge moyen des participants était jeune. La tranche la plus représentée était celle des 51-70 ans. Cela s'explique certainement par le fait qu'ils consomment plus de médicaments et donc fréquentent davantage les pharmacies par rapport aux tranches d'âge en-dessous(20).

Les tranches d'âge au-dessus consomment elles aussi plus de médicaments, mais elles étaient moins représentées dans notre étude. Cette plus faible représentation peut être liée à leur moindre fréquentation des lieux de recueils.

Pour les tranches d'âges les plus jeunes, il se pose la question de la part de l'automédication liée à l'achat de médicament en ligne. Ces tranches sont moins représentées dans notre étude et l'achat de médicament en ligne n'est rapporté par aucun répondant dans notre étude.

L'utilisation d'auto-questionnaires engendre un biais d'auto-sélection qui peut expliquer la plus grande proportion de femme dans notre étude, à la fois en pharmacie et en cabinet médical.

Les réponses données aux questionnaires dépendent aussi de la compréhension des questions et des connaissances des répondants. La notion de médicament n'est pas nécessairement bien comprise par l'ensemble de la population. Plusieurs répondants ont ainsi considéré dans notre étude la prise de complément alimentaire comme étant un médicament. A l'inverse, il est possible que des répondants aient considéré à tort que certains produits n'étaient pas des médicaments.

De même pour la notion de provenance, un médicament peut être acheté en pharmacie puis stocké au domicile avant d'être utilisé ou ré-utilisé. Dans ce cas, le répondant peut affirmer qu'il provient de la pharmacie comme de son stock personnel.

## **IV.2. Prévalence de l'automédication**

Notre étude révèle une prévalence de l'automédication sur le dernier mois de 62,0%, dans une population adulte de Haute-Vienne. Il s'agit donc d'une pratique fréquente.

Elle est supérieure à celles retrouvées par la cohorte SIRS (53,5%) et par l'étude de Delestre (29,1%)(8,12). Ces deux études avaient utilisé des questionnaires, mais les méthodologies et les populations varient.

L'étude de Delestre utilisait des auto-questionnaires déposés uniquement dans des cabinets médicaux, ce qui permet de recruter uniquement une population ayant accès à un médecin.

La cohorte SIRS se basait sur des questionnaires remplis par des investigateurs au domicile des participants, dans un échantillon aléatoire parisien. L'implication d'un investigateur peut également amener les patients à modifier leurs réponses, par crainte d'un jugement. Cela pourrait expliquer une prévalence plus faible. La manière dont sont formulées les questions peuvent également influencer les participants. L'échantillonnage aléatoire permet en revanche d'éviter un biais de volontariat, qui peut pousser les individus se sentant plus concernés par le sujet à davantage répondre. Cela pourrait en partie expliquer une moindre prévalence.

La cohorte SIRS prévoyait en plus de relancer les participants en cas de réponse négative, en utilisant deux questions supplémentaires, ce qui devrait augmenter la prévalence par rapport à notre étude qui n'utilisait qu'une seule question.

Comparativement à ces deux études, notre échantillon avait une proportion de répondants ayant plus de 65 ans plus importante, donnant une moyenne d'âge plus élevée mais restant tout de même jeune. Cette plus grande représentativité des personnes âgées est à mettre en rapport à la plus grande proportion de personnes âgées en Haute-Vienne.

La proportion de femme (68%) était également plus élevée dans notre étude par rapport à la cohorte SIRS (53%), mais comparable à celle de Delestre (72%). Cette proportion n'était pas significativement différente entre nos deux populations d'étude. Les femmes sont majoritaires, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles consultent plus(21), et fréquentent peut être plus les pharmacies en conséquence. Cela peut aussi être lié à un biais de volontariat, avec des femmes qui ont tendance à plus répondre que les hommes, bien qu'il n'y ait pas de données probantes sur le sujet dans la littérature.

La proportion de personnes ayant une pathologie chronique est similaire à celle de Delestre (60%), et supérieure à celle de la cohorte SIRS (39,4%), ce qui peut aussi participer à ces différences de prévalence(8,12).

Notre étude a été réalisée dans une zone géographique bien moins dense que les précédentes, mais avec une densité médicale similaire à celle de Delestre (173/100,000 habitants en 2023 en Haute-Vienne, 182/100,000 habitants en 2019 dans les Bouches-du-Rhône)(8,22,23). Il serait intéressant de comparer cette prévalence avec des études dans des zones à densité médicale plus faible pour comparaison.

Les 18-30 ans déclarent significativement plus s'automédiquer que les autres tranches d'âge. Ces résultats concordent avec ceux des études de Delestre et de la cohorte SIRS, qui montraient une association significative entre un âge jeune et une plus grande probabilité d'automédication(8,12).

Dans notre étude, il apparaît que les 18-30 ans qui consultent en cabinet de médecine générale s'automédiquent moins que les autres personnes appartenant à la même tranche d'âge. Leur prévalence rejoint dans ce cas celle de la population globale. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils consultent globalement moins.

La prévalence diminue progressivement avec l'avancement en âge. Cela peut s'expliquer par l'augmentation des pathologies chroniques nécessitant des traitements de fond avec l'âge. Cette hypothèse est renforcée par l'observation d'une prévalence de l'automédication significativement plus élevée chez les personnes ne suivant pas de traitement de fond. En effet, ces personnes peuvent consulter leur médecin traitant de façon plus régulière. Leur appréhension vis-à-vis des interactions médicamenteuses possibles avec leur traitement de fond pourrait aussi jouer un rôle.

Notre étude ne montre pas de différence significative de prévalence entre les hommes et les femmes. Ce résultat contraste avec les études antérieures qui avaient mis en évidence une association significative avec le genre féminin(4,8,12). Cette divergence pourrait s'expliquer par un manque de puissance de notre étude, ou bien par des différences dans les caractéristiques des populations étudiées.

De même, notre étude ne retrouve pas de différence significative de prévalence entre la population recrutée en pharmacie et celle recrutée en cabinet de médecine générale. Il n'existe pas non plus de différence significative de prévalence entre les populations avec et sans médecin traitant. Ces deux résultats peuvent être liés à un manque de puissance, ils sont à confirmer sur des effectifs plus élevés.

### **IV.3. Déterminants du recours à l'automédication**

#### **IV.3.1. Symptômes conduisant à l'automédication**

Les céphalées sont le symptôme ayant conduit le plus fréquemment à l'automédication, devant les symptômes de rhinite, toux et maux de gorge. Ils représentent quasiment deux tiers des symptômes. Ces résultats étaient attendus puisque déjà rapportés par Delestre, avec toutefois une moindre prévalence de douleurs abdominales dans notre étude(8).

Les autres symptômes rapportés sont variés. Il est probable que ces résultats diffèrent selon la période de l'année durant laquelle l'étude est réalisée, ici au printemps, et selon les épidémies présentes.

#### **IV.3.2. Nombre de médicaments consommés en automédication**

En moyenne, les personnes ont consommé entre 1 et 2 médicaments en automédication sur le dernier mois, ce qui semble raisonnable.

Les personnes prenant plus de 3 médicaments en automédication par mois sont jeunes, féminines, sans traitement de fond et ont un médecin traitant. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature pour comparaison. Cela peut s'expliquer par une tendance à moins consulter le médecin, volontairement ou par manque d'accessibilité au médecin.

#### **IV.3.3. Durée de prise des médicaments**

La durée de traitement est elle aussi raisonnable, se limitant à quelques jours en moyenne, et dépassant rarement 7 jours, en accord avec l'étude de Delestre(8).

Cependant, certaines durées semblent inadaptées, avec par exemple une prise de plus d'une semaine d'AINS. Cela souligne la nécessité de sensibiliser davantage aux risques d'effets secondaires, notamment gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires, associés à l'utilisation des AINS.

Bien que la prise quotidienne de médicaments en automédication soit relativement rare, elle comporte des risques pour les usagers, d'autant plus qu'elle n'est rapportée au médecin traitant que dans un cas sur deux.

#### **IV.3.4. Communication au médecin traitant**

Dans plus de trois quarts des cas, l'information de la prise de ces médicaments n'est pas communiquée au médecin traitant. Seulement une minorité des usagers déclare avoir rapporté l'intégralité de leur consommation en automédication à leur médecin, y compris parmi ceux souffrant de pathologies chroniques. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce comportement : un manque de temps pour consulter leur médecin entre la prise du médicament et le remplissage du questionnaire, la perception que cette information n'est pas pertinente ou

nécessaire, un simple oubli, ou encore une méfiance vis-à-vis de leur médecin. Ce facteur reste peu étudié dans la littérature, bien qu'il constitue un enjeu important pour une bonne prise en charge des patients, particulièrement en médecine générale.

Il est aussi frappant de constater que consulter régulièrement son médecin traitant ne semble pas améliorer cette communication, car les patients sous traitement de fond ne sont pas plus enclins à partager leurs pratiques d'automédication que ceux n'ayant pas de traitement de fond. Cette situation souligne l'importance de mieux comprendre les facteurs qui limitent l'échange sur l'automédication.

#### **IV.3.5. Classes des médicaments**

La majorité des prises concerne des médicaments en accès direct, destinés à l'automédication. Ainsi, environ la moitié des médicaments pris en automédication concerne le paracétamol, ce qui est cohérent avec les symptômes rapportés, et avec les résultats des études antérieures(4,8). Cela met en évidence la nécessité de sensibiliser les usagers et d'évaluer leur compréhension des modalités d'utilisation de ce médicament, afin de prévenir les risques de surdosage.

Les autres médicaments utilisés sont très variés, avec tout de même des AINS (8%, dont 10% consommés par des plus de 65 ans), des antibiotiques, des benzodiazépines et des antalgiques de pallier II. L'automédication s'étend pour une partie de la population à des médicaments qui ne sont pas destinés à être utilisés sans évaluation médicale.

#### **IV.3.6. Provenance des médicaments**

Un peu plus de la moitié de ces médicaments proviennent d'une pharmacie, ce qui est là aussi rassurant car cela garantit un certain contrôle par le pharmacien, notamment en matière de conseils et de sécurité d'utilisation. Un peu plus d'un tiers proviennent en revanche d'un stock personnel, dont des PMO et des médicaments initialement prescrits à d'autres membres du foyer. Une minorité est issue de l'entourage, dont plusieurs PMO dans notre étude, ce qui permet l'accès à certains usagers à des PMO sans prescription.

Plus surprenant, aucune personne n'a déclaré avoir acheté des médicaments en ligne, contrairement à l'étude de Delestre, mais cela peut s'expliquer par les caractéristiques de notre population, en moyenne plus âgée et plus rurale(8).

#### **IV.3.7. Déterminants de l'automédication**

Dans plus de la moitié des cas, les répondants n'ont pas consulté de médecin car ils ne l'estimaient pas nécessaire. Plusieurs répondants ont expliqué s'être tournés vers l'automédication pour voir si le symptôme persistait dans le temps. Ce comportement peut être approprié, à condition que la personne dispose des connaissances nécessaires pour évaluer si la situation présente un caractère urgent.



La difficulté d'accès au médecin, qu'elle soit due à l'indisponibilité du médecin ou à des contraintes de temps de l'usager, est mentionnée mais moins fréquemment qu'attendue. L'absence de consultation liée par l'absence de médecin traitant n'a entraîné qu'une seule prise médicamenteuse, mais la quasi-totalité des répondants ont indiqué avoir un médecin traitant.

Cependant, le besoin de recourir à l'automédication pendant la période d'attente entre l'apparition du symptôme et la consultation médicale est évoqué à plusieurs reprises. Cela semble toute même symptomatique d'un défaut d'accessibilité rapide aux soins en médecine générale.

L'économie de temps est évoquée mais de manière plus anecdotique qu'attendu. Il serait intéressant de réaliser de nouvelles études dans des zones à densité médicale plus faible, afin de comparer ces résultats.

Aucun répondant n'a évoqué de raison économique, ce qui contraste avec les études étrangères sur le sujet mais qui s'explique certainement par les variations de remboursement des médicaments entre nos pays(16).

#### **IV.4. Perspectives**

L'automédication est une pratique fréquente, désormais encouragée par les pouvoirs publics dans une optique de réduction des coûts de santé, mais aussi d'autonomisation et de responsabilisation des usagers. Cette autonomisation implique de mettre l'accent sur la prévention et l'éducation de la population afin de promouvoir une automédication responsable.

Le rôle du médecin est de savoir explorer ces pratiques, souvent non mentionnées spontanément, d'autant plus s'il s'y montre hostile. Il doit se montrer vigilant, et rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses ou effets indésirables liés à l'automédication.

Il doit écouter, accompagner et informer les patients des effets et des risques associés à chaque médicament qu'il prescrit, mais aussi des médicaments auxquels ils ont accès en dehors de ces prescriptions. Il doit fournir aux patients des informations adaptées afin qu'ils puissent discerner les situations où une consultation médicale est nécessaire et celles où l'automédication peut être envisagée de manière responsable.

Selon le contexte, il est possible de permettre au patient de gérer certains symptômes de manière autonome, à condition de l'informer pleinement des conditions d'utilisation des médicaments concernés et des risques associés. Cela peut se montrer particulièrement utile pour les symptômes bénins fréquents et pour les symptômes nécessitant un traitement rapide.

Il existe déjà un outil permettant de recueillir rigoureusement les traitements médicamenteux des patients, y compris ceux pris en automédication : la conciliation médicamenteuse. Actuellement utilisée dans les établissements de santé, elle repose sur un entretien structuré permettant d'assurer un suivi précis et complet des médicaments prescrits et non prescrits. Cet outil pourrait être adapté et étendu à la médecine générale(24).

Le dossier pharmaceutique est également un outil qui peut permettre aux médecins généralistes de prendre connaissance des médicaments achetés en pharmacie. Il est consultable par le médecin traitant, sauf refus du patient(25).

Le pharmacien joue essentiellement un rôle de contrôle et de conseil puisque bon nombre de médicaments pris en automédication sont achetés en pharmacie.

En ce qui concerne la délivrance des médicaments, il se pose la question de la délivrance au détail des PMO. Elle permettrait d'éviter la constitution de stocks de médicament au domicile des patients, réduisant ainsi le risque d'utilisation ultérieure de ces médicaments de manière inappropriée.

Une distribution au détail permettrait notamment de limiter la prise d'antibiotique et d'antifongique sans avis médical, et ainsi réduire les risques d'émergence d'antibiorésistance. Nous n'avons par ailleurs pas trouvé de données sur l'impact de l'automédication dans l'émergence d'antibiorésistance.

Lorsque ces professionnels de santé ne sont pas disponibles, il est possible de s'informer seul mais cela demande de savoir où trouver des informations fiables et indépendantes, et de savoir les interpréter.

Depuis 2013, la base de données des médicaments est publique, mais encore faut-il en avoir connaissance et savoir quelles informations chercher. Le dictionnaire Vidal a publié en ligne les « dix commandements de l'automédication » donnant des conseils pratiques génériques : demandez conseil à votre pharmacien, consultez votre médecin en cas de doute si vous êtes enceinte, si vous allaitez ou pour un bébé, pratiquez une automédication de durée adaptée, ne pratiquez pas une automédication honteuse, lisez la notice et gardez l'emballage, évitez le cumul de médicaments, évitez l'alcool, conservez correctement vos médicaments, soyez vigilant avec les enfants, et sachez renoncer à l'automédication(26). Bien que ces recommandations soient utiles, elles manquent probablement de diffusion auprès du grand public. Ces informations sont utiles mais manquent de diffusion.

Il existe un besoin d'outils pratiques, accessibles et compréhensibles pour sensibiliser les usagers au bon usage des médicaments, et à la pratique de l'autosoin de manière plus générale. Des campagnes de sensibilisation dans les médias, par exemple, pourraient permettre d'informer le public, à l'instar de celles menées au début des années 2000 concernant l'usage des antibiotiques.

Dans un contexte de désertification médicale croissante, il manque des données sur les pratiques de l'automédication au sein des populations qui n'ont pas accès à un médecin traitant. Il serait intéressant d'observer les stratégies mis en place par ces populations pour pallier cette carence médicale, sur les comportements mis en place pour pallier ce manque.

La balance bénéfice/risque réelle des médicaments, pris en automédication, reste aussi à évaluer.

## Conclusion

---

Cette étude, réalisée en Haute-Vienne, montre une prévalence de l'automédication sur le dernier mois de 62,0 %. Elle confirme qu'il s'agit d'une pratique répandue, plus encore que ne le suggéraient les études antérieures, et d'autant plus chez les individus jeunes et sans traitement de fond.

Les principaux symptômes motivant cette pratique incluent les céphalées et les symptômes O.R.L. (rhinite, toux, maux de gorge). Bien que la durée des prises soit généralement adaptée, une minorité reste inappropriée, et la communication des prises au médecin traitant reste rare (un quart des cas). Les médicaments consommés proviennent principalement des pharmacies et sont en majorité adaptés à l'automédication. Le recours au stock personnel reste fréquent, et une partie fait appel à son entourage. Aucun achat en ligne n'a été rapporté.

Les individus décident de ne pas consulter un médecin car ils ne l'estiment pas nécessaire. L'indisponibilité des médecins n'est évoquée que secondairement,

Ces comportements suggèrent une pratique majoritairement prudente, bien que la mise en place d'une meilleure éducation thérapeutique soit nécessaire pour en limiter les risques.

Les résultats concordent dans l'ensemble avec les études antérieures réalisées sur le sujet, mais il serait nécessaire de réaliser des études plus larges, incluant notamment la population sans médecin traitant.

Cette étude souligne la nécessité de développer des outils permettant d'optimiser la conciliation médicamenteuse en médecine générale et de sensibiliser la population à un usage responsable des médicaments, notamment en ce qui concerne le paracétamol, les AINS et les PMO.

## Références bibliographiques

---

1. Code de la Santé Publique. Article L5111-1.
2. Bagheri H, Giroud JP. Automédication et mésusage. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. févr 2023;207(2):178-85.
3. Coulomb A, Baumelou A. SITUATION DE L'AUTOMEDICATION EN FRANCE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION. 2007;32.
4. Fournier JL, Brutus L. Automédication. Traité de Médecine Akos. 2018;13(2):1-4.
5. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication: Revue française des affaires sociales. 1 mars 2008;(1):81-94.
6. Fédération Nationale de l'Information Médicale. lafnim. Le marché de l'automédication : un nouvel essor ? Disponible sur: <https://www.lafnim.com/actualite/le-marche-de-l-automedication-un-nouvel-essor-11.htm>
7. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012. 194 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-automedication-ou-les-mirage-de-l-autonomie--9782130606550.htm>
8. Delestre AS. Déterminants des comportements d'automédication en médecine générale.
9. Cracowski JL, Muller S, Anglade I, Bonnefond G, Bouhanick B, Bouquet S, et al. Prévention des risques liés à un usage inapproprié/consommation inutile des médicaments. Therapies. janv 2022;77(1):69-78.
10. Journal Officiel. Arrêté du 20 juin 2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027592947/>
11. Montastruc JL, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. Therapies. avr 2016;71(2):257-62.
12. Vanhaesebrouck A, Vuillermoz C, Robert S, Parizot I, Chauvin P. Who self-medicates? Results from structural equation modeling in the Greater Paris area, France. Budhathoki SS, éditeur. PLoS ONE. 17 déc 2018;13(12):e0208632.
13. Herrera-Añazco P, Mougenot B, Benites-Meza JK, Barturén-Alvarado LC, Zumarán-Nuñez CJ, Boyd-Gamarra MA, et al. Self-Medication Practices, Use of Brand-Name, and Over-the-Counter Medicines by Peruvian Older Adults. Can Geriatr J. 2 mars 2023;26(1):187-99.
14. Mehuys E, Crombez G, Paemeleire K, Adriaens E, Van Hees T, Demarche S, et al. Self-Medication With Over-the-Counter Analgesics: A Survey of Patient Characteristics and Concerns About Pain Medication. The Journal of Pain. févr 2019;20(2):215-23.
15. Berreni A, Montastruc F, Bondon-Guitton E, Rousseau V, Abadie D, Durrieu G, et al. Adverse drug reactions to self-medication: a study in a pharmacovigilance database. Fundamemntal Clinical Pharma. oct 2015;29(5):517-20.
16. Fereidouni Z, Kameli Morandini M, Najafi Kalyani M. Experiences of self-medication among people: a qualitative meta-synthesis. DARU J Pharm Sci. juin 2019;27(1):83-9.

17. Schmiedl S, Rottenkolber M, Hasford J, Rottenkolber D, Farker K, Drewelow B, et al. Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study. *Drug Saf.* avr 2014;37(4):225-35.
18. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, et al. Frequency and Severity of Adverse Drug Reactions Due to Self-Medication: A Cross-Sectional Multicentre Survey in Emergency Departments. *Drug Saf.* déc 2013;36(12):1159-68.
19. Queneau P, Ourabah (Rapporteurs) R. Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* août 2023;207(7):860-71.
20. data.gouv.fr [Internet]. 2024. Consommation des médicaments : âge, sexe, quel profil type ? Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/consommation-des-medicaments-age-sexe-quel-profil-type/>
21. INSEE. Santé et recours aux soins [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
22. Insee. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Haute-Vienne [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761060>
23. Insee. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Bouches-du-Rhône. 2023.
24. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé  
Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. 2018.
25. Ordre National des Pharmaciens [Internet]. 2024. Mon Dossier Pharmaceutique. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/patient-grand-public/mes-droits/mon-dossier-pharmaceutique>
26. Les dix commandements de l'automédication. In: Vidal. 2009.

## Annexes

---

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Annexe 1. Autoquestionnaire ..... | 55 |
|-----------------------------------|----|

THESE DE MEDECINE : QUESTIONNAIRE SUR L'AUTOMEDICATION

Madame, Monsieur, étudiante en médecine à la faculté de Limoges, je réalise ma thèse de médecine sur l'automédication chez les adultes. Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est totalement anonyme, aucune donnée personnelle permettant votre identification ou ~~ré-identification~~ n'est collectée.

Quel est votre sexe ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Quel âge avez-vous ?

\_\_\_\_\_

Avez-vous un médecin traitant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Prenez-vous quotidiennement des médicaments prescrits par un médecin ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous pris des médicaments sans avoir consulté un médecin au préalable dans le mois précédent ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu oui à la dernière question, merci de remplir le tableau au verso de cette feuille comme ci-joint :

| Quel(s) symptôme(s) / problème(s) ? | Quel(s) médicament(s) ? | Pendant combien de temps ? | De quelle provenance (entourage, stock personnel, pharmacie...) ? | En avez-vous parlé à votre médecin traitant ? | Pourquoi n'avez-vous pas consulté un médecin (indisponibilité, coût, conseil du pharmacien, avis d'un proche...) ? |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MAUX DE TETE                        | DOLIPRANE               | 1 jour                     | Stock personnel                                                   | Non                                           | Indisponible                                                                                                       |
| TOUX                                | SIROP CONTRE LA TOUX    | 7 jours                    | Pharmacie                                                         | Oui                                           |                                                                                                                    |

| Quel(s)<br>symptôme(s) /<br>problème(s) ? | Quel(s)<br>médicament(s) ? | Pendant<br>combien de<br>temps ? | De quelle provenance<br>(entourage, stock<br>personnel, pharmacie,<br>autre) ? | En avez-vous parlé à<br>votre médecin traitant ? | Pourquoi n'avez-vous pas<br>consulté un médecin<br>(indisponibilité, coût, conseil du<br>pharmacien, avis d'un proche,<br>non nécessaire...) ? |
|-------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                            |                                  |                                                                                |                                                  |                                                                                                                                                |



## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

# Prévalence de l'automédication chez les adultes en Haute-Vienne en 2024

---

**Introduction :** L'automédication est une pratique encouragée par les pouvoirs publics, mais peu de données récentes existent sur sa prévalence en population générale, en particulier en zone rurale.

**Matériel et méthode :** Cette étude visait à estimer la prévalence de l'automédication sur le dernier mois en Haute-Vienne, et à identifier ses principaux déterminants. Une étude a été menée à l'aide d'auto-questionnaires auprès de personnes adultes fréquentant des pharmacies et des cabinets de médecine générale.

**Résultats :** La prévalence de l'automédication sur le dernier mois était élevée (62,0%), particulièrement chez les jeunes sans traitement de fond. La majorité des médicaments provenaient des pharmacies, avec une durée d'utilisation et un nombre de médicaments consommés en automédication qui étaient raisonnables. Cependant, seulement 22,4 % des prises n'a pas été communiqué au médecin traitant.

**Conclusion :** L'automédication est une pratique commune. Ces résultats doivent encourager les médecins généralistes à les rechercher et à accompagner leurs patients pour limiter les risques associés. Des études restent à réaliser sur la prévalence de l'automédication et ses déterminants dans les populations sans médecin traitant.

---

Mots-clés : [automédication, autosoin, médecine générale]

## Prevalence of self-medication in Haute-Vienne, France, in 2024

---

**Introduction :** Self-medication is encouraged by french public authorities, but there is limited recent data on its prevalence in the general population, especially in rural areas.

**Material and method :** This study aimed to estimate the last month prevalence of self-medication in Haute-Vienne, and identify its main determinants. A survey was conducted using self-administered questionnaires among adults visiting pharmacies and general medical practices.

**Results :** The last month prevalence of self-medication was high (62.0%), particularly among young individuals without ongoing treatment. The majority of medications came from pharmacies, with reasonable durations of use and a limited number of self-medicated drugs. However, only 22,4% of the cases were reported to the general practitioner.

**Conclusion :** Self-medication is a common practice. These findings should encourage general practitioners to actively inquire about self-medication practices and to assist patients in minimizing the associated risks. Further studies are needed to assess the prevalence and determinants of self-medication in populations without access to a general practioner.

---

Keywords : [self-medication, self-care, general practice]

