

La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Laurent Brutus¹ et Charlie Marquis².

1. Chargé de recherche, médecin généraliste, Institut de Recherche pour le Développement (MERIT) et Département de médecine générale de la faculté de médecine de l'Université de Nantes.
2. Ingénieur d'étude, Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706), Université de Nantes.

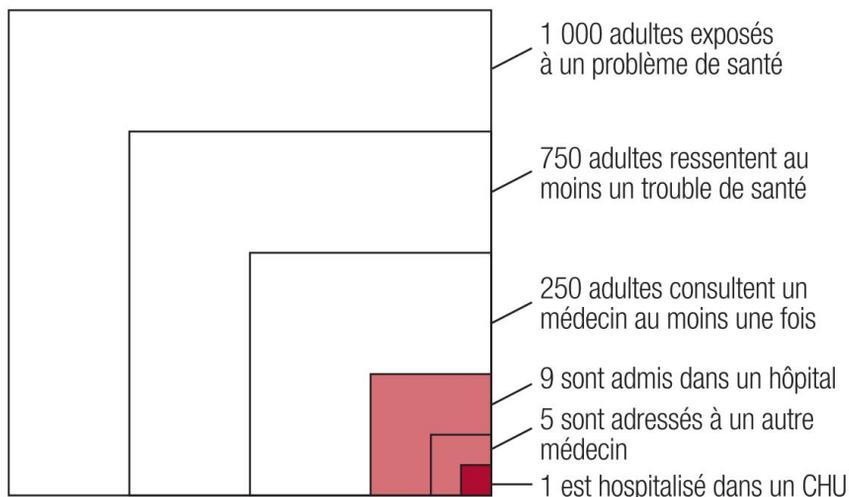
En s'intéressant aux soins primaires, les épidémiologistes établissent généralement des données de morbidité au vu des statistiques des divers services de santé. Mais quand on parle de soins primaires, ces données apparaissent à la fois biaisées et parcellaires. D'abord, elles se basent bien souvent sur les seules statistiques hospitalières et ignorent les données issues des structures de première ligne. Ensuite, de par leur mode de recueil, ces éléments statistiques ont comme principal défaut de ne comptabiliser que les problèmes de santé déclarés aux professionnels.

Or les problèmes de santé non déclarés regroupent de nombreux troubles de santé mineurs et quotidiens comme un mal de tête, une fatigue passagère ou un rhume, qui sont parfois les prémices d'affections plus sérieuses (cancer, diabète, méningite). En utilisant une métaphore bien connue, les médecins parlent des problèmes de santé non déclarés comme de la face cachée de « l'iceberg clinique ». Cela dit, la médecine s'intéresse peu aux troubles mineurs, mais concentre son attention sur la détection précoce des maladies, sur la partie immergée de l'« iceberg clinique » qui se compose d'affections non diagnostiquées par un professionnel et potentiellement graves comme le diabète, le cancer, le glaucome ou la tuberculose (Last, 1963). Celles-ci ne sont généralement pas détectées car leur développement est asymptomatique pour le patient ou bien simplement non exposées au professionnel. Plusieurs travaux ont déjà montré que seule une minorité des symptômes de maladies conduisent à une consultation médicale (Elliott *et al.*, 2011). La face cachée de « l'ice-

berg clinique » comprend donc des troubles bénins ou sévères qui mobilisent différemment les médecins et les malades.

C'est à White, Williams et Greenberg que nous devons la présentation d'un modèle d'écologie des soins médicaux, connu sous le nom de « carré de White » (White, *et al.*, 1961). Ce modèle permet schématiquement de visualiser la structuration des soins en trois niveaux et l'importance numérique des prises en charge assurées par chacun d'entre eux. Il est fondé sur des données administratives de santé. Depuis, ce modèle a été affiné à plusieurs reprises, puis utilisé pour décrire divers environnements de soins notamment en France (Michel & Sourzac, 2015). Sur 1000 adultes exposés à un problème de santé, les trois quarts ressentiraient, au cours d'un mois, au moins un trouble. Parmi ces derniers, les deux tiers n'aurait pas recours au système de santé tandis qu'un tiers seulement en viendrait à consulter au moins une fois un médecin. Alors que White et ses collaborateurs s'intéressaient à la fréquentation des différents niveaux du système de soins, ils ont négligé les comportements adoptés par les individus en amont de cette prise en charge.

Schéma 1. Le carré de White (White, *et al.* ; 1961).



En effet, les 500 adultes qui selon ce modèle ressentiraient un problème mais ne se présenteraient pas en consultation, ont vraisemblablement développé des stratégies « d'autogestion » de leur soin (Michel & Sourzac, 2015), notamment avec des médicaments achetés pour l'occasion ou procurés par ailleurs (pharmacie familiale, don) ou grâce à d'autres soins non médicamenteux. Ce que Robert Braun nommait

les « maladies sans médecin » (Braun, 1979), cette « face cachée de l'iceberg » constituée de maux perçus comme bénins, fait notamment l'objet de pratiques d'automédication : c'est tout ce qui se passe en marge de la consultation médicale. Nous concentrons notre regard avec cette enquête sur les pratiques d'automédication intervenues sans consulter ou en amont de la consultation médicale. Nous avons ignoré ici l'automédication intervenant après la consultation (prise d'autres produits en parallèle des médicaments prescrits, modification de la posologie conseillée, ignorance ou désobéissance des conseils médicaux).

Nous avons fait le choix d'étudier ces pratiques d'automédication en interrogeant leur position dans le système de santé officiel. Parce que la population française a un accès facilité au système de santé et en particulier aux soins de première ligne, l'étude de ces pratiques d'auto-soin, développées à côté de cette prise en charge, nous est apparue riche d'enseignements. À la différence des études qualitatives sur le sujet (Haxaire, 2002 ; Fainzang, 2012), il existe peu de données quantitatives sur les pratiques d'auto-gestion du soin dans la société française.

Une enquête auprès des patientèles de médecine générale

Nous avons tenté d'intégrer les pratiques d'automédication à l'écologie des soins médicaux décrite par le carré de White. Nous développons ici un regard sur la face cachée de cet iceberg, en allant chercher directement l'information dans les salles d'attente des professionnels de santé de premier recours, et en questionnant les patients sur leurs précédents troubles de santé. Que font-ils quand ils ne viennent pas consulter un médecin ? Y a-t-il une prise en charge des maux en amont de la consultation ? En quoi consistent ces différentes pratiques ? Les facteurs sociaux, ou le type des troubles ressentis, influencent-ils les comportements d'auto-gestion des soins ?

Une enquête a été réalisée entre 2012 et 2015 dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée dans l'ouest de la France. L'enquête a été déposée dans les salles d'attente des médecins généralistes qui, en France, sont considérés par les pouvoirs publics comme en première ligne pour les soins primaires¹. Ils sont installés sur tous les territoires, bien que la densité médicale soit nettement moins

1 Les soins primaires renvoient le plus souvent aux notions de premiers recours, d'accessibilité et de lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes en sont généralement des acteurs essentiels mais ils ne sont pas les seuls (infirmiers, pharmaciens, gynécologues...).

dense dans certaines zones rurales. Le questionnaire était directement rempli par les patients en attente de leur consultation, en auto-administration. Nous demandions en première instance si, au cours des six derniers mois, la personne avait rencontré un problème de santé qu'elle aurait soigné sans consulter un médecin généraliste. L'enquête a été passée dans 133 cabinets à quatre reprises au printemps et à l'automne. La première partie consistait à détailler la dernière pratique d'automédication, alors que la seconde recueillait des informations socio-démographique et sur l'environnement médical du répondant.

57 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu recours à l'automédication (47 % des hommes et 61 % des femmes, $p < 0,001$). Les personnes âgées de moins de 45 ans ont significativement davantage recouru à l'automédication (69 %) que celles âgées de plus de 45 ans (46 %, $p < 0,001$). Ce sont aussi les personnes vivant avec des enfants qui y ont eu plus souvent recours (67 % vs 48 % sans enfant, $p < 0,001$) ainsi que celles ayant au moins le baccalauréat (64 % vs 46 % sans le bac, $p < 0,001$)².

Une diversité de problèmes de santé (de symptômes et de maladies)

Le questionnaire se poursuivait avec une question ouverte interrogeant sur le problème de santé ressenti pour lequel s'est appliquée l'automédication. Les questions suivantes portaient sur les différentes réactions qui en ont résulté, incluant une nouvelle question ouverte sur les produits utilisés pour le résoudre. Il existe de nombreuses classifications médicales pour identifier les troubles et les maladies en épidémiologie, comme la CIM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous leur avons préféré l'ICPC2 (International Classification of Primary Care – 2nd Edition) ou CISP en français (Classification Internationale des Soins Primaires), éditée par l'Organisation Internationale des médecins généralistes. Elle permet de prendre en compte les maladies (diagnostics) et les plaintes (symptômes) auxquels se réfèrent les termes employés par les répondants. De plus, c'est une classification particulièrement développée sur les soins primaires.

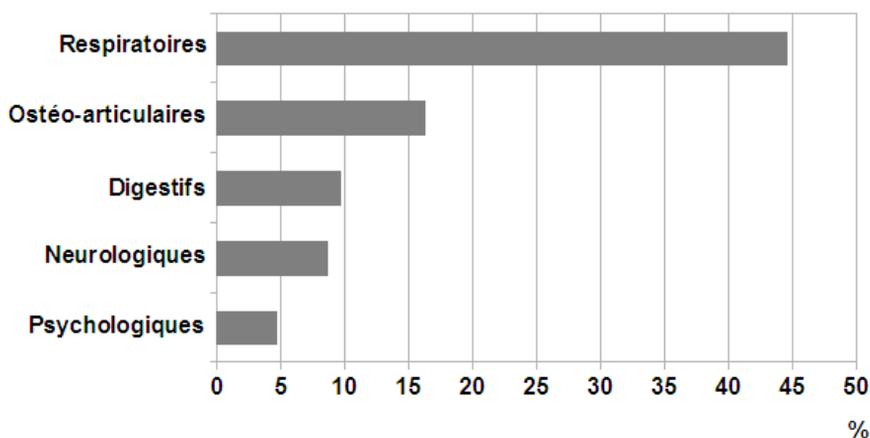
Nous avons fait le choix d'appliquer ici une catégorisation professionnelle, anatomique et médicale, pour regrouper des réponses libres et leur terminologie profane. L'objectif était d'identifier différentes aires pathologiques pour observer

2 Nous interrogeons la représentativité de la population répondante dans la partie discussion de cet article.

d'éventuelles variations de comportements. Une autre classification médicale a été appliquée aux réponses concernant les produits de santé utilisés : la Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC)³. Nous présenterons ici de premières statistiques descriptives, concernant le premier trouble de santé cité et le premier produit indiqué, certains enquêtés ayant cité jusqu'à six produits différents.

Les problèmes respiratoires sont les plus fréquemment cités (cf. *graphique 1*), notamment les rhumes (53 %), la grippe (6 %), les angines (5 %), sinusites (4 %) et bronchites (4 %). Les problèmes touchant les os et les articulations, principalement les lombalgies et les tendinites, arrivent en deuxième position, suivis par les troubles digestifs, constitués de gastro-entérites et de douleurs abdominales. Les céphalées et les migraines citées ensuite représentent l'essentiel des désordres de la sphère neurologique. Les troubles « psychologiques » viennent en cinquième position avec les symptômes d'anxiété et de dépression, les troubles du sommeil et les manifestations diverses de mal-être et d'asthénie.

Graphique 1. Proportion des 5 désordres les plus renseignés par les individus déclarant dans un premier temps s'être pris en charge par eux-mêmes pour ce problème.



3 Il a été nécessaire d'élargir cette classification en affinant les catégories non médicamenteuses (vitamines, suppléments minéraux, toniques, nutriments, etc.) et d'y ajouter des catégories non pharmaceutiques (plantes, huiles essentielles, massage, jeûne, etc.)

Face à un problème de santé, plus des trois quarts des répondants disent avoir voulu dans un premier temps se soigner seuls. Pour ce faire, ils utilisent ce qu'ils savent et ce qu'ils ont à disposition autour d'eux.

On note une forte déclaration (43 %) des antalgiques (Paracétamol...) et dans une moindre mesure des anti-inflammatoires (14 %) (cf. *Tableau 1*). Pour des troubles respiratoires, ostéo-musculaires et psychologiques, une personne sur trois utilise systématiquement un antalgique. Cette proportion s'élève à près de 70 % concernant les maux de tête et les migraines. Les troubles respiratoires et digestifs sont plutôt soignés avec des traitements symptomatiques spécifiques (Rhinadvil®, Dolirhume®, Rhinofluimucil® et Spasfon®, Smecta®...).

Enfin, il faut noter la faible utilisation des produits non médicamenteux ou « naturels », parmi lesquels nous rangeons ici sans distinction : l'homéopathie, les huiles essentielles et l'usage des plantes à des fins thérapeutiques, soit 14 % (tout problème confondu) (cf. *tableau 1*).

Par ailleurs, la moitié des enquêtés déclarent avoir utilisé des médicaments qui leur avaient été précédemment prescrits (54 %). Cette proportion est moindre (42 %) pour les troubles respiratoires très fréquents, mais elle atteint 70 % pour les troubles ostéo-articulaires qui bien souvent sont des douleurs chroniques.

Cet aspect chronique du « problème de santé » est aussi souligné par le temps durant lequel se poursuit l'automédication. C'est l'automédication pour les troubles dits psychologiques qui dure le plus longtemps, au delà d'une semaine. Cela marque le caractère souvent prolongé de ces états d'anxiété et de mal-être.

Tableau 1. Une automédication diversifiée selon les troubles identifiés (pourcentages).

| | | Troubles de santé | | | | |
|------------------------|--|-------------------|---------------|-----------|--------------------|----------------|
| | | Respiratoires | Neurologiques | Digestifs | Ostéo-articulaires | Psychologiques |
| Choix d'automédication | Antalgiques | 34 | 68 | 18 | 35 | 38 |
| | Anti-inflammatoires | 3 | 19 | 1 | 36 | 4 |
| | « Produits naturels » | 16 | 3 | 9 | 6 | 35 |
| | Réutilisation médicaments précédemment « prescrits » | 42 | 60 | 63 | 70 | 66 |
| | Soins de plus d'une semaine | 18 | 14 | 24 | 35 | 73 |

Au-delà de la réponse isolée apportée au problème de santé en auto-soin, nous nous sommes intéressés à la relation entretenue par l'individu avec les différents acteurs du système de santé.

Des automédications bornées par le recours aux professionnels

Plus de sept personnes sur dix choisissent de se soigner seules⁴. Selon leurs déclarations, quatre y parviendront sans avoir cherché aucune information ni aucun conseil auprès de professionnels de santé à propos du problème de santé ressenti.

Le type des maux semble aussi provoquer des attitudes différentes de la part des individus. Les personnes ayant déclaré des troubles respiratoires ont moins discuté avec des professionnels de santé⁵ mais recherchent davantage les informations auprès du pharmacien chez lequel ils peuvent se fournir en produits d'automédication (médicaments hors prescription ou autres produits non médicamenteux). Les individus en souffrance psychologique sont ceux qui recherchent le plus les conseils des professionnels.

4 Nous identifions ici les individus qui s'automédiquent comme ceux qui répondent avoir cherché, au moins une fois dans les six mois précédents l'enquête, à se soigner sans consulter préalablement un médecin généraliste.

5 Nous excluons ici les discussions avec un médecin généraliste dans le cadre d'une consultation, puisque la question de départ de ce questionnaire posait la limite de l'automédication à la porte du médecin traitant.

Les personnes souffrant de problèmes ostéo-articulaires se tournent davantage vers une gamme plus étendue de praticiens du soin (spécialistes médicaux, kinésithérapeutes, ostéopathes, magnétiseurs...) de même que celles en souffrance psychologique.

Enfin, près de 4 fois sur 10, ces deux catégories de personnes (souffrant de troubles ostéo-articulaires ou psychologiques) poursuivent en consultant un médecin généraliste, alors que, par exemple, elles ne sont que 13 % à le faire pour les troubles respiratoires.

Tableau 2. Automédication et recours aux praticiens de santé (pourcentages).

| | | Troubles de santé | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------------|-----------|--------------------|----------------|
| | | Respiratoires | Neurologiques | Digestifs | Ostéo-articulaires | Psychologiques |
| Recours aux praticiens | Discussion « médicale » | 8 | 15 | 14 | 17 | 19 |
| | Informations en pharmacie | 20 | 15 | 22 | 8 | 17 |
| | Visite d'un autre praticien | 5 | 20 | 22 | 49 | 37 |
| | Consultation d'un médecin généraliste | 13 | 18 | 25 | 39 | 41 |

Les résultats de nos enquêtes montrent une importante tendance à l'automédication et ce, bien que la population de l'étude ait accès aux professionnels des soins primaires. Face à un problème de santé, 40 % des individus se soignent sans avoir besoin de recourir au système de soins français. Par contre, ils sont tout aussi nombreux, 35 %, à rechercher des conseils auprès de professionnels de santé : les pharmaciens et en fin de compte les médecins généralistes. Ces pratiques sont souvent des étapes dans un parcours de soin, d'ordinaire non exclusives les unes des autres. Elles pourront se poursuivre après la consultation médicale, mais le regard de cette enquête s'est arrêté à la porte de la consultation.

Discussion

Nous développons ici les résultats d'une enquête administrée dans les salles d'attente des médecins généralistes. Cet espace donné à l'enquête permet d'étudier une population qui a la connaissance et la pratique du système de santé français. Des

données, issues d'une enquête nationale sur le public des consultations de médecine générale, ont révélé que la population présente en salle d'attente est plus féminine que la population générale, les moins de 30 ans sont moins présents alors que les plus de 60 ans y sont les plus assidus (Létrilliart *et al.*, 2014). Globalement, l'INSEE recense dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée 52 % de femmes et 27 % de personnes âgées de plus de 60 ans (INSEE, recensement de 2012). Nous pouvons ici pointer plusieurs différences entre nos patientèles enquêtées en Loire-Atlantique et en Vendée et ces précédentes données : si nous sommes parvenus à recueillir la parole des moins de 30 ans présents en salle d'attente, nous sous-enquêtons la parole des personnes âgées de plus de 60 ans en laissant presque de côté les plus de 75 ans qui sont pourtant très présents dans les patientèles de médecine générale. Enfin, les femmes prédominent très largement dans notre population d'enquête. Cela rejoint les constats de Galea & Tracy (2007) pour qui les participants aux enquêtes épidémiologiques sont avant tout des personnes concernées par le thème général de l'enquête et s'avèrent plus volontiers des femmes, actives, en couple et de bon niveau d'instruction.

Les conditions de la passation (auto-administration d'un questionnaire dans un lieu d'attente) peuvent aussi contribuer à expliquer cette disparité. Le formulaire est souvent passé inaperçu, les conditions matérielles ont parfois manqué pour le remplir (temps d'attente insuffisant, luminosité de la salle d'attente, crayons mis à disposition égarés) et une partie de la patientèle s'est autocensurée, ne se sentant pas concernée ou craignant le regard du médecin sur un sujet aussi sensible que ses pratiques personnelles d'automédication. Pierre Aiach (1986) a souligné combien cette problématique des procédures de recueil dans l'analyse des données de morbidité devait inciter à la vigilance en matière de production et d'interprétation des données statistiques.

Tableau 3 : Comparaison de la population d'enquête aux niveaux local et national en salle d'attente.

| | ECOGEN | INSEE | SSPSM-SdA |
|----------------|----------|-------------|-------------|
| | NATIONAL | LOCAL 44-85 | LOCAL 44-85 |
| | n=17174 | n=317437 | n=2196 |
| Femme | 60,0 % | 51,6 % | 71,6 % |
| Homme | 40,0 % | 48,4 % | 28,4 % |
| 18 – 29 ans | 12,0 % | 22,4 % | 16,1 % |
| 30 – 44 ans | 20,7 % | 26,5 % | 33,3 % |
| 45 – 59 ans | 23,7 % | 24,1 % | 25,1 % |
| 60 – 74 ans | 24,1 % | 16,9 % | 19,7 % |
| 75 ans et plus | 19,5 % | 10,1 % | 5,9 % |

La population locale recensée par l'INSEE dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée est légèrement plus jeune que la population nationale (deux points supplémentaires pour ce qui concerne les individus âgés de 18 à 29 ans révolu).

Sources : ECOGEN : Lettilliant, *et al.* ; 2014.

INSEE : Recensement de la population 2012 : données concernant les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

SSPSM-SdA : "Se soigner par soi-même" – Enquête en salle d'attente, programme AUTOMED 2013-16.

Pour le moment, malgré les disparités entre la population soumise à l'enquête, la population répondante à l'enquête et la population générale, nos résultats montrent que ce sont des femmes, particulièrement des jeunes de moins de 45 ans, des personnes ayant des enfants et au moins le baccalauréat qui se tournent vers l'automédication. Ces résultats vont dans le sens des tendances déjà mises en évidence pour la France par les travaux de Dominique Raynaud (2008) et de Patrick Laure (1998).

Dans notre enquête, près d'une personne interrogée sur deux a déclaré avoir eu recours à l'automédication pour des troubles respiratoires. Les douleurs des os et articulations ont concerné moins d'une personne sur 5 et les problèmes digestifs, une sur 10. Et elles étaient moins de 5% à signaler des problèmes psychologiques. La prédominance des troubles respiratoires dans une enquête réalisée en salles d'attente de médecins généralistes ne doit pas surprendre. En effet, les études de

Banks *et al.* (1975) et d'Elliott, McAteer & Hannaford (2011) ont montré que les individus recouraient davantage à la consultation en cas de troubles respiratoires. Cependant, les proportions de déclarations des divers problèmes de santé doivent être considérées avec précaution.

Pierre Aiach (1986) a comparé trois modes d'enquête utilisés généralement pour questionner les troubles de santé : la question ouverte (que nous avons utilisée dans les salles d'attente), la liste (non explorée ici) et le journal personnel (technique que nous avons employée dans une autre recherche (Le Hesran & Brutus, sous presse)). Aiach a observé par exemple que les maux de tête et les douleurs de dos et de reins seraient sous déclarés face à une question ouverte par rapport à la liste ou au journal et que les symptômes de type psychologique seraient déclarés au remplissage d'une liste mais oubliés dans une question ouverte et à l'écriture quotidienne.

Ces variations dues aux techniques de recueil, ont été constatées nos propres enquêtes puisque les troubles ostéo-articulaires, neurologiques et psychologiques sont sous déclarés dans cette enquête en salles d'attente, représentant moins de 35 % des plaintes tandis qu'ils ont représenté plus de 60 % des troubles signalés dans une autre enquête utilisant des journaux quotidiens de santé (Le Hesran & Brutus, sous presse). Ces mêmes troubles (fatigue, maux de tête, douleurs articulaires et du dos, insomnies) figurent aussi en tête dans l'étude anglaise de McAteer, Elliott & Hannaford (2011) ayant utilisé une liste préétablie de symptômes. Diverses études utilisant des journaux de santé tenus par des femmes ont, elles aussi, constaté des proportions similaires, comme les enquêtes de Banks en Angleterre (1975) ou de Freer au Canada (1980), où les 3 catégories de troubles les plus fréquemment citées sont les problèmes psychologiques et la fatigue, les douleurs de dos et les maux de tête.

Rejoignant les résultats de plusieurs enquêtes, les produits utilisés les plus déclarés ont été les antalgiques (43 %) dont les propriétés à la fois contre la douleur et la fièvre en font des produits de choix en automédication aussi bien pour les douleurs ostéo-articulaires, les maux de tête que pour les infections respiratoires. Par exemple, dans l'étude de Freer (1980), 48 % des produits d'automédication cités sont aussi des antalgiques.

En revanche, à peine 14 % des personnes interrogées ont déclaré utiliser des produits « naturels » ou non médicamenteux (phytothérapie ou homéopathie principa-

lement). Une explication de cette faible déclaration⁶ est à chercher du côté du contexte de la passation : nous nous adressions à une population en partie habituée à fréquenter les médecins généralistes, physiquement placée dans un environnement médical et mentalement tournée vers la perspective d'une consultation. Ces trois facteurs ont pu contribuer à expliquer la faible déclaration de l'utilisation des produits « naturels » ou non médicamenteux. De plus, comme l'a montré Brian Shelley (2009), les patients informent d'autant plus volontiers leur médecin de leur recours aux « plantes » et aux « médecines complémentaires et alternatives (CAM) » que ces derniers démontrent une attitude ouverte sur le sujet et témoignent d'un certain niveau de confiance dans les capacités d'auto-soin de leurs patients. On peut supposer que la nature de la relation médecin-patient ait joué un rôle lors de la réponse (même anonyme et auto-rédigée). Cependant, les produits naturels, homéopathiques ou non médicamenteux, ont surtout été déclarés pour les troubles psychologiques. Or comme l'a montré Claudie Haxaire (2002), les individus semblent plus enclins à considérer ces troubles comme de l'ordre du personnel et de la sphère de l'intime en ayant tendance à exclure les médecins de leur diagnostic et de la surveillance des traitements.

Nos résultats ont montré que les troubles psychologiques et les problèmes ostéo-articulaires sont ceux pour lesquels les individus reconnaissent à la fois le plus fort taux de réutilisation d'anciennes prescriptions médicales, de temps de soins prolongés et de recours plus fréquents aux autres praticiens du soin. Ces maux sont souvent chroniques et difficilement soulagés par la médecine générale et plus globalement le système de santé. Leur prise en charge nécessite une écoute et une empathie que l'on retrouve mises en avant chez les praticiens et distributeurs de ces autres formes de soins. Par ailleurs, France Lert *et al.* (2014) ont étudié les patientèles de médecins alliant une autre forme de soins (dans leur étude l'homéopathie) à leur pratique de la médecine générale. Plus souvent féminines, ces patientèles présentaient dans l'étude une proportion plus élevée de problèmes ostéo-articulaires, de troubles psychologiques et du sommeil et de problèmes cutanés que celles fréquentant des médecins généralistes pratiquant uniquement des « médecines conventionnelles » (Lert *et al.*, 2014).

Pour conclure, alors que White et ses collaborateurs (1961) s'étaient attachés à décrire les différents niveaux de recours aux soins, nous nous sommes intéressés aux pratiques des individus en amont de la consultation des professionnels de santé. Il ressort des résultats que seulement quatre personnes sur dix se soignent

6 Voir Piolot *et al.* (2015) concernant l'homéopathie en France.

seules lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé. Les autres, plus nombreuses, ont certes recours à des pratiques d'automédication mais elles prennent aussi contact avec des praticiens de la santé : en se rendant à la pharmacie (problèmes respiratoires et digestifs), en ayant recours à un autre praticien du soin (problèmes ostéo-articulaires ou psychologiques) ou finalement en consultant un médecin généraliste (problèmes psychologiques, digestifs et ostéo-articulaires). Il est remarquable que ces derniers résultats concernant le recours au système de santé, obtenus à partir d'une question ouverte posée en salle d'attente, soient strictement superposables à ceux obtenus par Elliott, McAteer & Hannaford (2011), au Royaume-Uni, au moyen d'une enquête postale construite autour d'une liste pré-établie de symptômes.

Nous avons discuté ici les résultats des deux premières vagues de cette enquête qui en comporte quatre. La troisième vague (2014) visait à répondre à trois lacunes : (1) l'exploration des patientèles du nord de la Loire-Atlantique où le réseau du département de médecine générale ne s'étend pas et où donc l'enquête était aveugle ; (2) l'augmentation des enquêtés en situation de précarité afin d'évaluer leurs pratiques à l'aune de leur situation économique et leur fragilité sociale ; et (3) ouvrir le terrain de la passation à l'extérieur des salles d'attente des médecins, à la recherche d'une population ne fréquentant pas, ou très peu, les médecins généralistes en particulier, ou le système de santé en général. Enfin, la quatrième vague de l'enquête (2015) s'est assortie d'une observation de la passation afin de caractériser les individus ne répondant pas à notre questionnaire et d'interroger les raisons de cette non participation. Les premiers résultats issus de cette base de données augmentée ne contredisent pas ce qui a été exposé précédemment mais ces améliorations nous permettront d'étoffer nos analyses avec ces nouvelles informations de contexte. L'auto-soin doit donc se concevoir comme un éventail de solutions thérapeutiques parmi lesquelles les individus choisissent le ou les recours qui leur conviennent le mieux, professionnels ou non, selon le type de problème qui se pose à eux et selon leur savoir expérientiel en la matière.

Références

- Aiach, P. (1986). Approche sociologique des données de morbidité. *Sciences Sociales et Santé*. 4(1) pp.75-95.
- Banks, M-H. Beresford, S-A. Morrell, D-C. Waller, J-J. Watkins, C-J. (1975). Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years : a preliminary report. *International Journal of Epidemiology*. 4(3). pp.189-95.
- Braun, R. (1979). *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Paris: Payot. 512p.
- Brutus, L. et Le Hesran, A-L. (sous presse). Le journal de santé : une approche de l'automédication au quotidien.
- Elliott, A-M. McAteer, A. Hannaford, PC. (2011). Revisiting the symptom iceberg in today's primary care : results from a UK population survey. *BMC Family Practice*. 12. p.16.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freer, C-B. (1980). Self-care : a health diary study. *Medical Care*. 18(8). pp.853-61.
- Haxaire, C. (2002). « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*. 20(1). pp.63-88.
- Galea, S. Tracy, M. (2007). Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Annals of Epidemiology*. 17. pp.643-653.
- INSEE. (2012). *Base de données du référencement de 2012*. Repéré à <http://http://nesstar.cmh.ens.fr/> Consulté le 10 octobre 2015.
- Last, J-M. (1963). The iceberg « completing the clinical picture ». *General Practice Lancet*. 2. pp.28-31.
- Laure, P. (1998). Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie*. 53(2). pp.127-135.
- Lert, F. Grimaldi-Bensouda, L. Rouillon, F. Massol, J. Guillemot, D. Avouac, B. Duru, G. Magnier, A-M. Rossignol, M. Abenhaim, L. Begaud, B. (2014). EPI3-LA-SER Group. Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine. *Homeopathy*. 103(1). pp.51-7.
- Letrilliart, L. Supper, I. Schuers, M. et al. (2014). ECOGEN : éléments de la consultation en médecine générale. *Exercer*. 114. pp.148-57. Issu de Michel, J-F. (2014). L'écologie des soins médicaux étudiée sur une population parisienne en 2013. Thèse d'exercice de médecine générale, faculté de médecine, Paris 5 Descartes. Repéré à <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01114027/> Consulté le 15 juin 2015.
- Michel, J-F. et Sourzac, R. (2015). L'écologie des soins médicaux étudiée sur une population parisienne en 2013. *Exercer*. 118. pp.74-75.
- Piolot, M. Fagot, JP. Rivière, S. Fagot-Campagna, A. Debeugny, G. Couzigou, P. Alla, F. (2015). Homeopathy in France in 2011-2012 according to reimbursements in the French national health insurance database (SNIIRAM). *Family Practice*. 32(4). pp.442-8.

- Raynaud, D. (2008). Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*. 1. pp.81-94.
- Shelley, BM. Sussman, AL. Williams, RL. Segal, AR. Crabtree, BF. (2009). « They Don't Ask Me So I Don't Tell Them » : Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *The Annals of Family Medicine*. 7. pp.139-147.
- White, KL. Williams, TF. Greenberg, BG. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal Medical*. 265(8). pp.85-92.

« Automédication choisie ou subie » – Recherches e...

(2015) ACTES DES RENCONTRES NORD/SUD DE L'AUTOMÉDICATION ET DE SES DÉTERMINANTS

Un institut de recherche et deux universités se sont associés pour l'organisation de Rencontres autour de l'automédication et de ses déterminants : l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Université de Nantes (France) et l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) qui a accueilli ces journées scientifiques. **Les Rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants se sont déroulées dans la ville de Cotonou au Bénin, les 4, 5 et 6 mars 2015.** L'automédication s'est révélée être une thématique transversale de recherche pour analyser les sociétés contemporaines. Cette démarche nous mène au cœur de plusieurs enjeux : économiques et marchands d'abord, mais aussi thérapeutiques et de santé publique et enfin socio-culturels dans un contexte de mondialisation et de globalisation. Nous présentons ici les Actes de ces Rencontres (*mise en ligne : décembre 2015*).



Partie 1

Son marché et ses circuits de distribution

Alice Desclaux.

L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal

Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres.

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication.
Regards croisés Bénin-Ghana

Chiarella Mattern.

Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar. Le cas du marché informel d'Ambohipo

Codjo Adolphe Kpatchavi.

Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin)

Moïse Djralah, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Carine Baxerres.

Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin

Pascal Dohou et Dodji H. Amouzouvi.

Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Partie 2

Ses pratiques et leurs rapports aux professionnels du soin

Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger.

L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo

Jean-Yves Le Hesran, Inès Boko, Laurent Brutus.

Besoins et pratiques de soins : mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Laurent Brutus et Charlie Marquis.

La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Sébastien Fleuret.

Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique

Pierre Codjo Meliho.

Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayizo (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie

Anne-Laure Bergot-Le Floch, Pierre Moulin, Claudie Haxaire.

L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin

Partie 3

Ses usages et leurs significations questionnées

Véronique Guienne et Anne-Lise Le Hesran.

Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations

Marc Egrot.

Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest

Ida Bost.

Quand la plante dialogue avec le corps. Se soigner en utilisant le savoir herboristique

Emilienne Anago, Audrey Hemadou, Carine Baxerres.

S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre t-il les habitudes de consommation des familles ?

Roch A. Hounghin.

Écart entre recommandations officielles et pratiques des acteurs : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumé (Bénin)

Inès Boko et Carine Baxerres.

Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol

