HAL
open science

Incidence de l'automédication au 1er régiment d'infanterie de Sarrebourg : description et influence de l'activité régimentaire

Rémi Mathis

To cite this version:

Rémi Mathis. Incidence de l'automédication au 1er régiment d'infanterie de Sarrebourg : description et influence de l'activité régimentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734364

HAL Id: hal-01734364

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734364v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 8 mars 2012 à Nancy

par

Rémi MATHIS
Né le 13 juin 1984 à THIONVILLE - 57

Interne des Hôpitaux des Armées

Élève de l'Ecole du Val de Grâce - Paris
Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon-Bron

INCIDENCE DE L'AUTOMÉDICATION AU 1er RÉGIMENT D'INFANTERIE DE SARREBOURG

DESCRIPTION ET
INFLUENCE DE L'ACTIVITÉ RÉGIMENTAIRE

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CRANCE	Président du jury
Monsieur le Professeur Bruno CHENUEL	Juge
Monsieur le Professeur Philippe REY	Juge
Madame le Docteur Christelle MERLIN	Juge
Madame le Docteur Pascale MICAELLI	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2ème Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel W A YOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicale)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NA VIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section : Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES
5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM) Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et président de jury

Monsieur le Professeur Jean–Pierre CRANCE

Professeur Emérite de Physiologie
Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Commandeur de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous honorez d'avoir accepté la présidence de notre jury de thèse.
Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A nos Maîtres et juges

Monsieur le Professeur Bruno CHENUEL

Professeur de Physiologie de l'université de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse et de l'intérêt que vous avez témoigné pour notre travail. Nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

Monsieur le Médecin en Chef Philippe Rey

Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Référent pédagogique de l'HIA Legouest
Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse.
Pour votre suivi pédagogique et votre écoute durant ces trois ans, nous tenons à vous témoigner toute notre gratitude et notre immense reconnaissance.

A notre juge

Madame le Pharmacien en Chef Christelle MERLIN

Chef du service de la Pharmacie de l'HIA Legouest

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse.
Pour votre intérêt à notre travail, veuillez accepter nos sincères et respectueux remerciements.

A notre directeur et juge de thèse,

Madame le Médecin en Chef Pascale MICAELLI

Médecin responsable de l'antenne de Sarrebourg
Membre du comité pédagogique de l'HIA LEOUEST

Vous nous avez fait l'immense honneur de diriger cette étude et vous avez permis la réalisation et l'aboutissement de ce travail.
Les six mois passés à vos côtés resteront une expérience professionnelle enrichissante qui me conforte dans mon choix de carrière.
Pour votre disponibilité, vos conseils, votre patience, et votre confiance que vous m'avez témoignés, veuillez accepter le témoignage de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Dominique FELTEN

Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées, échelon bronze

Récompense pour travaux scientifiques et techniques, échelon argent

A Monsieur le Médecin en Chef Jean-Paul PEREZ

Médecin Chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées, échelon bronze

Récompense pour travaux scientifiques et techniques, échelon bronze

A Monsieur le Médecin en Chef Philippe REY

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Référent pédagogique de l'Hôpital d'Instruction es Armées Legouest

Chef de service de Maladies Digestives

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier des Palmes Académiques

Récompense pour travaux scientifiques et techniques, échelon bronze

Avec tous nos remerciements

A Monsieur le Colonel BELLENGER

Chef de corps du 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg

Nous vous remercions pour avoir accepté la réalisation de notre étude au sein de votre régiment et de nous avoir fait découvrir les traditions du régiment « le plus ancien de la chrétienté ».

Au personnel de l'antenne médicale de Sarrebourg

(1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg*)*

Nous vous remercions tous pour votre accueil, votre disponibilité et votre amabilité. Merci à Marie-Aude, Adrien, Victor, Papy, Mamie, Florian, Tic, Tac, Cassandre, la blonde, grand Colin, Adèle, Nini, Bibi, Pic à glace, pour les six mois passés en votre compagnie qui ont été une expérience humaine et professionnelle inoubliable.

Aux militaires du 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg

Nous vous remercions pour votre accueil et pour avoir participé à cette étude.

A Madame Kossar HOSSEINI

Chef de Projet

Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy

Votre collaboration a été indispensable dans la réalisation de ce projet.

Nous vous remercions pour votre important travail d'analyse, mais surtout pour votre patience et votre disponibilité.

Aux

Médecin des Armées DUMONS Sébastien

Médecin des Armées HENNINOT Elisabeth

Sergent-Chef OKRUTNY Magalie

Sergent DESVIGNES Florian

Sergent DIGUISTO

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans votre collaboration.

Merci de votre aide et de votre implication dans la réalisation des recueils.

Aux

Médecin des Armées CREACH Marie Aude

Médecin des Armées HUYNH Victor

Médecin des Armées ZAGARI Adrien

Nous vous remercions pour votre aide dans la réalisation du masque de saisie et de la base de donnée, ainsi que pour vos précieux conseils.

Merci pour votre confiance, votre accueil et votre « parrainage » au sein du 1er RI,

Veuillez accepter l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance.

Aux

Médecin Chef des Services Yolande VERAN

Chef du service de dermatologie de l'HIA Legouest

&

Médecin en Chef Philippe SOCKEEL

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chef du service de chirurgie viscérale de l'HIA Legouest

&

Médecin en Chef Henri LEHOT

Chef du service des urgences de l'HIA Legouest

Vous m'avez accueilli durant les semestres de formation et
vous m'avez permis de progresser au quotidien.
Avoir travaillé à vos côtés, restera un immense honneur.
Veuillez accepter mes sincères et respectueux remerciements

A

Madame Barbara ANDREANI

Secrétaire Médicale de Classe Supérieure

Attachée de Recherche Clinique du Centre Régional de Documentation Scientifique et de Recherche Clinique de l'HIA Legouest

Pour votre suivi dans l'avancée de mon étude et vos nombreux conseils dans l'élaboration de mon enquête, veuillez accepter ma gratitude.

A mes parents et ma sœur,

Merci pour votre soutien depuis tant d'années, merci d'avoir accepté mon choix de carrière et de m'avoir permis de réaliser mon rêve d'enfant.

A ma belle-famille,

Merci pour les bons moments passés en votre compagnie et votre aide.

A Guillaume,

Merci de m'avoir conseillé et épaulé lors de mon semestre au 1er RI, ton expérience de commandant de compagnie et ton implication au sein du régiment furent un atout pour mon étude.

Au G7,

Que de souvenirs inoubliables depuis ces années, en espérant se revoir plus souvent à l'avenir…

A Audrey, Augustin, Clovis et Nicolas,

Merci de m'avoir supporté pendant six mois au SAU et de m'avoir permis de travailler ma thèse.

A mes co-internes de l'HIA Legouest,

Ce fut un très grand plaisir de faire mon internat avec vous.

A mon épouse, Axelle,

Merci pour ton soutien si précieux, pour m'avoir supporté durant toutes les périodes difficiles des études et de l'internat, pour ton amour qui comble ma vie de joie.

A ma petite Pauline, ma fille,

Tu es source de bonheur et de vie, j'aurais voulu être plus présent mais souviens toi que malgré la distance je suis toujours auprès de toi.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES **20**
LISTES DES FIGURES **24**
LISTE DES TABLEAUX **28**
LISTE DES ABREVIATIONS **30**
LISTE DES ANNEXES **32**
INTRODUCTION **33**
PREMIERE PARTIE : GENERALITES **35**
1. L'automédication : **36**
1.1. Définitions **36**
1.1.1. Automédication 36
1.1.2. Médicaments 37
1.1.2.1. Selon le dictionnaire français 37
1.1.2.2. Selon l'union européenne 37
1.1.2.3. Selon le code de la Sante publique française 38
1.1.3. Autoprescription 40
1.2. Chiffres de l'automédication en France **41**
1.2.1. Epidémiologie 41
1.2.2. Le point de vue comportemental 41
1.2.3. Le marché français du médicament 42
1.3. La sous évaluation de l'automédication **46**
1.4. L'incitation à l'automédication **46**
1.4.1. Incitation par l'Etat et le ministère de la santé 46
1.4.2. Incitation par le manque de médecin 47
1.5. Les risques de l'automédication et la responsabilisation du patient **48**
2. Le 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg **51**
2.1. Historique **51**
2.2. Composition et effectifs du 1er RI **52**
2.2.1. La composition générale du régiment 52
2.2.2. Le soutien médical 53
2.2.2.1. Le Centre Médical des Armées 53
2.2.2.2. Le rôle du CMA 53
2.2.2.3. Les modalités pour accéder aux soins 54
2.2.2.4. Le réseau hospitalier avoisinant 54
2.2.2.5. Le principe du soutien sanitaire en OPEX 55
2.3. Les missions du 1er RI **56**
2.4. La programmation 2010 - 2011 ..... **56**
2.5. Les OPEX et leur spécificité **57**
2.5.1. Le Liban 58
2.5.1.1. Les circonstances de projection 58
2.5.1.2. Les derniers événements 58
2.5.1.3. Le soutien médical 58
2.5.2. La Côte d'Ivoire 59
2.5.2.1. Les circonstances de projection 59
2.5.2.2. Les derniers événements 60
2.5.2.3. Le soutien médical 60
2.5.3. L'Afghanistan 60
2.5.3.1. Les circonstances de projection 60
2.5.3.2. Les derniers événements 61

2.5.3.3. Le soutien médical 62
2.6. En manœuvre 62
2.6.1. Le CEITO 62
2.6.2. Le soutien médical au CEITO 63

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE 64
1. Nature et Objectifs de l'étude 65
2. Définition de la population d'étude 66
3. Le mode de recueil des données 67
3.1. Inspiration de la littérature 67
3.2. Choix du mode de recueil 70
3.3. Elaboration des auto-questionnaires 70
3.3.1. Essai du questionnaire d'automédication 72
3.3.2. Le questionnaire d'automédication en activité normale 73
3.3.3. Le questionnaire d'automédication en temps de manœuvre 75
3.3.4. Le questionnaire d'automédication en temps d'OPEX 76
3.4. Procédure et période de recueil 76
3.4.1. Les difficultés rencontrées dans la mise en place du recueil 76
3.4.2. Le recueil des questionnaires en activité normale 77
3.4.3. Le recueil des questionnaires en manœuvre 79
3.4.4. Le recueil des questionnaires d'OPEX 80
4. Difficultés dans le renseignement des questionnaires 81
5. La saisie des questionnaires 82

TROISIEME PARTIE : RESULTATS 84
1. Participation au recueil 85
2. En activité normale 87
2.1. Caractéristiques de la population en activité normale 87
2.2. Description de l'automédication en activité normale 90
2.2.1. Comparaison des groupes automédication « oui » et « non » 91
2.2.2. Description des caractéristiques de l'automédication en activité normale 97
2.2.2.1. Les raisons les plus fréquentes en automédication 99
2.2.2.2. Quelles sont les classes de médicaments et substances de santé les plus utilisés ? 100
2.2.2.3. Les symptômes les plus courants 105
2.2.2.4. Quelle est la provenance des médicaments ? 107
2.2.2.5. Efficacité de l'automédication 109
3. En manœuvre 110
3.1. Caractéristiques de la population en manœuvre 111
3.2. Description de l'automédication en manœuvre 112
3.2.1. Quelles sont les caractéristiques de l'automédication en manœuvre ? 114
3.2.2. Comparaison de l'automédication en manœuvre et en activité normale 117
3.3. Détail de l'automédication en manœuvre 120
3.3.1. Les classes thérapeutiques de l'automédication en manœuvre 120
3.3.2. Les raisons de cette automédication en manœuvre 121
3.3.3. Les symptômes de l'automédication 122
3.3.4. La provenance des médicaments 123
3.3.5. L'efficacité de l'automédication en manoeuvre 125
3.4. Influence de l'activité régimentaire sur l'automédication 125
4. L'automédication en OPEX 126
4.1. Description de cette population 126
4.2. Description de l'automédication en OPEX 129
4.2.1. Caractéristiques de la population d'automédication en OPEX 130
4.3. Recherche des variables influençant l'automédication 135
4.4. Description des caractéristiques de l'automédication en OPEX 138
4.4.1. Les classes thérapeutiques utilisées 138
4.4.2. Les raisons de cette automédication 139

4.4.3. Les symptômes de cette automédication 141
4.4.4. La provenance des médicaments en OPEX 143
4.4.5. Efficacité de l'automédication en OPEX 144
5. Comparaison des activités régimentaires 145
6. Les facteurs associés à l'automédication 150
6.1. Description de l'automédication générale 150
6.2. Modélisation de l'automédication 152
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION 157
1 Critique de notre méthodologie et évaluation des biais de sélection 158
1.1 Les difficultés rencontrées 158
1.2 La participation à notre étude 159
1.3 Estimation de représentativité de notre étude 160
2. La qualité de nos résultats 161
2.1 La pertinence de nos choix de variable 161
2.2 La diminution de la variabilité analytique (73) 161
2.3 La cohérence des résultats 162
2.4 Biais de résultats 163
2.4.1 Les facteurs environnementaux 163
2.4.2 L'effet « Hawthorne » (77) 164
2.4.3 Les erreurs de renseignement 164
3. Signification et implication des résultats 165
3.1 Caractéristiques socio-démographiques du 1er RI 165
3.2 Comparaison des deux populations 166
3.2.1 Le sexe 166
3.2.2 L'âge 167
3.2.3 Le grade 167
3.3 Absence de représentativité 167
3.4 Solutions envisagées 168
4. Les informations intéressantes issues de nos résultats 169
4.1 Résumé de résultats 169
4.2 Le bon soutien sanitaire des hommes 170
4.3 Les améliorations à envisager dans la médecine de prévention et de consultation 170
4.3.1 La réalisation d'une information sanitaire 170
4.3.2 Amélioration du mode de consultation médicale 171
4.4 La sous estimation de l'autoprescription et de l'automédication 172
4.5 Une nouvelle « mode » d'autoprescription 173
5. Comparaison avec les études civiles 174
5.1 Les différences de résultats 174
5.2 Les mêmes tendances 174
5.3 La spécificité du « monde militaire » 175
6. Au total 175
CONCLUSION 176
ANNEXES 178
BIBLIOGRAPHIE 213

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Schéma différenciant les produits de santé des médicaments 39

Figure 2 : Poids des PMF dans le marché total en France en 2005 43

Figure 3 : Evolution du marché pharmaceutique entre PMO et PMF 43

Figure 4 : Evolution des ventes de PMF 44

Figure 5 : Evolution de la croissance de la vente des médicaments en France 45

Figure 6 : Différence du marché du médicament en 2008 selon le type de médicaments 45

Figure 7 : Répartition de la population en activité en nombre selon l'âge 88

Figure 8 : Répartition de l'activité normale selon le sexe 88

Figure 9 : Répartition en pourcentage du rang dans la population en activité normale 88

Figure 10 : Répartition de la population en activité normale en nombre de questionnaires selon les années de service 89

Figure 11 : Répartition en pourcentage du niveau d'étude de la population en activité normale 89

Figure 12 : Répartition de l'automédication selon l'âge 92

Figure 13 : Automédication en activité normale selon le sexe en pourcentage 92

Figure 14 : Répartition du sexe selon l'automédication en activité normale 93

Figure 15 : Répartition de la population activité normale selon le rang 93

Figure 16 : Comparaison de la répartition de la population selon le rang en fonction de l'automédication 94

Figure 17 : Répartition des rangs selon les sous-populations en activité normale 94

Figure 18 : Répartition de la population en activité normale en fonction du niveau d'étude 95

Figure 19 : Répartition de la population selon le niveau d'étude en fonction de l'automédication 95

Figure 20 : Répartition de la population en activité normale selon les années de service 96

Figure 21 : Comparaison de la répartition en pourcentage des années de service selon l'automédication 98

Figure 22 : Différence d'incidence entre autoprescription et automédication 98

Figure 23 : Représentation des raisons les plus fréquentes d'automédication en activité normale 100

Figure 24 : Répartition des classes thérapeutiques dans l'automédication 103

Figure 25 : Comparaison des classes thérapeutiques entre automédication et autopresciption 104

Figure 26 : Différence de classes thérapeutiques selon le sexe 104

Figure 27 : Différence de consommation de classes thérapeutiques selon le rang 105

Figure 28 : Répartition des symptômes dans l'automédication 107

Figure 29 : Provenance des médicaments d'automédication 108

Figure 30 : Comparaison des provenances des produits d'automédication et d'autoprescription 109

Figure 31 : Répartition de la population manœuvre selon le rang 111

Figure 32 : Répartition de la population manœuvre selon le niveau d'étude 112

Figure 33 : Différence de répartition du sexe selon l'automédication en manœuvre 115

Figure 34 : Différence de répartition du rang dans la population manœuvre selon l'automédication 115

Figure 35 : Différence de répartition du niveau d'étude en manœuvre selon l'automédication 116

Figure 36 : Comparaison de l'automédication selon le sexe en fonction de l'activité 118

Figure 37 : Différence de la répartition du rang selon l'automédication et l'activité 119

Figure 38 : Répartition du niveau d'étude de l'automédication selon l'activité 119

Figure 39 : Différence des classes thérapeutiques en manœuvre 121

Figure 40 : Raisons de l'automédication en manœuvre 122

Figure 41 : Différence des symptômes selon l'activité 123

Figure 42 : Répartition des médicaments d'automédication en manœuvre 124

Figure 43 : Comparaison des provenances des médicaments selon l'activité 124

Figure 44 : Répartition de la population OPEX selon le sexe 127

Figure 45 : Répartition de la population OPEX selon le rang 127

Figure 46 : Répartition de la population selon le niveau d'étude 128

Figure 47 : Répartition de la population OPEX selon le lieu 128

Figure 48 : Répartition de la population OPEX selon la durée de l'OPEX 129

Figure 49 : Différence entre autoprescription et automédication en OPEX 130

Figure 50 : Répartition du sexe selon l'automédication en OPEX 132

Figure 51 : Différence de répartition du rang selon l'automédication en OPEX 132

Figure 52 : Différence de répartition du niveau d'étude selon l'automédication en OPEX 133

Figure 53 : Différence de médicaments emportés selon l'automédication en OPEX 134

Figure 54 : Répercussion du nombre de médicaments emportés sur l'automédication en OPEX 134

Figure 55 : Différence de l'âge entre l' « automédication oui » et l' « automédication non » 135

Figure 56 : Répartition du sexe selon l'automédication en OPEX 136

Figure 57 : Répartition des rangs selon l'automédication en OPEX 136

Figure 58 : Répartition du niveau d'étude selon l'automédication en OPEX 137

Figure 59 : Répartition des classes thérapeutiques d'automédication en OPEX 139

Figure 60 : Raisons de l'automédication en OPEX 141

Figure 61 : Répartition de l'automédication en OPEX en fonction des symptômes 142

Figure 62 : Répartition de la provenance des médicaments d'automédication en OPEX 143

Figure 63 : Différence de l'automédication selon les activités régimentaires 146

Figure 64 : Différence de l'autoprescription selon les activités régimentaires 146

Figure 65 : Différence de répartition du sexe selon les activités régimentaires 147

Figure 66 : Différence de la moyenne d'âge selon les activités régimentaires 147

Figure 67 : Différence de l'expérience selon les activités régimentaires 148

Figure 68 : Différence de répartition du niveau d'étude selon les activités régimentaires 148

Figure 69 : Répartition du rang selon l'activité régimentaire 149

Figure 70 : Répartition du fait d'emporter ou pas des médicaments dans l'automédication totale 151

Figure 71 : Répartition du rang dans l'automédication totale 151

Figure 72 : Répartition du niveau d'étude dans l'automédication totale 152

Figure 73 : Expression de Odds Ratio avec IC pour l'activité régimentaire 154

Figure 74 : Expression de l'Odds Ratio avec l'IC pour la répartition du sexe 154

Figure 75 : Expression de l'Odds Ratio et de l'IC pour le rang 155

Figure 76 : Expression de l'Odds Ratio avec IC pour le niveau d'étude 155

Figure 77 : Répartition en pourcentage de l'effectif du 1er RI selon le sexe 166

Figure 78 : Répartition en pourcentage de l'effectif du 1er RI selon le rang 166

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Cadre réglementaire des médicaments 40

Tableau II : Les dates de distribution des questionnaires selon les compagnies (Cie) et les sections 78

Tableau III : Participation à l'étude selon le type d'activité 85

Tableau IV : Participation au recueil en manœuvre selon les sessions 86

Tableau V : Participation au recueil en OPEX selon le lieu 86

Tableau VI : Répartition de l'activité normale selon les variables étudiées 87

Tableau VII : Description de l'automédication en activité normale 90

Tableau VIIII : Description du mode d'automédication du groupe activité normale 96

Tableau IX: Les différentes catégories d'automédication en activité normale 98

Tableau X : Les raisons de l'automédication de la population activité normale 99

Tableau XI : Liste des produits de santé en fonction de l'autoprescription ou de l'automédication 101

Tableau XII : Répartition par ordre croissant des classes thérapeutiques selon l'autoprescription et automédication 102

Tableau XIII : Symptômes de l'automédication en activité normale 106

Tableau XIV : Provenance des médicaments d'automédication 107

Tableau XV : Provenance des médicaments d'autoprescription 108

Tableau XVI : Efficacité de l'automédication 109

Tableau XVII : Recueil des donnés des questionnaires en manœuvre par rapport à l'activité normale 110

Tableau XVIII : Comparaison des populations automédication « oui » et « non » en manœuvre 112

Tableau XIX : Comparaison des caractéristiques de l'automédication en manœuvre 114

Tableau XX : Comparaison de l'automédication en manoeuvre et en activité normale 117

Tableau XXI : Comparaison entre la population d'automédication en activité normale et celle en manœuvre 118

Tableau XXII : Répartition des classes thérapeutiques en manoeuvre 120

Tableau XXIII : Raisons de l'automédication en manœuvre 121

Tableau XXIV : Les symptômes de l'automédication en manœuvre 122

Tableau XXV : Provenance des médicaments d'automédication en manœuvre 124

Tableau XXVI : Evaluation de l'efficacité de l'automédication en manœuvre 125

Tableau XXVII : Description générale de la population OPEX 126

Tableau XXVIII : Automédication dans la population en OPEX 129

Tableau XXIX : Description de l'automédication en OPEX 131

Tableau XXX : Comparaison de l'automédication « oui » et automédication « non » en OPEX 135

Tableau XXXI : Classes thérapeutiques des médicaments d'automédication en OPEX 138

Tableau XXXII : Recensement des raisons de l'automédication en OPEX 140

Tableau XXXIII : Recueil des symptômes de l'automédication en OPEX 141

Tableau XXXIV : Provenance des médicaments d'automédication en OPEX 143

Tableau XXXV : Efficacité de l'automédication en OPEX 144

Tableau XXXVI : Comparaison entres les trois activités régimentaires 145

Tableau XXXVII : Description de l'automédication selon l'activité 150

Tableau XXXVIII : Modélisation des facteurs associés à l'automédication 153

Tableau XXXIX : Description globale des questionnaires recueillis 162

Tableau XXXX : Effectif théorique du 1er RI 165

Tableau XXXXI : Comparaison de la population étudiée avec celle du 1er RI 166

Tableau XXXXII : Comparaison des populations : générale et activité normale 168

Tableau XXXXIII : Caractéristiques influençant l'automédication selon l'activité 169

Tableau XXXXIV : Synthèse des réponses les plus fréquentes selon l'activité 169

Tableau XXXXV: Le ressenti de l'efficacité de l'automédication 170

Tableau XXXXVI : Récapitulatif des incidences de l'automédication et de l'autoprescription 172

LISTE DES ABREVIATIONS

ACA : Antenne Chirurgicale de l'Avant

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

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CCL : Compagnie de Commandement et de Logistique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIE ou Cie : Compagnie

CO : Conseil de l'Ordre des médecins

CSA : Conseil Sondage Analyses

DEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FAFN : Forces Armées des Forces Nouvelles

FANCI : Forces Armées Nationales de la Côte d'Ivoire

FELIN : Fantassin à Equipements et Liaisons Intégrés

FIAS : Force Internationale d'Assistance et de Sécurité

FINUL : Forces Interimaires des Nations Unies au Liban

HMC : Hôpital Médico-Chirurgical

IC : Intervalle de Confiance

IHA : Interne des Hôpitaux des Armées

IMS : Intercontinental Marketing Services

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MDR : Militaires du rang

MISS : Missing

NR : Non Renseigné

OFF : Officiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUCI : Organisation des Nations Unies en Côte d'Ivoire

OPEX : OPérations Extérieures

OR : Odds Ratio

OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord

OTC : Over The Counter (médicaments conseils sans ordonnance)

PMF : Prescription Médicale Facultative

PO : Prescription Obligatoire

RCI : République de Côte d'Ivoire

RI : Régiment d'Infanterie

SGT : Sergent

SOFRES : SOciété FRançaise d'Enquêtes par Sondages

SOUS-OFF : Sous-Officiers

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Articles L5132-1 L5132-2 et L5132-6 du Code de la Santé Publique 179

Annexe 2 : Schéma de l'automédication 181

Annexe 3 : Schéma de différence entre automédication et autoprescription 182

Annexe 4 : Fiches AFSSAPS d'aide au traitement de la douleur en automédication 183

Annexe 5 : Liste des indications reconnues comme adaptées à un usage en PMF 186

Annexe 6 : Information AFSSAPS au patient concernant l'automédication « Les 7 règles d'or de l'automédication » 187

Annexe 7 : Règles du bon usage des médicaments 188

Annexe 8 : Carte du soutien sanitaire aux militaires français (du 13 décembre 2011 189

Annexe 9 : Schéma du FELIN : Fantassin à Equipements et Liaisons Intégrées 191

Annexe 10 : Listing «anonymisé» de l'effectif théorique du 1er RI au 1 novembre 2010 192

Annexe 11 : Questionnaire test sur l'automédication 197

Annexe 12 : Questionnaire de l'automédication en activité normale 199

Annexe 13 : Questionnaire de l'automédication en manœuvre 201

Annexe 14 : Questionnaire de l'automédication en OPEX 203

Annexe 15 : Masque de saisie réalisé sur Epi Info® 205

Annexe 16 : Exemple d'analyse par Epi Info® 206

Annexe 17 : Organigramme résumant le recueil des questionnaires 207

Annexe 18 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë et syndromes grippaux lors de la semaine 46 de 2010 208

Annexe 19 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë et syndromes grippaux lors de la semaine 47 de 2010 209

Annexe 20 : Relevé d'incidence des cas de syndromes grippaux lors de la semaine 9 de 2011 210

Annexe 21 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë lors de la semaine 9 de 2011 211

Annexe 22 : Relevé d'incidence des cas de syndromes grippaux et de diarrhée aiguë lors de la semaine 22 de 2011 212

INTRODUCTION

A l'époque où la médecine n'en était qu'à ses balbutiements et aux traitements empiriques, l'automédication existait déjà avec la recherche de remèdes susceptibles de soulager ou de guérir les maux. Depuis une dizaine d'années, l'automédication est devenue une réalité sociale. En France, actuellement dans un contexte où l'économie de la santé est en difficulté, nous pouvons constater une volonté des autorités de santé et du ministère de la santé de développer le marché de l'automédication qui occupe une place grandissante.

Or le fait de vouloir soi-même corriger un trouble de santé ressenti comme intolérable ou pénible, en prenant un remède peut s'avérer néfaste et au contraire engendrer une aggravation du trouble. En effet de nombreux médicaments efficaces dans une pathologie donnée sont parfois des produits dangereux s'ils sont utilisés dans de mauvaises indications. Cette utilisation répandue des médicaments sans avis médical est favorisée par le fait de stocker ceux-ci, issus de reliquats d'ordonnances antérieures, mais aussi par un défaut d'accès facile aux soins et aux médecins qui se fait de plus en plus grandissant ces dernières années dans la population.

Parallèlement à la population civile, l'Armée dispose de médecins militaires affectés au sein des régiments, des unités pour assurer au plus près le soutien sanitaire et le maintien en bonnes conditions physiques de ses militaires. Cependant, la population militaire a des caractéristiques particulières (âge, sexe, activités, …), ainsi que des missions qui la différencient de la population civile. Le fait d'être militaire nécessite un bon état de santé physique et morale afin de suivre les entrainements et de se préparer au mieux aux conditions extrêmes d'opération.

Plus particulièrement au sein du 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg, l'opérationnalité est le mot d'ordre du régiment dont l'ensemble du travail journalier se concentre sur la préparation des Opérations Extérieures ou OPEX et au maintien d'une bonne condition physique.

Depuis quelques années il semble que les militaires, afin de « conserver la forme », pratiquent « une automédication non contrôlée » ou « sauvage » c'est-à-dire sans recours à un professionnel de santé et sans se soucier des risques encourus.

Dès lors, en l'absence d'étude spécifique sur la population militaire, notre travail consiste à faire un point de situation de la pratique de l'automédication par les militaires du 1er Régiment

d'Infanterie de Sarrebourg, d'étudier les caractéristiques de cette automédication et de la comparer à la population générale.

Nous essayerons de comprendre le recours à cette automédication. Quels en sont les raisons et les facteurs chez les militaires qui les poussent à « s'automédiquer » ? Pourquoi ne vont-ils pas consulter le médecin militaire ?

L'activité régimentaire est-elle le facteur principal du recours à l'automédication ?

C'est à cette question que va tenter de répondre notre étude et ce pour améliorer la prise en charge et le soutien médical des militaires au sein des unités.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. L'automédication :

1.1. Définitions

1.1.1. Automédication

L'automédication est un terme employé fréquemment dans le milieu de la santé mais il ne figure pas dans le code de la santé publique et plusieurs définitions ont été élaborées depuis les années 1990.

Selon le dictionnaire « le petit Larousse » (édition 2000), l'automédication est définie comme « le choix et la prise de médicaments sans avis médical » (1). En 2006, ce même ouvrage la définit comme le fait de : « se soigner seul, pas uniquement avec des médicaments » (2). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'automédication consiste pour une personne à choisir et utiliser un médicament pour soigner une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié » (3). Cette définition correspond au sens étymologique du mot. Le terme se compose de deux parties, la première : « *auto* », préfixe désignant « soi-même » et la seconde : « *médication* », correspondant à « l'emploi d'agents médicamenteux dans le but de faire disparaître un symptôme, d'améliorer une fonction troublée, ou de modifier la constitution altérée d'une humeur » (2).

Ces définitions étant évasives, le Conseil de d'Ordre des médecins (CO) a qualifié l'automédication comme étant « 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 une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens » (4).

Cette définition a également été retenue par le Comité permanent des médecins européens (5) : « L'automédication est la sélection et l'utilisation de médicaments par des individus pour traiter une maladie auto-reconnue ou des symptômes. Les médicaments pour l'automédication peuvent être définis comme ceux qui n'exigent pas de prescription médicale et qui sont produits, distribués et vendus principalement avec l'intention qu'ils seront utilisés par des consommateurs sur leur propre initiative et responsabilité, quand ils considèrent une telle utilisation appropriée. [...] l'emballage, la taille de paquet, étiquetant et des informations de

produit (l'encart de paquet, le prospectus, le dossier de directions ou d'autre texte d'accompagnement) seront généralement conçus et écrits pour assurer l'automédication appropriée ».

De même les anglo-saxons désignent l'automédication par le terme « Self-Care » renvoyant à la notion de responsabilité du sujet, d'autonomie de décision, d'indépendance ou de non-subordination aux avis et prescriptions médicales.

Dès lors, le terme d'automédication nécessite un autodiagnostic de la part du patient, qui face à des symptômes, décide lui-même s'il est malade ou non. Cet autodiagnostic débouche sur la décision de se soigner et de choisir le traitement à suivre. L'automédication est donc une « autoprescription de médicament ».

Quelle est la vraie définition d'un médicament ? Toute autoprescription est-elle forcément une automédication ?

1.1.2. Médicaments

Ainsi la définition de l'automédication repose sur le terme de « médicaments » d'où l'importance de le définir.

1.1.2.1. Selon le dictionnaire français

Le mot « médicament » vient du latin *medicamentum* qui signifie « *fait de medicare* » ou fait de « donner des remèdes ».
Les médicaments sont définis comme étant des « substances ou compostions possédant des propriétés curatives ou préventives destinées à guérir, à soulager ou à prévenir des maladies » (1-2-6).
Cependant dans le domaine médical, la définition d'un médicament n'est pas aussi simple.

1.1.2.2. Selon l'union européenne

Les médicaments sont des produits de santé ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et ils sont classés selon la directive de l'Union Européenne (92/26/CEE) en deux grandes catégories (7) :

- la première : les médicaments soumis à prescription médicale pour des raisons de danger, de condition d'utilisation ou de nature chimique, inscrits sur la liste de substance vénéneuse (8). Ils constituent la classe des médicaments à prescription obligatoire (PO). Ils sont définis par la réglementation européenne en vigueur

(directive 2004/27/CE, modifiant la directive 2001/83/CE, article 71, §1) comme (9) :

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

- la seconde : les médicaments ne répondant pas aux critères énumérés précédemment et non soumis à la prescription, n'étant pas inscrits sur la liste des substances vénéneuses. Ces derniers peuvent être achetés par le public sans prescription médicale préalable. Ils constituent donc des médicaments de prescription médicale facultative (PMF).

1.1.2.3. Selon le code de la Sante publique française

Parallèlement à la directive européenne, le code de la santé publique en France (Annexe 1) précise que les médicaments à prescription obligatoire sont ceux inscrits sur les listes I et II comprenant :

- *« 1°. Les substances dangereuses mentionnées au 1° de l'article L 5132-1 qui présentent pour la santé des risques directs ou indirects ;*
- *2°. Les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;*
- *3°. Les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;*
- *4°. Les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;*
- *5°. Tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects. La liste I comprend les substances ou préparations, et*

les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé. »

La définition d'un médicament n'est donc pas que sémantique. Elle repose sur des textes législatifs avec l'obtention d'une AMM ainsi nous différencions les produits de santé (Figure 1) en :

- produits ou « remèdes » sans AMM
- produits de santé avec AMM correspondant aux médicaments.

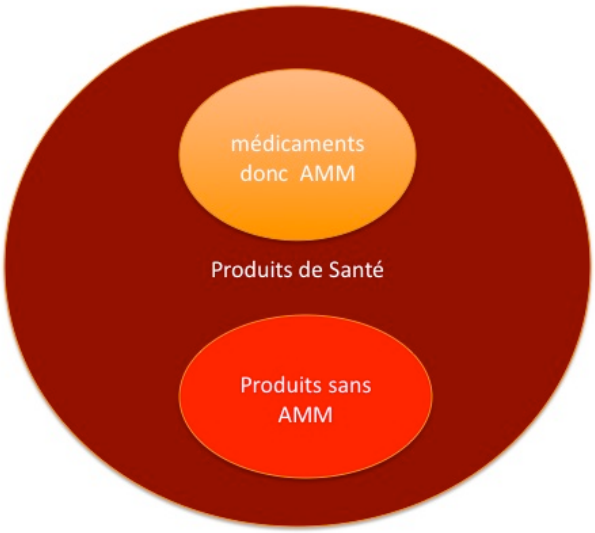


Figure 1 : Schéma différenciant les produits de santé des médicaments

La définition de l'automédication peut être résumée par le fait de prendre un médicament (un produit de santé avec AMM) pour soi même de sa propre initiative. Ainsi le schéma récapitulatif (Annexe 2) exclue de l'automédication les médicaments à PMF prescrits ou achetés avec ordonnance et les médicaments à PO utilisés dans le cadre de leur prescription.

Le décret n°2008-641 publié le 1er juillet 2008 au Journal Officiel (JO) (10) introduit la notion de « médicament en accès libre » et modifie ainsi le cadre réglementaire d'accès aux médicaments. En effet, il permet la mise à disposition de certains médicaments devant le comptoir des pharmacies d'officine, permettant ainsi un accès direct aux médicaments à PMF (Tableau I).

Ce décret comporte une liste établie par l'Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) (11) des médicaments à accès direct (12). Celle-ci contenait en septembre 2009 environ 260 médicaments. Ce décret entraîne un accroissement du marché de l'automédication.

*Tableau I * : Cadre réglementaire d'accès aux médicaments*

	Mode de prise en charge	Lieu de vente	Conditions de vente	Publicité au grand public	Automédication ?
Produits à prescription médicale obligatoire (Liste 1 & 2)	Médicaments remboursables	En *officine* uniquement, *derrière* le comptoir	Prix et marges réglementés	Interdite	NON
	Médicaments non remboursables				
Produits à prescription médicale facultative (Hors liste)	Médicaments remboursables seulement sur ordonnance	En *officine* uniquement, *derrière* le comptoir	Prix et marges réglementés	Autorisée mais réglementée	Prescrits : NON
					Non prescrits : OUI
	Médicaments non remboursables	En *officine* uniquement, en vente libre, *derrière ET/OU devant* le comptoir	Prix et marges libres	Autorisée mais réglementée	Prescrits : NON
					Non prescrits : OUI

* Source : GSK, fiche pratique de l'automédication

1.1.3. Autoprescription

La différence entre l'autoprescription et l'automédication repose sur la notion d'AMM. En effet, la consommation de produits de santé n'ayant pas d'AMM (n'étant donc pas des médicaments) ne peut pas être incluse dans l'automédication mais par contre, fait partie intégrante de l'autoprescription.

Un certain nombre de ces remèdes sont utilisés couramment par les patients, par exemple les alicaments ou les «compléments alimentaires» (13) (vitamines, créatine, acides aminés, DHEA, mélatonine...) : ces derniers se définissent comme des substances de bien-être ou de performances physiques, mentales n'ayant pas d'AMM. Cependant ces produits sont consommés dans le but de soulager des symptômes sur l'initiative du patient sans avis médical ou justification thérapeutique.

Dans notre étude, nous nous efforcerons de faire la différence entre automédication et autoprescription (Annexe 3) afin de pouvoir réellement évaluer et comparer celles-ci et éviter de les confondre, contrairement à l'enquête sur « la situation de l'automédication en France » en 2006 (9) demandée par le Ministère de la santé.

1.2. Chiffres de l'automédication en France

1.2.1. Epidémiologie

Pour dresser un bilan de l'automédication, il est primordial de se demander qui a recours à cette automédication.

Consommer sans prescription médicale des médicaments n'en demeure pas moins un geste banal de la vie quotidienne. En effet dans une étude (14) réalisée par T. Nelson et SOFRES en janvier 1999 sur un échantillon représentatif de 1135 personnes de plus de 15 ans, 85 % des Français disent avoir recours à une médication sans avis médicalisé préalable.

Selon une seconde enquête (15) de la SOFRES en 2001, 80% des individus interrogés déclarent avoir recours à l'automédication pour traiter les maux courants. A la question : «Vous-même, vous soignez-vous sans aller voir le médecin pour des problèmes bénins de type rhume, maux de tête, constipation, arrêt du tabac ? » 52 % des 954 personnes (de 18 ans et plus) répondent souvent ou de temps en temps.

En janvier 2008, un sondage TNS (16) pour l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA) montre que 18 % des Français déclarent pratiquer souvent l'automédication et 53 % parfois.

L'automédication varie selon :

- l'âge (14-15) : chez les personnes de plus de 70 ans, elle est en baisse face à l'augmentation des prescriptions avec ordonnances ;
- le sexe : l'automédication serait deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes selon une étude Credes (1996) ;
- le métier et les catégories socio-professionnelles : chez les cadres, les artisans, les commerçants et chef d'entreprises, l'automédication est plus importante (14-15-16).

1.2.2. Le point de vue comportemental

L'automédication ne peut se limiter à une définition quantitative mais correspond aussi à un comportement d'une personne qui s'estime suffisamment informée pour prendre un médicament de sa propre initiative. Mais qu'est ce qui pousse les patients à vouloir « être le médecin d'eux même » (17) ?

La personnalité propre de l'homme malade est une réalité vécue quotidiennement. Il peut être tentant de choisir l'automédication pour résoudre le moindre dysfonctionnement ou trouble de santé. Deux préoccupations chez l'homme sont ainsi mises en évidence :

- ne pas négliger une thérapeutique pour garder une bonne santé synonyme de réussite sociale. Le recours aux médicaments s'avère à la fois indispensable mais aussi légitime,
- remédier au plus vite aux symptômes ou au mal-être qui pourrait engendrer un inconfort ou un handicap dans la vie professionnelle, familiale de la personne.

Les principales sources d'information des patients ayant recours à l'automédication restent par ordre décroissant le médecin, le pharmacien puis la notice des médicaments (13-19).

Selon une enquête, réalisée par l'institut CSA-TMO (19) pour le compte de la direction générale de la santé en 2002, le premier geste face à une douleur ou un symptôme d'apparition récente est de se tourner vers «l'armoire à pharmacie familiale» (20).

Une majorité de personnes réutilise des médicaments antérieurement prescrits et conservés à domicile lorsque la personne malade est un adulte (21).

Les motivations les plus importantes pour recourir à l'automédication semblent être :

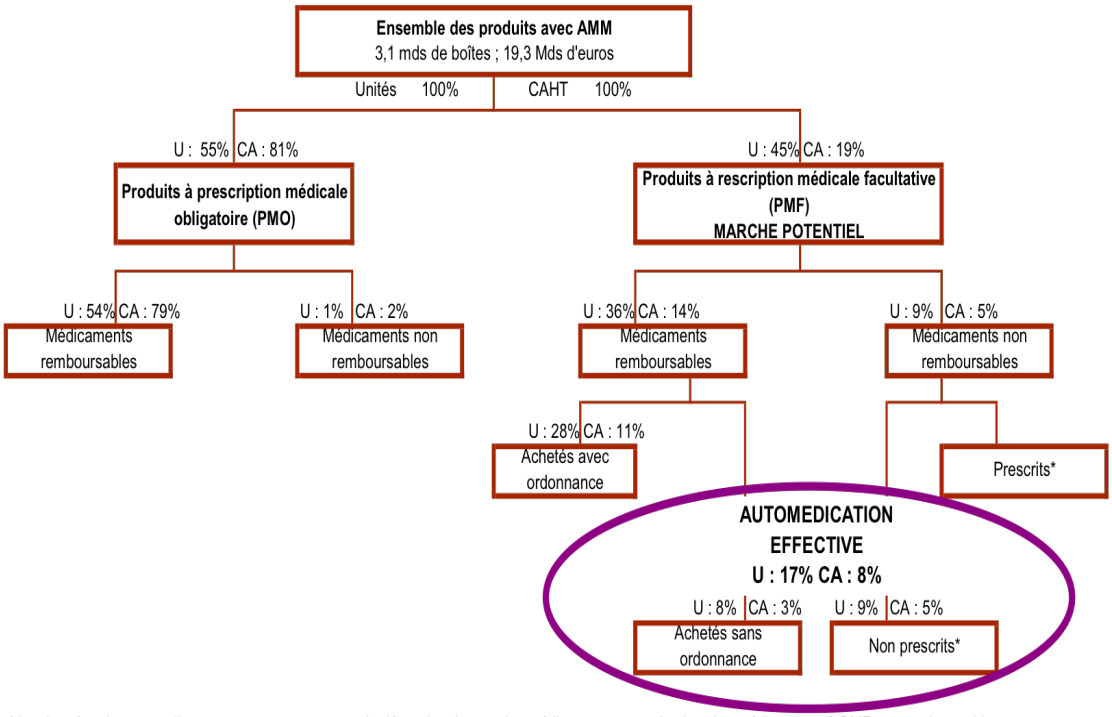
- le besoin de soulagement rapide,
- un problème considéré comme bénin ne nécessitant pas de consultation médicale,
- un problème familier pour lequel le médicament est déjà connu (16).

1.2.3. Le marché français du médicament

La consommation de médicaments est plus importante en France que dans les autres pays européens (13). Cette consommation est estimée à 1,9 médicaments par semaine par Français (14).

Les médicaments à PMF non remboursables, délivrés sans ordonnance, en 2005 représentent :

- 8 % du marché pharmaceutique en valeur et 17 % en unités (Figure 2),
- au total 45% (Figure 2) du nombre de boîtes vendues sur le marché pharmaceutique soit 1,4 Mds de boîtes (Figure 3),
- 19% du chiffre d'affaire hors taxe (CAHT) (Figure 2) soit 3,6 milliards d'euros (Figure 3) (12-13).



* les données dont nous disposons ne permettent pas de déterminer la part des médicaments prescrits dans les médicaments à PMF non remboursables
On considère par conséquent que l'ensemble des médicaments à PMF non remboursables sont acquis sans prescriptions

Figure 2 : Poids des PMF dans le marché total en France en 2005
Source : Rapport de situation de l'automédication en France (A.Coulomb)

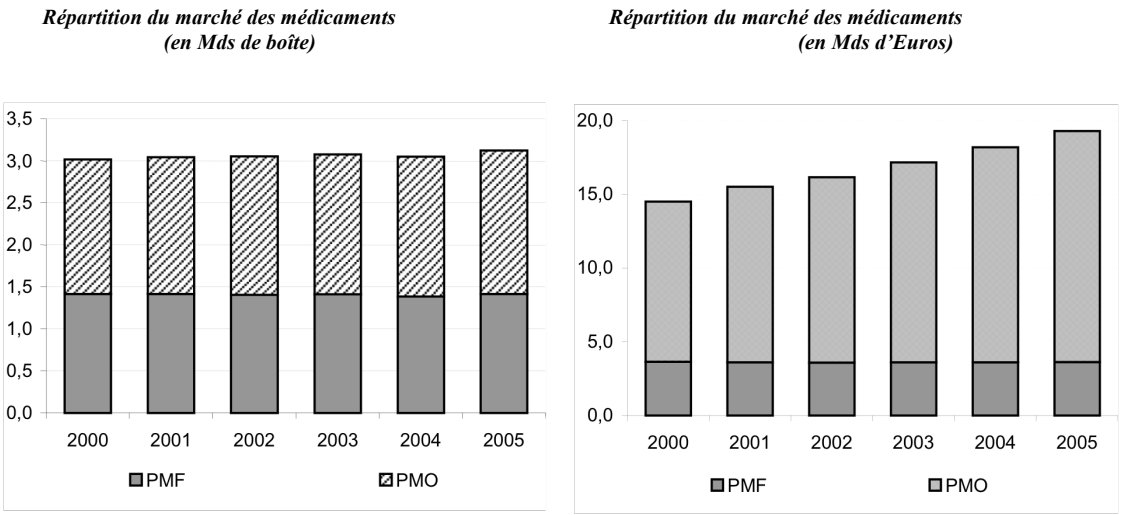


Figure 3 : Evolution du marché pharmaceutique entre PMO et PMF
Source : Rapport de situation de l'automédication en France (A.Coulomb)

Près de 60 % de ces médicaments à PMF ont fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie (Figure 4).

En se limitant aux seuls médicaments à PMF non remboursables, le marché potentiel de l'automédication ne représente que 9% du nombre de boîtes vendues (Figure 2) sur le marché

pharmaceutique total. Or en France, 80% des médicaments à PMF sont remboursés (Figure 4) donc il ne reste que 20% de PMF non remboursés.

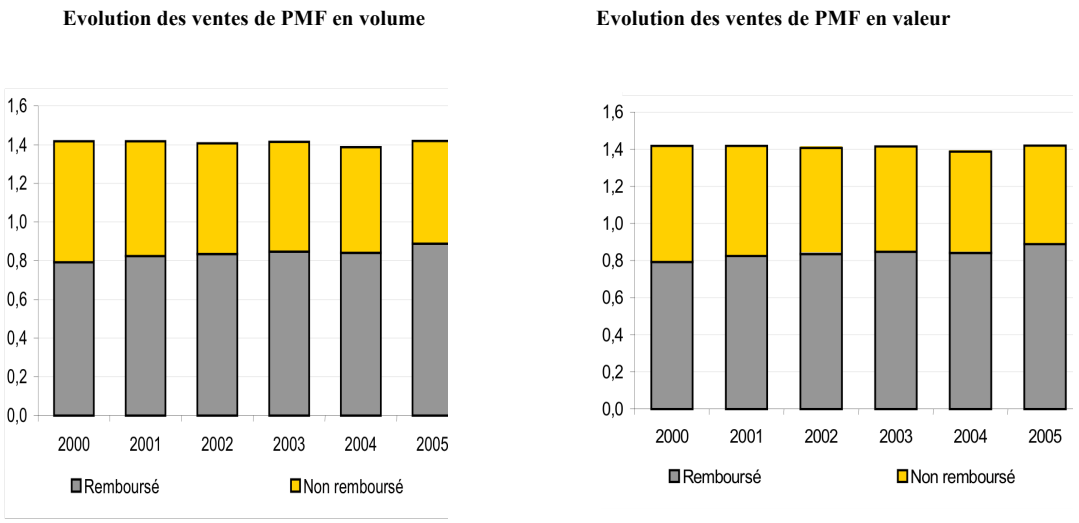


Figure 4 : Evolution des ventes de PMF
Source : Rapport de situation de l'automédication en France (A.Coulomb)

Entre 2000 et 2005 :

- le marché pharmaceutique total a évolué de 5.9% par an en valeur et de 0.7% par an en volume,
- le marché des médicaments de PMF a stagné tant en valeur qu'en volume,
- la part des médicaments à PMF est ainsi en recul constant (12-13) par rapport aux médicaments à PO qui ne cessent d'augmenter.

Devant ces chiffres, on en conclut que la proportion de l'automédication dans le marché pharmaceutique total diminue de 2000 à 2005.

Or à partir de 2006, à la suite de politiques de déremboursement des médicaments, le marché de l'automédication ne cesse de progresser (Figure 5). Et en 2008, une étude de l'AFIPA (22) montre une nette augmentation de l'automédication en France ces dernières années et l'importance que représente la part de l'automédication dans le marché des médicaments avec une croissance de 2,7% (Figure 5).

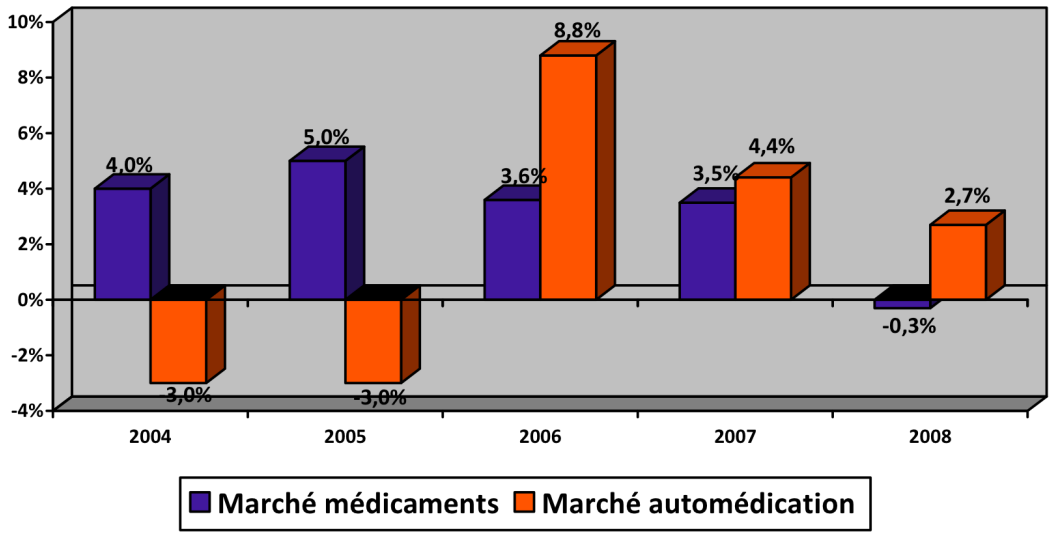


Figure 5 : Evolution de la croissance de la vente des médicaments en France
Source : Afipa d'après IMS

En 2008, le marché de l'automédication (PMF non remboursable) (Figure 6) a réalisé un chiffre de 1,9 milliards d'euros soit environ une hausse de 20 % par rapport à 2005 (9-12-13) et représentait 8% du marché pharmaceutique français soit environ une dépense moyenne pour un français de 27 euros en automédication loin derrière les anglais 40 euros et les allemands 60 euros.

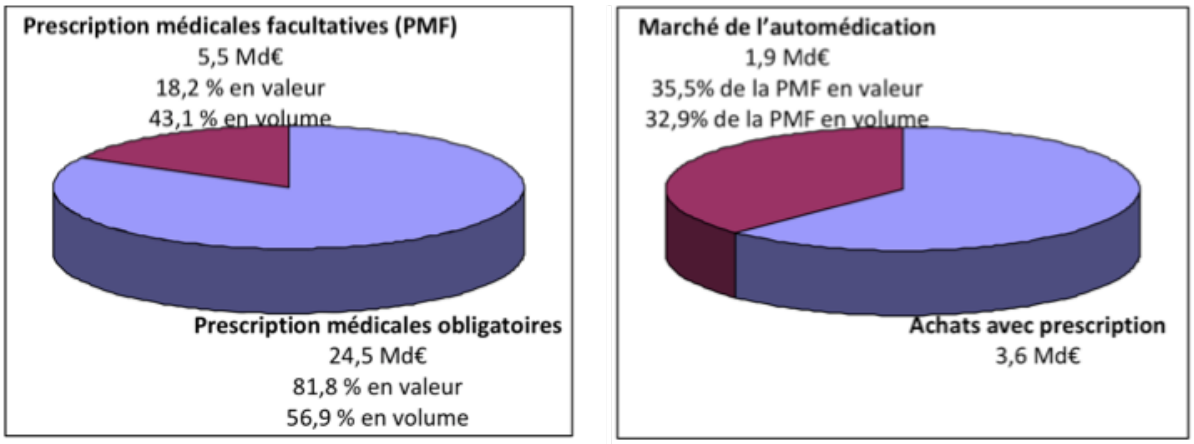


Figure 6: Différence du marché du médicament en 2008 selon le type de médicaments
Source : Afipa d'après IMS

En ajoutant les produits de santé sans AMM (tels les alicaments ou les vitamines) aux médicaments, l'automédication totaliserait 10 % environ du chiffre d'affaires de l'industrie du médicament. Ainsi nous constatons une part non négligeable des produits sans AMM dans la consommation des produits de santé (13).

En 2010, une étude de l'IMS France (23), estime que le marché de l'automédication représente 36,4 % des médicaments à PMF soit une augmentation de 0,9 % par rapport à 2008. Et ce marché de l'automédication représente 6,4 % du marché des médicaments soit un total de 1,9 milliards d'euros d'où l'intérêt grandissant pour les firmes pharmaceutiques de développer ce type de médicament et de favoriser l'automédication (24).

1.3. La sous évaluation de l'automédication

L'automédication en France n'est évaluée que partiellement. En effet, seul l'achat de médicaments à PMF a été pris en compte en oubliant une pratique très répandue en France : l'utilisation de « l'armoire à pharmacie » (20).

En effet 73% des français (13) réutilisent les médicaments prescrits antérieurement par leur médecin, reliquats d'ordonnances passées. Cette consommation de « l'armoire à pharmacie » concerne en priorité des médicaments antalgiques et des anti-inflammatoires .

L'automédication ne comprend pas :

- les médicaments initialement prescrits et réutilisés en dehors du cadre de la prescription,
- les traitements pris par les patients à la pharmacie et qui exigent de leur médecin une prescription *a posteriori*, afin d'être remboursés (2/3 tiers des cas) (21),
- les produits de santé sans AMM pris par les patients en tant que remèdes rentrant dans le cadre de l'autoprescription.

1.4. L'incitation à l'automédication

1.4.1. Incitation par l'Etat et le ministère de la santé

Initialement le code de la Santé Publique de par ses article R 5015-55 (25), R 5015-13 (26), et R 5015-48 (27) précisait que « le pharmacien doit veiller à ce que le public ne puisse accéder directement aux médicaments » et que l'acte de dispensation du médicament nécessitait :

- une analyse pharmaceutique de l'ordonnance si elle existe,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,

- la mise à disposition d'informations et de conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Ceci, conformément à l'arrêt du conseil d'Etat, du 21 mai 1982 (28) précisant que « la pratique de la vente en libre service est contraire au principe d'exercice personnel de la profession pharmaceutique ». L'automédication était ainsi limitée et nécessitait le concours du pharmacien d'officine. Cela limitait les dangers vis-à-vis d'éventuelles contre-indications ou bien d'abus médicamenteux. Cependant depuis l'arrêté du JO de 2008 (8) autorisant la vente de médicaments en libres accès (OTC), les mesures ultérieures sont devenues caduques.

La directive européenne 2004/27/CE prévoit dans son article 88 point 2 que « les médicaments qui, par leur composition et leur objectif, sont destinés à être utilisés sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, la prescription ou la surveillance du traitement, au besoin avec le conseil d'un pharmacien, et conçus dans cette optique, peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du grand public ». Cette disposition détermine donc la possibilité de faire de la publicité grand public sur ces médicaments (PMF) incitant leur usage sans avis médical.

1.4.2. Incitation par le manque de médecin

Outre la publicité et le libre accès aux médicaments, l'automédication est en augmentation ces dernières années (23) en raison d'un accès de plus en plus difficile aux réseaux de soins par les patients du fait du manque de médecin.

Au 1er janvier 2007, selon les chiffres publiés (29-30) par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la France comptait 101 549 généralistes et 106 642 spécialistes, soit un total de 208 191 médecins. Cependant selon les dernières projections de la DREES (30) le nombre de médecins devrait diminuer de près de 10% dans les dix ans à venir, pour s'établir à 188 000 en 2019.

Ces projections montrent que la France sera confrontée à une pénurie de professionnels de santé dans les prochaines années. Depuis 2008 et, jusqu'en 2015, les cessations d'activité de médecins seront supérieures aux installations, amenant à une baisse du nombre de médecins en activité durant cette période.

La densité médicale, correspondant au nombre de médecins par habitants sur un territoire donné, va encore diminuer dans les prochaines années. En 2011 on dénombre 306,7 médecins (31) pour 100 000 habitants, soit 1 médecin pour 326 habitants, contre 327 médecins pour 100 000 habitants en 2006. Selon les projections de la DREES (30), la densité médicale atteindrait 292 médecins pour 100 000 habitants en 2030.

Cette densité moyenne cache cependant d'importantes disparités géographiques (31). Ainsi, si la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) compte 419 médecins pour 100 000 habitants, soit à 1 médecin pour 238 habitants, la Picardie n'en compte que 260, soit 1 médecin pour 384 habitants.
Il existe de forts écarts de densité médicale entre régions. La baisse du nombre de médecins va se traduire par un creusement de ces disparités, notamment dans les zones sous-médicalisées.

1.5. Les risques de l'automédication et la responsabilisation du patient

L'automédication fait actuellement l'objet d'un débat important en France depuis que le ministère de la santé a encouragé le recours direct à cette pratique pour les pathologies bénignes les plus courantes (21) avec les médicaments en libres accès (10). Cela permet des économies de santé vis-à-vis de la prise en charge des pathologies les plus bénignes (13-17-21).

Les patients sont donc incités par les pouvoirs publics à se responsabiliser dans la prise en charge de leur santé mais aussi par les firmes pharmaceutiques par le biais de publicités sur les médicaments à PMF (correspondant à un marché lucratif) au dépend du suivi thérapeutique et du bon usage du médicament appliqués par l'ensemble des professionnelles de santé.

Cette responsabilisation et cette autonomie se font au risque de complications potentiellement graves comme :

- entrainer des effets iatrogènes par l'absence de connaissance des médicaments utilisés par les patients et entraînant ainsi des risques pour leur santé,
- masquer une affection en dissimulant des symptômes importants qui seraient le reflet de pathologies plus ou moins graves,
- retarder le diagnostic et la prise en charge de la maladie et donc une perte de chance pour guérir une maladie sous-jacente (28-32).

Dès lors, les principaux risques de l'automédication sont (4-7-20-33-34-35) :

- sous-estimer sa pathologie,
- utiliser un médicament inefficace, inadapté ou à une mauvaise posologie,
- fausser des résultats biologiques,

- masquer des symptômes majeurs,
- entrainer une polymédication et une surconsommation,
- entrainer des interactions médicamenteuses.

La pratique de l'automédication soulève un questionnement notamment sur la sécurisation de cette pratique pour le patient.

En effet, des études démontrent que :

- la majorité de la population ne connaît pas la posologie exacte d'administration des médicaments (33-34-35),
- l'iatrogénie des médicaments d'automédication représenterait 2 à 10 % des causes de consultation aux urgences (34-35),
- un nombre important d'intoxications médicamenteuses volontaires dont 40% ont été réalisées avec des médicaments d'automédication (36) en particulier avec les antalgiques (médicaments à PMF et en libre accès),
- près d'une femme enceinte sur cinq s'automédique (34).

Afin de limiter les risques liés à l'automédication, l'AFSSAPS met en ligne des fiches explicatives sur le traitement de la douleur (Annexe 4) ainsi que des informations disponibles pour encourager une pratique contrôlée de l'automédication (Annexe 5) et des fiches de bon usage de l'automédication (Annexes 6 et 7). Pour essayer de sécuriser la pratique de l'automédication, l'AFSSAPS propose les « 7 règles d'or de l'automédication ». Les patients sont encouragés par de nombreuses sources médiatiques dans cette autoprescription avec de nombreux ouvrages médicaux vulgarisés comme par exemple « le guide de tous les médicaments » ou le « Vidal de la famille» (37).

Des recommandations (38, Annexes 4, 6 et 7) destinées aux patients ont été élaborées par des professionnels de la santé :

- privilégier les médicaments « conçus pour l'automédication »,
- éviter la prise de médicament à PO,
- avant de prendre un médicament en automédication, solliciter le conseil d'un pharmacien,
- lire la notice attentivement et ne pas dépasser la dose recommandée,
- récuser toute « polymédication ».

Cela n'est plus applicable depuis la mise en accès libre de certains médicaments car le pharmacien ne joue plus de rôle de conseiller pour la sécurité sanitaire. Aucun médicament n'est anodin et ils comportent tous des risques.

Le ministère de la santé a ouvert le champ de l'automédication à un large panel de classes thérapeutiques disponibles en officine pour de nombreux groupes de pathologies. Il réfléchit actuellement sur la possibilité d'acheter via internet des médicaments d'automédication mettant fin ainsi au monopole de la dispensation et de la délivrance des médicaments par le pharmacien. Et selon une étude récente, 25% des français (19) accepteraient d'acheter leurs médicaments ailleurs qu'en pharmacie.

Face à une incitation grandissante de l'automédication par les firmes pharmaceutiques et le ministère de la santé, l'automédication n'en demeure pas moins un comportement. Ce comportement diffère-t-il entre la population civile et militaire et quels sont les facteurs l'influençant ? Pour le savoir, il est nécessaire d'étudier les caractéristiques de cette population militaire.

2. Le 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg

2.1. Historique

Héritiers des bandes de Picardie en 1479, le 1er Régiment d'Infanterie (39-40) est le régiment le plus ancien de France. Il a traversé toutes les époques, participé à toutes les campagnes que livra la France.

Au début du XVIème siècle, les bandes de Picardie constituent l'armée française. Elles participeront aux guerres de la Renaissance ainsi qu'aux guerres de religion. Puis au XVIIIème siècle, le Régiment de Picardie ou le premier régiment d'infanterie (1er RI) de Sarrebourg devient « Colonel-Général ». Il se distingue en France comme à l'étranger par exemple en Algérie, à Djidjelli (1664), véritable précurseur des opérations extérieures. Il participe aussi à la lutte des insurgés pour l'indépendance des futurs Etats-Unis.

Sous la révolution, il devient le 1er Régiment d'Infanterie et symbolise la lutte de la nation en armes. Sous l'Empire, on le trouve dans les batailles de Fleurus, de Moesskirch et de Wagram, mais aussi de Waterloo.

Sous la restauration et jusqu'au Second Empire, le 1er de Ligne est de toutes les expéditions : en Espagne, en Belgique, en Algérie où il se distingue à Miliana le 16 juin 1842.

Durant le conflit de 1870, le régiment tombera à Metz lors de la bataille de Gravelotte face à l'adversaire avant d'être dissout. Mais il renaît au mois de juin 1871.

Au cours de la première guerre mondiale, le 1er RI s'illustre à Guise, en Argonne, dans la Somme et au Chemin des Dames. En 1940, il défend héroïquement Dunkerque. Il entre dans son intégralité dans la Résistance en 1942, ce qui lui vaut l'inscription « Résistance Berry» sur son drapeau. Il est le seul à posséder cette distinction en France.

Au lendemain de la libération, le 1er RI est en occupation en Allemagne avant de participer à la guerre d'Algérie entre 1955 et 1961, à Trézel, dans la région de Tiaret. A son retour d'Algérie, le 1er RI suit plusieurs réorganisations et s'installe à Sarrebourg en 1968 avant le tournant de 1984 et la création de la FAR (Force d'Action Rapide).

Le Régiment fut professionnalisé en 1985, et il devient le Régiment de combat aéromobile (RCAM) de la 4ème division aéromobile. Il participe notamment à la 1ère guerre du Golfe et aux opérations Norois (Rwanda), Epervier (Tchad).

Aujourd'hui, le 1er RI est le dernier des « Vieux » régiments en activité et il intervient sur tous les théâtres d'opérations extérieures : Bosnie, Kosovo, Centre-Afrique, Tchad, Côte d'Ivoire et, plus récemment, Afghanistan soit un total de 9 opérations extérieures (OPEX) en 10 ans.

« Forts de leur histoire, attachés à leurs traditions et résolument tournés vers l'avenir, les personnels de Picardie sont fiers de leur profession : homme d'action » (40).

2.2. Composition et effectifs du 1er RI

2.2.1. La composition générale du régiment

Le 1er RI est un régiment composé de 1039 personnels répartis en 7 compagnies (41):

- 4 compagnies de combat d'environ 175 personnels chacune (les 1ère, 2ème, 3ème et 4ème compagnie) et une compagnie d'éclairage et d'appui (CEA) d'environ 100 hommes, dont leur but est de remplir les missions opérationnelles confiées au régiment,
- une compagnie de commandement et logistique (CCL) de 132 personnels qui compose l'Etat Major du régiment avec des logisticiens, des mécaniciens et tout le soutien médical,
- une compagnie d'instruction d'administration et de soutien (CIAS) de 150 personnels environ, qui assure l'instruction des soldats et regroupe les services logistiques du régiment,
- et une compagnie de militaires de réserve (la 5ème compagnie) n'étant pas incluse dans les effectifs du régiment. Cette compagnie comporte des personnes ayant des professions dans le civil et s'exerçant occasionnellement au sein de l'armée.

L'effectif précédent n'est que théorique. En pratique, du fait de nombreuses missions (OPEX, Vigipirate, …), des nombreux stages de perfectionnement ou de formation militaire et des permissions, l'intégralité des militaires n'est jamais présente en même temps sur les rangs.

2.2.2. Le soutien médical

2.2.2.1. Le Centre Médical des Armées

Le régiment dispose dans son enceinte d'une infirmerie ou Centre Médical des Armées (CMA) composé de :

- 4 médecins militaires : docteurs en médecine générale, officiers du service de santé des armées,
- 4 infirmiers diplômés d'état : dont un infirmier major, (ayant le statut de Militaires Infirmiers et Techniciens des Hôpitaux des Armées),
- un chef de section, un sous-officier sans spécialité médicale, commandant l'ensemble des militaires du rang et MITHA.
- 2 aides soignants diplômés d'état : militaires du rang,
- 9 auxiliaires sanitaires : militaires du rang, dont 2 ayant une formation de secrétaire médicale, et 2 une formation de conduction ambulancier (diplômés d'état).

Ainsi la démographie médicale au sein du 1er régiment d'infanterie serait de 386 médecins pour 100 000 personnels par extrapolation soit 1 médecin pour 259 patients. Dès lors on constate que la démographie médicale au 1er RI est plus importante que par rapport à la moyenne nationale vue auparavant.
Cependant, ces chiffres sont à nuancer par le fait que bien souvent, de nombreux militaires (y compris les médecins) ne sont pas présents sur les rangs car en stages, missions, congés ou autre.

2.2.2.2. Le rôle du CMA

Le CMA a de multiples missions :

- assurer le soutien médical de l'ensemble des militaires et de leur famille si elle le souhaite, par une activité de consultation médicale journalière, sans rendez-vous,
- exercer un rôle de médecine du travail et d'expertise afin de vérifier la bonne condition physique et l'état de santé des militaires. Une visite d'incorporation est réalisée à la recherche de problème de santé rendant inapte à la condition de militaire pour tout militaire nouvellement incorporé, mais aussi une visite de santé annuelle pour tous les personnels, et des visites d'aptitude avant des stages spécifiques, ou des OPEX...

- pratiquer une médecine de prévention avec les actes de vaccination, les éducations sanitaires réalisées à l'ensemble du personnel, le suivi des personnels exposés à des substances toxiques,
- participer à la préparation opérationnelle des hommes afin d'assurer leurs missions
- un service d'accueil des urgences avec une salle de soins, une salle de d'urgence,
- réalisation de soins infirmiers, des prélèvements sanguins, des actes de vaccinations,
- assurer le soutien médical de toutes les activités sportives, physiques et manœuvres du régiment.
- assurer la formation continue de son personnel.

2.2.2.3. Les modalités pour accéder aux soins

Tout personnel du régiment civil ou militaire peut venir en consultation libre durant les heures d'ouverture du CMA :

- du lundi au jeudi de 8 h à 17h30,
- le vendredi de 8 h à 13 h.

Pour consulter, le personnel doit s'enregistrer préalablement au sein des compagnies sur un cahier de consultation.

Une permanence sur place est assurée par un auxiliaire sanitaire, se limitant à une astreinte téléphonique le week-end. Lors de la permanence, l'auxiliaire sanitaire peut joindre à tout moment un médecin d'astreinte qui soit se déplacera au régiment soit redirigera le patient vers le service d'accueil des urgences de l'hôpital de proximité (Centre hospitalier de Sarrebourg).

L'ensemble des soins et consultations est entièrement gratuit sans aucune avance de frais. Le CMA essaiera, au mieux, de prendre en charge le patient et de l'adresser auprès des professionnels de santé ou de services hospitaliers spécialisés si cela est nécessaire.

2.2.2.4. Le réseau hospitalier avoisinant

Le centre hospitalier de Sarrebourg se situe à 2 km environ du régiment. Le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg est à environ ¾ d'heure de route. Le CMA peut également se référer et orienter ses patients vers l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest, hôpital militaire de Metz disposant d'un panel de spécialités médicales et

chirurgicales. Le premier rôle de cet HIA est d'assurer le soutien des forces armées. Travaillant en étroite collaboration avec l'HIA, le CMA dispose d'un réseau de professionnels et de soins privilégiés. Cela est d'autant plus facile que l'ensemble des médecins militaires sont issus de la même formation médicale initiale. De plus, l'HIA Legouest est le centre d'expertise médicale militaire le plus proche pour statuer sur les aptitudes et l'emploi de certains personnels.

2.2.2.5. Le principe du soutien sanitaire en OPEX

Assurer le soutien médical au plus près des blessés constitue une spécificité de l'armée française. Ce concept du soutien sanitaire français repose sur une prise en charge médicalisée précoce et continue des blessés, qui nécessite quatre niveaux de prise en charge de la chaîne médicale (42) :

- le niveau 1 correspondant à la *« médicalisation de l'avant »* avec le traitement médical des blessés. Il consiste en la pratique de la médecine d'urgence et l'application de techniques de réanimation dès les premières étapes de la prise en charge par des équipes médicales et sanitaires organisées en poste de secours. Celui-ci est composé d'un médecin, un infirmier et 4 auxiliaires sanitaires ;
- le niveau 2 correspondant au traitement chirurgical des blessés avec les Antennes Chirurgicales Aérotransportées (ACA) composées d'au moins quatre éléments modulaires (deux modules de réanimation, un module de chirurgie et un module de pharmacie/banque du sang) afin d'assurer le triage pour effectuer la catégorisation des blessures et de pratiquer les gestes chirurgicaux urgents. Cette structure, dont le déploiement nécessite moins de deux heures, permet de trier jusqu'à 300 blessés par jour ;
- le niveau 3 : les Hôpitaux Médico-Chirurgicaux (HMC) constitués d'une ACA associée de quatre éléments supplémentaires (un module de soins aux brûlés, un de radiologie, un laboratoire et un module supplémentaire de chirurgie) ou bien d'une structure médico-chirurgicale sur place permettant la prise en charge chirurgicale des blessés et présentant un rendement opératoire de 24 blessés opérés par jour, avec possibilité d'une section d'hospitalisation ;
- le niveau 4 correspondant à l'évacuation médicale vers la métropole et au traitement définitif des blessés dans les hôpitaux d'instruction des armées en France.

La carte (Annexe 8) du soutien sanitaire en décembre 2011 concernant les différentes OPEX (43) nous montre bien la répartition du soutien médical selon les OPEX en cours. En nombre, cela représente 1 315 personnels de santé sur l'année dont 488 personnels santé déployés en permanence avec 12 équipes chirurgicales dont 4 équipes chirurgicales simultanément et 58 équipes médicales.

2.3. Les missions du 1er RI

Les missions du 1er RI sont diverses et nécessitent des compétences variées mais complémentaires (41):

- actions de combat de très haute intensité sur le territoire national, en Europe ou dans tout autre pays du globe,
- missions humanitaires (Cambodge en 1991, Somalie en 1994...),
- missions de maintien de la paix sous mandat ONU (Liban, Côte d'Ivoire, Kosovo,…),
- sécurité intérieure : participation aux missions vigipirate pour la surveillance des gares et aéroports,
- soutien aux populations en cas de tempête, d'inondations, de marées noires, de feux de forêts.

Autant d'objectifs divers et exigeants qui nécessitent une vraie polyvalence et un grand professionnalisme de la part des hommes de Picardie.

2.4. La programmation 2010 - 2011

L'activité régimentaire est régie par la succession de missions diverses entrecoupées par des périodes de permissions ou de formation.

Durant l'année de notre étude (2010 – 2011), le régiment a été projeté sur différents théâtres d'opérations extérieures dont le Liban, la Côte d'Ivoire, le Kosovo, le Tchad, la Guyane, et l'Afghanistan.

Il a participé de façon active au plan Vigipirate sur Paris et Strasbourg. Il a été d'alerte GUEPARD 12 et 48h (alerte opérationnelle durant laquelle le personnel peut être projeté n'importe où dans le monde dans un délai de 12 ou 48 heures dès l'alerte activée par les hautes instances militaires).

Durant cette période, le régiment a été doté d'un nouvel équipement de combat : le Fantassin à Equipements et Liaisons INtégrés (FELIN) (44 - Annexe 9). Cela a nécessité environ 10 semaines d'appropriation et d'exercice. Il s'agit du premier régiment de France à en être muni et à tester ce nouveau système d'arme.

Enfin, pour conserver son niveau opérationnel, il y a eu plus de 75 manœuvres et formations militaires différentes d'une durée de 1 à 8 semaines.

Ainsi, on peut nettement différencier 3 niveaux d'activités au sein du 1er Régiment d'Infanterie :

- Le premier considéré comme habituel, correspond à l'emploi du militaire au quartier c'est-à-dire lorsqu'il est au sein de son régiment en métropole en « activité normale ». Son emploi du temps est fixe 7h30 -17h30 du lundi au jeudi et 7h30-12h30 le vendredi matin, avec séances de sport quotidienne de 1 à 2 heures, cours de formation, instructions diverses, remise en condition du matériel, et séances pratiques sur le terrain : tir, topographie, utilisation des systèmes d'arme…

- Le second niveau correspond à l'emploi du militaire « en manœuvre », c'est-à-dire à la réalisation d'un entrainement, d'un formation sur le terrain, ou d'une évaluation sur plusieurs jours dans un des camps militaires d'entrainement de France. Les conditions de vie sont parfois plus spartiates et le niveau physique plus soutenu qu'au quartier sans possibilité de repos ou de récupération. Durant les manœuvres, les horaires sont définis par le commandant du détachement.

- Le dernier niveau d'activité, le plus soutenu et le plus exigeant correspond à celui « en opération extérieure ». En effet, les militaires en OPEX, sont souvent en alerte permanente avec un niveau de vigilance et de stress élevés, nécessitant une activité physique souvent intense et longue avec régulièrement des souffrances morales à surmonter. Tout cela dans des conditions le plus souvent précaires et loin de leurs proches.

2.5. Les OPEX et leur spécificité

Nous allons donc développés les OPEX qui nous intéressent en détaillant pour chacune d'elles les circonstances de la projection des forces militaires françaises, les derniers

incidents et événements montrant les risques et les conditions d'engagement de nos militaires, enfin, nous détaillerons le soutien médical déployé.

2.5.1. Le Liban

2.5.1.1. Les circonstances de projection

Face à l'escalade des hostilités entre le Liban et Israël, le conseil de sécurité des Nations Unies adopte en juillet 2006 la résolution 1701 (45) prévoyant l'interposition d'une force militaire afin de maintenir la paix entre ces deux nations.

Les militaires français y participent sous le nom de l'opération DAMAN : participation française à la Force Intérimaire des Nations Unies au Liban (FINUL).

En effet, depuis 2006, des militaires français se relèvent au Liban tous les 4 à 6 mois pour assurer leur mission de maintien de la paix. Actuellement la FINUL compte environ 12304 hommes dont 1400 militaires français. Les militaires sont basés au camp At – Tiri au sud du Liban et dans le camps UN 9.1 de Dayr Kifa à quelques kilomètres du précédent (46).

2.5.1.2. Les derniers événements

Le premier semestre de l'année 2011 a été marqué par différents incidents dont :

- 2 militaires français gravement blessés lors d'accident de la route,
- 6 autres lors de manipulation de roquette au sud Liban dont un décès,
- 8 militaires français blessés par l'explosion d'un engin explosif improvisé ou de leur véhicule.

Pour mémoire, de 1978 au 26 décembre 2011, on compte 293 membres de la FINUL décédés en mission dont 277 militaires sans compter des centaines de blessés (47).

2.5.1.3. Le soutien médical

Au Liban, l'opération FINUL-DAMAN regroupe 5 postes médicaux, une cellule RAPACE assurant les évacuations médicales aériennes soit un total de 44 personnels de santé, dont 6 médecins, pour soigner environ 1400 militaires, soit environ 1 médecin pour 233 militaires (46-48). En 2010, on compte 1792 consultations médicales et de traumatologie, 15

hospitalisations, 10 rapatriés et 633 consultations dans le cadre de l'aide médicale à la population locale (46).

Il existe un rôle 2 ou niveau 2 c'est-à-dire un hôpital militaire de campagne pour les membres de la FINUL qui est sous la direction des Indiens.
Les médecins peuvent utiliser les structures médico-chirurgicales des hôpitaux civils de Saïda et/ou de Beyrouth.

2.5.2. La Côte d'Ivoire

2.5.2.1. Les circonstances de projection

Suite à la crise politico-militaire de 2002, des soldats rebelles ont essayé de renverser le pouvoir en prenant les villes d'Abidjan, Bouaké et Korhogo. Le pays a été coupé en deux zones géographiques distinctes : le sud tenu par les Forces armées de Côte d'Ivoire (FANCI) et le nord tenu par les rebelles se faisant appeler les Forces Armées des Forces Nouvelles (FAFN). Cette division du pays a débouché sur la signature de l'accord Kléber à Linas-Marcoussis en janvier 2003 stipulant la fin du conflit.

Devant le non respect de ce dernier, le conseil de sécurité de l'ONU adopte en 2004 un décret autorisant la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et la France à déployer des troupes en Côte d'Ivoire pour maintenir la paix : opération « Licorne ».

Ainsi fut mise en place une force militaire de maintien de la paix de l'ONU en Côte d'Ivoire (l'ONUCI) (49) renforcée par des militaires français faisant partie de la « force Licorne » correspondant à la participation des forces armées françaises, sous commandement français, au maintien de la paix en Côte d'Ivoire et à la sécurité des ressortissants français et étrangers (50).

Les troupes françaises, initialement au nombre de 4500 au début du conflit, sont composées en début 2010 de 900 militaires. Mais en novembre 2010, devant une nouvelle dégradation du climat politique à la suite des élections présidentielles avec la défaite de Laurent Gbagbo face à son adversaire Alassane Ouattara (reconnu par l'ONU), l'opération « Licorne » a été à nouveau renforcée pour atteindre un effectif de 1 500 hommes (50-51).

2.5.2.2. Les derniers événements

Du fait de la crise post-électorale, le rôle de la force « Licorne » s'est accrue avec (50-51-52) :

- la protection des ressortissants français et étrangers à Abidjan : entre le 31 mars et le 16 avril, plus de 5 000 ressortissants français et ivoiriens ont été accueillis au camp de Port-Bouët dont environ 3 000 ont été évacués par des moyens aériens militaires vers d'autres pays africains,
- le soutien sanitaire de la population et des ressortissants avec plus de 1000 consultations, 14 hospitalisations, 16 interventions chirurgicales et 2 naissances en 2 semaines,
- le soutien à l'ONUCI, avec l'emploi des forces militaires aériennes et terrestres pour neutraliser des armes lourdes menaçant la population.

Durant ces événements, 4 blessés militaires français sont à déplorer.

2.5.2.3. Le soutien médical

L'opération Licorne en Côte d'Ivoire dispose de 2 postes médicaux avec chacun son médecin, d'une cellule RAPACE (élément médicalisé pour effectuer des évacuations aériennes) et d'une ACA avec 2 chirurgiens et 1 anesthésiste-réanimateur. L'effectif en octobre 2011 comportait au total 30 personnels de santé pour soutenir environ 1000 militaires, soit 1 médecin pour 170 militaires environ (48).

2.5.3. L'Afghanistan

2.5.3.1. Les circonstances de projection

A la suite des attentats du 11 septembre 2001 sur le sol américain, les États-Unis déclarent la guerre au chef d'Al Qaida : Oussama Ben Laden, le tenant pour responsable de ces attentats avec le soutien des autorités talibanes. Grâce au soutien de l'OTAN dans ce conflit, le régime taliban est vite renversé par les forces de la coalition regroupées en Force Internationale d'Assistance et de Sécurité (FIAS). À partir de 2005, la situation s'aggrave. Les talibans, en parallèle ou avec des volontaires étrangers, s'infiltrent dans certaines régions et les combats s'intensifient. Sur les dix premiers mois de 2006, la guérilla et les combats ont fait plus de 3 000 morts en Afghanistan. L'instabilité politique provoquée par les talibans au

Pakistan, pays pivot de l'action américaine remet en cause la perspective d'une victoire à court terme en Afghanistan. En 2009, quelques 113 000 soldats étrangers, dont 71 000 américains, sont déployés dans le pays.

En 2011, le dispositif militaire français engagé dans le cadre des opérations en Afghanistan (53) est armé par 4100 militaires opérant sur le territoire afghan, mais aussi depuis le Tadjikistan et l'océan Indien.

La mission des français en Afghanistan est de :

- sécuriser les zones placées sous notre responsabilité pour permettre les opérations de développement, de reconstruction, le déploiement des services de l'Etat,
- soutenir la montée en puissance de l'armée nationale afghane pour lui permettre de reprendre à son compte les missions de sécurisation.

Les militaires du 1er Régiment d'Infanterie sont envoyés sous 2 opérations différentes :

- la première, dans le cadre des OMLT (*operational mentoring and liaison teams*) qui sont des équipes de conseillers et instructeurs intégrées dans les unités opérationnelles de l'armée afghane dans toutes leurs missions. Leur mission de conseil porte sur la conduite de l'instruction et l'entraînement, la planification puis la conduite des opérations sur le terrain,
- la seconde au sein de l'une des sept brigades de combat du Commandement régional Est. Elle a pour zone d'opération le district de Surobi et la province de Kapisa à l'est et au nord est de Kaboul. Elle conduit des opérations de sécurisation et de contrôle de zone, des missions au profit de la population (neutralisation d'IED, soutien direct à la population avec des actions civilo-militaires), ainsi que des opérations conjointes avec les forces de sécurité afghanes conseillées par des militaires français.

2.5.3.2. Les derniers événements

La France a perdu, au 14 novembre 2011, 76 militaires dans ces opérations (combat, accident, autres causes) dont 41 militaires décédés en 2010 – 2011 et a eu, au 19 mai 2010, 471 blessés (parmi lesquels 338 blessés au combat) (54-55).

Les opérations étant confidentielles, on ne retiendra que le nombre de morts et de blessés témoignant de l'intensité de l'engagement de nos militaires et la pression énorme qu'ils subissent.

2.5.3.3. Le soutien médical

La France dispose d'un hôpital médico-chirurgical militaire installé sur l'aéroport international de Kaboul. Cet hôpital est armé de 120 personnels avec deux tiers de français, le tiers restant sont des allemands, des bulgares, des belges, des portugais … Il délivre des soins médicaux et chirurgicaux aux troupes de la coalition, aux militaires afghans et à la population afghane. L'activité des secteurs urgences-réanimation et hospitalisation y est particulièrement développée. Cet établissement dispose de 3 blocs opératoires, d'environ 30 lits d'hospitalisations et de 10 lits de réanimation. Il offre plusieurs spécialités comme la psychiatrie, l'ophtalmologie, la neurochirurgie. En complément de cet hôpital, toutes les unités sur le territoire disposent de médecins militaires et infirmiers en leur sein organisé en 24 postes de secours et d'une cellule RAPACE pour assurer au plus près le soutien médical.

Au total, environ 37 médecins assurent le soutien médical d'environ 4100 militaires, soit environ 1 médecin pour 110 personnes (48-56).

2.6. En manœuvre

Après s'être intéressé aux OPEX, nous allons développer une manœuvre effectuée par le 1er RI en 2011 : il s'agit d'une manœuvre d'une dizaine de jour au Centre d'Entraînement de l'Infanterie au Tir Opérationnel ou CEITO (57).

2.6.1. Le CEITO

Le CEITO est un complexe de tir très important situé dans le Larzac, à La Cavelerie à côté de Millau. Cette manœuvre est importante pour le régiment car elle permet de tester le nouvel équipement d'arme (FELIN) dans des conditions opérationnelles. Deux compagnies du régiment ont fait cette manœuvre marquant ainsi l'achèvement de l'appropriation de leur nouveau système. Durant cette manœuvre d'une dizaine de jours, les militaires ont pu s'entraîner et régler leurs armes avant l'évaluation de fin stage. Cette dernière est primordiale pour le régiment car elle représentera un référentiel pour l'ensemble des régiments disposant de ce système d'armement et constituera un argument majeur pour l'emploi du système FELIN (Annexe 9) en Afghanistan.

2.6.2. Le soutien médical au CEITO

Le CEITO dispose d'une infirmerie avec un médecin militaire, un infirmier et un auxiliaire sanitaire avec le même matériel que tous les CMA. De plus, les compagnies du 1er RI en manœuvre ont été renforcée par un élément médical composé d'un interne militaire de médecine générale et d'un auxiliaire sanitaire avec une ambulance afin d'assurer un service de consultation, et un soutien médical sur le terrain à toute heure durant la manœuvre.

Le CEITO est situé au sein du village de La Cavelerie disposant de médecins généralistes, dentistes et d'une pharmacie. Il est à 20 minutes environ du Centre Hospitalier Régional de Millau, centre le plus proche pour une prise en charge hospitalière si nécessaire.

DEUXIEME PARTIE :
MATERIEL ET METHODE

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

1. Nature et Objectifs de l'étude

Notre travail consiste en une première étude sur l'automédication dans les forces armées qui a consisté en la réalisation d'une étude épidémiologique. L'objectif est de décrire l'incidence de l'automédication au sein d'un régiment de l'armée de terre selon l'activité régimentaire. De plus, cette étude est un premier travail pour comprendre les comportements, les raisons et la spécificité de l'automédication dans une population ciblée qu'est le 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg.

A ce jour, aucune étude sur l'automédication dans les forces armées n'a été réalisée.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, prospective et exhaustive dont les objectifs sont de :

- décrire la population de militaires pratiquant l'automédication au sein du 1er régiment d'infanterie du 1er novembre 2010 au 30 juillet 2011,
- comparer l'automédication selon le critère d'activité régimentaire en distinguant trois périodes d'activités différentes : le temps de paix, la manœuvre, et l'OPEX, afin de connaître l'influence de cette activité sur l'automédication,
- décrire le type d'automédication pour répondre aux questions suivantes :
    - quelles sont les molécules les plus utilisées en automédication ? Et quelle en est leur provenance ?
    - quelles sont les raisons de l'automédication ? Sont-elles différentes selon le type d'activités ?
    - quels sont les symptômes pour lesquels les militaires ont recours à l'automédication ?

2. Définition de la population d'étude

La population étudiée correspond aux militaires en affectation au sein du 1er RI de Sarrebourg entre le 1er novembre 2010 et le 31 juillet 2011. Le régiment comporte théoriquement 1039 personnels militaires : il s'agit du nombre de militaires inscrits au 1er novembre 2010 sur le listing des ressources humaines du régiment (Annexe 10).

Cependant durant cette période de 9 mois, de nombreux stages, manœuvres (CAYLUS, CEITO...), opérations extérieures (Liban, Afghanistan, Côtes d'Ivoire, Guyane) et mission d'intérêt public (Vigipirate à Paris ou Strasbourg) ont eu lieu entrainant un effectif réduit restant au sein du régiment. De même, de nombreux militaires sont en permissions ou en arrêt maladie.
Dès lors l'effectif pratique c'est-à-dire le nombre de personnes présentes à un instant donné est largement inférieur à l'effectif théorique.

Cette étude se veut exhaustive ainsi aucun effectif représentatif n'a été calculé et le recueil se fait de façon aléatoire sur les membres de la population étudiée.

Les critères d'inclusion de l'étude sont :

- tout militaire (hommes ou femmes) français affecté du 1er novembre au 31 juillet 2011,
- dont le 1er RI est le régiment d'appartenance.

Les critères d'exclusion de l'étude sont :

- les personnels paramédicaux et médicaux du régiment car ils ont des connaissances supposées vis-à-vis des maladies et certains ont le droit de prescription,
- les civils travaillant au sein du 1er RI,
- les militaires étrangers rattachés au 1er RI,
- les militaires étrangers en coopération en OPEX,
- les militaires de passage (en formation, en stage, …) au sein du régiment,
- les militaires de réserve.

Les nombreux civils affectés au 1er RI, les stagiaires militaires ou civils présents de façon sporadique ne sont pas inclus dans l'étude car ne présentent pas *a priori* les mêmes

caractéristiques en terme de ratio Homme/Femme, de niveau de diplôme, de niveau sportif et d'exigence opérationnelle.

3. Le mode de recueil des données

Afin de choisir les variables à étudier, ainsi que le mode de recueil des informations, un travail bibliographique a été réalisé en amont pour trouver des enquêtes similaires et comparer nos résultats à des statistiques déjà connues.

3.1. Inspiration de la littérature

Dans la littérature étrangère, une enquête en 2002 sur l'utilisation des médicaments en automédication en zone rurale au Vietnam (58) note l'importance de connaître le niveau social et d'avoir des données démographiques des personnes interrogées afin de comprendre l'automédication. On constate ainsi que plus le niveau d'étude est élevé, plus le nombre d'automédication augmente. La nécessité de connaître la provenance des médicaments est à prendre en compte car en effet près d'un quart proviennent des « pharmacies personnelles » c'est-à-dire des médicaments gardés dans l'armoire à pharmacie après le délai de la prescription initiale.

Un article scientifique français de 2005 portant sur l'automédication des dermatoses aigues (59), met en avant que près du quart des médicaments d'automédication proviennent de réserve familiale, et que 22 % des personnes présentant ces affections dermatologiques ont recours à l'automédication.

Dans une autre étude en 2005 (60) sur 1000 finlandais vivant en Espagne, on a essayé de comprendre les raisons de l'automédication en antibiotiques de cette population et de savoir si cette consommation est plus importante qu'en Finlande où les antibiotiques sont soumis à prescription obligatoire. On note que dans cette étude, les symptômes essentiels entrainant une automédication sont le rhume, le mal de gorge et la toux. De plus cette étude permet de voir que le facteur tabagisme n'est pas un facteur statistiquement pertinent de même que le statut marital. En revanche l'âge, le sexe sont de bonnes variables influençant l'automédication. Ces variables seront donc analysées dans notre étude.

L'étude (61) plus récente de 2008, sur les pratiques de l'automédication en Palestine par les étudiants en médecine versus les autres filières, met en évidence que les femmes représentent près des 2/3 des cas d'automédication. Les connaissances en médecine influencent de façon significative l'automédication. Nous avons donc exclus ces personnes de notre enquête afin d'éviter un biais de résultats.

Une enquête sociodémographique espagnole de 1999 (62) donne par ordre décroissant les indications les plus courantes de la consommation de médicaments en automédication :

- le rhume,
- la douleur,
- la tension artérielle.

Dans cette étude, les auteurs évoquent les limites de leur étude :

- du fait de variables croisées analysées,
- du fait de la probable relation de cause à effet entre elles entrainant probablement des biais de confusion,
- du problème de la définition de terme d'automédication ou « self-medication » qui entraine de nombreuses répercussions dans le recueil de données,
- de la sous évaluation de l'automédication du fait d'avoir inclus seulement les médicaments à PO.

En France, les études de grande ampleur réalisées sur l'automédication sont :

- celle de T.Nelson avec un sondage Sofres (14) portant sur 1135 personnes en 1999, retenant que « 85% des Français avaient recours à une médication sans avis médical pour traiter les maux courants »,
- l'enquête AFIPA-TNS Sofres (15) de 2001 portant sur 954 individus, estimant que « 80 % des personnes ont recours à l'automédication de façon plus ou moins fréquemment », et « que la motivation la plus importante est le besoin de soulagement rapide »,
- celle de CSA-TMO de 2002 (19), estimant que près de 70% des personnes ont eu recours à l'automédication, et qu'il s 'agit pour « 40% d'anti-douleur, 21% d'anti-rhume et 15% d'Anti-Inflammatoires Non Stéroidiens (AINS) ».

Il est important de rester critique sur ces trois enquêtes exhaustives car elles ont un faible niveau de preuve scientifique en étant rétrospectives et sur des périodes très longues de 12 mois avec d'inévitables biais de résultats.

Ces données ont été incorporées au rapport de mission ministérielle en 2006 (13) afin de faire un point de situation de l'automédication en France.

Différents travaux scientifiques ont été réalisés sur l'automédication, certains d'entre eux ont attiré notre attention et nous ont inspiré pour l'élaboration des questionnaires :

- une thèse (63) sur l'analyse du concept d'automédication en 2009, dans laquelle une enquête prospective sur 100 patients a été réalisées estimant que :
    - près de 85 % des médicaments d'automédication proviennent de la pharmacie familiale,
    - 86% des personnes s'automédiquent par besoin de soulagement rapide, 59% pour des problèmes bénins, 28% pour éviter la perte de temps.

  Ce travail nous a permis de sélectionner les raisons de l'automédication ainsi que la nécessité de connaître la provenance des médicaments pour comprendre le comportement d'automédication.

- Une thèse en 2007 (20), consistait à quantifier et à mettre en évidence les habitudes de consommation en automédication et d'établir le lien avec l'« armoire à pharmacie familiale ». Cette enquête a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires qui avaient été distribués aux personnes venant dans quatre officines ciblées qu'elles devaient remplir et ramener ultérieurement. Cependant les limites de cette méthode ont été :
    - un nombre important de non retour : 50%,
    - l'absence de représentativité de la population générale française du fait du biais de sélection.

  Cette enquête nous montre la nécessité d'être exhaustif afin de limiter les biais de sélection. De même, le bon suivi du recueil est nécessaire pour éviter un nombre trop important de perdu de vue.

- Concernant des populations ciblées c'est-à-dire avec des caractéristiques socioprofessionnelles bien définies, une étude (64) a été faite sur les céphalées non migraineuses des personnels navigants civils et militaires en 2004 où près de 4/5 des personnes souffrant de céphalées ont recours à une automédication sans connaitre l'étiologie exacte. Cela peut entrainer un risque iatrogène grave.

- Chez les plongeurs, plusieurs travaux ont été effectués :
    - en 2005 (65) en étudiant l'automédication chez les plongeurs en scaphandre, on estime que seulement 37 % des prises de médicaments étaient liées à une prescription médicale, le reste relevant de l'automédication,
    - une enquête en 2008 (66) sur l'automédication a été réalisée à travers de questionnaires par internet, retrouvant que près de 60% des plongeurs interrogés ont recours à des médicaments sans avis médical (dans plus de 90 % des cas pour des problèmes ORL).

Ces trois derniers travaux montrent que l'activité ou plutôt certaines caractéristiques propres à la population étudiée influencent l'automédication par rapport à la population générale.

3.2. Choix du mode de recueil

Pour réaliser cette étude, le choix d'un auto-questionnaire anonyme papier a été retenu étant donné :

- l'importance de l'effectif à étudier,
- le caractère aléatoire du recueil,
- le fait qu'il s'agisse d'une étude d'incidence avec la nécessité de laisser un moyen de recueil à disposition de chaque personne et ne gênant pas l'activité habituelle,
- un support simple pouvant être conservé par la personne sur elle même dans n'importe quelle condition climatique,
- l'éloignement et l'isolement géographique de certains lieux, où se déroule le recueil (Liban, Côte d'Ivoire, Larzac), font choisir un mode de recueil ne nécessitant pas d'électricité ou de moyen informatique,
- la possibilité de conserver l'anonymat des personnes.

3.3. Elaboration des auto-questionnaires

A partir des travaux scientifiques effectués sur l'automédication, un auto-questionnaire a été élaboré selon :

- la définition de l'automédication de l'OMS (5),

- la prise en compte des substances de santé n'ayant pas d'AMM,
- la volonté de connaître la réutilisation de médicaments initialement prescrits par un médecin.

Cela a permis d'étudier l'automédication dans son ensemble et de pouvoir faire une comparaison entre autoprescription et automédication avec l'importance de la formulation des deux questions principales du questionnaire qui sont :

1- « Avez-vous pris un médicaments ou un produit de santé sans l'avis de votre médecin durant la période du X au X ? », par cette question, l'objectif est de savoir le nombre de personnes qui ont pris un médicament sans avis médical mais aussi le nombre de personnes qui ont pris un produit n'ayant pas d'AMM donc en autoprescription. Cette dernière englobe l'ensemble des automédications.

2- « Avez-vous réutilisé un médicament ou un produit de santé initialement prescrit sans l'avis de votre médecin ? » : cette question permet de prendre en compte les réutilisations à distance de médicament initialement prescrit par un médecin pour des symptômes ou maladies résolus et demeurant dans la pharmacie personnelle en réserve. Dès lors, selon la définition de l'OMS, cette utilisation peut être considérée comme de l'automédication s'il s'agit de médicaments ou comme de l'autoprescription pour les produits de santé.

Nous avons choisi un recueil le plus exhaustif possible :

- toute prise de médicament ou substances de santé doit être renseignée dans le questionnaire quelque soit leur origine ou leur nature,
- la prise de plusieurs médicaments ou substances doit être renseignée ainsi que les informations pour chaque substance prise.

Nous ne prendrons en compte les informations que si l'automédication a eu lieu durant la semaine d'étude soit de façon occasionnelle ou de façon continue.

Pour pouvoir effectuer le recueil de données, le questionnaire a été élaboré de façon à en faciliter le codage :

- en limitant au maximum le nombre de questions,
- en proposant des pré-choix de réponses selon les études scientifiques déjà réalisées,
- en choisissant un questionnaire sous la forme de cases à cocher.

3.3.1. Essai du questionnaire d'automédication

Un premier auto-questionnaire (Annexe 11) a été élaboré en octobre 2010 et testé sur 10 militaires non paramédicaux de l'Hôpital Instruction des Armées Legouest à Metz dont les âges et le niveau scolaire étaient comparables à la population du 1er régiment d'infanterie de Sarrebourg afin d'éviter les biais de compréhension et de confusion.

Cette évaluation par des personnes non médicales du premier questionnaire nous a permis d'avoir des critiques et de l'améliorer.

Les principales remarques formulées sont :

- certaines tournures de phrase rendent la question ambiguë,
- certains mots de vocabulaire ne sont pas compréhensibles par tous comme « au long cours »
- la présentation a semblé ne pas convenir, un peu « fouillis »,
- un manque d'explication des objectifs de l'étude,
- l'assurance du respect de l'anonymat et de l'absence de répercussion pour le militaire participant à l'étude,
- l'item sur la consommation de drogue a engendré des questionnements de la part des personnes,
- le questionnaire ne prend pas en compte si une personne prend plusieurs médicaments,
- le manque de la date de prise du médicament,
- une incompréhension par rapport à la question de l'activité régimentaire.

A partir de ce questionnaire d'essai, des modifications ont été apportées :

- des items comme le tabagisme et la prise de drogue ont été enlevés devant le peu de pertinence et de relation *a priori* entre ces facteurs et l'automédication,
- un mot d'explication sur les objectifs de l'étude a été ajouté en introduction,
- un questionnaire recto-verso a été préféré à l'ancienne version,
- un questionnaire sous la forme d'un tableau a été retenu pour être plus clair et plus lisible,
- les questions ouvertes ont été limitées pour faciliter l'encodage et le recueil.

Ce questionnaire test a donc permis d'établir trois questionnaires distincts en fonction de l'activité régimentaire étudiée :

- un pour l'activité normale
- un pour la manœuvre
- un pour l'OPEX.

3.3.2. Le questionnaire d'automédication en activité normale

Le questionnaire (Annexe 12) recto-verso nommé « questionnaire activité normale » correspond à l'activité en temps de paix soit l'activité des militaires au sein du 1er RI à Sarrebourg. Ce questionnaire comporte 11 questions sur le recto à remplir par tous et huit questions supplémentaires s'il y a eu automédication ou autoprescription.

On peut donc le diviser en 3 parties :

1) une première partie administrative avec 8 questions permettant de déterminer les caractéristiques de la population étudiée :

- question 1 : le sexe (homme ou femme),
- question 2 : l'âge,
- question 3 : le nombre d'années de service reflétant le niveau d'expérience des militaires,
- question 4 : le grade ou le rang qui a été divisé en 3 catégories :
    - les Militaires Du Rang (MDR) qui regroupent le nombre le plus important de militaires qui ont été incorporés dans l'armée après une sélection et la réalisation de leurs classes. Ce rang ne nécessite aucun diplôme particulier,
    - les Sous-Officiers (S-OFF) qui sont soit par voie directe c'est-à-dire une sélection post-bac et après réalisation d'une formation à l'Ecole militaire de Saint-Maixent, soit par voie indirecte donc issus des MDR après plusieurs années et après sélection des personnels les mieux notés et les plus motivés,
    - les Officiers (OFF) qui sont tous issus d'écoles militaires d'officiers sélectionnés soit de façon directe via une sélection post bac ou classes préparatoires soit par voie indirecte issus du rang des sous officiers mais, ayant à la fin de leur formation l'équivalent d'une diplôme master minimum,
- question 5 : le niveau scolaire (dernier diplôme obtenu) : BAC et +, BEP/CAP, BEPC ou sans diplôme.

Les deux dernières questions (grade et niveau d'étude) permettent d'estimer de façon indirecte le niveau socioprofessionnel. L'ensemble de ces questions correspond aux différentes variables, que nous avons retenues dans la littérature, pour analyser et connaître leur influence sur l'automédication.

- question 6 : le fait d'être médecin ou infirmier, elle a été ajoutée au questionnaire pour exclure le personnel médical de notre étude, dont les connaissances influencent et modifient le comportement d'automédication (67).

L'automédication chez un professionnel de la santé ne correspond pas à la définition OMS (5) de l'automédication car il s'agit en réalité d'une « auto-prescription médicale » lié à « son propre » avis médical.

- question 7 : le lieu de logement,
- questions 8 et 9 : le fait d'être sous traitement et d'avoir une ordonnance durant la période d'inclusion.

En effet, il est primordial de savoir si une personne est sous traitement médical prescrit par un médecin, afin d'éviter de confondre ces traitements avec ceux d'automédication et donc de limiter les biais de résultats.

2) Une deuxième partie portant sur l'acte d'automédication avec deux questions importantes :

- « Avez vous pris un médicament ou produit de santé sans avoir vu votre médecin ? »,
- et « avez-vous réutilisé des médicaments prescrits initialement par un médecin ? ».

Ces deux questions sont primordiales pour englober l'ensemble des pratiques d'automédication dont l'utilisation de « l'armoire à pharmacie » (20). Si ces dernières sont renseignées de façon positive, la personne doit remplir le verso du questionnaire. Il est important de préciser que la différence entre l'autoprescription et l'automédication ne peut se faire que si l'on connaît le produit de santé et s'il dispose d'une AMM.

3) Une dernière partie comporte huit questions dont des questions à choix multiple afin de limiter le maximum de réponses ouvertes. Cette partie ne concerne que les personnes qui ont pris un médicament ou un produit de santé. Elle permet d'apporter les informations suivantes :

- la date de la prise du médicament ou du produit de santé ;
- le nom du produit ;

- la classe thérapeutique à laquelle appartient le médicament ou le produit selon le patient. Dix classes thérapeutiques sont proposées en choix multiple parmi les plus fréquemment retrouvées dans les travaux sur l'automédication (13, 19, 66) ;
- les symptômes pour lesquels le patient a eu recours à l'automédication. Dix symptômes sont proposés parmi les plus fréquemment retrouvés dans la littérature afin d'avoir le moins de réponses ouvertes (60-62-14-66) ;
- les raisons pour lesquelles le patient n'a pas consulté auprès de son médecin. De même, dix raisons de recours à l'automédication sont proposées issues de la littérature (15-63) avec cependant des réponses spécifiques au milieu militaire comme la peur de l'inaptitude et la volonté de continuer à servir ;
- la provenance du produit consommé, avec six propositions de réponses retenues dans la littérature (20-59-63), et selon la spécificité du milieu militaire (68),
- l'efficacité ressentie par le patient de cette thérapeutique,
- le fait ou non qu'il y a eu une consultation médicale après cette automédication.

Cette dernière partie permettra de décrire et comprendre l'automédication.

Concernant la possibilité de prendre plusieurs médicaments ou produits de santé, la personne doit remplir les questions de la dernière partie pour chaque substance prise. Quel que soit le nombre de médicaments consommés, on considèrera qu'il n'y a qu'un seul acte d'automédication.

3.3.3. Le questionnaire d'automédication en temps de manœuvre

Ce questionnaire (Annexe 13) comprend les mêmes items que le questionnaire en « activité normale » mais il se différencie par des items supplémentaires, qui sont :

- dans la partie administrative, des items sur :
    - le lieu de la manœuvre,
    - la durée de la manœuvre,
    - le fait d'avoir des médicaments dans les affaires personnelles,
    - le nombre de médicaments et,
    - les noms des médicaments emportés dans les affaires personnelles.

Le reste du questionnaire : les deuxième et troisième parties sont strictement identiques à celles du questionnaire « en activité normale ».

3.3.4. Le questionnaire d'automédication en temps d'OPEX

Ce questionnaire (Annexe 14) est quasi similaire à celui en « temps de manœuvre ». Certains items ne changent que partiellement dans leur intitulé en changeant seulement les termes « manœuvre » par « OPEX ». De même, certains pré-choix de réponse ont été adaptés en fonction de la spécificité des OPEX comme par exemple :

- pour le logement : les militaires sont logés en OPEX soit en camp français, ou bien camps OTAN / ONU et dans de rare cas en ville,
- pour la durée de l'OPEX, actuellement pour les militaires français la durée des OPEX est de 4 à 6 mois selon le type et le lieu de mission et selon la fonction de certains militaires.

Une seule question a été ajoutée par rapport au questionnaire en «manœuvre», celle-ci concerne le lieu où s'effectue l'OPEX pour différencier les questionnaires selon le théâtre d'exercice.

Le fait de différencier le lieu d'OPEX permet de prendre en compte un biais possible à la spécificité de l'OPEX (le type de soutien médical, les conditions climatiques, les conditions de vie, les événements militaires, ….).

3.4. Procédure et période de recueil

Etant donné les obligations et la planification régimentaires du 1er RI, il est impossible de choisir la même semaine pour la réalisation du recueil des trois activités (activité normale, manœuvre, et OPEX). Dès lors, selon l'activité régimentaire et la disponibilité des personnes, des périodes d'une semaine ont été définies pour la réalisation du recueil des données. Et le recueil a été réalisé de façon aléatoire parmi les militaires présents.

3.4.1. Les difficultés rencontrées dans la mise en place du recueil

En effet, nous avons rencontré plusieurs difficultés :

- l'absence de coïncidence dans le planning régimentaire des 3 périodes d'activité afin de réaliser le recueil la même semaine,

- l'information de l'ensemble de la hiérarchie militaire de notre étude, et l'obtention de leur accord pour le recueil,
- la nécessité de choisir une semaine précise selon le planning régimentaire « en activité normale » afin d'avoir l'effectif le plus important au régiment,
- le besoin de limiter le plus possible la répercussion du recueil sur le bon déroulement des activités du régiment,
- la possibilité d'aller sur le lieu de manœuvre pour s'assurer du bon déroulement de l'étude,
- des difficultés techniques pour la réalisation en périodes d'OPEX :
    - l'éloignement géographique important nécessitant un envoi des questionnaires par vol militaire,
    - la nécessité d'avoir une personne de confiance sur place acceptant le projet et nous aidant au bon déroulement de l'enquête,
    - la prise en compte des délais d'acheminement du courrier par voie militaire,
    - le refus du médecin-chef, chef du poste de secours en Afghanistan, de la réalisation notre enquête.

Comme nous l'avons vu précédemment dans les objectifs, les périodes de recueil des informations se font sur une semaine continue pour pouvoir connaître l'incidence de l'automédication c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour une période donnée dans une population ciblée, d'où la nécessité d'être prospectif.

3.4.2. Le recueil des questionnaires en activité normale

Le questionnaire en « activité normale » a été distribué au sein du régiment sur l'ensemble des militaires présents du 19 au 25 novembre 2010 : période régimentaire durant laquelle sont présentes le maximum de compagnies dans les 9 mois de l'enquête.

Pour ce faire, nous avons vu premièrement le chef de corps du régiment : le Colonel Bellenger, à qui nous avons expliqué notre travail et son intérêt. Après acceptation de notre étude au sein de son régiment, nous avons rencontré l'ensemble des commandants de compagnie durant la semaine du 8 au 12 novembre 2010 pour connaître leur disponibilité et leur faire part de notre étude et du mode de recueil des données.

Selon les activités des compagnies, les questionnaires ont été distribués les 16, 18 et 19 novembre 2010. (Tableau II)

Tableau II : Les dates de distribution des questionnaires selon les compagnies (Cie) et les sections

Cie	section	intervenant	distribution	heure	période de recueil	récupération
CEA		R. MATHIS (RM)	16/11/10	15h	19 au 25/11/10	26/11/10
4e Cie	CIE	RM	18/11/10	matin	19 au 25/11/10	26/11/10
3e Cie	S1	RM	18/11/10	11h	19 au 25/11/10	26/11/10
CIAS	EVI 5	RM	18/11/10	16h30	19 au 25/11/10	26/11/10
1e Cie	CIE	RM	19/11/10	7h45 - 8h	19 au 25/11/10	26/11/10
3e Cie	S2 / S3	RM	19/11/10	10h	19 au 25/11/10	26/11/10
CIAS	EVI 4	RM	19/11/10	10h30-11h	19 au 25/11/10	26/11/10
CCL		RM	19/11/10	matin	19 au 25/11/10	26/11/10

La distribution a été réalisée selon le protocole suivant :

- les compagnies ont été réunies par section, soit environ 40 personnels, dans une salle de cours,
- durant environ 10 minutes nous avons expliqué l'intérêt et les objectifs de notre étude en précisant le caractère anonyme et sans répercussion du questionnaire pour les militaires et leur carrière,
- nous avons ensuite expliqué le questionnaire avec ses 3 parties, la nécessité de répondre de façon libre et loyale et de remplir le verso pour toute prise de médicament,
- nous avons laissé les personnes remplir la première partie (partie administrative) du questionnaire,
- nous avons expliqué aux personnes que le questionnaire est à conserver durant toute la semaine et à remplir dès qu'il y a une prise de médicament. Dès lors les questions de la seconde partie ne peuvent être remplies qu'à l'issue de la semaine de recueil,
- nous avons répondu aux interrogations des personnes qui ne concernaient que des exemples de produits de santé afin de savoir s'ils entraient ou non dans le cadre de l'étude,
- nous avons donc précisé oralement lors des entretiens par section que les personnes doivent noter tout produit qu'ils prennent que ce soit dans le but « d'avoir la forme » ou « de se soigner ».

Les questionnaires ont ainsi été distribués aux militaires qui les ont remplis de façon individuelle et personnelle durant la semaine de recueil.

Le 26 novembre 2010 durant la matinée, les militaires de chaque compagnie ont déposé leur questionnaire dans un carton prévu à cet effet afin de respecter le principe de l'anonymat et nous avons ainsi récolté ces derniers.

3.4.3. Le recueil des questionnaires en manœuvre

Le questionnaire « en manœuvre » a été rempli par les militaires de la 2ème CIE et de la CCL en manœuvre au Centre d'Entrainement de l'Infanterie au Tir Opérationnel (CEITO) dans la Larzac à la Cavalerie lors de deux périodes différentes :

- la première du 1er au 8 mars 2011,
- et la seconde du 31 mai au 7 juin.

Il est important de noter que le recueil a été réalisé de façon aléatoire mais qu'une partie des militaires présents « en manœuvre » a probablement déjà participé au recueil « en activité normale » et ainsi bénéficié d'une première information sur l'étude.

Les questionnaires ont été distribués aux militaires présents lors du deuxième jour de chaque manœuvre, selon le protocole suivant :

- lors du rassemblement des 1er mars et 31 mai l'ensemble des participants ont été réunis, pendant 10 minutes environ, un des deux intervenants (IHA MATHIS Rémi ou SGT DESVIGNES : infirmier du 1er RI) a rappelé l'intérêt de ce questionnaire ainsi que son caractère personnel et anonyme.
- De manière identique au recueil « en activité normale », un questionnaire a été remis individuellement aux militaires. Ce dernier leur a été laissé pendant une semaine durant laquelle toute prise de médicament ou substance de santé devait être renseignée,
- Enfin les questionnaires ont été ramassés le dernier jour du recueil c'est-à-dire les 8 mars et 7 juin par section et remis directement à l'un des deux intervenants.

3.4.4. Le recueil des questionnaires d'OPEX

Initialement trois lieux d'opérations extérieures par rapport au planning régimentaire avaient été retenus pour la réalisation de notre étude : le Liban, la Côte d'Ivoire et l'Afghanistan.

Mais devant l'impossibilité de réaliser notre enquête en Afghanistan, ce lieu d'OPEX a été retiré de notre travail.

Etant donné l'éloignement géographique, nous avons délégué la réalisation de l'enquête à des confrères ayant accepté de nous aider :

- pour le Liban : les Médecins des Armées HENNINOT Elisabeth et DUMONS Sébastien,
- pour la Côte d'Ivoire : le SGT DIGUISTO (infirmier du 1er RI).

Ces médecins et infirmier militaires ont réalisé le recueil des questionnaires en respectant les consignes suivantes :

- le recueil se fait sur 7 jours avec distribution en début de semaine des questionnaires avec une information brève pour expliquer la raison et l'intérêt de notre étude,
- le principe de garantir l'anonymat des personnes et l'absence de répercussion sur leur carrière,
- le principe de noter l'ensemble des produits de santé même non médicamenteux.

Les recueils ont donc eu lieu :

- au Liban du 20 décembre 2010 au 27 décembre 2010 et du 30 juin 2011 au 7 juillet 2011,
- en Côte d'Ivoire du 10 au 17 décembre 2010.

Les questionnaires ont ensuite été ramassés par les intervenants et expédiés sous pli militaire au service médical du 1er RI où nous avons pu les récupérer.

4. Difficultés dans le renseignement des questionnaires

Après un premier dépouillement rapide des questionnaires, plusieurs incohérences ou anomalies sont observées. Il est important de les prendre en compte et de les traiter avant l'enregistrement et l'exploitation des données.

Plusieurs personnes, à la place de l'âge à la question 2 ont mis leur date de naissance, nous avons donc fait la conversion, en prenant la date de recueil comme référentiel.

A la question 4, concernant le nombre d'année de service, les personnes pour la plupart ont rempli le nombre d'année ainsi que le nombre de mois depuis leur incorporation. Nous n'avons pris en compte que le nombre entier d'années révolues de service, dès lors les personnes incorporées depuis moins d'un an, ont « 0 » (zéro) année de service.

A la question 5, concernant le fait d'être médecin ou infirmier, les questionnaires avec des réponses positives ou non renseignées, ont été exclus.

La question 7 sur le lieu du logement, a été exclue de la saisie des données devant le nombre élevée de réponses inappropriées.

Concernant les questions n° 8-9-10, des incohérences sont constatées entre les réponses à ces questions. Certaines personnes ont déclaré être sous traitement médical en précisant le nom du traitement et ont précisé avoir une ordonnance pour ce dernier. Or à la question 10, portant sur l'automédication, ces personnes ont coché « oui » en nommant le même nom de traitement. Nous avons donc considéré qu'il ne s'agissait pas d'automédication.

Dans deux questionnaires, les personnes ont omis de répondre aux questions 10 et 11 concernant l'automédication alors qu'elles ont renseigné l'ensemble des autres questions portant sur le nom du médicament utilisé, les raisons, les symptômes, la provenance et l'efficacité du traitement consommé. Donc, nous avons tout de même pris en compte ces deux questionnaires comme étant des cas d'automédication.

Des personnes ont noté des traitements ou des produits mais les dates de prise ne correspondent pas à la période d'inclusion définie, ces cas n'ont donc pas été comptabilisés.

De nombreuses personnes ont omis de renseigner le nom du produit qu'elles avaient pris dès lors, nous avons considéré en l'absence d'information précise qu'on ne pouvait pas compter le cas comme une automédication ne sachant pas si ce produit avait une AMM. Mais ces cas ont

été comptabilisés comme des autoprescriptions et les produits consommés ont été enregistrés sous le terme « XX » car non renseignés, dans la base de données.

Concernant le nom des médicaments, des erreurs d'orthographe ont été corrigées par nos soins comme par exemple : « EXOMIL » au lieu de LEXOMIL® ou « RUGONZAN » au lieu de GURONZAN® et afin de respecter les nouvelles recommandations de prescription nous avons codé l'ensemble des noms selon leurs Dénomination Communes Internationales (DCI) et non les spécialités.

Nous avons rencontré des erreurs de classe médicamenteuse comme par exemple : NUROFENFLASH ® : « anti-douleur » / « anti-rhume » or il s'agit d'un AINS, toutes les erreurs de classe ont été corrigées lors de l'enregistrement des données.

Deux questionnaires ont été exclus dans la période OPEX car ils ont été remplis par deux militaires belges.

Des questionnaires complètement vierges ont été retrouvés lors du recueil, ils ont été considérés comme non rendus.

Ces problèmes ayant été abordés, nous avons pu procéder à l'enregistrement des données et à l'exploitation des résultats.

5. La saisie des questionnaires

L'ensemble des questions a été formaté afin d'avoir des réponses sous la forme de liste « pré-choix » pour en simplifier le recueil. Pour la saisie des données et pour pouvoir les exploiter, nous avons réalisé un premier masque de saisie (Annexe 15) à l'aide du logiciel Epi Info® version 3.5.2. (du 17 décembre 2010) puis, une analyse statistique (Annexe 16) à l'aide du même logiciel Epi Info®.

Mais devant la complexité de l'interprétation des résultats et la nécessité de s'assurer de la justesse des statistiques, nous avons fait appel à l'équipe de statisticiens de l'unité d'épidémiologie clinique du service d'épidémiologie et évaluation clinique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy qui ont réalisé :

- une nouvelle saisie des données à l'aide du logiciel SAS® version 9.02. Etant donné l'incompatibilité des données alphanumériques de notre base de donnée Epi Info®

avec les données numériques du logiciel SAS® nous avons procédé à un recodage partiel de nos variables puis,

- une analyse statistique à l'aide du même logiciel SAS® :
    - pour l'analyse des données qualitatives : des Test du Chi-2 ou exact de Fisher (69) ont été utilisés,
    - pour les variables quantitatives : des tests de Student et de Wilcoxon (69) ont été utilisés,
    - pour la comparaison des variables entre elles : une modélisation des résultats a été réalisée avec une analyse par :
        - régression bivariée analysant le rapport entre la variable dépendante étudiée avec une variable indépendante,
        - puis régression multivariée analysant le rapport entre une variable dépendante avec l'ensemble des autres variables indépendantes.

L'analyse par régression bivariée et multivariée respecte les principes suivants :

- seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0,2 en modèle bivarié ont été candidats dans le modèle multivarié,
- la méthode de sélection des variables Stepwise (70) a été utilisée avec un seuil d'entrée à 0,1 et un seuil de sortie du modèle à 0,05 ;
- les variables ne respectant pas ses principes de sélection n'ont été retenues dans le modèle multivarié.

L'analyse et l'interprétation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame Kossar HOSSEINI du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

Dans cette partie nous utiliserons le verbe « s'automédiquer » pour désigner le fait qu'une personne ait eu recours à l'automédication. De même, nous parlerons de « sous-population » ou de « groupe » c'est-à-dire de catégorie de personnes ayant une variable en commun, et nous les intitulerons selon le nom de cette variable par exemple :

- pour les personnes ayant rempli le questionnaire en l'activité normale, on parlera de la sous population « activité normale »,
- pour les personnes ayant pris des médicaments, on parlera de la sous population : « automédication oui », pour les personnes ne s'étant pas automédiquées, on parlera de la sous population : « automédication non ».

1. Participation au recueil

Au total, 1008 questionnaires ont été recueillis lors de notre enquête du 1er novembre 2010 au 31 juillet 2011 pour les trois types d'activités selon la participation suivante (tableau III) :

Tableau III : Participation à l'étude selon le type d'activité

QUESTIONNAIRES	distribués	recueillis	%
Activité normale	516	438	84,88
Manoeuvre	242	189	78,10
OPEX	450	378	84
NR	/	3	0,25
TOTAL	1208	1008	83,27

- En activité normale : sur le recueil réalisé du 19 au 25 novembre 2010, 516 questionnaires ont été distribués aux militaires présents au régiment et 438 ont été récupérés à l'issue de la période d'où une participation de 84,88%.

  Mais des précisions sont à apporter. En effet, il est important de noter que par rapport à l'effectif théorique de 1039 personnels seulement 49,66% de l'effectif étaient présents, pour des raisons diverses (arrêts maladies, stages, formations, congés). Parmi les 438 questionnaires recueillis, 2 ont été exclus car la réponse à la question n°5

portant sur « le fait d'être infirmier ou médecin » n'a pas été renseignée. Seulement 436 questionnaires ont été inclus soit 84,5% des questionnaires distribués dans cette activité précise.

- En manœuvre : 242 questionnaires ont été distribués sur les périodes (du 1 mars au 8 mars 2011 et du 31 mai au 7 juin 2011). Seulement 189 questionnaires ont été recueillis soit 78,1 % de participation, dont aucune exclusion (tableau IV).

Tableau IV : Participation au recueil en manœuvre selon les sessions

Session CEITO	distribués	recueillis	%
1ère	121	100	82,64
2ème	121	89	73,55
TOTAL	242	189	78,1

- En OPEX : 450 questionnaires ont été distribués dont 378 ont été récupérés soit une participation de 84%. Les questionnaires proviennent de deux lieux différents (tableau V) :
    - du Liban, sur les 330 questionnaires distribués 314 ont été recueillis soit environ 93,03% ;
    - de Côte d'Ivoire, sur les 120 questionnaires donnés aux militaires seulement 63 ont été ramassés, soit 52,5% de participation.

(Concernant l'Afghanistan, nous rappelons le refus des autorités d'accorder la réalisation de cette étude soit une participation nulle).

Tableau V : Participation au recueil en OPEX selon le lieu

OPEX	questionnaires distribués	questionnaires recueillis	%
RCI	120	63	52,5
LIBAN	330	314	95,15
AFGHANISTAN	Non distribués	Refus par l'autorité	0
NR		1	0,22
TOTAL	450	378	84

Il est important de noter que 371 questionnaires ont été analysés soit 82,4% des questionnaires distribués car sept questionnaires ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 2 car il s'agissait de militaires belges,

- 2 correspondant à des personnels médicaux ou paramédicaux,
- 2 n'ayant pas renseigné la question 5 sur le fait d'appartenir ou pas au domaine médical,
- 1 questionnaire exclu car n'ayant pas de réponse sur le lieu de l'OPEX (question 10), et a donc été quotté comme Non Renseigné (NR).

L'ensemble des questionnaires recueillis peut être regroupé sur un organigramme (Annexe 17) présentant l'intégralité du recueil selon l'activité.
Afin de comparer l'influence de l'activité régimentaire sur l'incidence de l'automédication, nous étudierons premièrement chaque activité de façon séparée puis dans un deuxième temps nous comparerons les activités entre elles.

2. En activité normale

Le recueil en activité normale représente notre échantillon le plus important avec un effectif de 436 personnes.

2.1. Caractéristiques de la population en activité normale

Premièrement, nous avons décrit notre population « activité normale » au travers des variables : âge, sexe, rang, niveau d'étude, et années de service (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition de l'activité normale selon les variables étudiées

DESCRIPTION GROUPE ACTIVITE NORMALE		
	nombre	**%**
âge		
N	436	
mean (std)	25.8 (7.00)	
min - median - max	17 - 24.0 - 57	
Sexe		
Homme	424	(97.2%)
Femme	12	(2.8%)
rang		
MDR	344	(78.9%)
Sous OFF	77	(17.7%)
OFF NR	14 1	(3.2%) (0,2%)
niveau étude		
BEP/CAP	203	(46.6%)
BEPC	61	(14.0%)
BAC et plus	124	(28.4%)
sans diplôme NR	46 2	(10.5%) (0,5%)
nombre d'années de service		
N	436	
mean (std)	5.9 (6.75)	
min - median - max	0 - 4.0 - 38	

En activité normale, on constate que la population :

- a un âge moyen de 25,8 années (tableau VI – figure 7) avec une moyenne d'âge oscillant de 17 ans à 57 ans et une médiane à 24 ans,

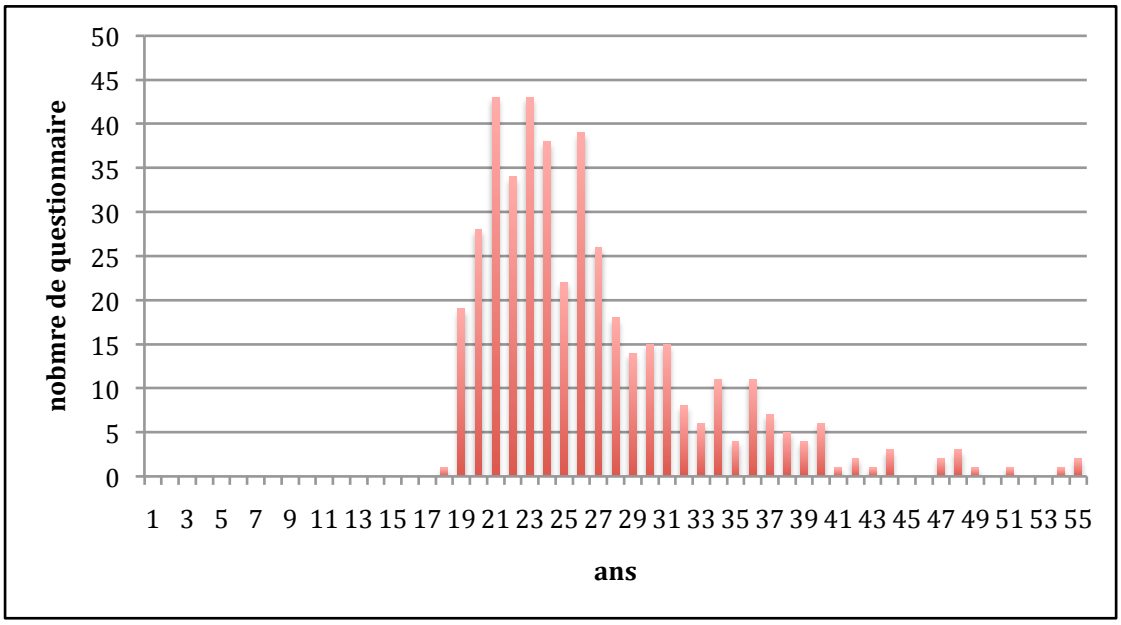


Figure 7 : Répartition de la population en activité en nombre selon l'âge

- est répartie entre 97,2% d'hommes et 2,8% de femmes (Figure 8),

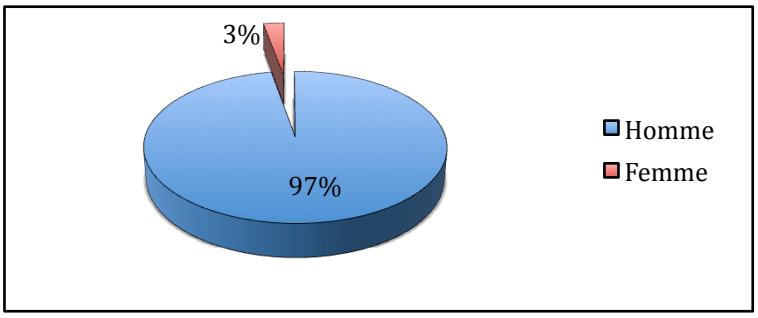


Figure 8 : Répartition de l'activité normale selon le sexe

- est constituée de 78,9% de MDR, 17,7% de Sous-Officiers et 3,2% d'Officiers (Figure 9) sachant qu'une personne qui a omis de remplir cette question d'où NR = 0,2%.

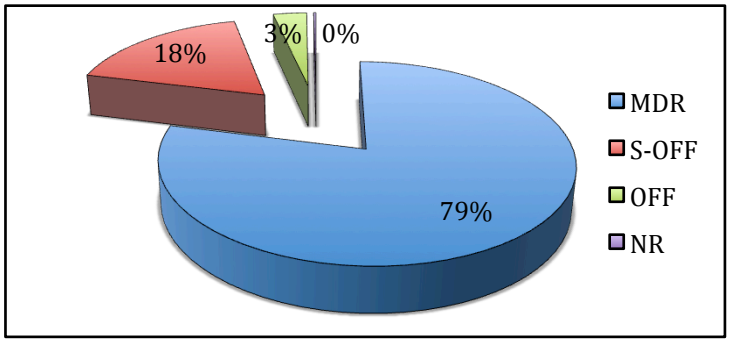


Figure 9 : Répartition en pourcentage du rang dans la population en activité normale

- une moyenne d'année de service à 5,9 ans avec une fourchette allant de 0 à 38 ans de carrière avec une médiane à 4 ans (Figure 10),

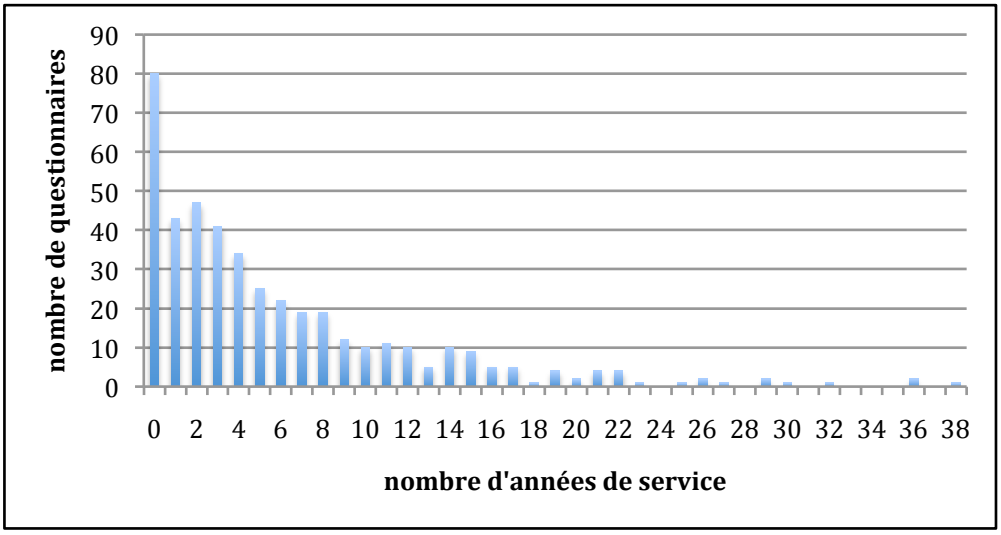


Figure 10 : répartition de la population en activité normale en nombre de questionnaires selon les années de service

- un niveau d'étude représenté majoritairement à 46,6% par le BEP/CAP, puis par le BAC ou plus à 28,4%, 14% par le BEPC et tout de même 10,5 % sans diplôme, à noter que 2 personnes (soit 0,5 %) ont omis de répondre à cette question (Figure11).

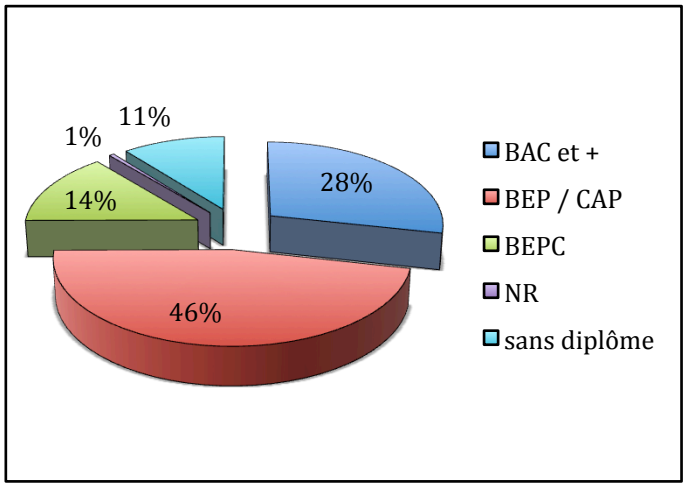


Figure 11: Répartition en pourcentage du niveau d'étude de la population en activité normale

Bien que notre étude soit exhaustive, la participation au questionnaire en activité normale ne représente que 49,7 % de l'effectif complet du régiment.

2.2. Description de l'automédication en activité normale

On constate que sur les 436 personnes (Tableau VII) ayant participé au recueil :

- l'incidence d'automédication est estimée à 12,84% soit 56 personnes,
- 81,65% de la population n'a commis aucun acte d'automédication,
- 5,5% des personnes, soit 24 questionnaires n'ont pas rempli les questions 10 et 11. La réponse à ces questions a donc été renseignée comme NR : « non renseignée » dans la base de données et ces questionnaires ont été considérés comme « automédication non ».

Afin de mettre en évidence les facteurs influençant l'automédication, nous avons comparé les personnes « automédication oui » avec celles « automédication non ».

Tableau VII : Description de l'automédication en activité normale

DESCRIPTION GROUPE ACTIVITE NORMALE							
	automédication vraie				**total**		**Test**
	NON (n=380)		**OUI** (n=56)				
âge							
N	380		56		436		P = 0.752
mean (std)	25.9 (7.08)		25.5 (6.51)		25.8 (7.00)		
min - median - max	17 - 24.0 - 57		18 - 24.5 - 50		17 - 24.0 - 57		
Sexe							
homme	373	(98.2%)	51	(91.1%)	424	(97.2%)	P = 0.002
femme	7	(1.8%)	5	(8.9%)	12	(2.8%)	
rang							
MDR	301	(79.4%)	43	(76.8%)	344	(78.9%)	P = 0.031
Sous OFF	69	(18.2%)	8	(14.3%)	77	(17.7%)	
OFF NR	9	(2.4%)	5	(8.9%)	14 1	(3.2%) (0,2%)	
niveau étude							
BEP CAP	186	(49.2%)	17	(30.4%)	203	(46.6%)	P = 0.041
BEPC	52	(13.8%)	9	(16.1%)	61	(14,0%)	
BAC et +	104	(27.5%)	20	(35.7%)	124	(28.4%)	
sans diplôme NR	36	(9.5%)	10	(17.9%)	46 2	(10.5%) (0,5%)	
nombre d'années de service							
N	380		56		436		P = 0.518
mean (std)	6.0 (6.79)		5.4 (6.49)		5.9 (6.75)		
min - median - max	0 - 4.0 - 38		0 - 3.0 - 32		0 - 4.0 - 38		

*Test du Chi-2 ou exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student ou de Wilcoxon pour les variables quantitatives

2.2.1. Comparaison des groupes automédication « oui » et « non »

Cette comparaison a été réalisée par l'intermédiaire de tests statistiques du Chi 2 ou de Fisher pour les variables qualitatives et de Student ou de Wilcoxon pour les valeurs quantitatives.

La multiplication des tests statistiques pour l'analyse des variables, entraîne un risque alpha (α) plus élevé et donc un risque plus important de conclure à tort la présence d'une différence. Le risque α est habituellement équivalent à 5%, mais si on multiple le nombre de tests (k) le risque α global augmente selon la formule $1-(1-\alpha)^k$, on obtient donc pour la succession de 2 tests (k=2) un risque α de 10%.

A l'opposé de l'augmentation du risque α, le seuil significatif du test est diminué :

- selon la méthode de Bonferroni (70) : les tests sont réalisés avec un seuil de 0,05/k. Donc pour 2 tests, on obtient un seuil significatif p = 0,025 ou 2,5%
- selon la méthode de Dunn-Sidak (71) : le seuil de signification est

$$\alpha' = 1-(1-\alpha)^{1/k} \text{ d'où si K=2, p = 0,0253. ou 2,53\%}$$

Considérons donc le seuil de signification p=0,025.

Concernant les personnes « automédication oui» on constate que :

- concernant l'âge (Tableau VII– Figure 12) :
  - les extrêmes sont de 17 et 50 ans,
  - la médiane est de 24,5 ans,
  - la moyenne est de 25,5 ans face à 25,9 ans pour la population « *automédication non* » soit une différence non significative avec p= 0,752.

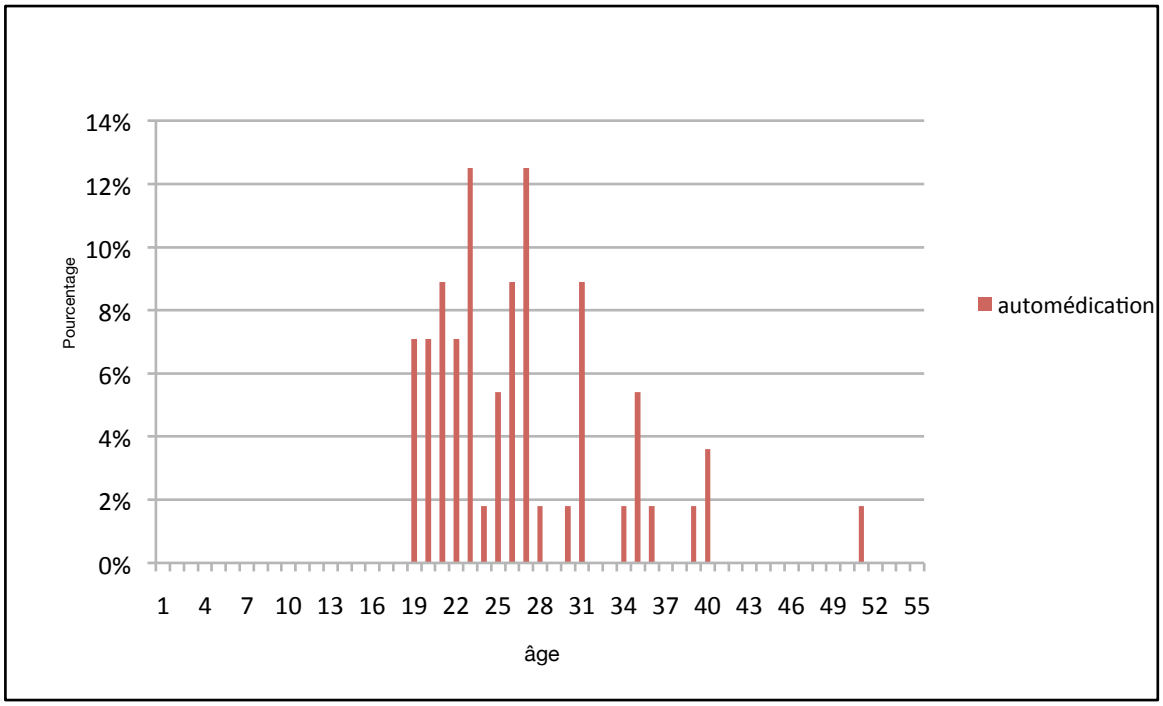


Figure 12 : Répartition de l'automédication selon l'âge

- Concernant le sexe (Figure 13) :
  - la répartition de la population «automédication oui» est de 91,1% d'hommes et 8,9% de femmes, tandis que celle de l' «automédication non» se divise en 98,2% d'hommes et 1,8% de femme d'où une différence statistiquement significative (p=0,002),

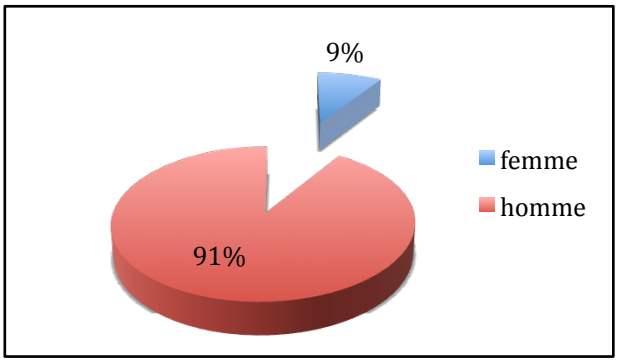


Figure 13 : Automédication en activité normale selon le sexe en pourcentage

  - 41,7% des femmes interrogées déclarent s'automédiquer contre seulement 12,1% chez les hommes (Figure 14).

On en conclut donc qu'en activité normale la variable « sexe » semble influer sur l'incidence de l'automédication.

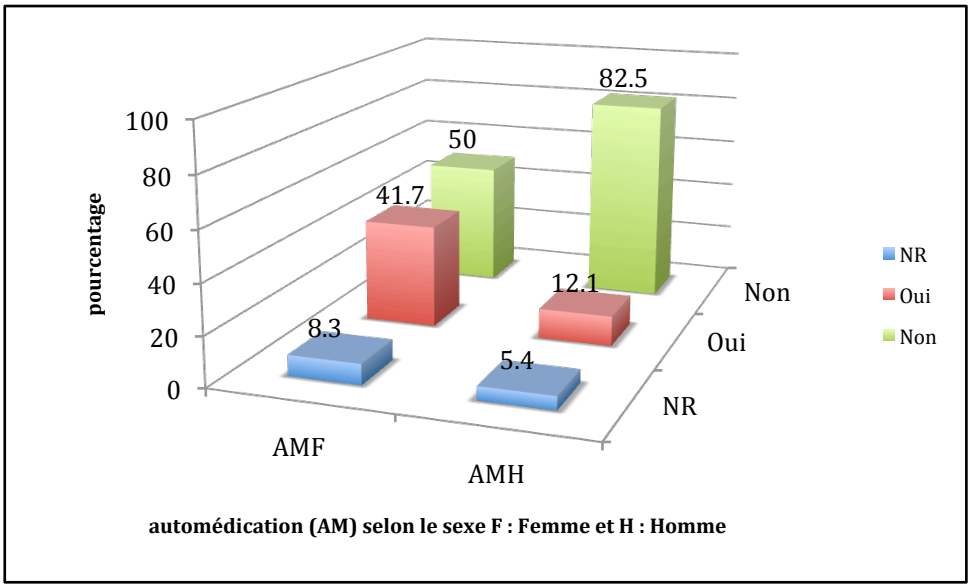


Figure 14 : Répartition du sexe selon l'automédication en activité normale

- Concernant le rang (Figure 15) :
  - on observe une sur-représentation des officiers dans la population « automédication oui » avec 8,9% contre 2,9% dans le groupe « automédication non »,

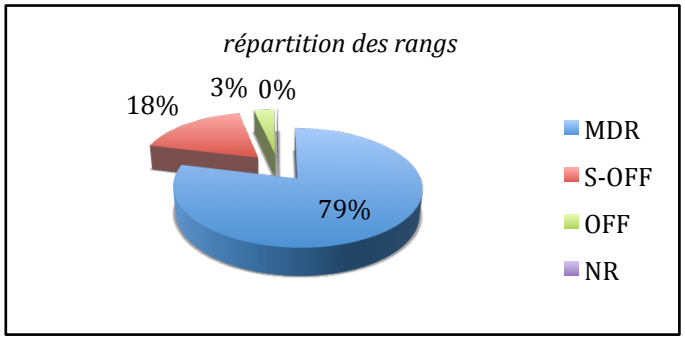


Figure 15 : Répartition de la population activité normale selon le rang

  - pour les sous officiers et les MDR, la répartition est équilibrée avec : (Figures 16 et 17)
    - 76,8% de MDR dans l'automédication « oui » contre 79,4% dans l'automédication « non »,
    - 14,3% de Sous-officiers dans l'automédication « oui » contre 18,2% dans l'automédication « non »,

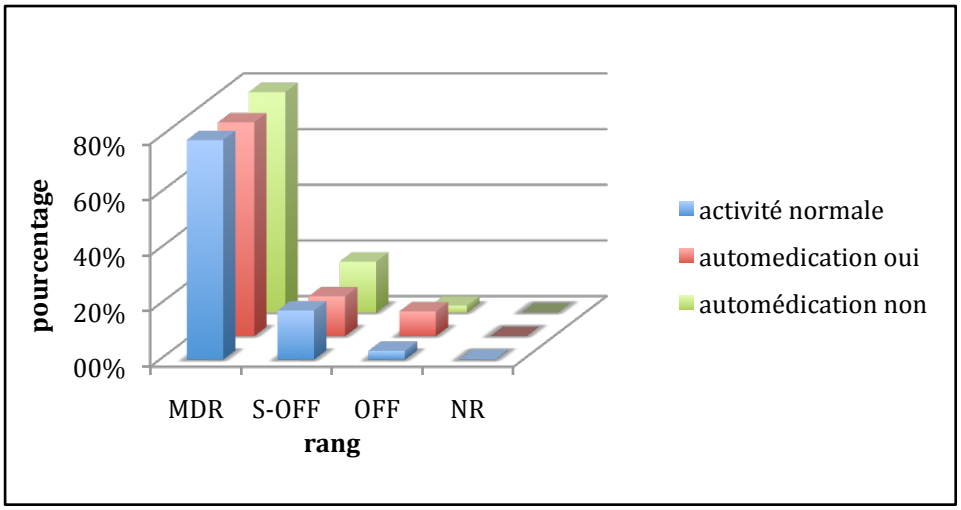


Figure 16 : Comparaison de la répartition de la population selon le rang en fonction de l'automédication

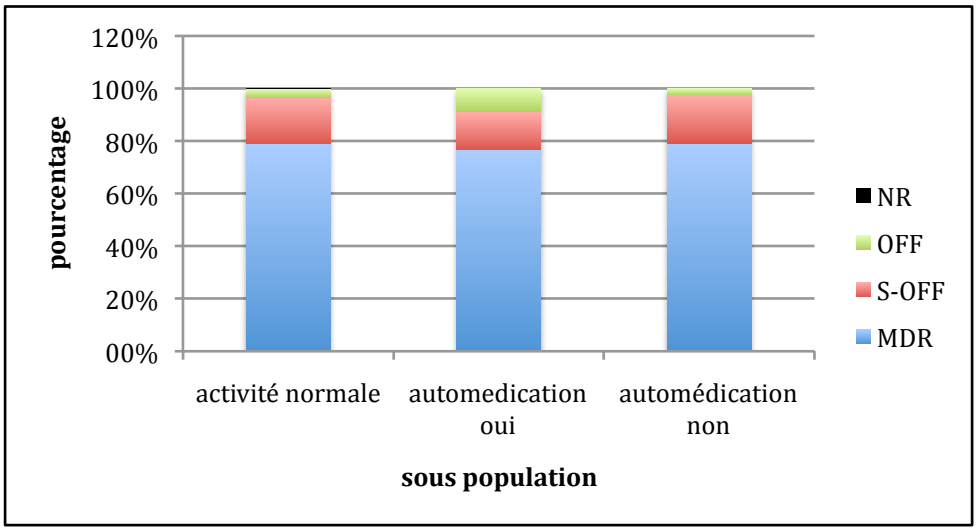


Figure 17 : Répartition des rangs selon les sous populations en activité normale

- la différence constatée dans la répartition du rang n'est pas statistiquement significative avec p = 0,031 (donc supérieur à 0,025).

- Concernant le niveau d'étude :
  - le pourcentage de personnes qui ont un niveau d'étude moins élevé est plus important dans la population «automédication oui» par rapport à celle «automédication non» en effet les personnes « sans diplôme » représentent 17,9% des « automédications oui » contre 9,6% des « automédications non » (Figure 18),

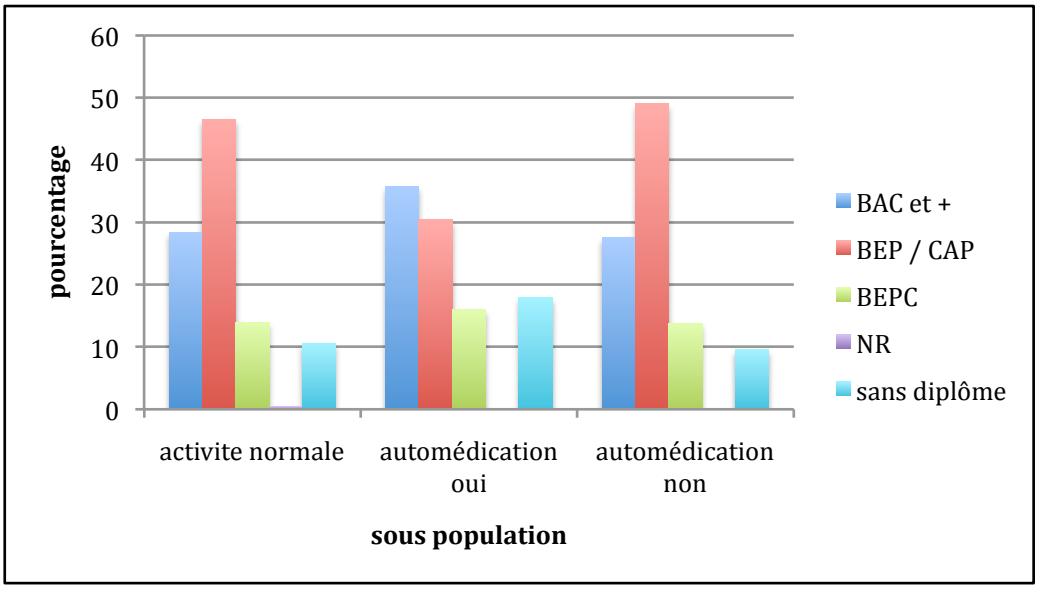


Figure 18 : Répartition de la population en activité normale en fonction du niveau d'étude

- les personnes avec le niveau d'étude le plus élevé (BAC ou plus) représentent 35,7% dans le groupe « automédication oui » contre 27,6% dans le groupe « automédication non » (Figure 19).

Cette différence de répartition entre les 2 populations n'est pas significative (p=0,041).

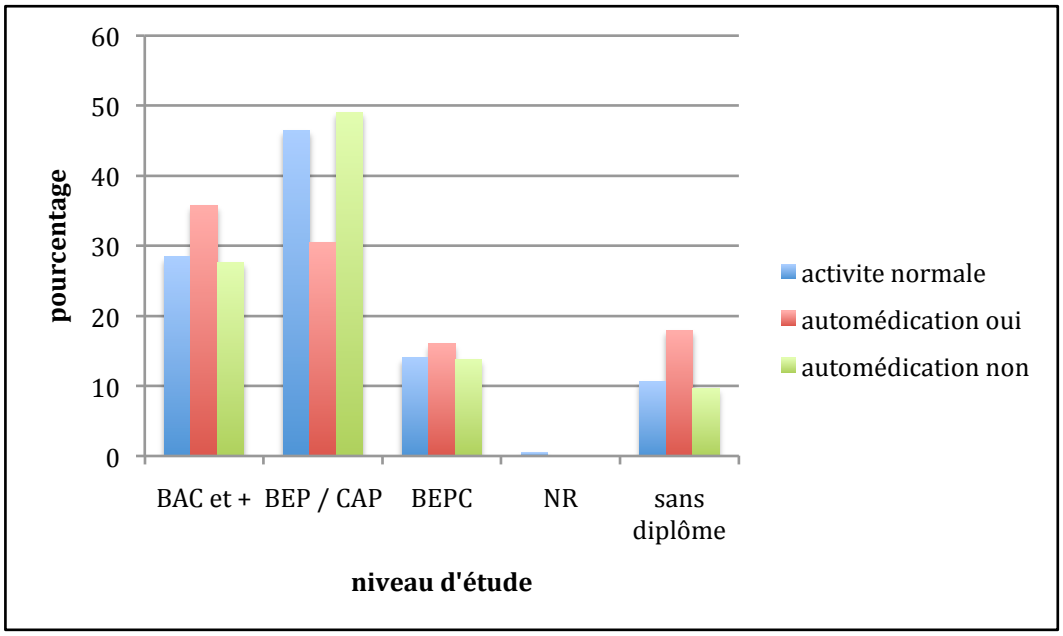


Figure 19 : Répartition de la population selon le niveau d'étude en fonction de l'automédication

- Concernant le nombre d'années de service : (Figures 20 et 21)
  - la moyenne dans la population « automédication oui » est de 5,4 ans avec une médiane à 3 ans, alors que dans la population « automédication non » la moyenne est de 6,1 avec une médiane à 4 ans, cette différence est non significative (p=0,518).

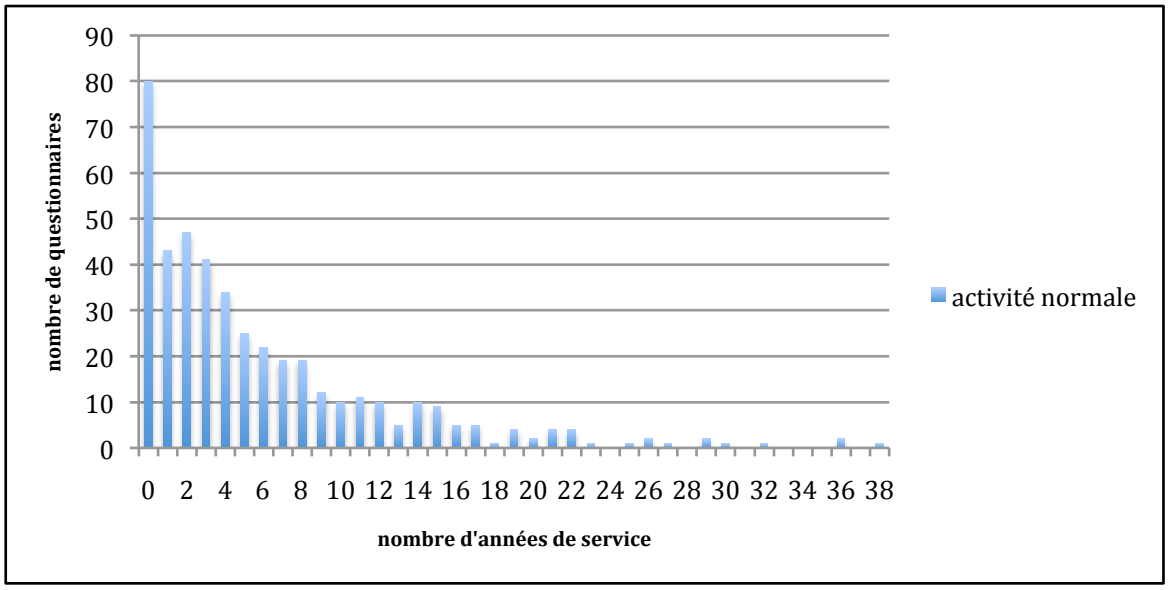


Figure 20 : Répartition de la population en activité normale selon les années de service

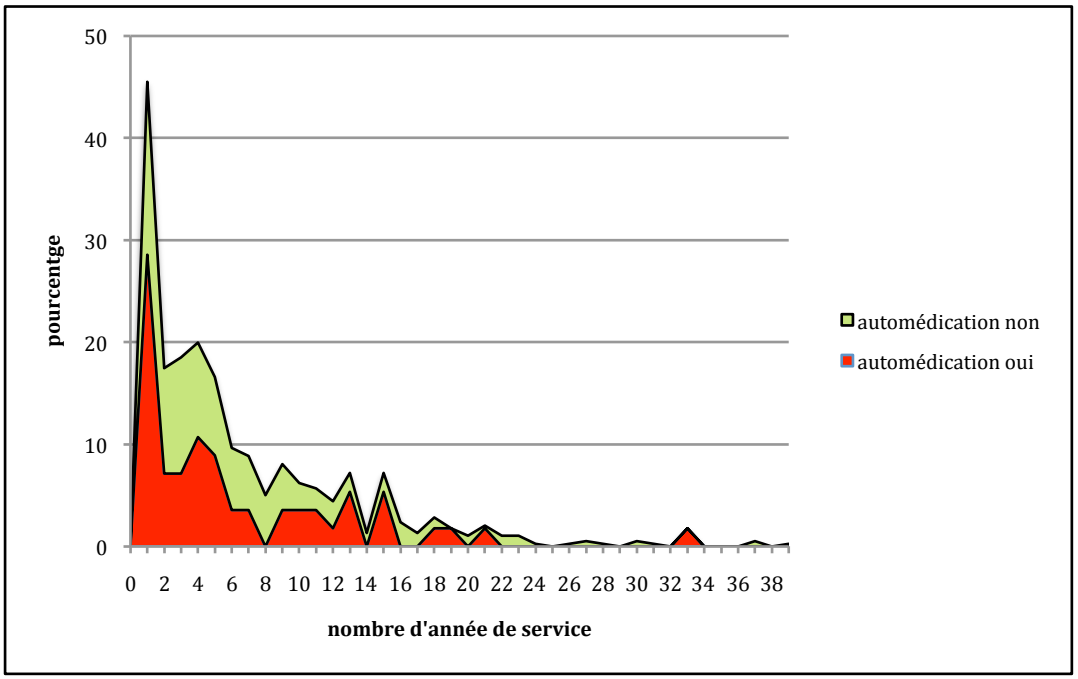


Figure 21 : Comparaison de la répartition des années de service selon l'automédication

On peut donc en conclure que la population d'automédication « en activité normale » semble plus jeune, plus féminine, avec une proportion plus importante d'officiers, de sans diplômes et de bacheliers par rapport à la population ne s'étant pas automédiquée. Mais la seule différence significative relevée dans la comparaison de ces deux populations est la variable « sexe » : le fait d'être une femme entraine une augmentation de l'incidence de l'automédication en activité normale.

2.2.2. Description des caractéristiques de l'automédication en activité normale

Après avoir vu les différentes caractéristiques de la population « automédication oui » essayons maintenant de comprendre le recours à l'automédication au travers des autres questions du questionnaire (Tableau VIII).

Tableau VIII : Description du mode d'automédication du groupe activité normale

DESCRIPTION GROUPE ACTIVITE NORMALE					
	automédication vraie (n=436)				**Test***
	NON (n=380)		**OUI** (n=56)		
traitement médical					
0	356	(94.2%)	51	(91.1%)	P = 0.372
1	22	(5.8%)	5	(8.9%)	
médicaments sans voir le médecin					
0	350	(93.8%)	13	(23.2%)	P = <0.001
1	23	(6.2%)	43	(76.8%)	
plusieurs médicaments					
0	364	(99.7%)	35	(62.5%)	P = <0.001
1	1	(0.3%)	21	(37.5%)	
médicament utilisé sans avis méd					
0	365	(98.4%)	32	(57.1%)	P = <0.001
1	6	(1.6%)	24	(42.9%)	

*Test du Chi-2 ou exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student ou de Wilcoxon pour les variables quantitatives

Par rapport au fait d'être sous traitement médical, on remarque que 8,9% des personnes s'automédiquant ont un traitement médical prescrit concomitamment, contre 5,1% chez les personnes ne s'automédiquant pas, soit une différence non significative (p=0,372).

Concernant l'acte d'automédication, au travers des questions 10 et 11 nous pouvons différencier 2 comportements différents :

- le fait de prendre un médicament sans avis médical : sur les 56 cas d'automédication, 43 cas correspondent à ce comportement soit 76,8% de l'automédication,
- le fait de réutiliser un médicament prescrit en dehors du contexte médical initial : 24 cas ont été recensés soit 23,2% de l'automédication.

On en déduit que dans 11 cas les deux comportements ont été cumulés. Il est important de noter l'existence de 21 cas d'automédication multiple (des cas d'automédication de plusieurs médicaments) soit près de 37,5% de l'automédication en activité normale.

Nous pouvons aussi différencier les cas d'automédication (Tableau IX) :

- 57,1% des cas se font en prenant seulement des médicaments sans avis médical,
- 23,2% se font en réutilisant seulement des médicaments initialement prescrits,
- et 19,6% en cumulant les deux.

Tableau IX: Différentes catégories d'automédication en activité normale

56 cas d'automédication		
automédication	nombre	%
médicaments sans médecin	32	57,14
médicaments réutilises	13	23,21
les 2	11	19,64
total	56	100,00

Dans cette population en activité normale, si nous prenons en compte l'ensemble des produits de santé, nous obtenons une incidence de l'autoprescription de 18,9% soit 26 cas de plus que l'automédication (Figure 22).

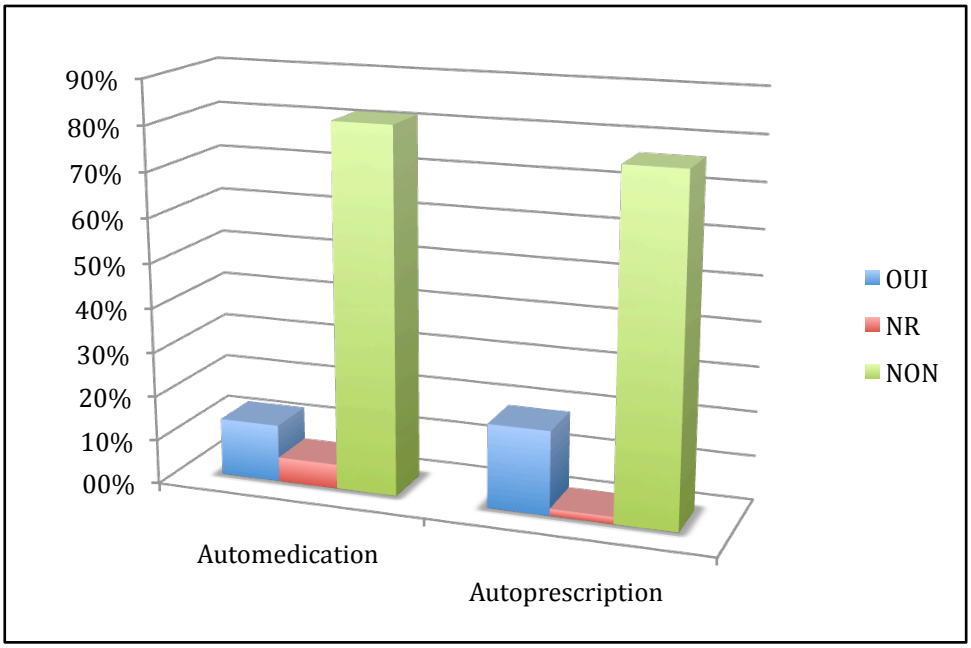


Figure 22 : Différence d'incidence entre autoprescription et automédication

2.2.2.1. Les raisons les plus fréquentes en automédication

Après avoir vu les modes d'automédication, développons les raisons de cette automédication (Tableau X) :

Tableau X : Les raisons de l'automédication de la population activité normale

raisons du groupe activité normale	automédication oui	
bénin		
non	33	(61.1%)
oui	21	(38.9%)
soulager rapidement		
non	24	(44.4%)
oui	30	(55.6%)
manque de confiance		
non	53	(98.1%)
oui	1	(1.9%)
perte de temps		
non	40	(74.1%)
oui	14	(25.9%)
conseillé		
non	53	(98.1%)
oui	1	(1.9%)
éloignement d'une structure de soins		
non	54	(100.0%)
oui	0	(0.0%)
problème connu		
non	39	(72.2%)
oui	15	(27.8%)
peur d'inaptitude		
non	50	(92.6%)
oui	4	(7.4%)
continuer à servir		
non	45	(83.3%)
oui	9	(16.7%)
autres raisons		
non	49	(90.7%)
oui	5	(9.3%)

Nous pouvons noter tout d'abord que sur les 56 cas d'automédication, 2 personnes ont omis de remplir les raisons dès lors il ne reste que 54 questionnaires qui ont été analysés.

Les raisons invoquées de recours à l'automédication sont (Figure 23) :

- la nécessité d'un soulagement rapide à 55,6%,
- le caractère bénin des symptômes à 38,9%,
- le fait qu'il s'agisse d'un phénomène connu à 27,8%,
- le fait d'éviter la perte de temps à 25,9%,
- la volonté de continuer à servir (il faut comprendre par le fait de vouloir accomplir ses tâches ou sa mission) à 16,7%.
- la perte de l'inaptitude ne représente que 7,4 % des cas et
- le manque de confiance envers le médecin d'unité ne représente que 1,9%.

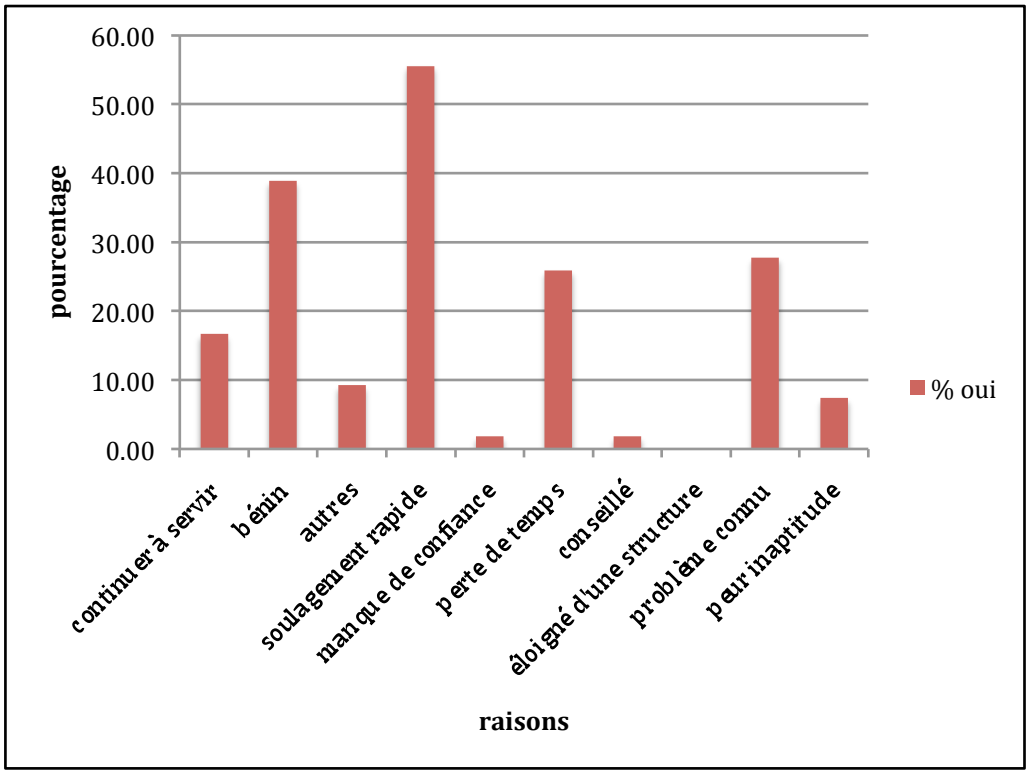


Figure 23 : Représentation des raisons les plus fréquentes d'automédication en activité normale

2.2.2.2. Quelles sont les classes de médicaments et substances de santé les plus utilisés ?

Pour l'analyse des classes de médicaments utilisés en automédication, nous avons pris en compte chaque substance prise. Notre unité statistique n'est donc plus l'acte d'automédication mais le médicament ou produit de santé.

Les omissions du nom du médicament ont été enregistrées sous « XX » et ont été comptabilisées comme des autoprescriptions et non des automédications.

Dès lors, on dénombre :

- 112 produits de santé ont été consommés correspondant donc à 112 autoprescriptions,
- 81 médicaments ont été recensés, pour 56 personnes d'où la mise en évidence de prises multiples de médicaments pour la même personne,
- 74 médicaments ont pu être analysés car 7 d'entre eux étaient mal lisibles et ont été codés comme « XX ».

Les médicaments ont été enregistrés dans la base de données sous la DCI et selon les classes thérapeutiques (Tableaux XI et XII).

Tableau XI : Liste des produits de santé en fonction de l'autoprescription ou de l'automédication

		autoprescrition			automedication	
DCI	**SPECIALITE**	**Qte**	**%**	**CLASSE**	**Qte**	**%**
ACICLOVIR	ACICLOVIR	1	0,9	ANTI VIRAL	1	1,35
ACIDE NIFLUMIQUE	NIFLURIL	3	2,7	AINS LOCAL	3	4,0
/	ACTIFLASH	1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
ARNICA	ARNICAGEL	2	1,8	POMMADE	2	2,7
BETAMETHASONE	DIPROSALIC	1	0,9	CORTICOIDE	1	1,35
BICLOTYMOL	HUMEX ...	2	1,8	CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	2	2,7
BICLOTYMOL LYSOZYME ENOXOLONE	HEXALYSE	1	0,9	CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	1	1,35
BROMAZEPAM	LEXOMIL	1	0,9	AUTRE	1	1,35
CAMPHRE LEVOMENTHOL	VICKS INHALER	1	0,9	ANTI RHUME	1	1,35
CETYLPYRIDINIUM LYSOSYME	LYSOPAINE	1	0,9	CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	1	1,35
CICLOPIROX	MYCOSTER	2	1,8	POMMADE	2	2,7
CODEINE ERYSIMUM	POLERY	1	0,9	CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	1	1,35
/	CREATINE	1	0,9	PROTEINE / CREATINE	0	0
DESONIDE	LOCAPRED	1	0,9	CORTICOIDE	1	1,35
DICLOFENAC	VOLTARENE	4	3,6	AINS LOCAL	4	5,40
DICLOFENAC	VOLTARENE EMULGEL	1	0,9	AINS	1	1,35
DIOSMECTITE	SMECTA	2	1,8	ANTI DIARRHEE	2	2,7
/	EAFIT	1	0,9	PROTEINE / CREATINE	0	0
GELEE ROYALE		1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
GLUCORONAMIDE ACIDE ASCORBIQUE CAFEINE	GURONSAN	3	2,7	VITAMINE / FORTFIANTS	3	4,05
GOYAPI		1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
IBUPROFENE	IBUPROFENE	4	3,6	AINS	4	5,40
/	JUVAMINE	1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
KETOPROFENE	KETUM	1	0,9	AINS LOCAL	1	1,35
		1	0,9	AINS	1	1,35
/	MAXI FORME	1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
MEPHENESINE	DECONTRACTYL	1	0,9	AUTRE	1	1,35
NIMESULIDE	NEXEN	1	0,9	AINS	1	1,35
OXOMEMAZINE	TOPLEXIL	1	0,9	CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	1	1,35
PARACETAMAOL	ZALDIAR	2	1,8	ANTI DOULEUR	2	2,70
PARACETAMOL		23	20,5	ANTI DOULEUR	23	31,08
PARACETAMOL CAFEINE		1	0,9	ANTI DOULEUR	1	1,35
PHLOROGLUCINOL	SPASFON	1	0,9	AUTRE	1	1,35
PIROXOCAM	BREXIN	1	0,9	AINS	1	1,35
POVIDONE IODEE	BETADINE	3	2,7	POMMADE	3	4,054
/	PROBIOPAN	1	0,9	AUTRE	0	0
RACECADOTRIL	TIORFAN	2	1,8	ANTI DIARRHEE	2	2,70
/	SAINT BERNARD	1	0,9	POMMADE	0	0
/	SPORTEMIME	1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
/	STEROIDES	1	0,9	AUTRE	0	0
SULFADIAZINE	FLAMMAZINE	1	0,9	POMMADE	1	1,35
TOBRAMYCINE	TOBREX	1	0,9	ANTIBIOTIQUE	1	1,35
/	TOP LEVURE	1	0,9	VITAMINE / FORTFIANTS	0	0
TRIMEBUTINE RUSCOGENINES	PROCTOLOG	1	0,9	POMMADE	1	1,35
/	TRUE MASS	1	0,9	PROTEINE / CREATINE	0	0
VITAMINE C	VITAMINE C	2	1,8	VITAMINE / FORTFIANTS	2	2,70
XX	XX	25	22,3		0	0
	total	112	100,0		74	100

Afin de mieux visualiser les produits consommés, nous les avons réunis par classes thérapeutiques (Tableau XII). Les classes thérapeutiques retenues ont été choisies selon les intitulés retrouvés dans la littérature et sont au nombre de 13 :

- les antidouleurs ou antalgiques regroupant essentiellement les médicaments à base de *Paracétamol* et *Tramadol*, en excluant les AINS,
- les AINS dont les molécules les plus souvent retrouvées sont l'*Ibuprofène*, le *Kétoprofène*, le *Diclofénac*, le *Piroxicam*, la *Nimesulide*,
- les vitamines et fortifiants dont de nombreux produits ne sont pas des médicaments car sans AMM,
- les pommades : ne correspondent pas à une classe thérapeutique à proprement parler mais devant la multitude de différentes classes sous forme topique nous avons préféré les regrouper ainsi, sauf les AINS topiques qui ont été inclus dans la catégorie AINS,
- NR pour non renseignée,
- les corticoïdes sous forme topique, inhalée ou per os,
- les anti-viraux et les antibiotiques dont la consommation provient essentiellement de la réutilisation de prescription ancienne car soumis à prescription obligatoire,
- les anti-rhumes et les médicaments anti-tussifs ou « contre le mal de gorge », correspondant essentiellement à des médicaments dits de « confort » à base de *Biclotymol* ou *Lysosyme*,
- les anti-diarrhéiques associés avec leurs antagonistes : les laxatifs,
- les protéines et créatine que l'on ne retrouve qu'en autoprescription (sans AMM),
- et les autres regroupant les médicaments n'appartenant pas aux classes thérapeutiques citées précédemment.

Tableau XII : Répartition par ordre croissant des classes thérapeutiques selon l'autoprescription et automédication

	auto prescription		**automédication**	
	nombre	**%**	**nombre**	**%**
ANTI DOULEUR	27	24,1	26	35,1
AINS	19	17	16	21,6
VITAMINES FORTIFIANTS	16	14,3	5	6,8
POMMADE	12	10,7	9	12,2
NR	10	8,9	0	0,0
CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	7	6,3	6	8,1
AUTRE	6	5,4	3	4,1
ANTI DIARRHEIQUE / LAXATIF	5	4,5	4	5,4
PROTEINE / CREATINE	5	4,5	0	0,0
CORTICOIDE	2	1,8	2	2,7
ATB	1	0,9	1	1,4
ANTI RHUME	1	0,9	1	1,4
ANTI VIRAL	1	0,9	1	1,4
TOTAL	112	100,0	74	100

On constate donc qu'en automédication, les classes thérapeutiques les plus largement utilisées sont (Tableau XII – Figure 24) :

- les antidouleurs à 35,1% dont le chef de file est le *Paracétamol* représentant à lui seul près de 31% de l'automédication en activité normale,
- les AINS à 21,6% dont la moitié est sous forme topique,
- les pommades à 12,2% regroupant des antimycotiques, des antiseptiques et des cicatrisants,
- les médicaments pour la toux et les maux de gorge à 8,1%,
- l'utilisation d'antibiotique, d'antiviral, de corticoïdes et d'anti-rhume reste anecdotique.

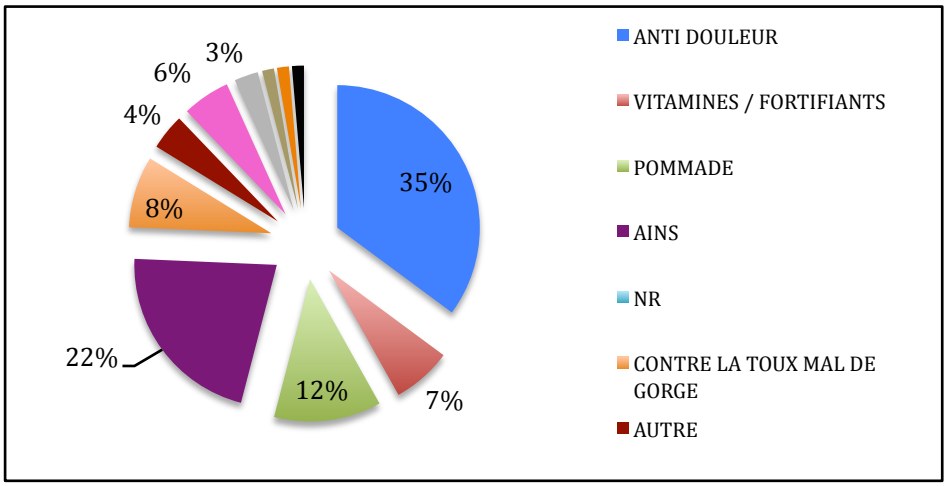


Figure 24 : Répartition des classes thérapeutiques dans l'automédication

En distinguant l'automédication de l'autoprescription lors de notre recueil de données, on constate que : (Tableau XII – Figure 25)

- près de 30 % de l'autoprescription correspondent à des produits sans AMM,
- les vitamines / fortifiants en autoprescription deviennent la troisième classe thérapeutique la plus utilisée après les antalgiques et les AINS et représentent 14,3% de l'autoprescription,
- les protéines / créatine représentent 4,5 % de l'autoprescription.

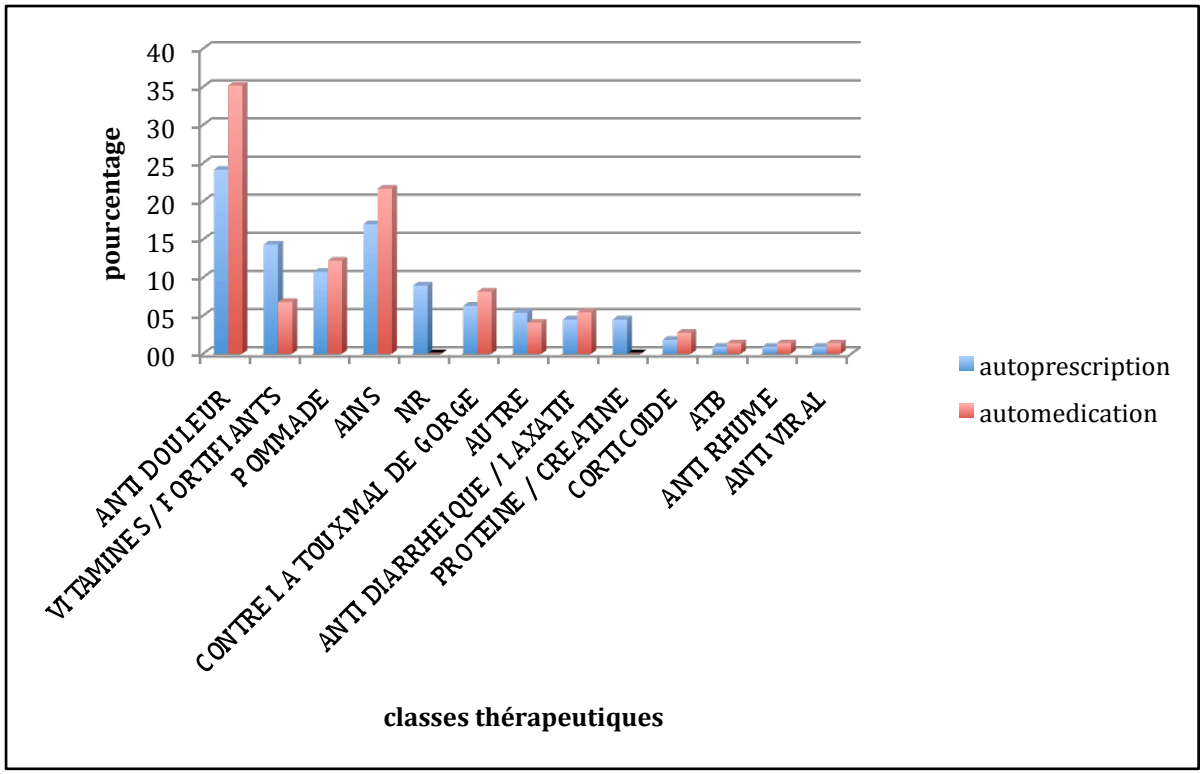


Figure 25 : Comparaison des classes thérapeutiques entre automédication et autoprescription

Par curiosité nous avons fait la distinction entre les classes thérapeutiques et le sexe, (Figure 26), on remarque qu'il y a une différence du choix de classe selon le sexe :

- les femmes utilisent pour 27% des AINS contre 7% des hommes, pour 18% des pommades contre 11% des hommes,
- à l'inverse, les hommes consomment essentiellement des antalgiques à 34% contre 18% des femmes, et des vitamines-fortifiants à 12% alors que nous n'en avons pas relevés chez les femmes.

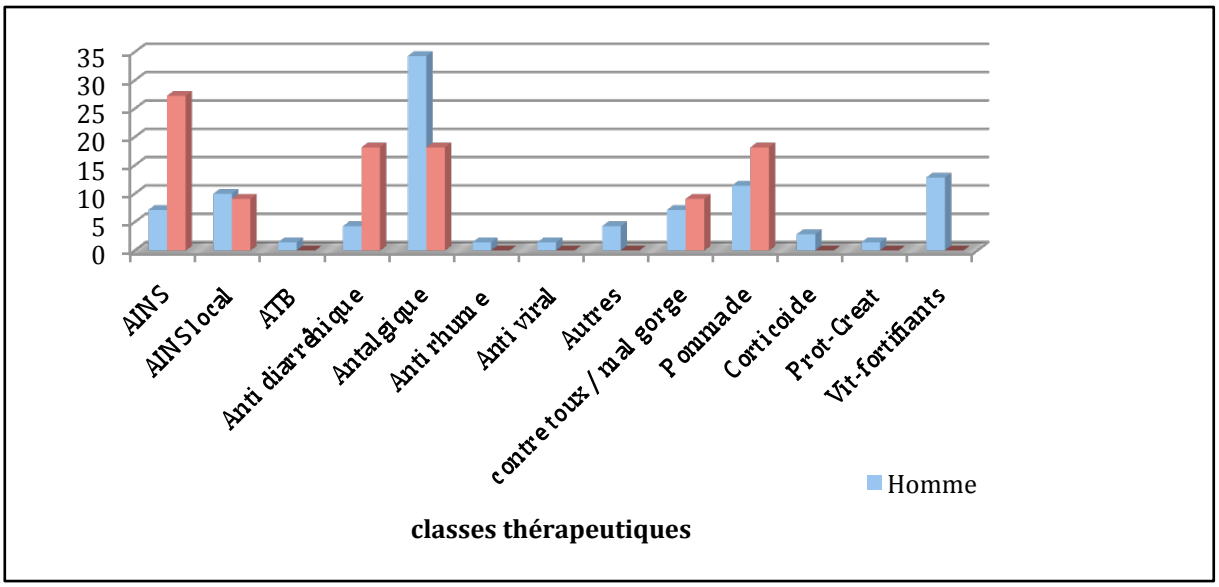


Figure 26 : Différence de classes thérapeutiques selon le sexe

En faisant la distinction entre le rang et les classes thérapeutiques (Figure 27), on observe quelques différences selon la catégorie de grade mais la classe majoritaire reste les antalgiques :

- les officiers consomment principalement pour 33% d'entre eux des antalgiques et des vitamines-fortifiants,
- 40% des sous-officiers consomment des antalgiques,
- 30,7% des militaires du rang utilisent des antalgiques, 16,7% des pommades et 11% des AINS.

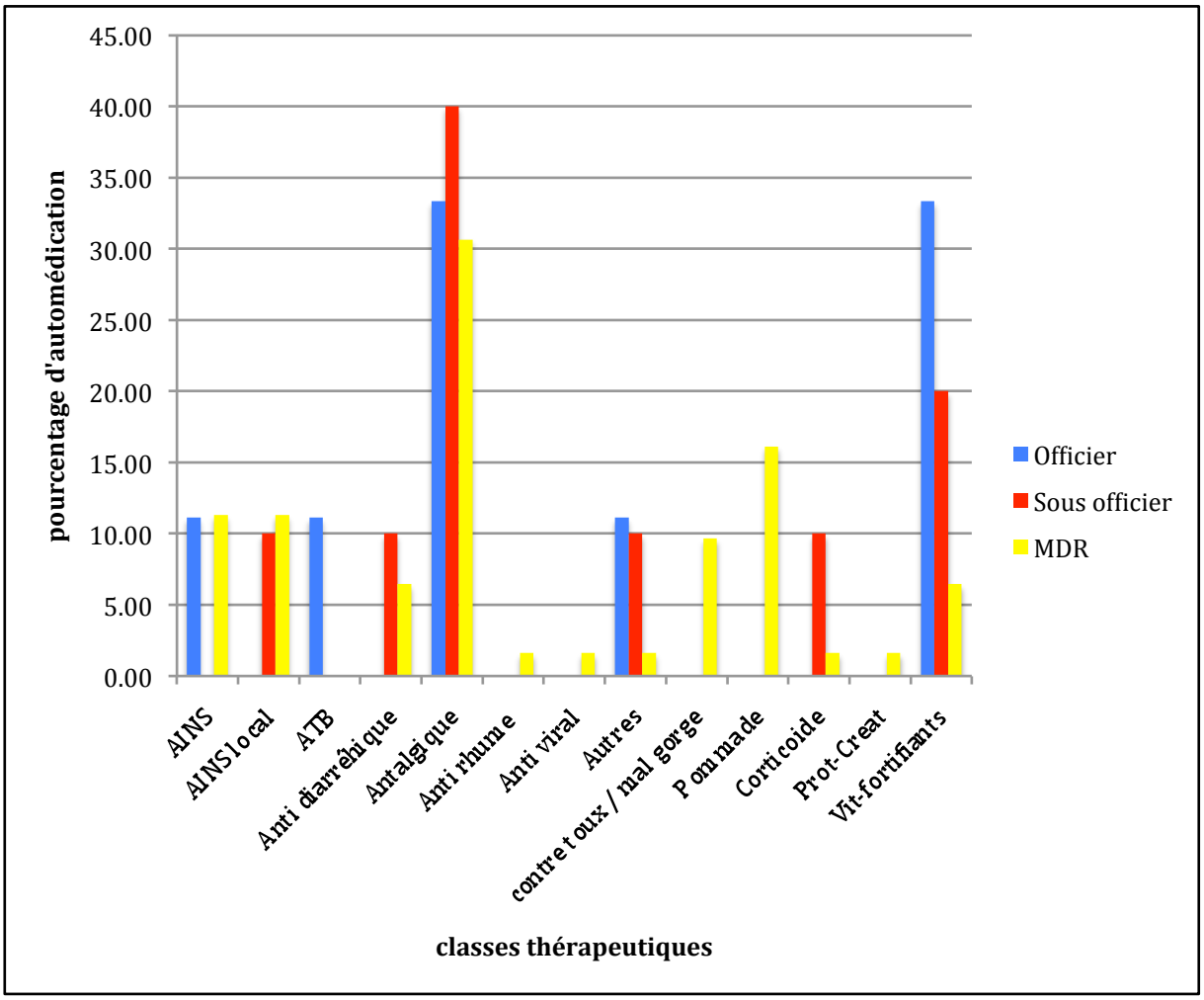


Figure 27 : Différence de consommation de classes thérapeutiques selon le rang

2.2.2.3. Les symptômes les plus courants

Par l'intermédiaire de la question : « pour quel(s) symptôme(s) avez vous pris ce(s) médicament(s) ? », nous avons pu identifier les symptômes les plus fréquemment évoqués comme source d'automédication à partir d'une liste de pré-choix établie selon la littérature.

Les symptômes ont été étudiés pour 56 cas d'automédication sachant que 2 n'ont pas été analysés de fait de données manquantes.

Tableau XIII : Symptômes de l'automédication en activité normale

Symptômes de l'automédication en activité normale		
	automédication vraie	
	OUI (n=54)	
symptomes		
toux		
non	46	(85.2%)
oui	8	(14.8%)
fièvre		
non	45	(83.3%)
oui	9	(16.7%)
diarrhée/constipation		
non	49	(90.7%)
oui	5	(9.3%)
mal de gorge		
non	48	(88.9%)
oui	6	(11.1%)
migraine		
non	38	(70.4%)
oui	16	(29.6%)
problème cutané		
non	45	(83.3%)
oui	9	(16.7%)
fatigue/insomnie		
non	47	(87.0%)
oui	7	(13.0%)
douleurs		
non	31	(57.4%)
oui	23	(42.6%)
allergie		
non	53	(98.1%)
oui	1	(1.9%)
autres		
non	51	(94,4%)
oui	3	(5,6%)

Les symptômes évoqués par ordre décroissant (Tableau XIII) sont :

- la douleur à 42,6%,
- les migraines ou céphalées dans 29,6% des cas,
- la fièvre et les problèmes cutanés arrivent en troisième position des symptômes les plus fréquents avec 16,7%,
- la toux à 14,8%,
- la fatigue ou l'insomnie à 13%,
- le mal de gorge représente seulement 11,1% des symptômes évoqués lors du recours à l'automédication,
- la diarrhée ou la constipation à 9,3%,
- les allergies à 1,9%,
- et enfin les autres symptômes représentent 5,6% des symptômes évoqués comprenant : un cas pour « conjonctivite » soit gêne oculaire, ce cas aurait pu être incorporé dans l'item « douleur » et deux cas pour « notion de prévention ».

Le symptôme le plus fréquemment évoqué (Figure 28) est « la douleur», corroborant ainsi la raison la plus citée : « le besoin de soulagement rapide » et la classe médicamenteuse la plus utilisée : « les antalgiques ou antidouleurs ».

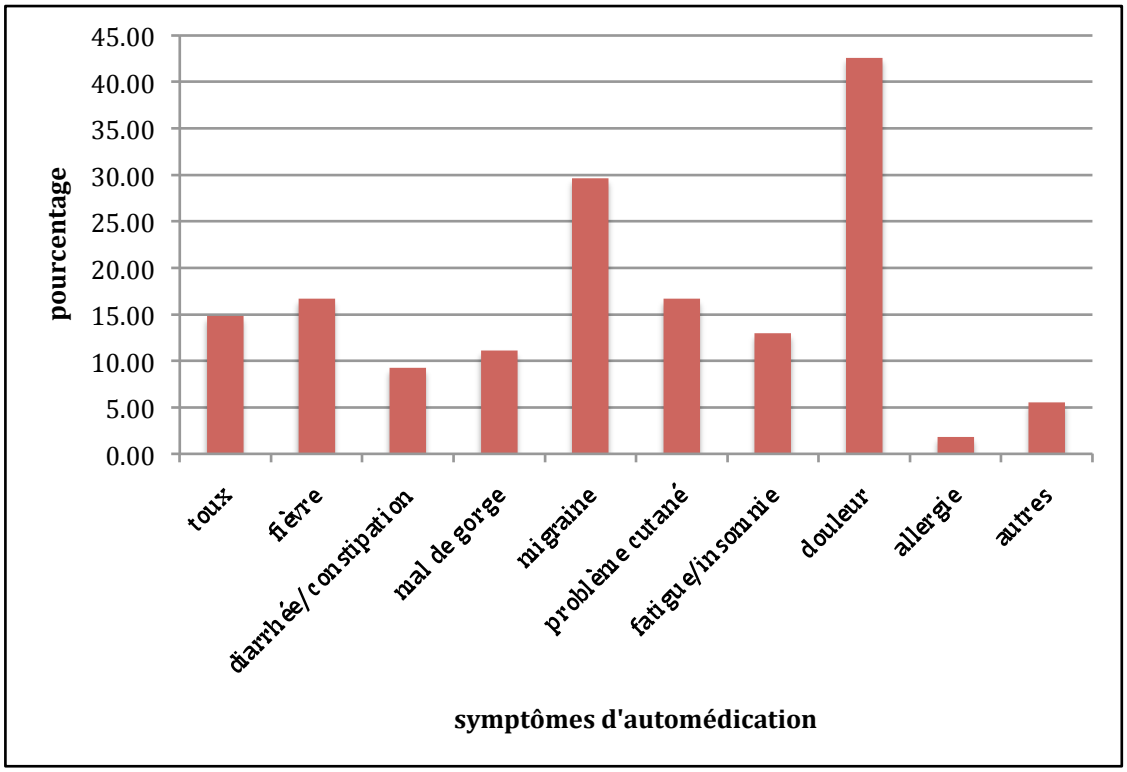


Figure 28 : Répartition des symptômes dans l'automédication

2.2.2.4. Quelle est la provenance des médicaments ?

Pour connaître la provenance des médicaments (Tableau XIV), nous avons pris comme unité statistique « les médicaments » et non plus l'individu afin de prendre en compte les cas d'automédication multiple équivalents à 81 médicaments consommés.

Tableau XIV : Provenance des médicaments d'automédication

la provenance des 81 médicaments d'automédication		
provenance	oui	%
achat sur internet	2	2,47
autres	4	4,94
NR	1	1,23
donné par collègue	7	8,64
pharmacie	17	20,99
réserve personnelle	50	61,73
rue / marché	0	0,00
total	81	100,00

Concernant la provenance des médicaments d'automédication (Figure 29), on constate que :

- la majorité des médicaments proviennent des réserves personnelles à plus de 61,7% donc de l'armoire à pharmacie familiale,

- puis viennent les médicaments provenant de l'achat en pharmacie, officine, avec près de 21%,
- puis ceux donnés par des collègues du régiment à 8.6%,
- enfin, les « autres » provenances et ceux « achetés sur internet » ne représentent qu'un faible pourcentage des médicaments d'automédication,
- aucun médicament ne provient du marché ou de la rue.

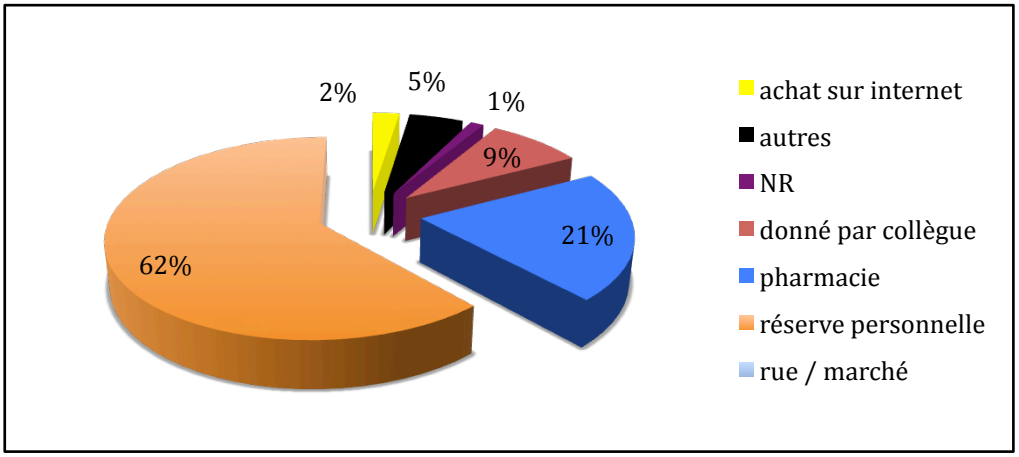


Figure 29 : Provenance des médicaments d'automédication

Parallèlement à l'automédication, les produits de santé utilisés en autoprescription (tableau XV) proviennent pour :

- 48.2% des réserves personnelles,
- 21% de la pharmacie d'officine,
- 10,7% de provenances non précisées,
- enfin l'achat sur internet, le don par un collègue ne représentent que 6.25%, et les « autres » provenances ne sont qu'anecdotiques.

Tableau XV : Provenance des médicaments d'autoprescription

la provenance des 112 produits d'autoprescription		
provenance	oui	%
achat sur internet	7	6,25
autres	5	4,46
NR	12	10,71
donné par collègue	7	6,25
pharmacie	24	21,43
réserve personnelle	54	48,21
rue / marché	3	2,68
total	112	100,00

En comparant les provenances (Figure 30), on s'aperçoit que :

- la réserve personnelle demeure la provenance de prédilection,
- l'achat sur internet est plus important en autoprescription,
- et plus de 10% des provenances n'ont pas été renseignées.

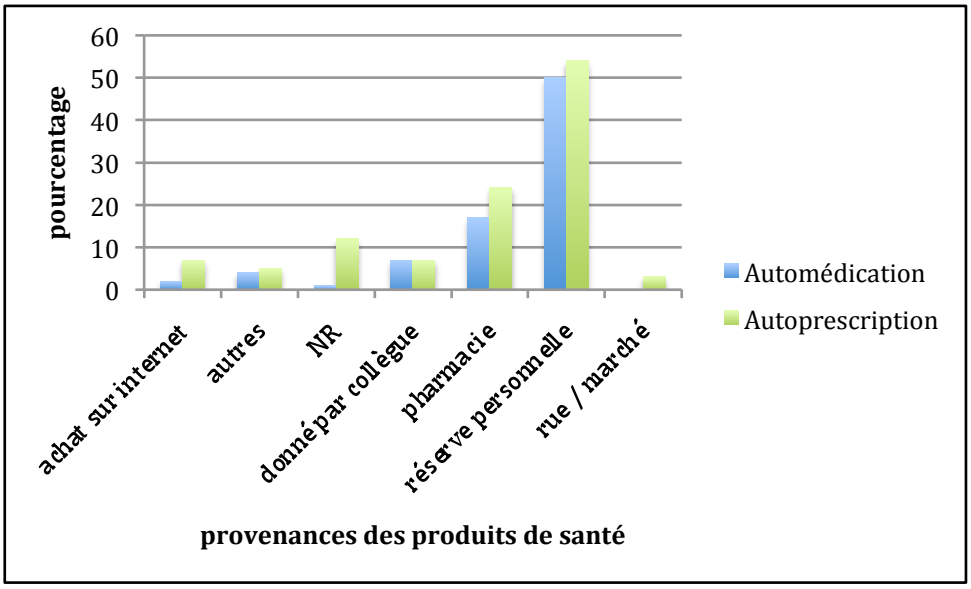


Figure 30 : Comparaison des provenances des produits d'automédication et d'autoprescription

2.2.2.5. Efficacité de l'automédication

Dans le questionnaire, nous avons posé deux questions pour estimer l'efficacité de l'automédication :

- le produit de santé ou médicament a-t-il été efficace ?
- avez-vous consulté auprès d'un médecin après l'automédication ?

Nous sommes conscients du côté subjectif de la première question et des nombreux facteurs pouvant influencer les résultats de la seconde (autres pathologies, effets iatrogènes, …). Mais ces questions sont des pistes de réflexion (Tableau XVI).

Tableau XVI : Efficacité de l'automédication

efficacité de l'automédication du GROUPE ACTIVITE NORMALE		
	automédication vraie	
	OUI	
Consultation		
non	43	(82.7%)
oui	9	(17.3%)
efficacité		
non	6	(11.1%)
oui	48	(88.9%)

Les personnes s'étant automédiquées estiment que :

- l'automédication a été efficace dans près de 89 % des cas,
- la consultation auprès d'un médecin n'a pas été nécessaire dans 82,7% des cas

On note ainsi que près de 17,3% des personnes ayant eu recours à l'automédication ont tout de même consulté leur médecin à postériori.

En conclusion, la raison principale de recours à l'automédication « en activité normale » est le besoin de soulagement rapide, le plus souvent par rapport à des douleurs ou des céphalées. Les personnes choisissent préférentiellement les antalgiques et les AINS comme médicaments d'automédication, issus de leur réserve personnelle (armoire à pharmacie), et dans plus d'un tiers des cas, cette automédication est multiple avec plusieurs médicaments consommés.

3. En manœuvre

Nous avons récolté 189 questionnaires en manœuvre durant les 2 périodes de recueil au CEITO (Tableau XVII).

Tableau XVII : Recueil des donnés des questionnaires en manœuvre par rapport à l'activité normale

	ACTIVITE			
	ACTIVITE NORMALE		**MANŒUVRE**	
âge				
N	436		189	
mean (std)	25.8 (7.00)		23.9 (4.42)	
min - median - max	17 - 24.0 - 75		18 - 23.0 - 37	
Sexe				
Homme	424	(97,2%)	185	(98,4%)
Femme	12	(2,8%)	3	(1,6%)
nombre d'années de service				
N	436		189	
mean (std)	5.9 (6.75)		3.7 (3.94)	
min - median - max	0 - 4.0 - 38		0 - 2.0 - 17	
rang				
MDR	344	(78.9%)	164	(86.8%)
NR	1	(0.2%)	0	(0.0%)
Officier	14	(3.2%)	3	(1.6%)
Sous officier	77	(17.7%)	22	(11.6%)
niveau étude				
BAC / +	124	(28.4%)	52	(27.5%)
BEP / CAP	203	(46.6%)	90	(47.6%)
BEPC	61	(14.0%)	33	(17.5%)
NR	2	(0.5%)	1	(0.5%)
sans diplôme	46	(10.6%)	13	(6.9%)

3.1. Caractéristiques de la population en manœuvre

En comparaison avec la population en activité normale, la population ayant rempli ces questionnaires est :

- plus jeune : en effet l'âge moyen est de 23,9 années (contre 25,5) avec des extrêmes à 18 et 37 ans et une médiane à 23 ans,
- plus masculine avec 98,4% d'hommes pour 1,6% de femmes. Le pourcentage de femmes en manœuvre est inférieur aux 8,9% de femmes dans la population « en activité normale »,
- moins expérimentée avec une moyenne d'année de service de 3,7 contre 5,4 en activité normale,
- répartie selon le rang en (Figure 31)
    - 86,8 % de MDR,
    - 11,6% de sous-officiers,
    - 1,6% d'officiers.

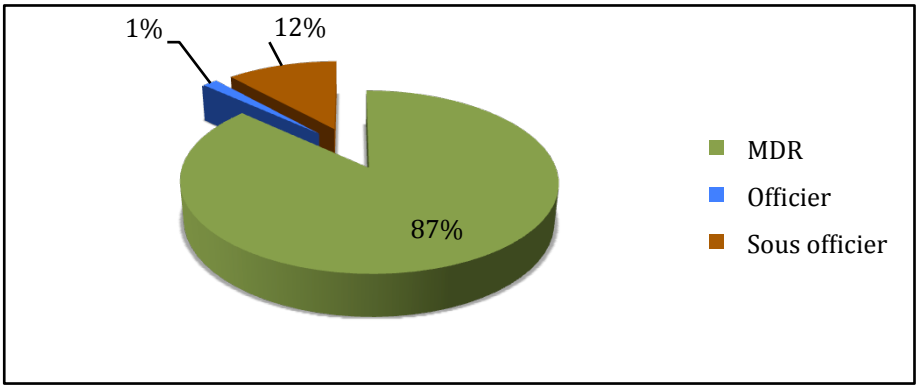


Figure 31 : Répartition de la population manœuvre selon le rang

La part de MDR en manœuvre est donc plus importante qu'en temps d'activité normale.

La population en manœuvre est divisée selon le niveau d'étude (Figure 32) :

- 27,5% ayant le BAC ou plus,
- 47,6% ayant un BEP ou CAP,
- 17,5% ayant le BEPC,
- 6,9% n'ayant aucun diplôme et
- 0,5% de personnes n'ayant pas répondu.

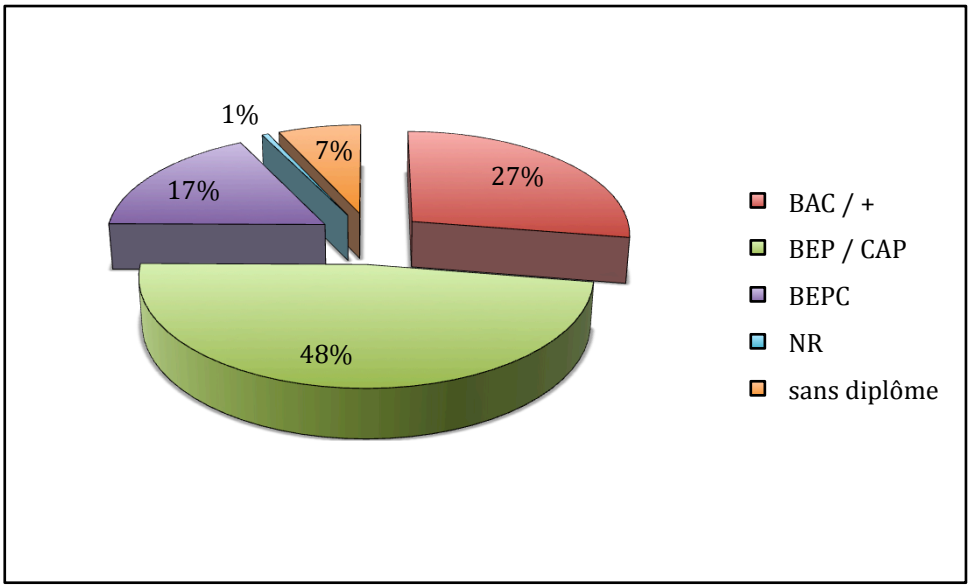


Figure 32 : Répartition de la population manœuvre selon le niveau d'étude

3.2. Description de l'automédication en manœuvre

Nous avons essayé de comparer la population « automédication oui » avec celle « automédication non » (Tableau XVIII) mais étant donné le faible effectif (N=14) pour l'automédication, réaliser cette comparaison aboutirait à de fausses conclusions.

Tableau XVIII : Comparaison des populations « automédication oui » et « automédication non » en manœuvre

DESCRIPTION GROUPE ACTIVITE MANOEUVRE							
	automédication vraie				total		Test
	non		oui				
	175		14		189		
âge							T-test
N	175		14		189		P = 0.388
mean (std)	23.8 (4.44)		24.9 (4.19)		23.9 (4.42)		
min - median - max	18 - 23.0 - 37		20 - 24.5 - 33		18 - 23.0 - 37		
Sexe							Fisher Exact
homme	172	(98.9%)	13	(92.9%)	185	(98.4%)	P = 0.208
femme	2	(1.1%)	1	(7.1%)	3	(1.6%)	
rang							Fisher Exact
MDR	152	(86.9%)	12	(85.7%)	164	(86.8%)	P = 0.260
Sous OFF	21	(12.0%)	1	(7.1%)	22	(11.6%)	
OFF	2	(1.1%)	1	(7.1%)	3	(1.6%)	
niveau étude							Fisher Exact
BEP CAP	84	(48.3%)	6	(42.9%)	90	(47.9%)	P = 0.506
BEPC	32	(18.4%)	1	(7.1%)	33	(17.6%)	
BAC et +	46	(26.4%)	6	(42.9%)	52	(27.7%)	
sans diplome	12	(6.9%)	1	(7.1%)	13	(6.9%)	
nombre d'années de service							T-test
N	175		14		189		P = 0.466
mean (std)	3.6 (3.96)		4.4 (3.69)		3.7 (3.94)		
min - median - max	0 - 2.0 - 17		0 - 3.0 - 12		0 - 2.0 - 17		

On peut tout de même dire que la population « automédication oui » se distingue de « l'automédication non » par :

- un âge moyen plus élevé (24,9% contre 23,8%),
- une plus grande proportion de femmes avec 7,1% contre 1,1% dans la population automédication « non »,
- un pourcentage de personnes ayant le BAC plus important (42,9% contre 26,4%),
- une part plus importante d'officiers (7,1% contre 1,1%).

Rien ne permet de conclure sur la relation entre ces facteurs et l'incidence de l'automédication du fait de la faible puissance de l'étude en manœuvre secondaire au nombre insuffisant de cas d'automédication (N=14).

3.2.1. Quelles sont les caractéristiques de l'automédication en manœuvre ?

Premièrement, nous nous intéresserons à décrire cette automédication en manœuvre (Tableau XIX). Puis secondairement, nous comparerons ces caractéristiques avec celles de l'automédication en activité normale.

Tableau XIX : Comparaison des caractéristiques de l'automédication en manœuvre

DESCRIPTION DU GROUPE MANŒUVRE				
	population automédication		**population générale**	
âge				
N	14		189	
mean (std)	24.9 (4.19)		23.9 (4.42)	
min - median - max	20 - 24.5 - 33		18 - 23.0 - 37	
Sexe				
1	13	(92.9%)		
2	1	(7.1%)		
nombre d'années de service				
N	14		189	
mean (std)	4.4 (3.69)		3.7 (3.94)	
min - median - max	0 - 3.0 - 12		0 - 2.0 - 17	
rang				
MDR	12	(85.7%)	164	(86.8%)
Sous OFF	1	(7.1%)	22	(11.6%)
OFF	1	(7.1%)	3	(1.6%)
niveau étude				
bac +	6	(42.9%)	52	(27.5%)
BEP/CAP	6	(42.9%)	90	(47.6%)
BEPC	1	(7.1%)	33	(17.5%)
NR	0	0,00%	1	(0.5%)
sans diplôme	1	(7.1%)	13	(6.9%)
médicaments emportés				
NR	0	0,00%	5	(2.6%)
oui	13	(92.9%)	152	(80.4%)
non	1	(7.1%)	32	(16.9%)
autoprescription				
NR	/		5	(2.6%)
non	/		164	(86.8%)
oui	14	(100.0%)	20	(10.6%)
traitement médical				
non	13	(92.9%)	183	96,80%
oui	1	(7.1%)	6	3,30%
médicaments sans avis med				
non	6	(42.9%)	169	(89.4%)
oui	8	(57.1%)	14	(7.4%)
médicament réutilisé				
non	6	(42.9%)	175	95,10%
oui	8	(57.1%)	9	4,90%
nombre médocs emportés				
0	0	0,00%	157	(83.1%)
moins de 3	11	(84.6%)	27	(14.3%)
entre 3 et 5	2	(15.4%)	5	(2.6%)
plus de 5	0	(0.0%)	0	(0.0%)
plusieurs médicaments				
NR	0	0,00%	10	(5.3%)
non	10	(71.4%)	174	(92.1%)
oui	4	(28.6%)	5	(2.6%)

La population, qui s'automédique en manœuvre, a les caractéristiques suivantes :

- un âge moyen de 24,9 ans, avec des extrêmes à 20 et 33 ans,
- une répartition du sexe de 7,1% de femmes pour 92,9% d'hommes, donc une sur représentation des femmes par rapport à la population répondant à ce questionnaire (Figure 33) où le taux de féminisation est de 1,6%.

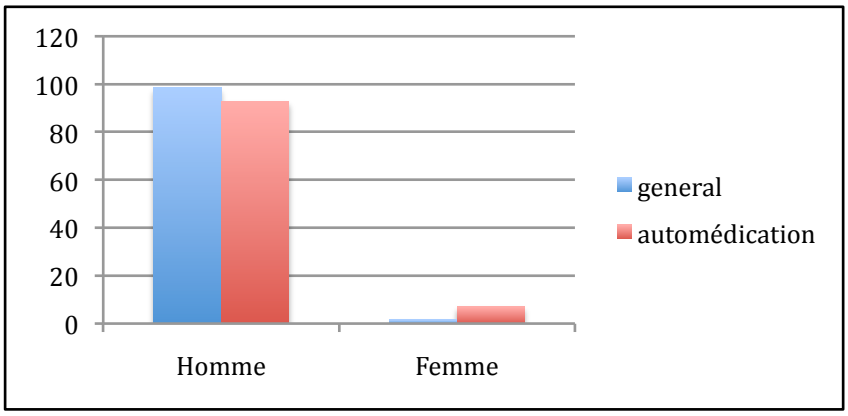


Figure 33 : Différence de répartition du sexe selon l'automédication en manœuvre

- le nombre d'années de service est de 4,4 ans en moyenne, légèrement plus élevée que pour la population « manœuvre »,
- la répartition des rangs montre (Figure 34):
  - une sur-représentation des officiers dans l'automédication en manœuvre avec 7,1% par rapport à la répartition de cette population « manœuvre » qui est de 1,6% seulement,
  - une sous-représentation pour les sous-officiers : 7,1% dans « automédication oui » contre 11,6% dans la population « manœuvre »,
  - de même pour les MDR avec 85,7% pour 86,8%.

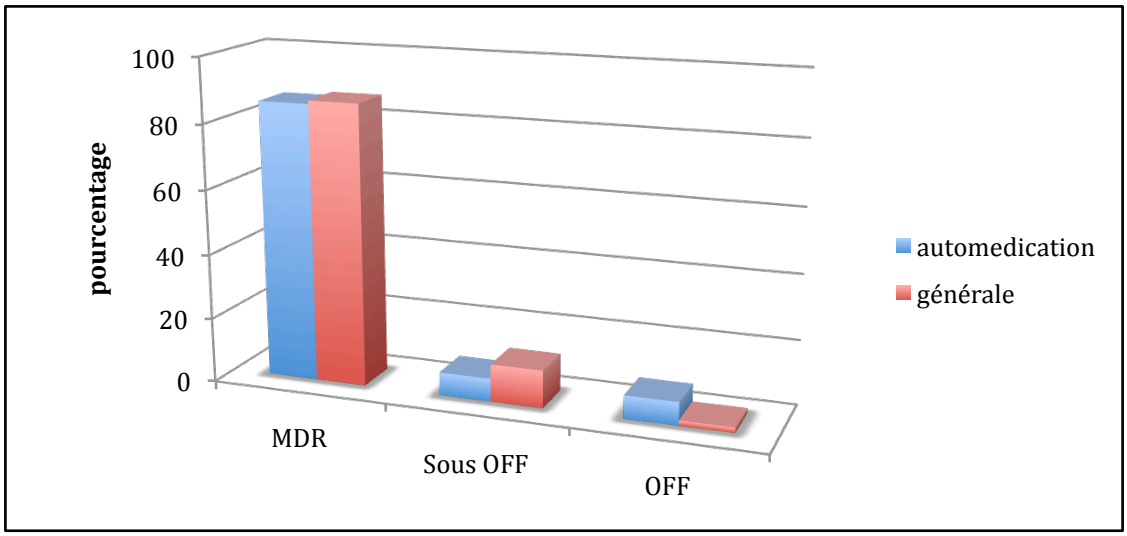


Figure 34 : Différence de répartition du rang dans la population manœuvre selon l'automédication

- la répartition du niveau d'étude est changée avec (Figure 35) :
    - la proportion des plus diplômés (BAC et +) est plus importante avec 42,9% contre 27,5% dans la population « manœuvre »,
    - ainsi que celle des « sans diplôme» est plus importante avec 7,1% contre 6,9%.

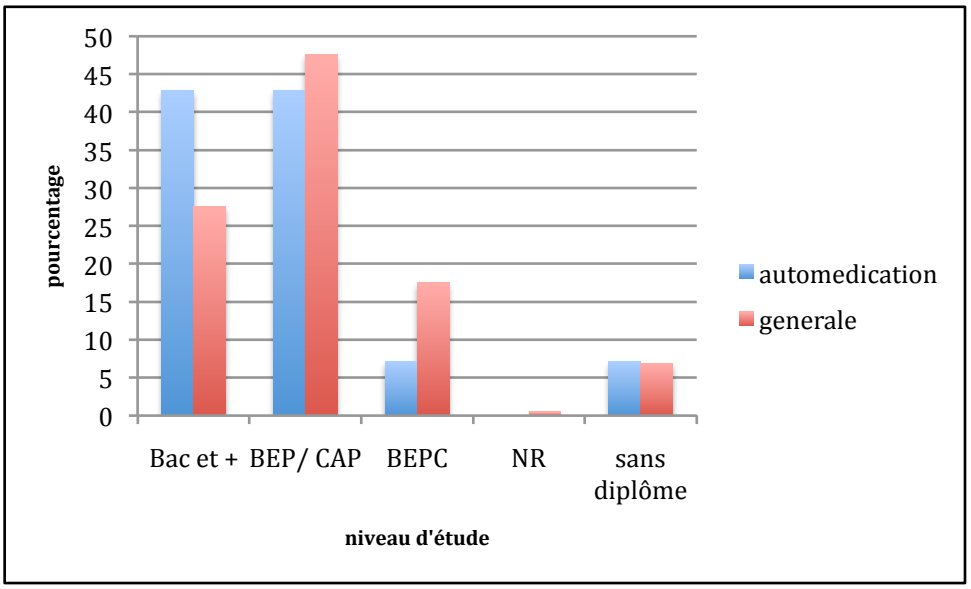


Figure 35 : Différence de répartition du niveau d'étude en manœuvre selon l'automédication

Dans 92,9% des cas d'automédication, les personnes ont emporté des médicaments sur le lieu de manœuvre dans leurs affaires : dont 84,6% de ces personnes ont emporté moins de 3 médicaments et, 15,4% entre 3 et 5 médicaments.

L'automédication provient à égale proportion de la réutilisation de médicaments anciennement prescrits à 57,1% ainsi que de la prise de médicaments sans avis médical à 57,1% sachant que 28,6% de cette automédication est multiple.

Donc, la population qui s'automédique en manœuvre est plus féminine, plus instruite et la proportion d'officier y est plus importante. Ce sont les mêmes tendances que nous avons trouvées en activité normale. Dès lors y a-t-il une différence entre les populations « automédication oui » en activité normale et en manœuvre ?

3.2.2. Comparaison de l'automédication en manœuvre et en activité normale

Par rapport à l'automédication en activité normale, on constate quelques différences (Tableau XX) :

Tableau XX : Comparaison de l'automédication en manoeuvre et en activité normale

	ACTIVITE NORMALE		MANŒUVRE	
automédication				
NR	24	(5.5%)	11	(5.8%)
non	356	(81.7%)	164	(86.8%)
oui	56	(12.8%)	14	(7.4%)
autoprescription				
NR	7	(1.6%)	5	(2.6%)
non	347	(79.6%)	164	(86.8%)
oui	82	(18.8%)	20	(10.6%)
traitement médical				
NR	2	(0.5%)	0	(0.0%)
non	407	(93.3%)	183	(96.8%)
oui	27	(6.2%)	6	(3.2%)
plusieurs médicaments				
NR	15	(3.4%)	10	(5.3%)
non	399	(91.5%)	174	(92.1%)
oui	22	(5.0%)	5	(2.6%)
médicaments emportés				
NR	431	(98.9%)	5	(2.6%)
non	5	(1.1%)	152	(80.4%)
oui	0	(0.0%)	32	(16.9%)

- l'automédication est moindre avec 7,4% contre 12,8% en activité normale,
- l'autoprescription est de 10,6% contre 18,8% en activité normale,
- la population est « moins malade » c'est-à-dire que seulement 3,2% des personnes est sous traitement médical contre 6,2% en activité normale,
- la poly-automédication est moins importante en manoeuvre avec 2,6% contre 5% en activité normale,
- 16,9% de la population qui s'automédique, a emporté des médicaments avec elle en manœuvre.

De plus, notre population « automédication oui » en manœuvre peut être comparée à la population « automédication oui » en activité normale (Tableau XXI) et on constate qu'elle est :

- plus jeune avec une moyenne de 24,9 années contre 25,5,
- plus masculine (figure 36) : avec un taux de féminisation de 7,1% contre 8,9% en activité normale,
- moins expérimentée avec une moyenne de 4,4 années de service contre 5,4 en activité normale,

Tableau XXI : Comparaison entre la population d'automédication en activité normale et celle en manœuvre

ACTIVITE	NORMALE		MANŒUVRE	
âge				
N	56		14	
mean (std)	25.5 (6.51)		24.9 (4.19)	
min - median - max	18 - 24.5 - 50		20 - 24.5 - 33	
Sexe				
Homme	51	(91.1%)	13	(92.9%)
Femme	5	(8.9%)	1	(7.1%)
nombre d'années de service				
N	56		14	
mean (std)	5.4 (6.49)		4.4 (3.69)	
min - median - max	0 - 3.0 - 32		0 - 3.0 - 12	
rang				
MDR	43	(76.8%)	12	(85.7%)
Sous OFF	8	(14.3%)	1	(7.1%)
OFF	5	(8.9%)	1	(7.1%)
niveau étude				
BEP/CAP	17	(30.4%)	6	(42.9%)
BEPC	9	(16.1%)	1	(7.1%)
BAC et +	20	(35.7%)	6	(42.9%)
sans diplôme	10	(17.9%)	1	(7.1%)
traitement médical				
non	51	(91.1%)	13	(92.9%)
oui	5	(8.9%)	1	(7.1%)
médicaments sans voir le médecin				
non	13	(23.2%)	6	(42.9%)
oui	43	(76.8%)	8	(57.1%)
plusieurs médicaments				
non	35	(62.5%)	10	(71.4%)
oui	21	(37.5%)	4	(28.6%)
médicament utilisé sans avis médical				
non	32	(57.1%)	6	(42.9%)
oui	24	(42.9%)	8	(57.1%)

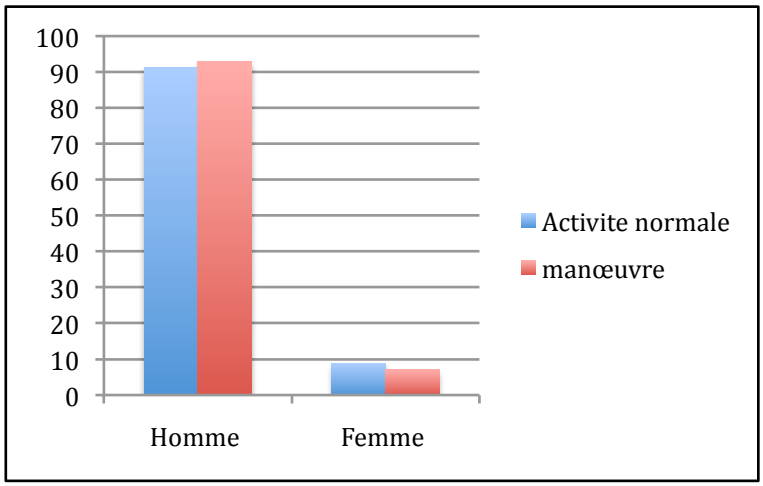


Figure 36 : Comparaison de l'automédication selon le sexe en fonction de l'activité

- la répartition du rang montre une plus grande proportion de MDR en manœuvre par rapport à l'activité normale (Figure 37) avec :
    - 85,7 % de MDR dans « l'automédication oui » en manœuvre contre 76,8% en activité normale,

- 7,1% de sous-officiers contre 14,3% en activité normale,
- 7,1% d'officiers contre 8,9% en activité normale.

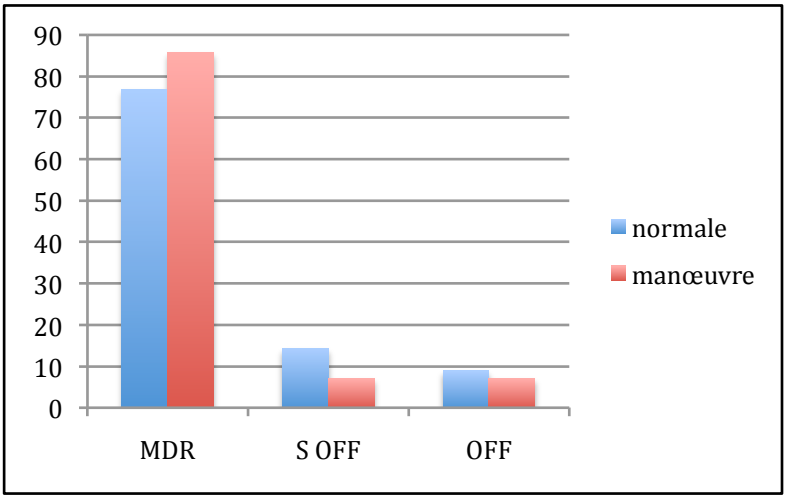


Figure 37 : Différence de la répartition du rang selon l'automédication et l'activité

- la répartition du niveau d'étude en automédication montre (Figure 38) :

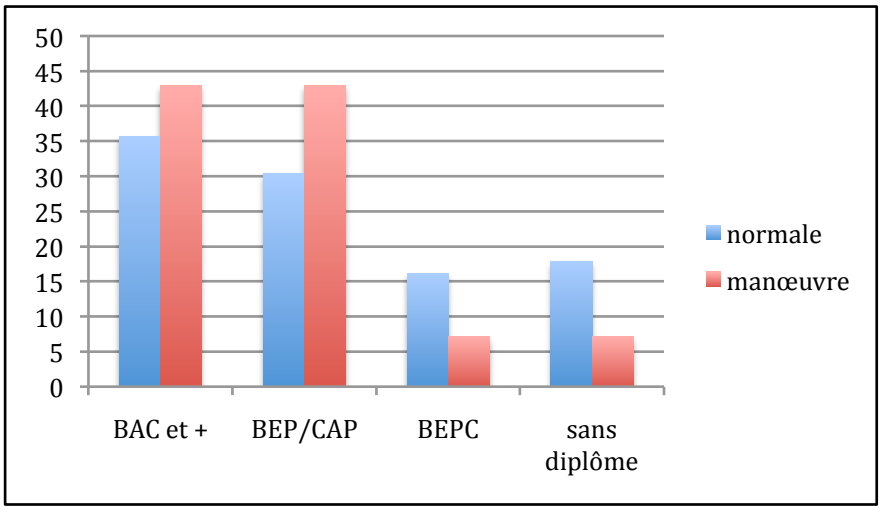


Figure 38 : Répartition du niveau d'étude de l'automédication selon l'activité

- une plus grande proportion des personnes les plus diplômées (BAC / BEP / CAP) en manœuvre par rapport à l'activité normale :
  - les personnes s'audimédiquant ayant le BAC ou plus représentent 42,9% de l'automédication en manœuvre contre 35,7% en activité normale,
  - de même pour celles qui ont un BEP/CAP, 42,9% contre 30,4%,
- à l'inverse les personnes ayant un BEPC ou sans diplôme représentent une proportion moindre qu'en activité normale avec :
  - pour les titulaires du BEPC : 7,1% contre 16,1% en activité normale,
  - pour les « sans diplôme » 7,1% contre 17,9%.

- concernant l'acte d'automédication, on constate :
    - une similarité dans le fait d'être conjointement sous traitement médical. 7,1% des automédications en manœuvre et 8,9% en activité normale sont simultanément sous traitement médical prescrit par un médecin,
    - la présence d'environ un tiers de poly-médication avec 28,6% en manœuvre pour 37,5% en activité normale,
    - une plus grande proportion de « réutilisation de médicaments » anciennement prescrits en manœuvre 57,1% contre seulement 42,9% en activité normale. Ceci peut s'expliquer par le fait que près de 93% des personnes ayant commis un acte d'automédication avaient emporté des médicaments sur le terrain. La prise de « médicament sans avis médical » est supérieure en activité normale avec 76,8% contre 57,1% en manœuvre.

3.3. Détail de l'automédication en manœuvre

3.3.1. Les classes thérapeutiques de l'automédication en manœuvre

Nous allons tout d'abord décrire les classes thérapeutiques les plus utilisées en manœuvre (Tableau XXII).

Tableau XXII : Répartition des classes thérapeutiques en manœuvre

classe de produit	***automédication***	***% AM***	***autoprescription***	***% AP***
AINS	3	16,67	4	18,18
Anti-douleur	7	38,89	9	40,91
Anti-rhume	2	11,11	2	9,09
Autres	2	11,11	2	9,09
Vitamines/fortifiants	2	11,11	2	9,09
protéines/créatine	0	0,00	1	4,55
contre la toux/mal de gorge	2	11,11	2	9,09
TOTAL	18	100	22	100

De même qu'en activité normale, les classes thérapeutiques les plus utilisées sont :

- les antalgiques ou anti douleurs avec 39% de l'automédication et 41% de l'autoprescription,
- les AINS avec 16,7%,
- les anti-rhumes, les vitamines, les médicaments contre le mal de gorge et la toux, et les autres arrivent en troisième position avec 11,1% de l'automédication.

L'ordre des classes thérapeutiques utilisées en autoprescription ne diffère pas en manœuvre et en activité normale (Figure 39). Seul un cas de protéines/créatine apparaît.

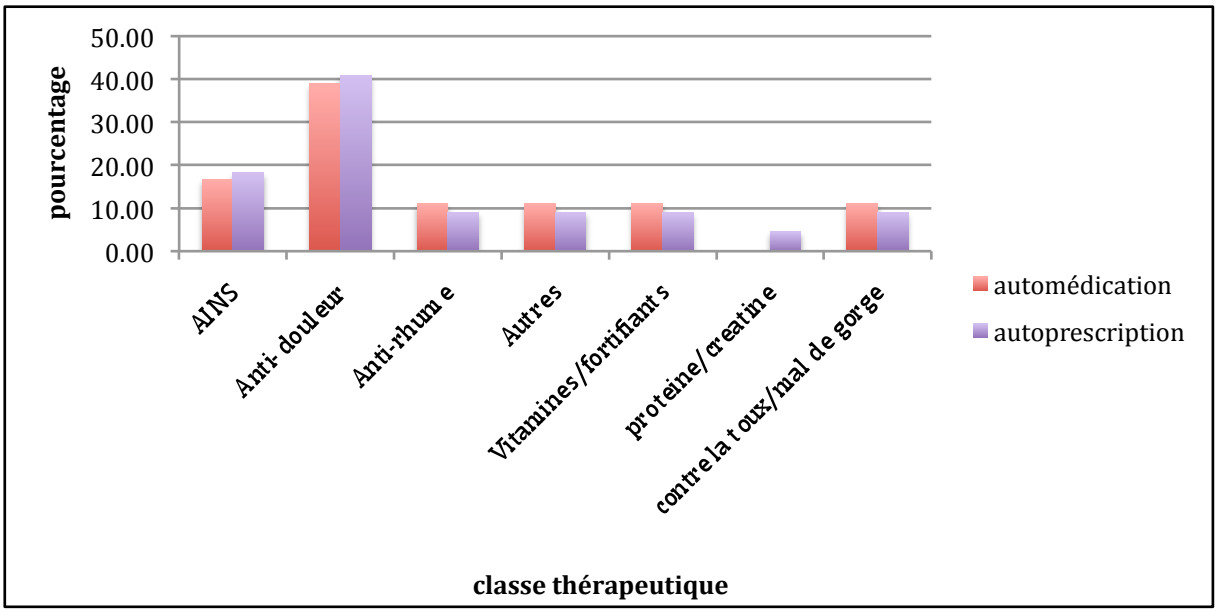


Figure 39 : Différence des classes thérapeutiques en manœuvre

3.3.2. Les raisons de cette automédication en manœuvre

Nous nous intéressons ensuite aux raisons de cette automédication (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Raisons de l'automédication en manoeuvre

les raisons de l'automédication en manœuvre				
raisons	non	oui	total	% oui
continuer à servir	15	4	19	28,57
bénin	11	8	19	57,14
autres	19	0	19	0,00
soulagement rapide	9	10	19	71,43
manque de confiance	19	0	19	0,00
perte de temps	15	4	19	28,57
conseillé	18	1	19	7,14
éloigné d'une structure	19	0	19	0,00
problème connu	18	1	19	7,14
peur inaptitude	17	2	19	14,29

Tout comme en activité normale, les raisons les plus fréquemment citées (Figure 40) sont :

- le soulagement rapide à 71,4%,
- le caractère bénin de la pathologie à 57%,
- la volonté de continuer à servir et la perte de temps à 28,57%,
- la peur de l'inaptitude à 14,29%,

- le caractère connu n'est qu'à la sixième place avec 7,14% avec le fait d'avoir été conseillé,
- le manque de confiance vis-à-vis du médecin d'unité, l'éloignement et les autres raisons n'ont pas été cités.

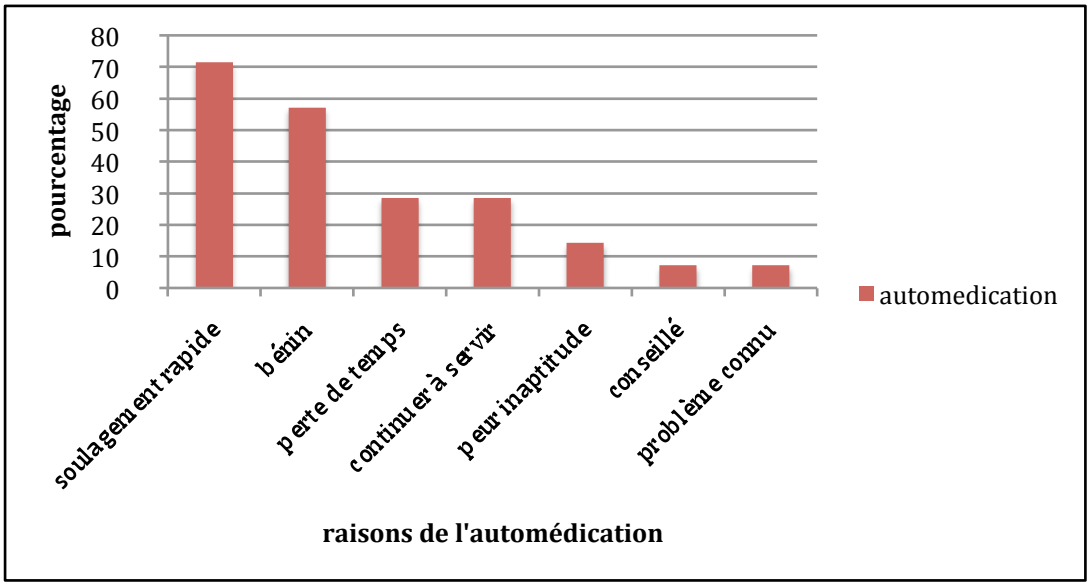


Figure 40 : Raisons de l'automédication en manœuvre

3.3.3. Les symptômes de l'automédication

De même, concernant les symptômes en automédication en manœuvre, on constate (Tableau XXIV) que les symptômes les plus cités sont, par ordre décroissant :

Tableau XXIV : Les symptômes de l'automédication en manœuvre

symptômes	non	NR	oui	total	% oui
toux	15	1	3	19	21,43
fièvre	11	1	7	19	50,00
diarrhée/constipation	18	1	0	19	0,00
mal de gorge	16	1	2	19	14,29
migraine	10	1	8	19	57,14
problème cutané	18	1	0	19	0,00
fatigue/insomnie	15	1	3	19	21,43
douleur	14	1	4	19	28,57
allergie	18	1	0	19	0,00
autres	17	1	1	19	7,14

- la migraine à 57,1%,
- la fièvre à 50%,
- la douleur à 28,57%,
- la toux et la fatigue à 21,43%,
- le mal de gorge à 14,29%,
- les autres : la musculation à 7,14%.

En comparant les symptômes selon l'activité (Figure 41), on constate que :

- la migraine et les douleurs sont parmi les 3 symptômes les plus cités quelque soit l'activité,
- la fièvre est le 2ème symptôme le plus cité en manœuvre à 50% contre seulement 17% en activité normale.

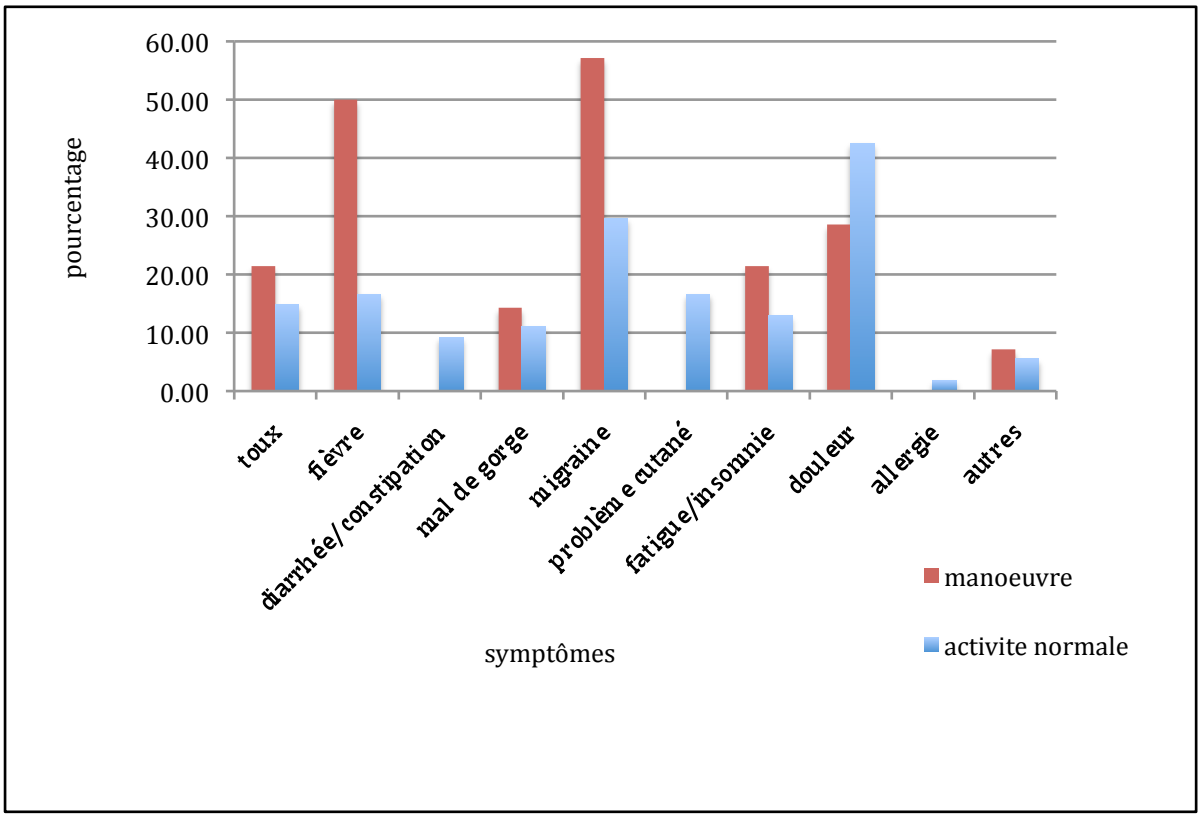


Figure 41 : Différence des symptômes selon l'activité

3.3.4. La provenance des médicaments

Après avoir étudié les symptômes et les raisons de l'automédication en manœuvre, nous nous sommes intéressés aux provenances des médicaments utilisés sur le terrain (Tableau XXV) :

- la réserve personnelle demeure la provenance principale avec plus de 63%,
- la pharmacie d'officine arrive en second avec 26,32% (Figure 42),
- les provenances : Non Renseignée et le don d'un collègue représentent 5% chacune.

Tableau XXV : Provenance des médicaments d'automédication en manœuvre

provenance	Automédication	%
achat sur internet	0	0,00
autres	0	0,00
NR	1	5,26
donné par collègue	1	5,26
pharmacie	5	26,32
réserve personnelle	12	63,16
rue / marché	0	0,00
total	19	100,00

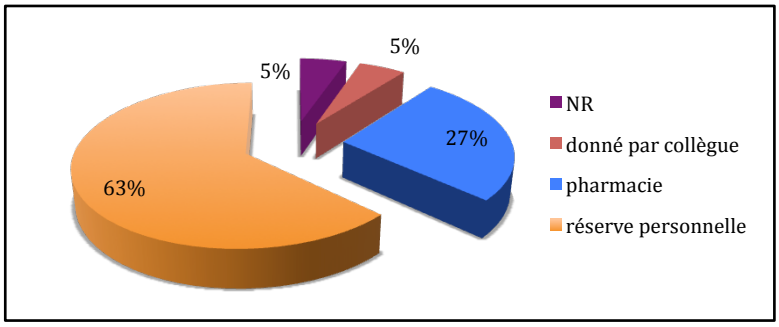


Figure 42 : Répartition des médicaments d'automédication en manœuvre

En comparant la provenance des médicaments d'automédication en activité normale et en manoeuvre, la répartition est identique (Figure 43).

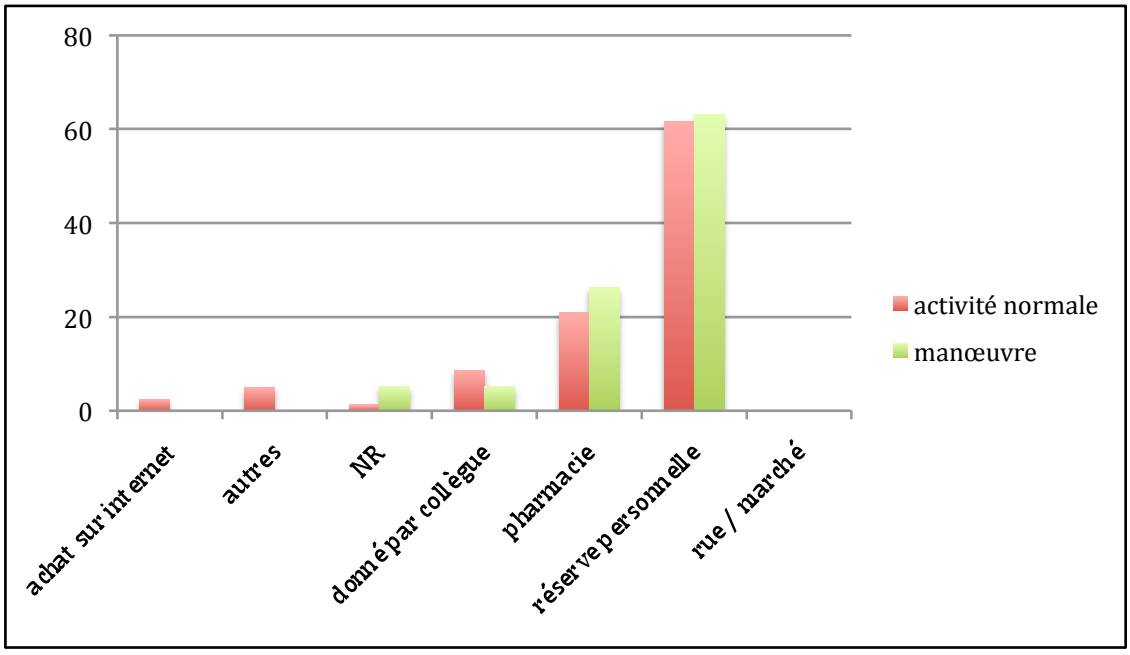


Figure 43 : Comparaison des provenances des médicaments selon l'activité

3.3.5. L'efficacité de l'automédication en manoeuvre

Afin d'évaluer l'efficacité ressentie par le patient de l'automédication, nous regardons les réponses aux questions « efficacité » et « consultation médicale » des questionnaires « automédication oui » (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : Evaluation de l'efficacité de l'automédication en manoeuvre

	NORMALE		MANŒUVRE	
Consultation				
non	43	(82.7%)	11	(100.0%)
oui	9	(17.3%)	0	(0.0%)
efficace				
non	6	(11.1%)	3	(25.0%)
oui	48	(88.9%)	9	(75.0%)

Aucune automédication n'a engendré de consultation médicale en manœuvre. Cependant un quart des personnes s'automédiquant estiment que cela n'a pas été efficace. Cela représente plus du double qu'en activité normale.

3.4. Influence de l'activité régimentaire sur l'automédication

Afin de savoir si la différence d'activité régimentaire entre l'activité normale et la période de manœuvre influe sur l'automédication, nous avons recensé l'ensemble des questionnaires « automédication oui » selon leur activité et comparé les différentes variables selon des tests statistiques :

- soit le test du Chi-2 ou exact de Fisher pour des variables qualitatives,
- soit test issu d'un test de Student ou de Wilcoxon pour les variables de type quantitatives.

Les résultats seront développés dans le paragraphe 5 lors de la comparaison des activités régimentaires entre elles.

En conclusion, on peut dire que la population d'automédication en manœuvre a presque les mêmes caractéristiques que celle en activité normale, que les raisons de recours à l'automédication demeurent les mêmes ainsi que les classes thérapeutiques utilisées. Concernant les symptômes, on note une part plus importante des migraines en manœuvre.

4. L'automédication en OPEX

Les 371 questionnaires en OPEX ont été recueillis sur 3 périodes distinctes (deux pour le Liban et une pour la Côte d'Ivoire). Nous avons regroupé l'ensemble de ces questionnaires afin d'étudier la population « OPEX ».

4.1. Description de cette population

En OPEX, la population ayant participé au recueil des données (Tableau XXVII) se caractérise par :

Tableau XXVII : Description générale de la population OPEX

Description de la population OPEX		
	OPEX	
âge		
N	371	
mean (std)	26.7 (5.61)	
min - median - max	19 - 26.0 - 50	
Sexe		
Femmes	22	(5,9%)
Hommes	349	(94,1%)
nombre d'années de service		
N	371	
mean (std)	6.7 (5.60)	
min - median - max	0 - 5.0 - 33	
rang		
MDR	280	(75.5%)
NR	0	(0.0%)
Officier	14	(3.8%)
Sous officier	77	(20.8%)
niveau étude		
BAC / +	151	(40.7%)
BEP / CAP	150	(40.4%)
BEPC	39	(10.5%)
NR	4	(1.1%)
sans diplôme	27	(7.3%)
OPEX		
Cote d'Ivoire	63	(17.0%)
Liban	307	(82.7%)
NR	1	(0.3%)
médicaments emportés		
NR	5	(1.3%)
non	226	(60.9%)
oui	140	(37.7%)
durée opex		
4 à 6 mois	314	(84.6%)
NR	8	(2.2%)
moins de 4 mois	47	(12.7%)
plus de 6 mois	2	(0.5%)
combien de médicaments emportés		
NR	233	(62.8%)
entre 3 et 5	39	(10.5%)
moins de 3	85	(22.9%)
plus de 5	14	(3.8%)
traitement médical		
NR	2	(0.5%)
non	350	(94.3%)
oui	19	(5.1%)

- un âge moyen de 26,7 ans avec des extrêmes de 19 à 50 ans et une médiane à 26 ans,

- une répartition des sexes (Figure 44) de 5,9% de femmes pour 94,1% d'hommes,

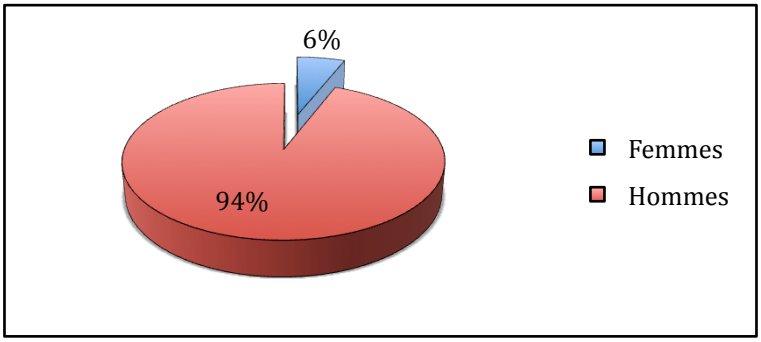


Figure 44 : Répartition de la population OPEX selon le sexe

- un nombre d'années de service moyen de 6,7 ans avec des extrêmes de 0 à 33 années de carrière,
- la répartition des rangs (Figure 45) avec :
  - 3,8% d'officiers,
  - 20,8% de sous-officiers,
  - 75,5% de MDR,

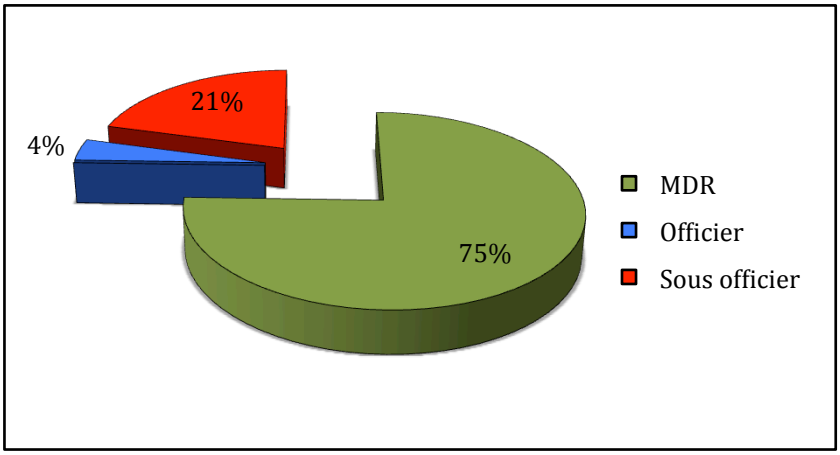


Figure 45 : Répartition de la population OPEX selon le rang

- la répartition du niveau d'étude (Figure 46) avec :
  - une prédominance de personnes ayant le BAC et plus : 40,7%, ainsi que le BEP/CAP : 40,4%,
  - les personnes ayant BEPC représente 10,5% de la « population OPEX »,
  - et les « sans diplôme » 7,3%,
  - à noter que 1,1% (soit 4 questionnaires) sont « Non Renseigné(s) ».

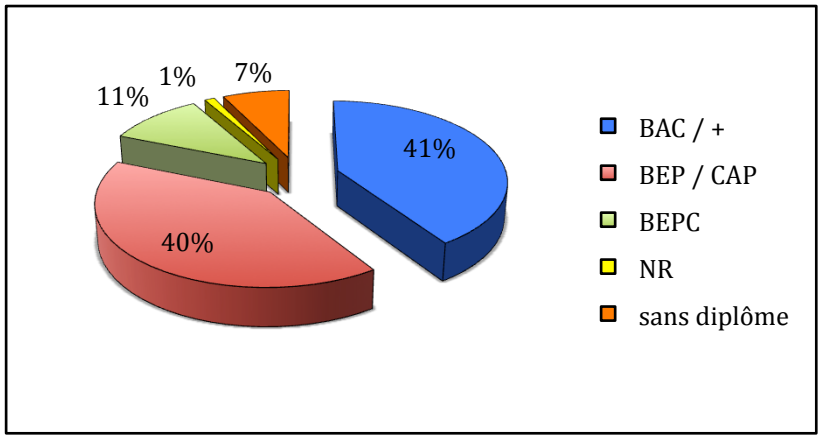


Figure 46 : Répartition de la population selon le niveau d'étude

- le lieu d'OPEX (Figure 47) qui se divise en :
  - 82,7% de questionnaires provenant du Liban,
  - 17% provenant de la Côte d'Ivoire et,
  - 0,3% (soit un questionnaire) non renseigné.

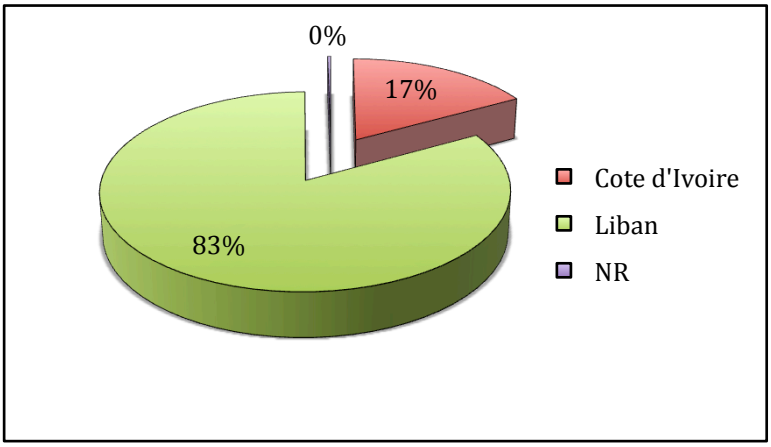


Figure 47 : Répartition de la population OPEX selon le lieu

- la durée de l'OPEX qui a été catégorisée en différentes périodes (Figure 48) (sachant que le personnel n'a qu'une indication officieuse de cette dernière au moment où il remplit le questionnaire) :
  - « moins de 4 mois » : 12,7%,
  - « 4 à 6 mois » : 84,6%,
  - « plus de 6 mois » : 0,5%,
  - « NR » : 2,2%.

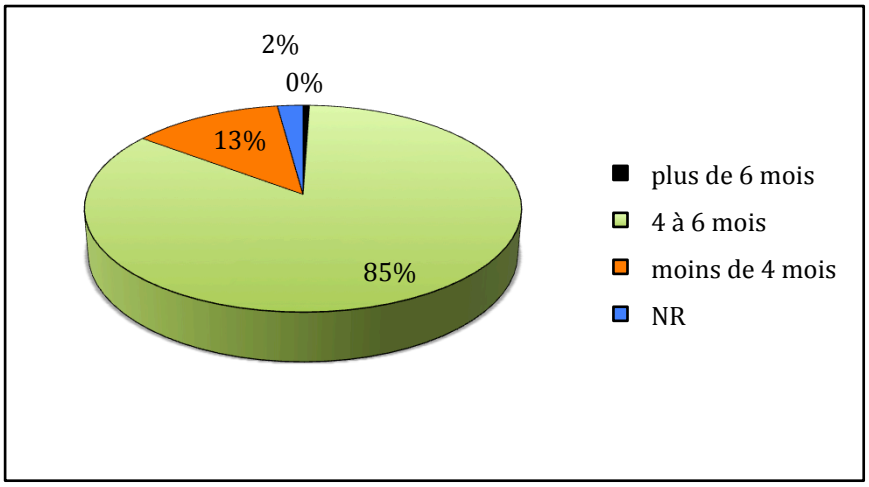


Figure 48 : Répartition de la population OPEX selon la durée de l'OPEX

- le fait d'emporter des médicaments sur le lieu d'OPEX dans les affaires personnelles :
  - 37,7% soit plus d'un tiers de la population « OPEX » a emporté des médicaments avec elle,
  - 60,9% n'en a pas emportés,
  - 1,3% de la population a omis de répondre à cette question,
- le nombre de médicaments emportés :
  - 22,9% en ont emportés moins de 3,
  - 10,5% ente 3 et 5,
  - 3,8% plus de 5 médicaments.
- le fait d'être sous traitement médical pour 5,1% de la population en OPEX.

La comparaison de la population en OPEX, par rapport aux deux autres activités, sera traitée dans le 5ème paragraphe des résultats.

4.2. Description de l'automédication en OPEX

Dans la population OPEX, on constate (Tableau XXVIII) que :

Tableau XXVIII : automédication dans la population en OPEX

	OPEX	
plusieurs médicaments		
NR	7	(1.9%)
non	334	(90.0%)
oui	30	(8.1%)
automédication		
NR	10	(2.7%)
non	291	(78.4%)
oui	70	(18.9%)
autoprescription		
NR	5	(1.3%)
non	280	(75.5%)
oui	86	(23.2%)

- 70 cas d'automédication ont été recensés en OPEX soit 18,9% de la population,
- 23,2% de la population ont eu recours à l'autoprescription soit 16 cas supplémentaires par rapport à l'automédication (Figure 49). Ceci s'explique soit par le fait que le produit de santé n'ait pas d'AMM soit par le fait que la personne n'ait pas précisé le nom du produit consommé.
- Si l'on exclut les questionnaires non renseignés, l'incidence de l'automédication est de 19,4% et celle de l'autoprescription de 23,5%.

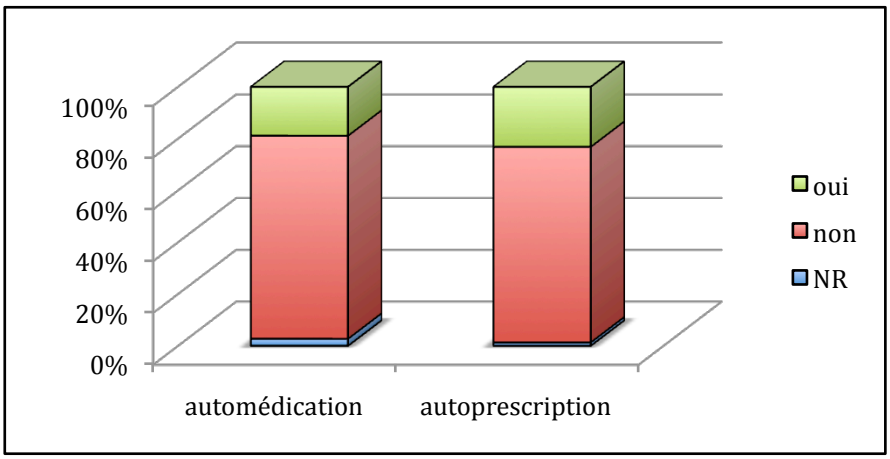


Figure 49 : Différence entre autoprescription et automédication en OPEX

- 8,1% de la population en OPEX a exercé une poly-automédication .

4.2.1. Caractéristiques de la population d'automédication en OPEX

Considérons maintenant la population « automédication oui » en OPEX (Tableau XXIX), celle-ci se caractérise par :

- un âge moyen de 28,6 ans soit supérieur à la moyenne de la population OPEX ;
- une répartition des sexes (Figure 50 avec une plus grande proportion des femmes que dans la population OPEX : 17,1% contre 5,9%. En effet 12 femmes sur 22 en OPEX s'automédiquent soit près de 54,5% des femmes ;

Tableau XXIX : Description de l'automédication en OPEX

Automédication en OPEX		
	OPEX	
âge		
N	70	
mean (std)	28.6 (4.96)	
min - median - max	21 - 28.0 - 41	
Sexe		
homme	58	(82.9%)
femme	12	(17.1%)
nombre d'années de service		
N	70	
mean (std)	7.7 (4.65)	
min - median - max	1 - 8.0 - 17	
médicaments emportés		
oui	62	(89.9%)
non	7	(10.1%)
durée opex		
4 à 6 mois	64	(92.8%)
moins de 4 mois	5	(7.2%)
autoprescription		
oui	70	(100.0%)
rang		
MDR	45	(64.3%)
Sous OFF	19	(27.1%)
OFF	6	(8.6%)
niveau étude		
BEP CAP	23	(33.3%)
BEPC	9	(13.0%)
BAC ou +	36	(52.2%)
sans diplôme	1	(1.4%)
OPEX		
Cote d'Ivoire	12	(17.1%)
Liban	58	(82.9%)
combien de médicaments emportés		
moins de 3	34	(54.8%)
entre 3 et 5	19	(30.6%)
plus de 5	9	(14.5%)
traitement médical		
non	61	(87.1%)
oui	9	(12.9%)
médicaments sans voir le médecin		
non	13	(18.6%)
oui	57	(81.4%)
plusieurs médicaments		
non	43	(61.4%)
oui	27	(38.6%)
médicament utilisé sans avis médical		
non	44	(62.9%)
oui	26	(37.1%)

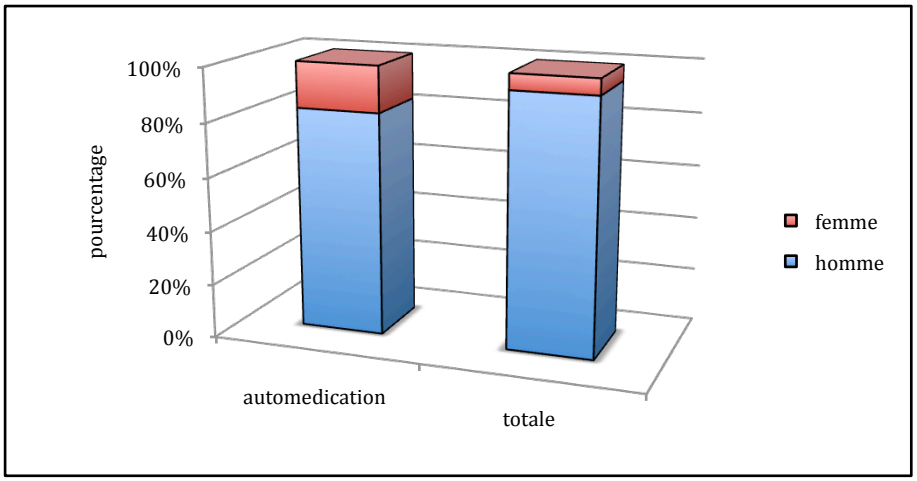


Figure 50 : Répartition du sexe selon l'automédication en OPEX

- une nombre d'années de service moyen de 7,7 ans avec des extrêmes allant de 1 à 17 ans, la moyenne est plus élevée que celle de la population OPEX qui est de 6,7 ans ;
- une sur-automédication chez les officiers et sous-officiers (Figure 50) avec :
    - 8,6% de l'automédication correspond à des officiers alors qu'ils ne représentent que 3,8% de la population en OPEX,
    - 27,1% de l'automédication est réalisée par des sous-officiers ne représentant que 20,8% de la population en OPEX ;

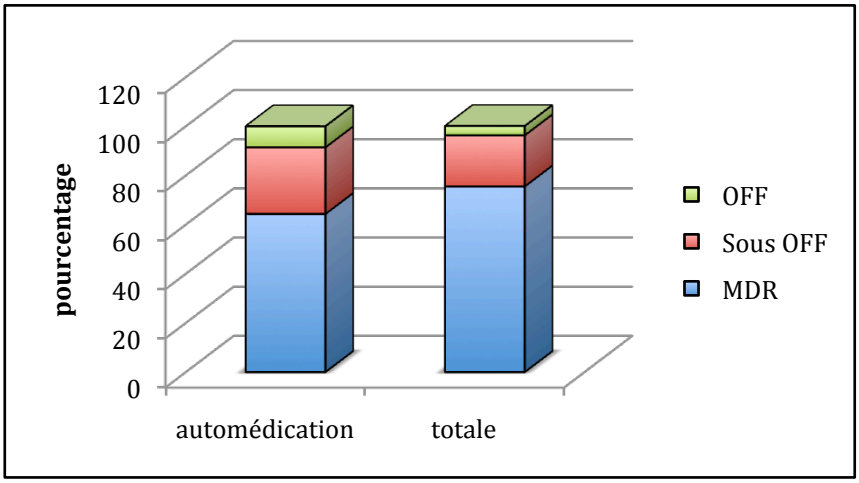


Figure 51 : Différence de répartition du rang selon l'automédication en OPEX

- une sur-automédication chez les personnes les plus diplômées (Figure 52) avec :
    - 52,2% de l'automédication effectuées par des personnes ayant le BAC ou plus alors qu'elles ne représentent que 41,1% de la population ;

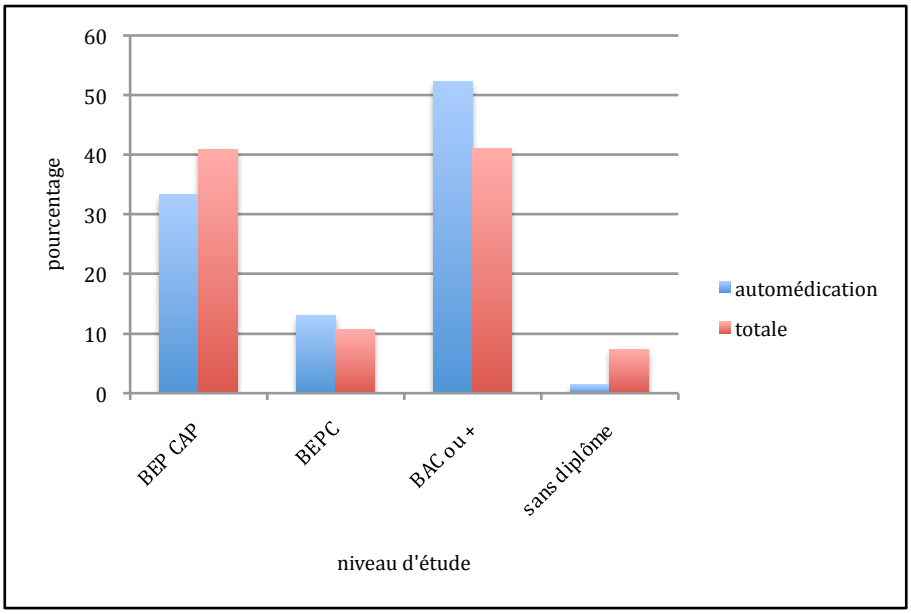


Figure 52 : Différence de répartition du niveau d'étude selon l'automédication en OPEX

- l'absence de répercussion du lieu sur l'automédication, en effet :
  - 17,1% de l'automédication ont eu lieu en Côte d'Ivoire
  - 82,9% au Liban.

  Ces chiffres sont similaires à la répartition de la « population OPEX » avec 17% des personnes en Côte d'Ivoire pour 83% au Liban.

- 90% de l'automédication concernent des personnes qui avaient emporté des médicaments dans leurs affaires alors que nous l'avons vu précédemment que seulement 37% de la population d'OPEX avait des médicaments dans ses affaires (Figure 53).

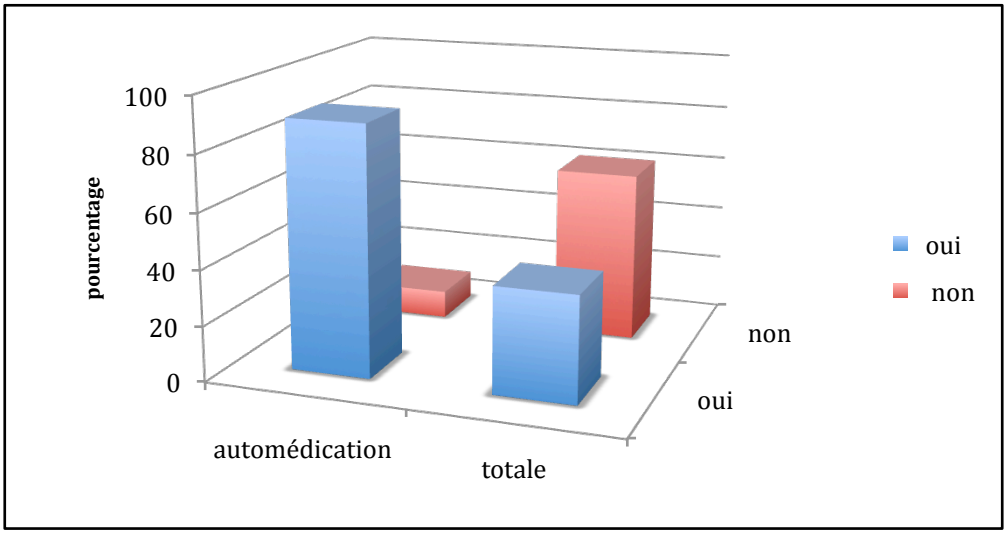


Figure 53 : Différence de médicaments emportés selon l'automédication en OPEX

Le nombre de médicaments emportés favorise l'acte d'automédication (Figure 54) en effet : plus le nombre de médicaments dans les affaires personnelles augmente plus le risque d'automédication augmente pour la personne :

- 54,8% de l'automédication correspond à des personnes ayant moins de 3 médicaments dans leurs affaires alors que dans la « population OPEX », cela représente 61,4% des personnes,
- 30,6% des personnes qui s'automédiquent, ont emporté « entre 3 et 5 médicaments » pour seulement 28,3% dans « la population OPEX »,
- de même, 14,5% des personnes ayant consommé des médicaments, ont emporté pour « plus de 5 médicaments » alors que dans « la population OPEX », seulement 10,1% ont emporté plus de 5 médicaments.

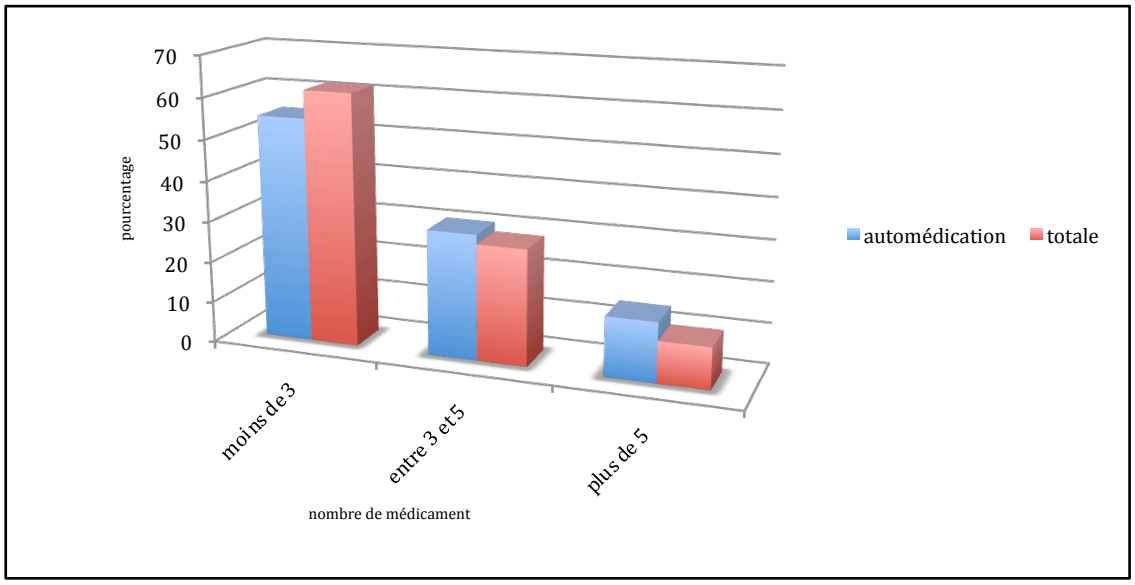


Figure 54 : Répercussion du nombre de médicaments emportés sur l'automédication en OPEX

Nous remarquons aussi :

- une poly-médication dans plus d'un tiers des cas d'automédication avec 38,6%,
- une sur représentation des patients sous traitement dans la population automédication avec 13% des personnes, alors que dans la population OPEX elles ne sont que de 5,1%,
- deux catégories d'automédication :
  - 37,1% de l'automédication se font à partir de la réutilisation de médicaments initialement prescrits,
  - 81,4% à partir de médicaments sans avis médical.

4.3. Recherche des variables influençant l'automédication

Afin de mettre en évidence le retentissement de certaines variables sur l'automédication, nous comparons les deux sous groupes : « automédication oui » et « automédication non ». (Tableau XXX)

Tableau XXX : Comparaison de l' « automédication oui » et « automédication non » en OPEX

DESCRIPTION GROUPE OPEX							
	automédication vraie				total		Test
	non		oui				
	n = 301		n=70		n=371		
âge							T-test
N	301		70		371		P = 0.002
mean (std)	26.2 (5.67)		28.6 (4.96)		26.7 (5.61)		
min - median - max	9 - 25.0 - 50		21 - 28.0 - 41		9 - 26.0 - 50		
Sexe							Chi-2
homme	291	(96.7%)	58	(82.9%)	349	(94.1%)	P = <0.001
femme	10	(3.3%)	12	(17.1%)	22	(5.9%)	
rang							Chi-2
MDR	235	(78.1%)	45	(64.3%)	280	(75.5%)	P = 0.015
Sous OFF	58	(19.3%)	19	(27.1%)	77	(20.8%)	
OFF	8	(2.7%)	6	(8.6%)	14	(3.8%)	
niveau étude							Chi-2
BEP CAP	127	(42.6%)	23	(33.3%)	150	(40.9%)	P = 0.042
BEPC	30	(10.1%)	9	(13.0%)	39	(10.6%)	
BAC	115	(38.6%)	36	(52.2%)	151	(41.1%)	
Sans diplômes	26	(8.7%)	1	(1.4%)	27	(7.4%)	
nombre d'années de service							T-test
N	301		70		371		P = 0.079
mean (std)	6.4 (5.78)		7.7 (4.65)		6.7 (5.60)		
min - median - max	0 - 5.0 - 33		1 - 8.0 - 17		0 - 5.0 - 33		

On constate qu'il y a une différence significative (p=0,002) de l'âge (Figure 55) entre nos deux sous groupes avec une moyenne d'âge plus élevée (28,6 années) chez les personnes s'automédiquant par rapport aux autres (26,2 années).

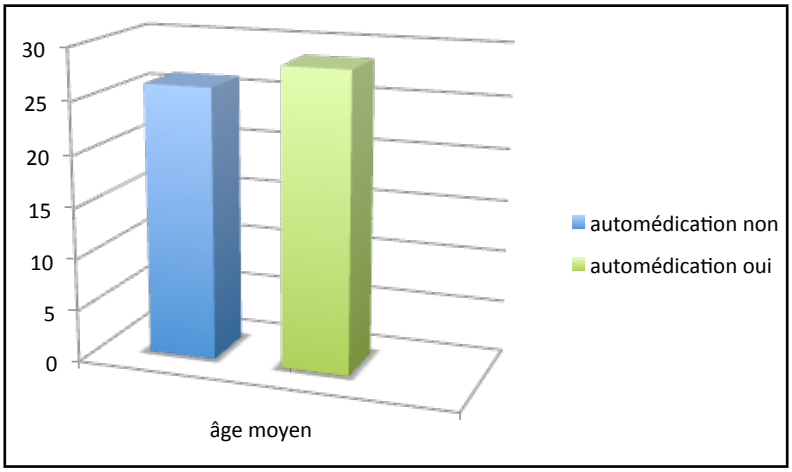


Figure 55 : Différence de l'âge entre l' « automédication oui » et « automédication non »

Pour le sexe (Figure 56), on remarque que la différence de répartition entre homme et femme de nos deux groupes est significative (p<0,001) : la proportion de femmes dans le groupe « automédication oui » est de 17,1% contre 3,3% dans le groupe « automédication non ». Donc la variable « femme » semble augmenter l'incidence de l'automédication en OPEX.

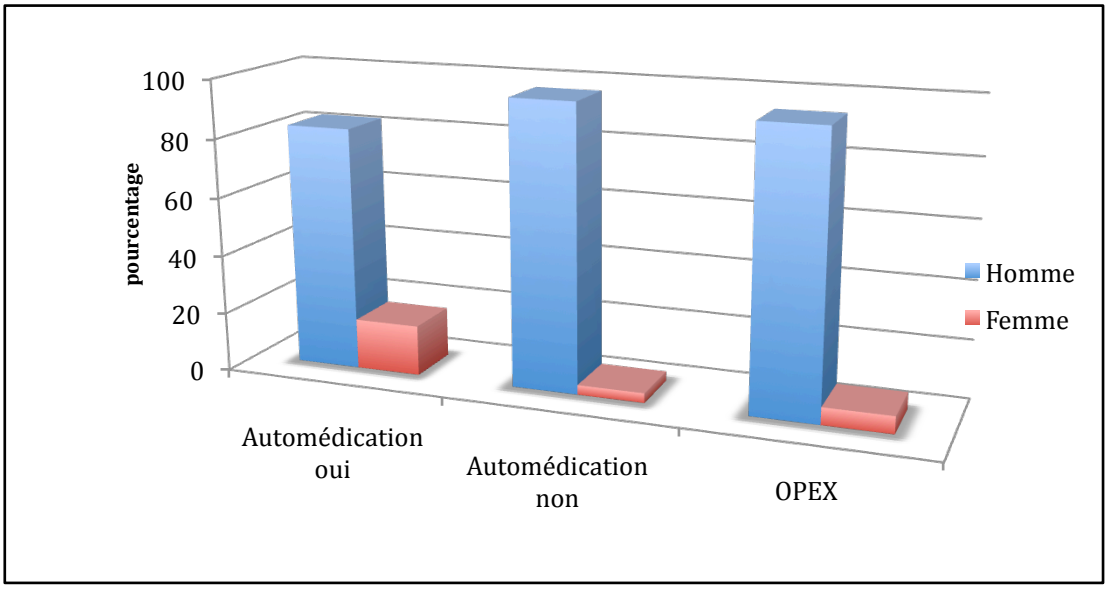


Figure 56 : Répartition du sexe selon l'automédication en OPEX

Pour le rang (Figure 57), la différence de répartition des catégories de grade entre nos deux populations est significative (p=0,015). La proportion d'officiers dans le groupe « automédication oui » est plus importante que dans le groupe « automédication non » avec 8,6% contre 2,7%. Il en est de même pour les sous-officiers représentant 27,1% de l'« automédication oui » contre 19,3% de l'« automédication non ».

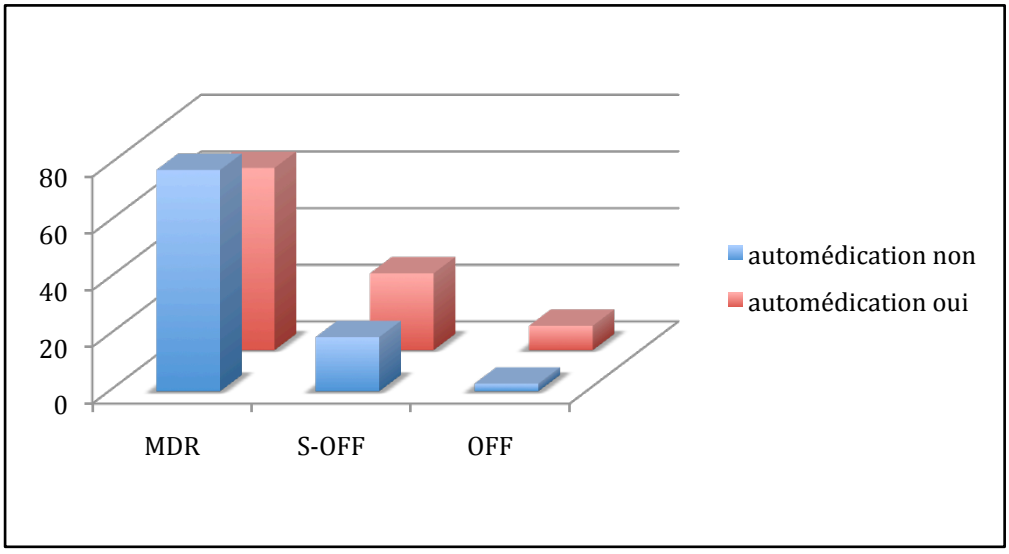


Figure 57 : Répartition des rangs selon l'automédication en OPEX

Une différence significative dans la répartition du niveau d'étude (Figure 58) entre nos 2 groupes est observée (p =0,0042). On remarque surtout une sur représentation des personnes les plus diplômées dans la sous-population « automédication oui » avec 52,2% de BAC et plus contre 38,6% dans la sous-population « automédication non ».

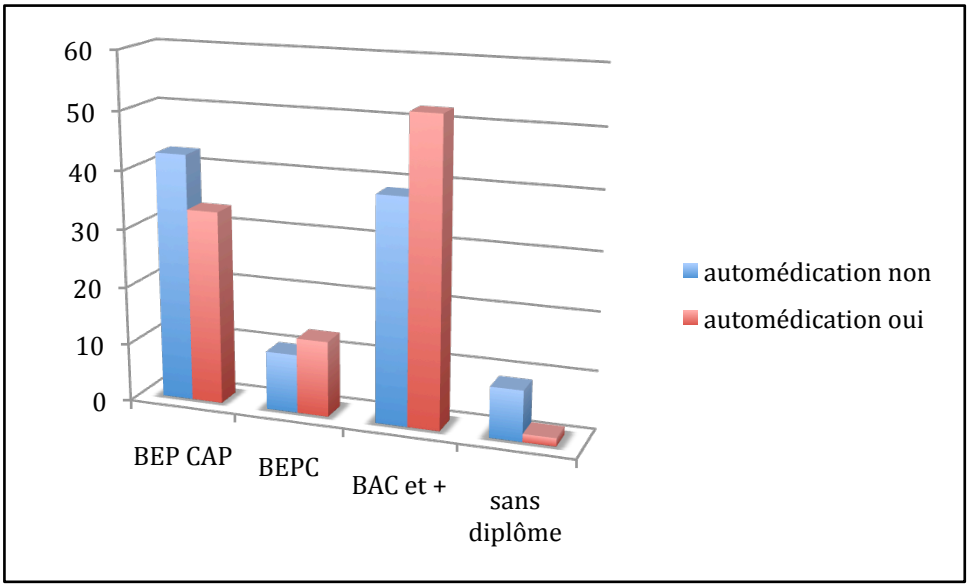


Figure 58 : Répartition du niveau d'étude selon l'automédication en OPEX

Nous ne détaillerons pas la différence d'expérience (nombre d'années de service) entre les groupes qui n'est pas significative (p>0,05).

Nous pouvons dire qu'en OPEX, la population ayant recours à l'automédication est caractérisée par une proportion plus importante de femmes, d'officiers et sous-officiers, et de personnes ayant le BAC. Dès lors ces variables semblent engendrer une augmentation de l'incidence de l'automédication.

4.4. Description des caractéristiques de l'automédication en OPEX

4.4.1. Les classes thérapeutiques utilisées

Nous avons pris comme unité statistique : les médicaments d'automédication. On dénombre au total 70 actes d'automédications en OPEX dont 27 (soit 37,8%) furent multiples (Tableau XXIX) pour un total de 107 médicaments recensés.

Les classes thérapeutiques utilisées en OPEX sont (Tableau XXXI – Figure 59) par ordre décroissant :

Tableau XXXI : Classes thérapeutiques des médicaments d'automédication en OPEX

classe thérapeutique	Nombre	%
ANTI DOULEUR	43	40,19
AINS	19	17,76
AUTRES	17	15,89
ANTI DIARRHEIQUE / LAXATIF	12	11,21
VITAMINES / FORTIFIANTS	5	4,67
POMMADE	5	4,67
ANTI VIRAL	2	1,87
PROTEINE / CREATINE	1	0,93
CORTICOIDE	1	0,93
CONTRE LA TOUX MAL DE GORGE	1	0,93
ANTI RHUME	1	0,93
ATB	0	0,00

- les anti-douleurs à 40,19%,
- les AINS à 17,76%,
- les autres à 15,89% soit 17 cas, correspondant à :
    - 5 cas des décontracturants musculaires,
    - 4 cas ayant pris du *Phloroglucinol* ou Spasfon®,
    - 3 cas de la phytothérapie,
    - 3 cas des anti-histaminiques.
    - 1 cas de l'homéopathie,
    - 1 cas des anti-émétiques,
- les anti-diarrhéiques ou laxatifs à 11,21%,
- les vitamines ou fortifiants à 4,67%,
- les pommades (non AINS) à 4,67%,
- le reste des classes n'étant qu'anecdotique.

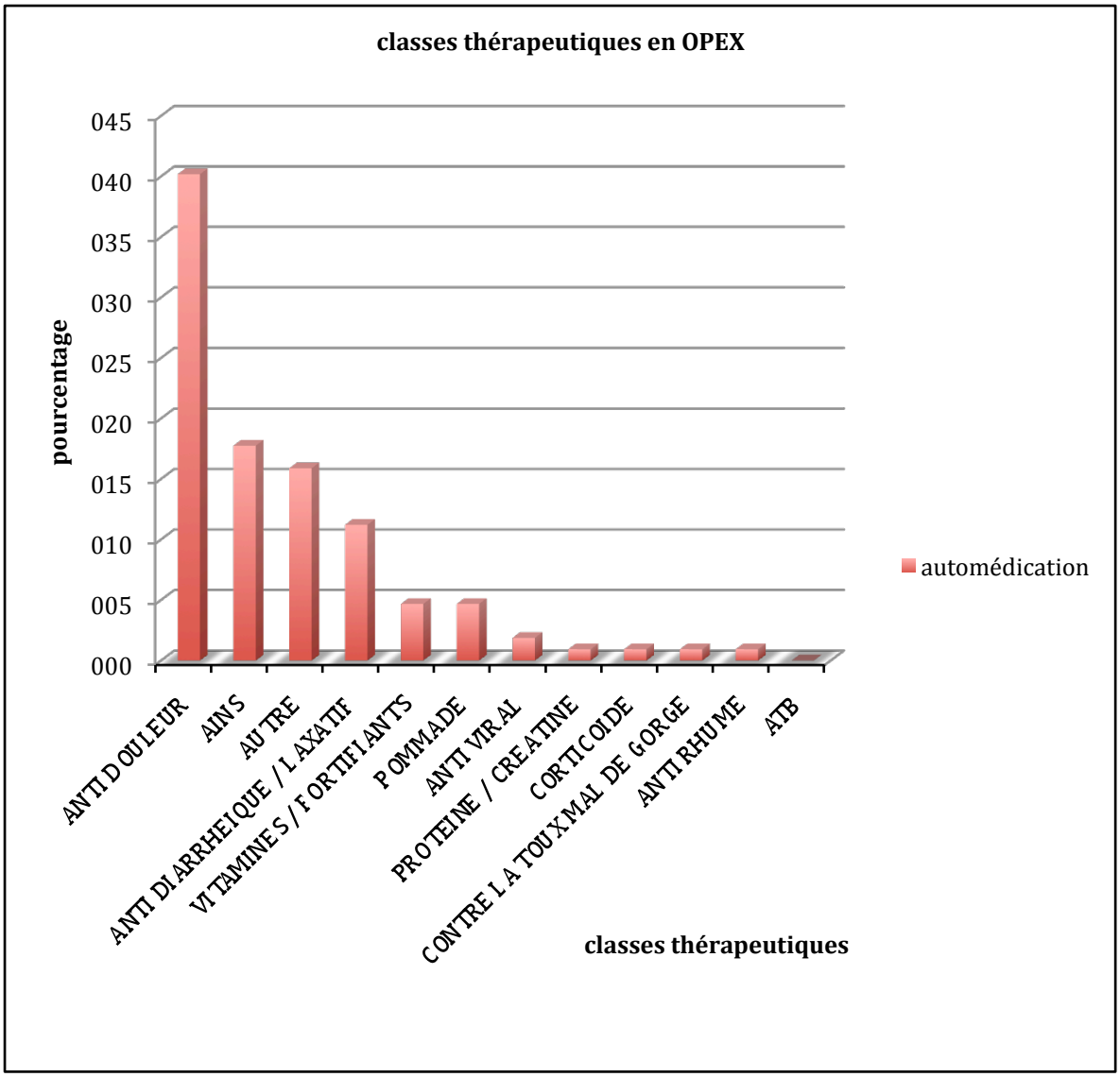


Figure 59 : Répartition des classes thérapeutiques d'automédication en OPEX

En comparant avec l'activité normale, on note :

- une sur consommation des anti-diarrhéiques et laxatifs en OPEX deux fois plus nombreux qu'en métropole,
- une persistance de la prédominance des antalgiques et AINS quelle que soit l'activité,
- une nette augmentation de la part des « autres » classes thérapeutiques.

4.4.2. Les raisons de cette automédication

Intéressons nous aux détails de l'automédication en OPEX comme les raisons (Tableau XXXII) du recours à l'automédication par les personnes.

Tableau XXXII : recensement des raisons de l'automédication en OPEX

les raisons de l'automédication en OPEX					
raisons	non	NR	oui	total	% de oui
soulagement rapide	51	4	52	107	74,29
problème connu	52	4	51	107	72,86
perte de temps	56	4	47	107	67,14
continuer à servir	75	5	27	107	38,57
bénin	76	4	27	107	38,57
peur inaptitude	94	4	9	107	12,86
manque de confiance	98	4	5	107	7,14
autres	100	4	3	107	4,29
éloigne d'une structure	102	4	1	107	1,43
conseillé	102	4	1	107	1,43

On remarque que les raisons citées par ordre décroissant sont (Figure 60) :

- la nécessité d'un soulagement rapide à 74,3%,
- la connaissance des symptômes à 72,86%,
- la perte de temps à 67,14%,
- la volonté de continuer à servir à 38,57%,
- le caractère bénin de la pathologie à 38,57%,
- la peur de l'inaptitude à 12,86%,
- le manque de confiance à 7,14%,
- les autres raisons à 4,29%,
- le fait que l'automédication soit « conseillée » à 1,43% et,
- le fait d'être « éloigné d'une structure de soin » ne représente que 1,43% de l'automédication en OPEX.

Comparativement à l'activité normale (Figure 23), on remarque que :

- la raison « soulagement rapide » demeure la plus citée quel que soit le type d'activité,
- « la perte de temps » et « le problème connu » font toujours parties des 4 raisons les plus citées que ce soit en OPEX ou en activité normale,
- la volonté de « continuer à servir » est plus marquée en OPEX qu'en activité normale,
- le « manque de confiance » vis-à-vis du médecin militaire est légèrement augmenté en OPEX par rapport à l'activité normale (7,14% contre 1,85%).

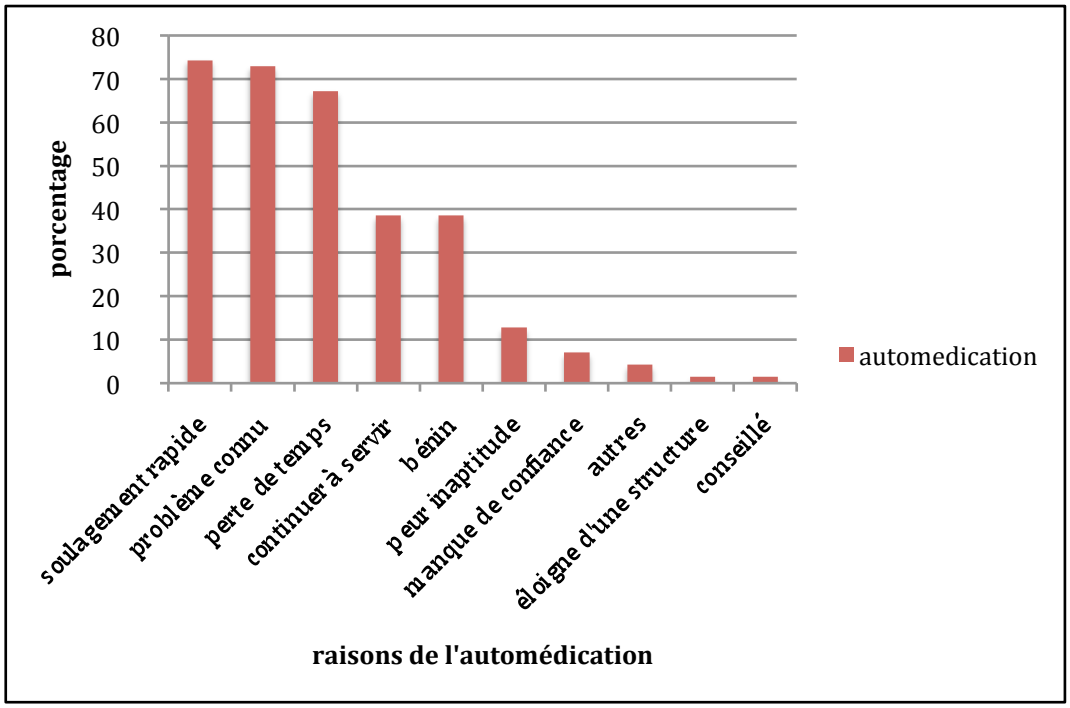


Figure 60 : Raisons de l'automédication en OPEX

4.4.3. Les symptômes de cette automédication

De même que dans le paragraphe précédent, nous conservons le médicament comme unité statistique afin d'analyser les 107 symptômes (Tableau XXXIII) pour lesquelles les 70 personnes ont eu recours à l'automédication en OPEX.

Tableau XXXIII : recueil des symptômes de l'automédication en OPEX

les symptômes de l'automédication en OPEX					
symptômes	non	NR	oui	total	% oui
migraine	62	2	43	107	61,43
douleur	72	2	32	106	45,71
diarrhée/constipation	91	2	14	107	20,00
fièvre	94	2	11	107	15,71
fatigue/insomnie	95	2	10	107	14,29
problème cutané	99	2	6	107	8,57
autres	100	2	5	107	7,14
mal de gorge	101	2	4	107	5,71
allergie	101	2	4	107	5,71
toux	103	2	2	107	2,86

Après avoir réalisé le recueil des symptômes, on constate que les symptômes les plus cités par ordre décroissant sont (Figure 61) :

- la migraine à plus de 61%,
- la douleur à 45,7%,
- la diarrhée et la constipation à 20%,
- la fièvre à 15,71%,

- la fatigue et l'insomnie à 14,29%,
- arrivent ensuite les problèmes cutanés à 8,57%, les autres symptômes à 7,14% (comprenant « musculation », « problème respiratoire », « vomissement », et « dépression »). Le mal de gorge ainsi que les allergies représentent chacun 5,71% des symptômes et enfin la toux 2,86%.

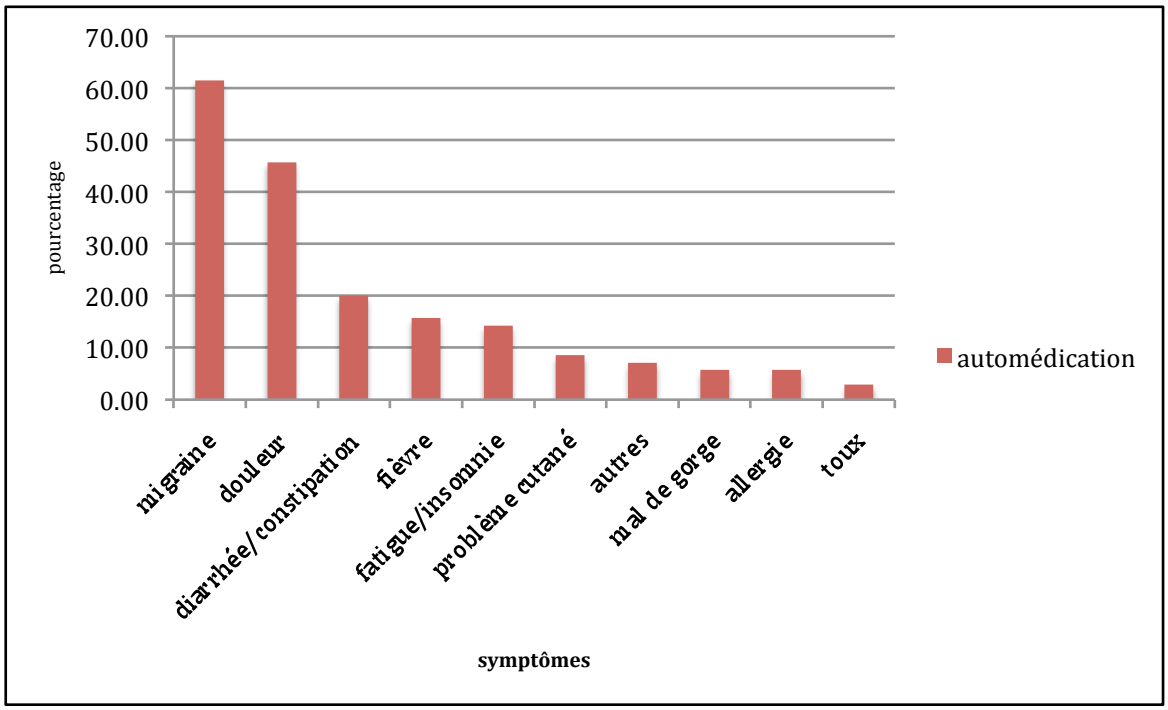


Figure 61 : Répartition de l'automédication en OPEX en fonction des symptômes

Comparativement aux symptômes de l'automédication en activité normale :

- « la migraine » est largement majoritaire en OPEX à 61% alors qu'elle ne représente que 29,6% des symptômes en activité normale,
- « les diarrhées / constipation » représentent le double des raisons d'automédication qu'en activité normale,
- « le mal de gorge » et « la toux » sont respectivement 2 et 7 fois moins cités en OPEX qu'en activité normale.

4.4.4. La provenance des médicaments en OPEX

Considérant les médicaments d'automédication, nous avons relevé l'ensemble de leurs provenances (Tableau XXXIV) afin de mettre en évidence que :

Tableau XXXIV : Provenance des médicaments d'automédication en OPEX

la provenance des médicaments d'automédication en OPEX		
provenance	Automédication	%
réserve personnelle	85	79,44
pharmacie	9	8,41
donné par collègue	8	7,48
autres	3	2,80
NR	2	1,87
achat sur internet	0	0,00
rue / marché	0	0,00

- 79,4% des médicaments sont issus des réserves personnelles,
- 8,41% sont achetés en pharmacie,
- 7,48% donnés par des collègues,
- enfin, les autres provenances sont nulles ou peu citées (Figure 62).

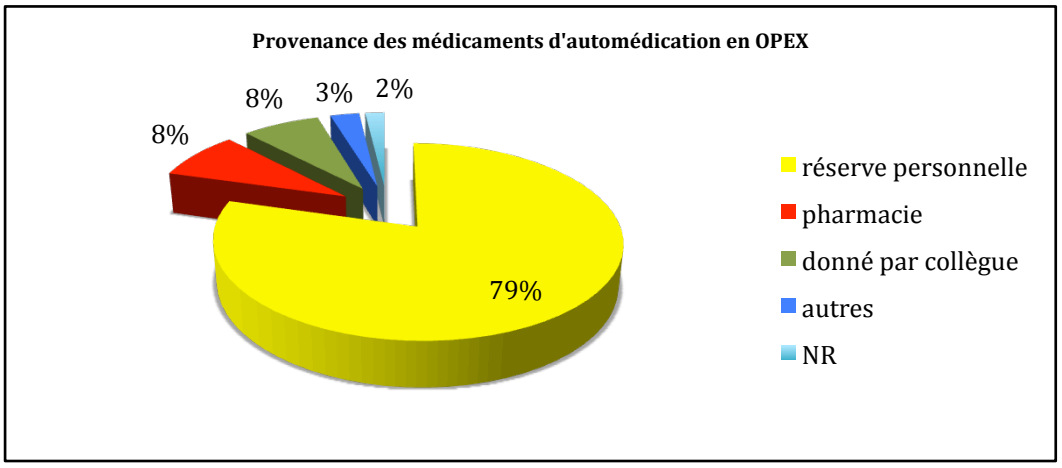


Figure 62 : Répartition de la provenance des médicaments d'automédication en OPEX

Nous remarquons aussi qu'étant donné l'importance du pourcentage de médicaments emportés (37,7% des personnes en OPEX et près de 90% des personnes s'étant automédiquées sur place), il semble cohérent que la réserve personnelle soit la principale provenance. Malgré la présence de nombreux marchés avec des médicaments en vente libre dans les rues en OPEX, aucune personne durant les périodes d'inclusion n'a recensé cette provenance.

4.4.5. Efficacité de l'automédication en OPEX

Les personnes ont répondu de façon subjective sur l'efficacité de leur acte d'automédication (Tableau XXXV).

On constate que :

- 84,3 % des personnes s'étant automédiquées estiment que cela a été efficace,
- 15,7 % ont consulté après avoir pris un médicament d'automédication,
- 10% à 13% des personnes ont omis de répondre à ces questions.

Tableau XXXV : Efficacité de l'automédication en OPEX

OPEX		
Consultation	nombre	%
non	52	74,3
NR	7	10
oui	11	15,7
Efficacité		
non	2	2,8
NR	9	12,9
oui	59	84,3

Pour conclure, on remarque que les caractéristiques de l'automédication en OPEX demeurent les mêmes que dans les deux autres activités étudiées, avec comme principale raison de recours à l'automédication : le besoin d'un soulagement rapide, pour essentiellement des migraines ou des douleurs, pour lesquelles les personnes consomment de préférence des antalgiques ou des AINS provenant de leur réserve personnelle.

5. Comparaison des activités régimentaires

Après avoir décrit et analysé de façon distincte les 3 types d'activité : activité normale, en manœuvre, en OPEX, nous allons les comparer entre elles afin de mettre en évidence des différences et des similitudes. Cette comparaison a été réalisée sur l'ensemble des questionnaires en excluant trois d'entre eux car le type d'activité n'était pas renseignée soit 996 questionnaires au total.

Pour établir si ces différences sont significatives, des tests statistiques de Chi-2 pour les variables qualitatives et test issu de l'analyse de variance pour les variables quantitatives ont été effectués sur l'ensemble des questionnaires (Tableau XXXVI).

Tableau XXXVI : Comparaison entres les trois activités régimentaires

	Population Générale									
	OPEX N=371 (37,2%)			**activité normale** N=436 (43,8%)			**manœuvre** N=189 (19,0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Automedicationvraie										0,0013
Non	291	80,6		356	86,4		164	92,1		
Oui	70	19,4		56	13,6		14	7,9		
Sexe										0,0138
Femme	22	5,9		12	2,8		3	1,6		
Homme	349	94,1		424	97,2		185	98,4		
Age	371	26,7	5,6	436	25,8	7	189	23,9	4,4	<0,0001
Rang										0,0431
MDR	280	75,5		344	79,1		164	86,8		
Officier	14	3,8		14	3,2		3	1,6		
Sous officier	77	20,8		77	17,7		22	11,6		
Année Service	371	6,7	5,6	436	5,9	6,7	189	3,7	3,9	<0,0001
Etude										0,0015
BAC / +	151	41,1		124	28,6		52	27,7		
BEP / CAP	150	40,9		203	46,8		90	47,9		
BEPC	39	10,6		61	14,1		33	17,6		
sans diplôme	27	7,4		46	10,6		13	6,9		
OPEX										NC
Cote d'Ivoire	63	17		NC			NC			
Liban	307	83		NC			NC			
médicaments emportés										<0,0001
non	226	61,7		5	100		152	82,6		
oui	140	38,3		0	0		32	17,4		
durée opex										<0,0001
4 à 6 mois	314	86,5		NC			0	0		
moins de 4 mois	47	12,9		NC			0	0		
plus d'1 mois	0	0		NC			1	0,5		
plus d'une semaine	0	0		NC			146	80,2		
plus de 6 mois	2	0,6		NC			0	0		
une semaine	0	0		NC			35	19,2		
nombre médicaments										0,0318
entre 3 et 5	39	28,3		NC			5	15,6		
moins de 3	85	61,6		NC			27	84,4		
plus de 5	14	10,1		NC			0	0		
traitement médical										0,2908
non	350	94,9		407	93,8		183	96,8		
oui	19	5,1		27	6,2		6	3,2		
médicaments sans aller voir le médecin										0,0014
non	297	80,5		363	84,6		169	92,3		
oui	72	19,5		66	15,4		14	7,7		
plusieurs médicaments										0,0296
non	334	91,8		399	94,8		174	97,2		
oui	30	8,2		22	5,2		5	2,8		
Médicaments réutilisés										0,5347
non	342	92,7		397	93		175	95,1		
oui	27	7,3		30	7		9	4,9		
Autoprescription										0,0018
non	280	76,5		347	80,9		164	89,1		
oui	86	23,5		82	19,1		20	10,9		

- écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

Pour la variable « automédication » (Figure 63), on constate une différence d'incidence entre les trois groupes avec : 13,6% en activité normale, 7,9% d'automédication en manœuvre et 19,4% en OPEX. Cette différence entre les trois groupes est significative (p=0,0013) sachant que le risque α est de 10% (car 2 tests ont été réalisés à la suite) et que le seuil de signification est de 2,5% (d'où le seuil p<0,025).

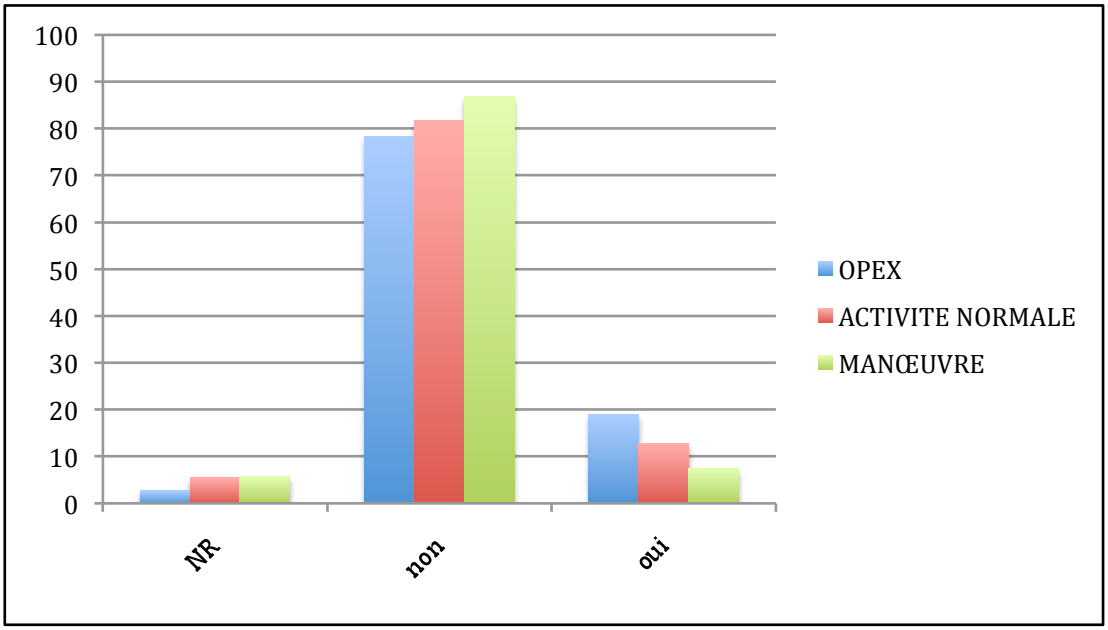


Figure 63 : Différence de l'automédication selon les activités régimentaires

De même pour l'autoprescription, (Figure 64) on remarque une différence d'incidence avec 19,1% en activité normale, 10,9% en manœuvre et 23,5% en OPEX. Cette différence d'incidence est significative (p=0,0018).

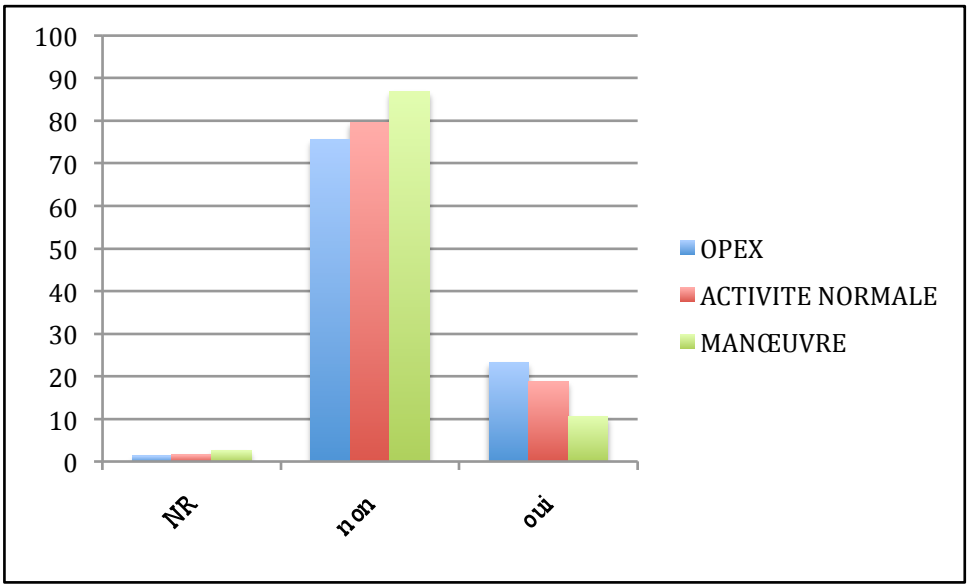


Figure 64 : Différence de l'autoprescription selon les activités régimentaires

Afin de savoir si ces variables seules expliquent les différences observées, il faut s'assurer de l'absence de disparité dans les groupes selon l'âge, le sexe, le rang, le niveau d'étude et l'expérience et montrant ainsi une similarité des caractéristiques des sous populations.

On constate une différence de « sexe » (Figure 65) entre ces groupes, considérée comme significative (p=0,0138) : pourcentage de femmes en activité normale 2,8%, en manœuvre 1,6%, en OPEX 5,9%.

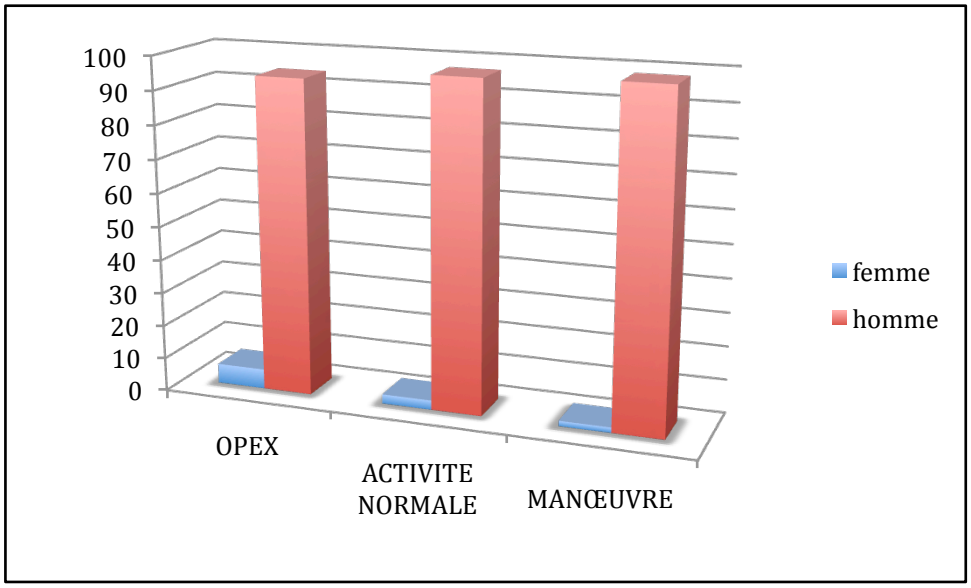


Figure 65 : Différence de répartition du sexe selon les activités régimentaires

De même « l'âge » (Figure 66) et « le nombre d'années de service » (Figure 67), les différences mises en évidence entre ces groupes demeurent significatives avec respectivement p <0,0001 pour l'âge et p= 0,0001 pour les années de services.

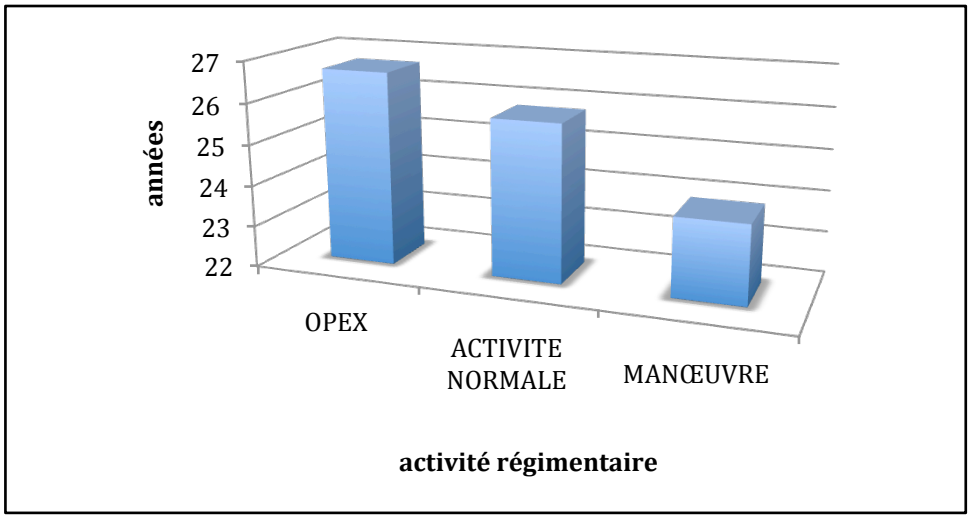


Figure 66 : Différence de la moyenne d'âge selon les activités régimentaires

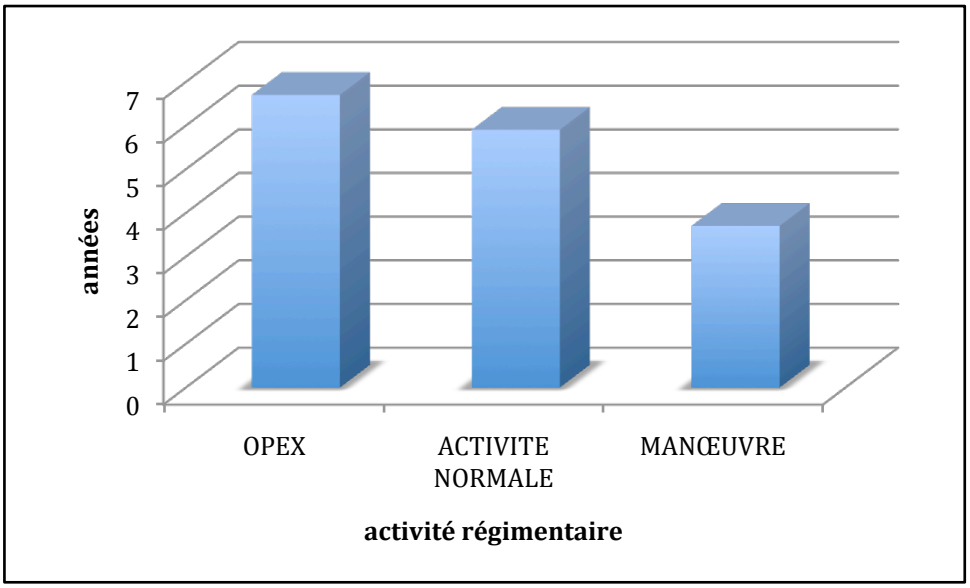


Figure 67 : Différence de l'expérience selon les activités régimentaires

Concernant le niveau d'étude (Figure 68), on constate une proportion plus importante des plus diplômés (BAC et plus) en OPEX avec 41,1% contre 28,6% en activité normale et 27,7% en manœuvre. Inversement, la proportion des « sans diplôme » est plus importante en activité normale (10,6% contre 6,9% en manœuvre et 7,4% en OPEX). Cette différence de répartition entre ces trois groupes est statistiquement significative (p=0,0015).

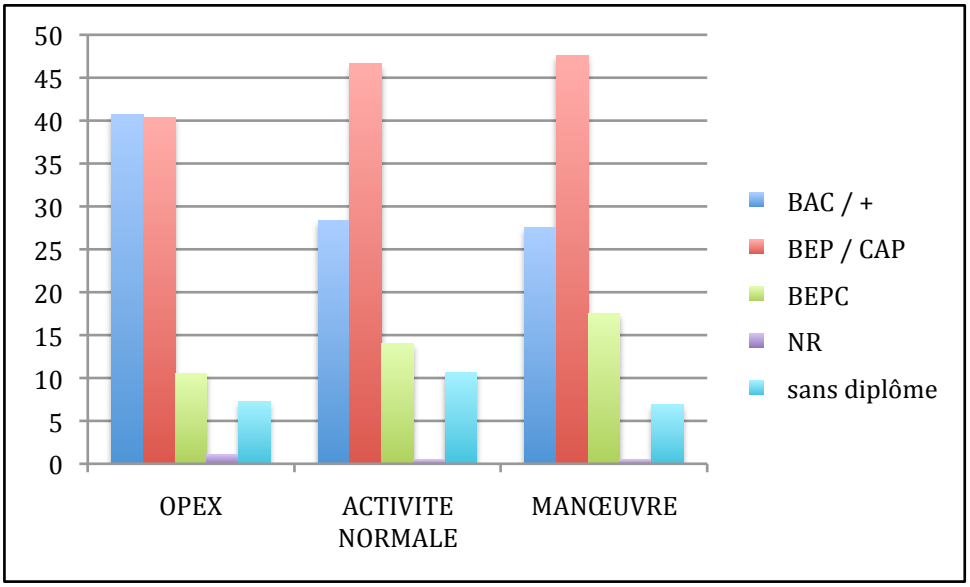


Figure 68 : Différence de répartition du niveau d'étude selon les activités régimentaires

Pour le rang (Figure 69), la différence de répartition des catégories de grade n'est pas significative (p=0,0431).

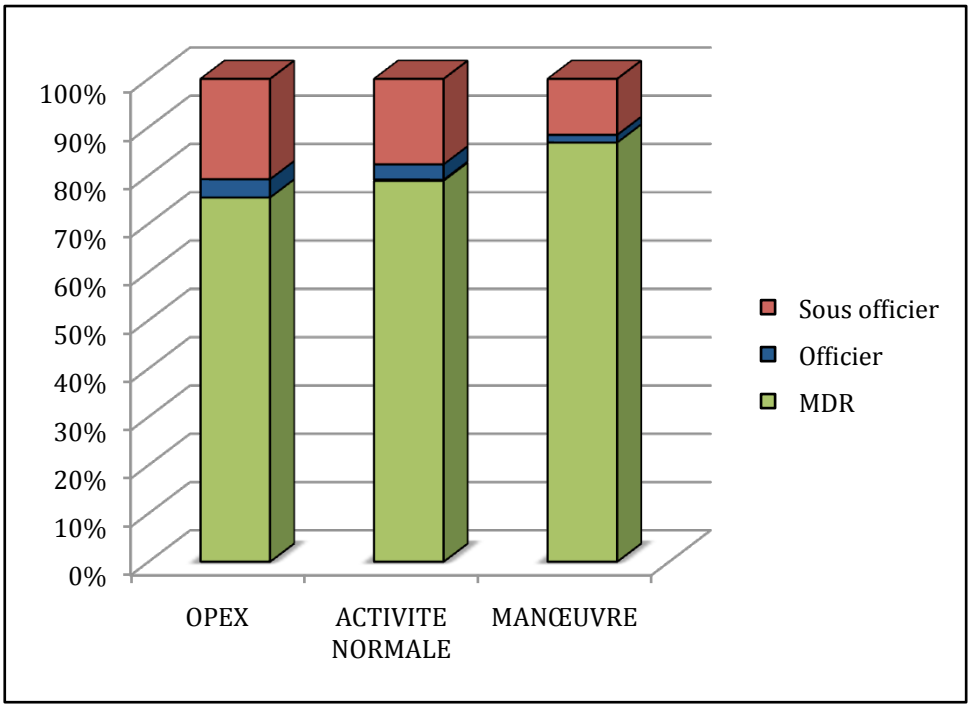


Figure 69 : Répartition du rang selon l'activité régimentaire

L'incidence de l'automédication varie selon l'activité régimentaire, en effet elle est plus importante en OPEX qu'en activité normale ou qu'en manœuvre. Cependant la répartition des autres facteurs (sexe, âge, expérience, niveau d'étude) doit être pris en compte et on remarque une différence significative de cette répartition au sein des trois groupes.

La distinction entre l'influence de ces variables et celle de l'activité régimentaire sur l'automédication doit donc être faite.

Dès lors, nous décidons de chercher les facteurs associés à l'automédication, afin de pouvoir différencier le retentissement de chaque variable.

6. Les facteurs associés à l'automédication

6.1. Description de l'automédication générale

Comme nous venons de le voir, il est nécessaire de prendre en compte l'influence des différents facteurs entre eux. Nous avons donc regroupé l'ensemble des cas d'automédication dans une même population (Tableau XXXVII) pour avoir l'effectif (N) le plus important et d'analyser les différentes variables.

Tableau XXXVII : Description de l'automédication selon l'activité

DESCRIPTION de L' AUTOMEDICATION selon l'activité

	ID						total	
	OPEX		**NORMALE**		**MANŒUVRE**			
âge								
N	70		56		14		140	
mean (std)	28.6 (4.96)		25.5 (6.51)		24.9 (4.19)		27.0 (5.76)	
min - median - max	21 - 28.0 - 41		18 - 24.5 - 50		20 - 24.5 - 33		18 - 26.0 - 50	
Sexe								
Homme	58	(82.9%)	51	(91.1%)	13	(92.9%)	122	(87.1%)
Femme	12	(17.1%)	5	(8.9%)	1	(7.1%)	18	(12.9%)
nombre d'années de service								
N	70		56		14		140	
mean (std)	7.7 (4.65)		5.4 (6.49)		4.4 (3.69)		6.5 (5.51)	
min - median - max	1 - 8.0 - 17		0 - 3.0 - 32		0 - 3.0 - 12		0 - 5.0 - 32	
médicaments emportés								
oui	62	(89.9%)			13	(92.9%)	75	(90,4%)
non	7	(10.1%)			1	(7.1%)	8	(9,6%)
durée opex/manoeuvre								
4 à 6 mois	64	(92.8%)	0	-	0	(0.0%)	64	(77.1%)
moins de 4 mois	5	(7.2%)	0	-	0	(0.0%)	5	(6.0%)
plus de 1 mois	0	(0.0%)	0	-	1	(7.1%)	1	(1.2%)
plus d'une semaine	0	(0.0%)	0	-	11	(78.6%)	11	(13.3%)
une semaine	0	(0.0%)	0	-	2	(14.3%)	2	(2.4%)
autoprescription								
oui	70	(100.0%)	56	(100.0%)	14	(100.0%)	140	(100.0%)
rang								
MDR	45	(64.3%)	43	(76.8%)	12	(85.7%)	100	(71.4%)
S-OFF	19	(27.1%)	8	(14.3%)	1	(7.1%)	28	(20.0%)
OFF	6	(8.6%)	5	(8.9%)	1	(7.1%)	12	(8.6%)
niveau étude								
BEP CAP	23	(33.3%)	17	(30.4%)	6	(42.9%)	46	(33.1%)
BEPC	9	(13.0%)	9	(16.1%)	1	(7.1%)	19	(13.7%)
BAC	36	(52.2%)	20	(35.7%)	6	(42.9%)	62	(44.6%)
sans diplôme	1	(1.4%)	10	(17.9%)	1	(7.1%)	12	(8.6%)
OPEX								
Cote d'Ivoire	12	(17.1%)	0	-	0	-	12	(17.1%)
Liban	58	(82.9%)	0	-	0	-	58	(82.9%)
combien de médicaments								
moins de 3	34	(54.8%)	0	-	11	(84.6%)	45	(60.0%)
entre 3 et 5	19	(30.6%)	0	-	2	(15.4%)	21	(28.0%)
plus de 5	9	(14.5%)	0	-	0	(0.0%)	9	(12.0%)
traitement médical								
non	61	(87.1%)	51	(91.1%)	13	(92.9%)	125	(89.3%)
oui	9	(12.9%)	5	(8.9%)	1	(7.1%)	15	(10.7%)
médicaments sans voir le médecin								
non	13	(18.6%)	13	(23.2%)	6	(42.9%)	32	(22.9%)
oui	57	(81.4%)	43	(76.8%)	8	(57.1%)	108	(77.1%)
plusieurs médicaments								
non	43	(61.4%)	35	(62.5%)	10	(71.4%)	88	(62.9%)
oui	27	(38.6%)	21	(37.5%)	4	(28.6%)	52	(37.1%)
médicament utilisé sans avis méd								
non	44	(62.9%)	32	(57.1%)	6	(42.9%)	82	(58.6%)
oui	26	(37.1%)	24	(42.9%)	8	(57.1%)	58	(41.4%)

En additionnant l'ensemble des cas d'automédication, on obtient une population de 140 cas représentant 14% de la population totale de notre étude, caractérisée par :

- un âge moyen de 27 ans, avec des extrêmes de 18 à 50 ans et une médiane de 26 ans ;
- une répartition de 12,9% de femmes, pour 87,1% d'hommes ;
- une moyenne d'ancienneté de 6,5 ans avec des extrêmes de 0 à 32 ans ;
- une forte proportion de personnes ayant emporté des médicaments (Figure 70), en excluant l'activité normale (qui n'est pas concernée par cette question), on remarque que plus de 90% des personnes s'étant automédiquées avaient emporté des médicaments dans leurs affaires personnelles ;

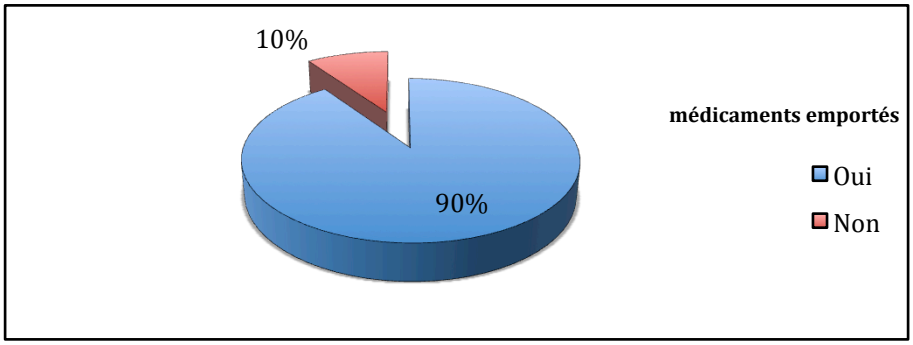


Figure 70 : Répartition du fait d'emporter ou pas des médicaments dans l'automédication totale

- une répartition selon le rang (Figure 71) de :
  - 71,4% de MDR,
  - 20% de sous-officiers,
  - 8,6% d'officiers ;

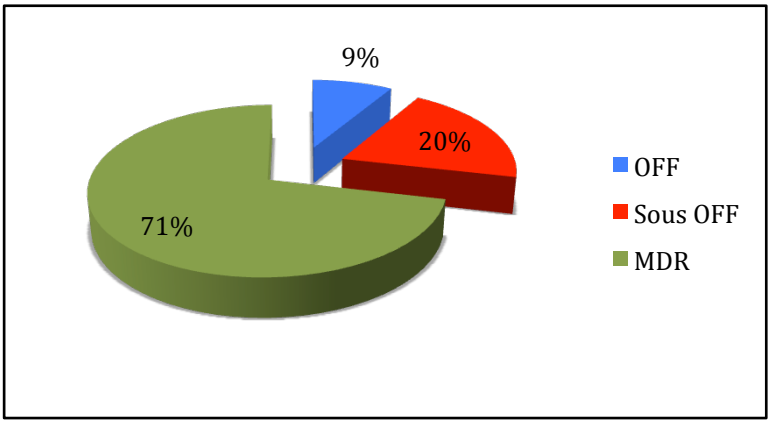


Figure 71 : Répartition du rang dans l'automédication totale

- une répartition du niveau d'étude (Figure 72) en :
  - 44,6% de BAC et plus,
  - 33,1% de BEP/CAP,
  - 13,7% de BEPC,
  - 8,6% de sans diplôme.

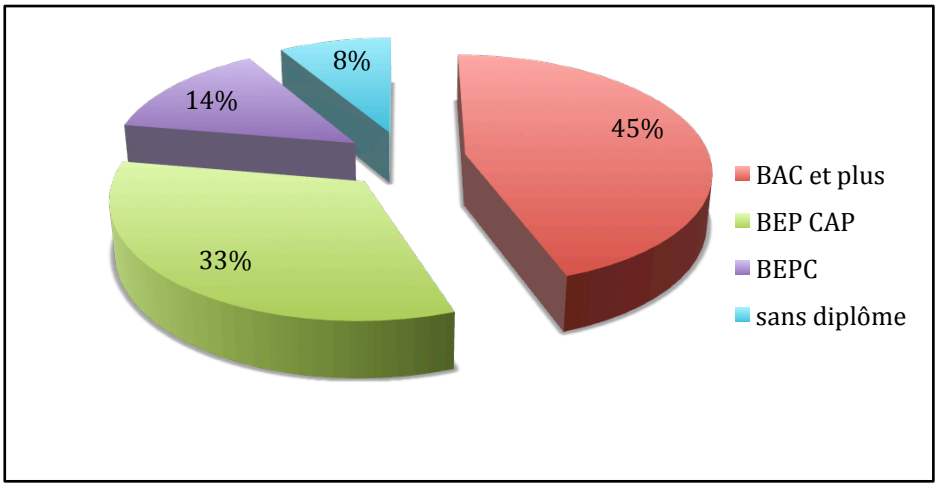


Figure 72 : Répartition du niveau d'étude dans l'automédication totale

10,7% des personnes qui s'automédiquent sont conjointement sous traitement médical prescrit par leur médecin. On constate aussi une poly-automédication chez plus d'un tiers (37,1%) de cette population et 77,1% de personnes utilisent un médicament sans avis médical alors que 41,4% réutilisent un médicament initialement prescrit par un médecin.

6.2. Modélisation de l'automédication

Après avoir décrit l'automédication totale, notre objectif est de rechercher les facteurs associés à l'automédication ayant une influence sur son incidence.

Pour comprendre le lien entre l'automédication et les autres variables étudiées, nous avons analysé l'automédication générale suivant une forme linéaire avec la réalisation d'une modélisation statistique équivalent à la description de la relation entre les différentes variables indépendantes (sexe, activité, rang, années de service, âge, niveau d'étude) et notre population automédication correspondant à la variable dépendante. La méthode statistique utilisée est une analyse par régression.

Nous avons analysé les résultats en régression bivariée, c'est-à-dire avec une seule variable indépendante puis dans un second temps en régression multivariée, c'est-à-dire en considérant simultanément 2 ou plusieurs variables indépendantes.

Ainsi après la réalisation de ces calculs statistiques (tableau XXXVIII), on remarque que les facteurs influençant l'automédication sont :

Tableau XXXVIII : modélisation des Facteurs associés à l'automédication

Facteurs associés à automedication

	Régression bivariée				Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p
ID				0,0005				0,0113
OPEX	1,6	1,1	2,3		1,4	1	2,1	
Activité normale	1				1			
manœuvre	0,5	0,3	1		0,6	0,3	1,1	
Sexe				<0,0001				<0,0001
Homme	1				1			
Femme	6,5	3,3	12,7		5,1	2,5	10,3	
Age	1	1	1,1	0,0154	1,1	1	1,2	0,017
Rang				0,0014				0,042
MDR	1				1			
Sous Off	1,3	0,8	2,1		1,1	0,6	1,9	
OFF	4,3	2	9,2		3	1,2	7,4	
AnneeDeService	1	1	1	0,1574	0,9	0,8	1	0,0461
Etude				0,01				0,2161
BEP CAP	1				1			
BEPC	1,4	0,8	2,6		1,7	1	3,1	
BAC et +	2	1,3	3		1,4	0,8	2,2	
sans diplôme	1,4	0,7	2,8		1,6	0,8	3,3	

* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

** Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0.2 en modèle bivarié ont été candidates dans le modèle multivarié (n= 987).

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05.

Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans le modèle multivarié ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable

ATTENTION ECART A LA LINEARITE pour les variables suivantes : AnneeDeService (p deviance=0.1129, p Pearson=0.2497, p Hosmer et Lemeshow=0.0039)

- l'activité et en particulier le fait d'être en <u>OPEX</u> (Figure 73) :
  - en OPEX, on a 1,6 fois plus de risque de s'automédiquer. On a en effet un Odds Ratio (OR) =1,6 avec un Intervalle de Confiance à 95% = (1,1-2,3) (p=0,0005) en bivarié par contre en multivariée OR=1,4 (IC à 95% :1-2,1) avec (p=0,0113) ;

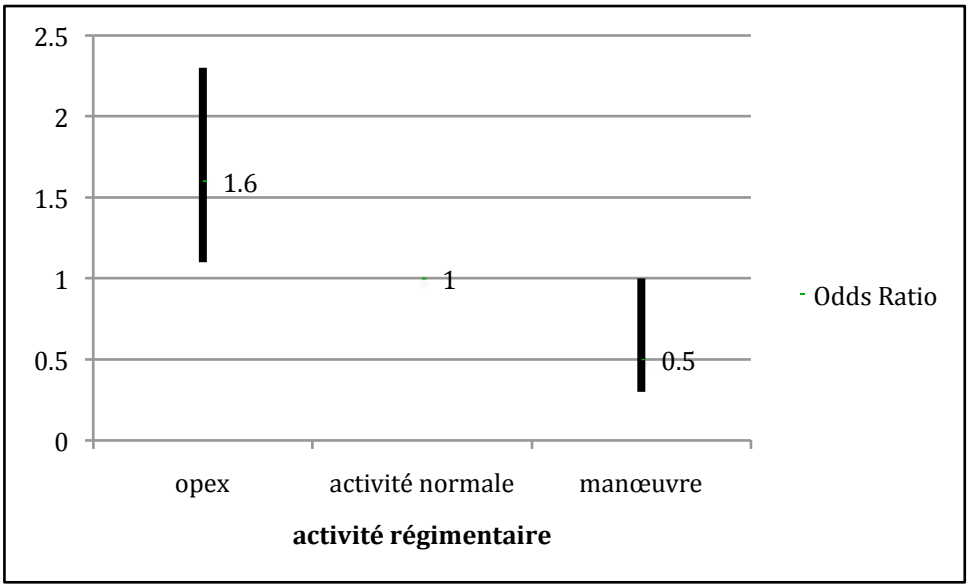


Figure 73 : Expression de Odds Ratio avec IC pour l'activité régimentaire

- le fait d'être <u>une femme</u> (Figure 74) :
  - le risque relatif de s'automédiquer est 6,5 fois plus important si on est une femme : OR=6,5 (IC à 95% : 3,3-12,7) (p<0,0001) en bivarié et de même en multivarié : OR = 5,1 (IC à 95% : 2,5-10,3) (p<0,0001) ;

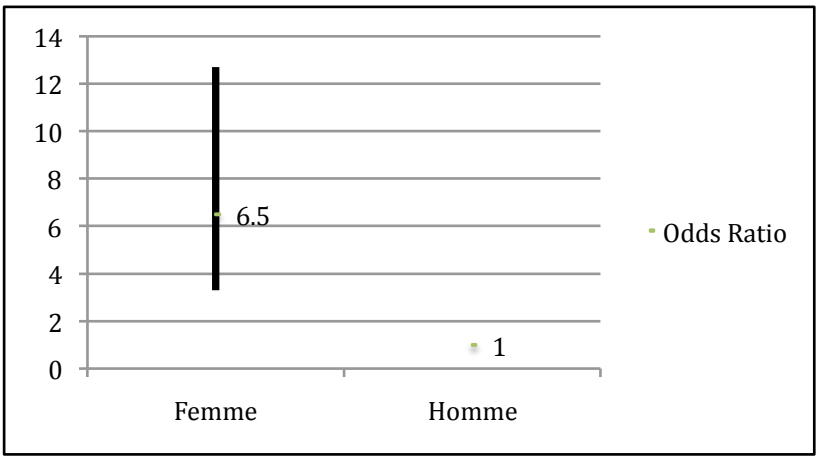


Figure 74 : Expression de l'Odds Ratio avec l'IC pour la répartition du sexe

- le fait d'être <u>officier</u> (Figure 75) :
  - le risque relatif de s'automédiquer est 4,3 fois plus important si on est officier : OR=4,3 (IC à 95% : 2,0-9,2) en bivarié (p= 0,0014) et en multivarié : OR=3 (IC à 95% :1,2-7,4) (p=0,0420).

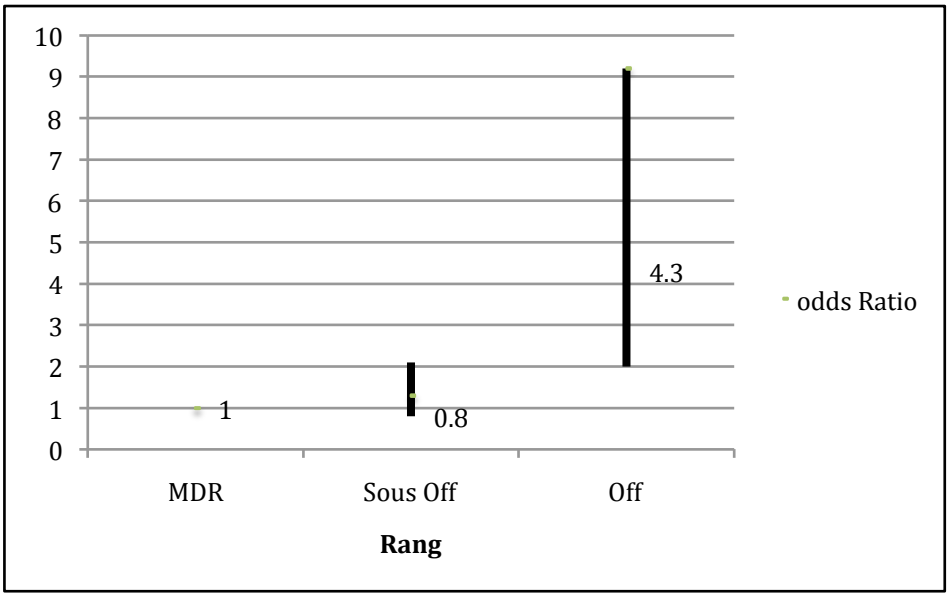


Figure 75 : Expression de l'Odds Ratio et de l'IC pour le rang

Aucun facteur analysé dans notre étude n'a de caractère « protecteur » vis-à-vis de l'automédication c'est-à-dire qu'aucun facteur n'entraine une diminution de l'incidence de l'automédication.

Par contre l'âge et le niveau d'étude (Figure 76) n'ont pas d'influence sur l'incidence de l'automédication car les Odds-ratio calculés de ces variables comprennent tous, la valeur « 1 » dans leur intervalle de confiance.

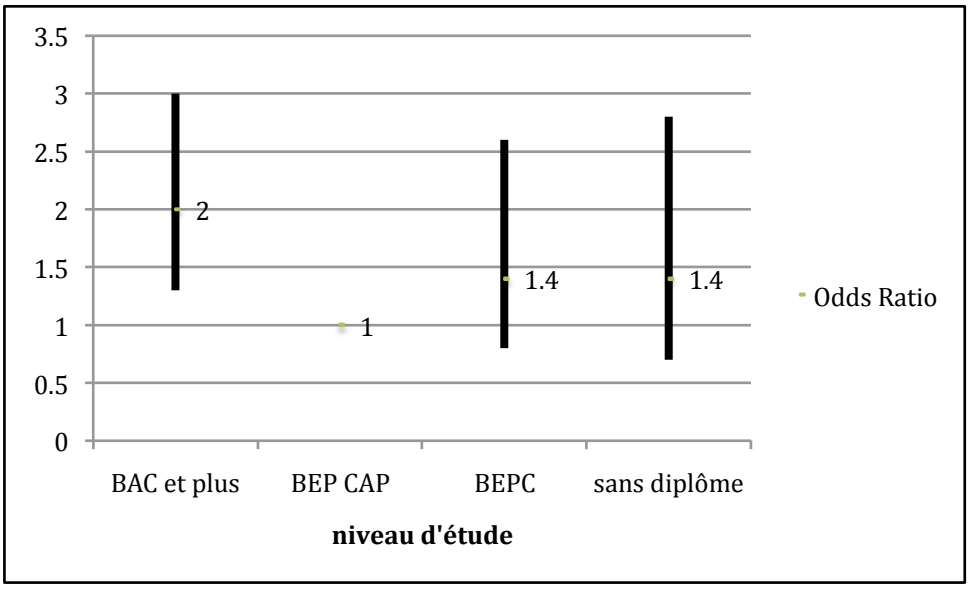


Figure 76 : Expression de l'Odds -Ratio avec IC pour le niveau d'étude

Pour le nombre d'années de service, nous ne pouvons pas prendre en compte les résultats pour cette variable car il y a un écart à la linéarité lors de la modélisation, lié à une erreur statistique probable.

Pour conclure, la modélisation de l'automédication permet de mettre en évidence le rôle prépondérant des variables suivantes : le sexe, le rang et aussi l'activité régimentaire sur l'automédication. Ces caractéristiques entrainent individuellement une augmentation significative de l'incidence de l'automédication dans notre population étudiée. Par contre, l'âge, le niveau d'expérience, le niveau d'étude n'entrainent pas de différence significative.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

Les résultats présentés dans la partie précédente mettent en évidence l'influence de l'activité régimentaire sur l'incidence de l'automédication. Nous avons montré la corrélation entre certaines caractéristiques de la population et l'augmentation de l'automédication.

Ces résultats nous confortent dans l'idée d'étendre cette étude à l'ensemble de la population militaire afin de mettre en place un projet de prévention de l'automédication dans les forces armées et une diffusion des résultats à l'ensemble des médecins militaires pour mieux comprendre l'automédication et le besoin des patients.

La généralisation de notre étude ne peut pas se faire sans précaution. Ainsi dans une première partie, nous allons discuter de notre choix de méthodologie et des biais rencontrés, puis dans une seconde partie, nous critiquerons la qualité de nos résultats. Enfin nous évoquerons la signification et l'intérêt de notre étude.

1 Critique de notre méthodologie et évaluation des biais de sélection

Afin de généraliser notre étude, il est nécessaire de solutionner les problèmes que nous avons pu rencontrés.

1.1 Les difficultés rencontrées

Notre travail a été effectué sur plusieurs périodes de recueil d'une semaine chacune alors qu'initialement notre volonté était de prendre la même semaine de période d'inclusion pour l'ensemble de nos activités. Ce choix de recueil nous a été imposé du fait des obligations opérationnelles du régiment mais aussi par des limites techniques. En effet, aucune semaine dans le planning régimentaire ne comportait l'ensemble des 3 activités (activité normale, manœuvre, OPEX) simultanément.

De plus, la réalisation de notre étude à l'étranger (Liban, Côte d'Ivoire et Afghanistan) a engendré des problèmes techniques et humains. Il a fallu trouver des personnes de confiance sur les lieux d'OPEX pour accepter de nous aider à réaliser notre recueil. Il était impossible

de nous envoyer sur le terrain pour réaliser le recueil. L'éloignement géographique de ces lieux a nécessité l'envoi des questionnaires par voie postale militaire engendrant un délai supplémentaire pour la mise en place de notre enquête.

Il ne faut pas oublier que nous avons fait face aux difficultés imprévisibles liées aux événements militaires sur place. Nous rappelons que la période de notre étude coïncide avec les évènements militaires en Côte d'Ivoire où les militaires français ont « encadré » la rébellion des forces du nouveau président ivoirien afin de reprendre le pouvoir. De même en Afghanistan, nous n'avons pas eu le droit de réaliser notre étude pour des raisons qui ne nous ont pas été détaillées. Mais cette décision peut être compréhensible face à la difficulté de la mission, la recrudescence des victimes françaises et la pression permanente sur nos militaires vis-à-vis de l'insécurité.

Devant les nombreuses missions des militaires et les contraintes de temps, il faudrait élargir la population de l'étude afin de trouver une même période où coïncident les trois activités régimentaires étudiées.

Par rapport aux difficultés de réaliser notre enquête dans les pays en conflit, il serait nécessaire que l'étude soit dirigée par la direction centrale du service de santé des armées. Le recueil en OPEX serait ainsi réalisé par les médecins militaires des postes de soutien, ou mieux par les personnes réalisant l'étude dans ses pays pour s'assurer du bon déroulement du recueil.

1.2 La participation à notre étude

Nous avons un taux satisfaisant de réponse avec 83,3% de participation sur l'ensemble des trois activités (Tableau III). Ce taux est nettement supérieur aux études similaires réalisées dans le milieu civil (63-66). Cette forte participation peut s'expliquer par le lieu et le mode de recueil. Ce recueil a été réalisé sur le lieu de travail de la population ciblée et pendant leur temps de travail, bien expliqué en amont, organisé avec l'appui de la hiérarchie, qui a rappelé durant toute la semaine la nécessité de bien remplir le questionnaire et de le rendre à l'issue de la période de recueil.

Notre recueil se veut exhaustif mais en réalité nous n'avons recueilli durant la période « en activité normale » que 49,7% de la population du régiment. Ce biais de sélection s'explique par la diversité des missions (OPEX, manœuvres, stages,...) réalisées par les militaires du 1er RI ou par l'absence de ceux-ci (des permissions, arrêts maladie,…).

De plus, bien que notre recueil ait été aléatoire, le fait d'avoir multiplié les semaines d'inclusion a engendré un biais de sélection. Les trois activités régimentaires étudiées se sont déroulées sur des périodes différentes. Certaines personnes ont ainsi participé aux trois activités d'où la possibilité de les avoir incluses plusieurs fois. Ce biais de sélection est malheureusement non quantifiable du fait de l'anonymat des questionnaires.

On a certainement un biais de sélection lors de la comparaison des trois activités. En effet, le fait de partir en OPEX pour un militaire exige une aptitude de santé particulière et plus restreinte que celle pour servir en temps activité normale (au quartier ou en manœuvres). Dès lors, de nombreux militaires ayant des problèmes de santé chroniques ou invalidant ne peuvent pas partir en OPEX. On en conclut donc que l'OPEX est une sélection en elle même de l'état de santé des militaires. Par extrapolation, le groupe OPEX devrait comporter un pourcentage de personnes ayant des problèmes de santé faible voire nul par rapport à celui en activité normale.

Face à ces biais de sélection, nous nous posons la question de la représentativité de notre étude par rapport à l'ensemble de la population du 1er RI avant de pouvoir l'étendre à l'ensemble de l'Armée française.

1.3 Estimation de représentativité de notre étude

Dans la partie « résultats », nous avons remarqué que notre population activité normale ne représentait qu'une fraction d'échantillon avec seulement 436 personnes incluses. Pour généraliser les conclusions de notre étude, il est primordial de déterminer la représentativité de notre échantillon. Cette représentativité des enquêtés a été donc estimée par rapport au listing complet du personnel militaire en affectation au 1er RI (Annexe 10).

Mais ceci suppose la mise à jour en temps réel du listing régimentaire. Cette comparaison a permis de calculer une inclusion de l'ordre de 49,7% des effectifs théoriques des militaires du 1er RI.

2. La qualité de nos résultats

Notre étude a été réalisée en prenant en compte différents risques de biais.

2.1 La pertinence de nos choix de variable

Comme nous l'avons développé dans la partie « matériel et méthode », une revue de la littérature a été réalisée avant l'élaboration de notre questionnaire afin de sélectionner les variables intéressantes mais aussi pertinentes pour notre objectif. Ainsi le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle sont des variables influençant l'incidence de l'automédication dans la population civile. Ceci a été démontré dans de nombreuses études (63-66).

Nous avons enlevé de notre questionnaire les variables inutiles telles que le tabagisme, la consommation de drogue ou bien le lieu d'hébergement qui ne sont pas pertinentes dans notre étude.

2.2 La diminution de la variabilité analytique (73)

Cette variabilité analytique résulte le plus souvent d'inexactitude de méthode et d'imprécision. Dans le cadre de notre étude, la standardisation des questions avec des réponses « non ouvertes » et à choix multiples, ainsi que l'étude pilote réalisée sur le pré-questionnaire auprès de personnes comparables à la population cible ont contribué à la diminution du risque de biais de compréhension et ainsi diminuent le risque de variabilité analytique.

En revanche, la longueur de notre questionnaire ainsi que la durée de la période de recueil (une semaine) ont probablement entraîné une certaine lassitude et/ou un oubli des personnes interrogées. Cela explique les 45 questionnaires (soit 4,5% des questionnaires) sans réponse à la question de l'automédication (Tableau XXXIX) et que 2 questionnaires d'automédication en activité normale (3,57% de la population automédication « oui ») n'étaient pas rempli au verso.

Le contrôle des questionnaires avant leur saisie dans la base de données par une personne disposant des connaissances nécessaires est considéré comme primordial (74) pour s'assurer de la cohérence des données. C'est ce que nous avons fait.

L'ensemble de ces choix et de ces méthodes permet une bonne qualité des données dans les études épidémiologiques.

Tableau XXXIX : Description globale des questionnaires recueillis

Descriptif global de l'ensemble des questionnaires recueillis						
		N		%/moy		ET*
ID						
	NR	3				
	OPEX	371		37,2		
	activite normale	436		43,8		
	manoeuvre	189		19		
Sexe						
	Manquant	1				
	Femme	37		3,7		
	Homme	961		96,3		
Age		999		25,8		6,1
automédication vraie						
	NR	45				
	non	812		85,1		
	oui	142		14,9		

2.3 La cohérence des résultats

Lors de l'interprétation de nos résultats, nous avons remarqué l'absence d'incohérence entre les symptômes, les raisons et les classes thérapeutiques.

En effet, on constate en activité normale que les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont la douleur à 42,6% et les migraines à 29,6%, les médicaments les plus consommés sont les antidouleurs à 35,1% (le *Paracétamol* représentant à lui seul près de 88,3% des antalgiques) et les AINS à 21,6%, et que la raison la plus souvent citée est le besoin d'un soulagement rapide pour près de 55,6% des personnes. De même, aucune personne n'a cité le fait d'être isolée par rapport à une structure de soin.

En manœuvre, on constate la même la cohérence avec 39% d'antalgiques parmi les médicaments d'automédication consommés par « besoin de soulagement rapide » dans 71,4% et pour 57,1% des symptômes correspondant à des migraines.

En OPEX, nous retrouvons les mêmes caractéristiques : les antalgiques sont les premiers médicaments consommés à 40,1% pour la même raison (« soulagement rapide » à 74,3%) et le même symptôme dominant (« céphalée / migraine » à 61%).

Cette cohérence entre nos résultats montre une certaine rigueur et vraisemblance des réponses des questionnaires.

2.4 Biais de résultats

Pour interpréter les résultats, il est nécessaire d'étudier les différents biais qui ont pu interférer dans l'analyse des résultats et nous amener à de fausses conclusions.

2.4.1 Les facteurs environnementaux

Le fait de comparer des incidences de différentes périodes de recueil doit nous faire évoquer le risque de biais de résultats lié à des facteurs environnementaux.
Ce facteur environnemental sur l'automédication a été mis en évidence dans l'enquête décennale de santé de 2002-2003 par l'INSEE (75) où l'étude de l'incidence a été réalisée par l'intermédiaire de 5 recueils différents répartis sur 3 mois pour prendre l'augmentation de l'automédication liée aux pics épidémiques saisonniers. En effet, le seuil épidémique des maladies, telles que la grippe, les gastroentérites virales et autres maladies épidémiques, varie selon les semaines.

Par rapport à nos périodes choisies, on constate par exemple qu'il n'y a pas de différence d'incidence des syndromes grippaux entre la semaine d'inclusion du 19 au 25 novembre 2010 et la semaine du 1er au 8 mars 2011 selon le réseau sentinelles (76) de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) :
Le premier recueil en activité normale du 19 au 25 novembre 2011 correspond aux semaines 46 et 47 dont les relevés épidémiologiques montrent que :

- durant la semaine 46 (du 15 au 21 novembre 2010), on estime à : (Annexe 18)
  - 23 cas de syndromes grippaux pour 100 000 habitants pour un seuil épidémique estimé à 149 cas pour 100 000 habitants,
  - 183 cas de diarrhées aiguës pour 100 000 habitants pour un seuil de 248 cas,
- durant la semaine 47 (du 22 au 28 novembre 2010), on dénombre : (Annexe 19)
  - 41 cas de syndromes grippaux pour 100 000 habitants pour un seuil de 155 cas,
  - 179 cas de diarrhées aiguës pour 100 000 habitants pour un seuil de 257 cas.

Lors du second recueil en manœuvre du 1er mars au 8 mars 2011 (Annexe 20) : on dénombre une incidence de :

- 96 cas de syndromes grippaux pour 100 000 habitants avec un seuil de 141 cas pour 100 000 habitants et,
- 189 cas de diarrhées aiguës pour 100 000 habitants. avec un seuil de 233 cas.

De même lors de la semaine du 31 mai au 7 juin 2011, on dénombre :

- 7 cas de syndromes grippaux pour 100 000 habitants avec un seuil de 67 cas et,
- 114 cas de diarrhées aiguës pour un seuil de 167 cas.

Etant donné que toutes ces incidences durant nos périodes de recueil restent en dessous des seuils épidémiques selon l'InVS, nous estimons que l'épidémie de grippe et de gastroentérite de 2010-2011 en France n'interfère pas dans nos résultats. En revanche ; nous ne disposons pas de données concernant le Liban et la Côte d'Ivoire de plus, nous nous sommes restreints à l'étude des incidences des deux maladies les plus fréquentes en saison hivernale.

Afin de réduire au maximum, les biais de résultats liés aux facteurs environnementaux, il est primordial de choisir des périodes en dehors des périodes épidémiques saisonnières pour comparer les résultats entre eux.

2.4.2 L'effet « Hawthorne » (77)

Notre étude est une enquête prospective sur une période courte (1 semaine). Ce type d'étude peut donc présenter un biais relié au comportement des participants. En effet, la rationnelle de cet effet montre que les gens interrogés agissent différemment lorsqu'ils se savent observés, et qu'ils adopteront un comportement différent et souvent plus sain que celui habituel.
Ce biais peut aussi expliquer le faible taux d'automédication en manœuvre avec la lassitude des personnes face à la répétition du recueil pour ceux l'ayant déjà réalisé en activité normale.

2.4.3 Les erreurs de renseignement

Comme nous l'avons développé dans la partie « matériel et méthode », nous avons essayé de limiter au maximum les biais de résultats et d'interprétation en modifiant et rectifiant certaines données des questionnaires avant de les coder et de les saisir.

Tout d'abord, par rapport à l'automédication, de nombreuses personnes étant sous traitement médical prescrit, ont considéré « s'automédiquer » sur le questionnaire. Or, le médicament consommé correspondait bien à l'ordonnance de la prescription médicale. Cela a donc entraîné la non validation de ces cas.

Concernant les incohérences de renseignement, une partie de ces dernières a été modifiée par notre soin avant la saisie des données. Nous avons constaté des erreurs de classe thérapeutique par rapport aux médicaments utilisés. Nous avons selon le nom du médicament indiqué, recherché sa fiche monographique dans le Vidal® et pris la classe thérapeutique à laquelle il s'apparentait afin de limiter les erreurs d'interprétation. Pour les noms de médicaments, afin de limiter la multitude de noms commerciaux, nous avons renseigné la DCI. Pour les informations non mentionnées, nous n'avons pas pu exclure les questionnaires où il manquait une information du fait du faible effectif d'automédication positive. Nous avons donc fait le choix de renseigner ces réponses comme « Non Renseignée » et de les inclure tout de même dans l'analyse.

Le fait d'inclure des questionnaires mal remplis, le fait d'avoir fait des erreurs de saisie dans la base de données font partie des erreurs aléatoires entrainant une diminution de la précision.

3. Signification et implication des résultats

Comme nous l'avons vu précédemment, notre population étudiée n'est qu'une fraction de notre population ciblée. D'où notre souhait de savoir si notre échantillon est représentatif de la population du 1er RI.

3.1 Caractéristiques socio-démographiques du 1er RI

Le 1er RI compte 1039 militaires (Tableau XXXX) au 1er novembre 2011 se répartissant en 95,28% d'hommes pour 4,72% de femmes (Figure 77), en 758 militaires du rang, 224 sous-officiers et 57 officiers (Figure 78). La moyenne d'âge est estimée à 27,7 ans.

Tableau XXXX : Effectif théorique du 1er RI au 1er novembre 2011

population générale du 1er RI		
	nombre	%
effectif	1039	100
sexe		
homme	990	95,28
femme	49	4,72
rang		
MDR	758	72,95
S-OFF	224	21,56
OFF	57	5,49
		moyenne
age		27,72

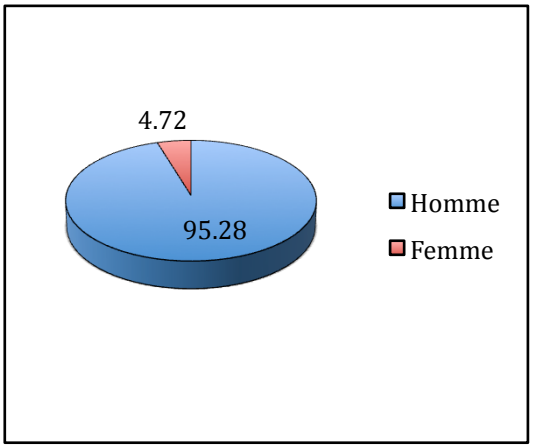


Figure 77 : Répartition en pourcentage de l'effectif du 1er RI selon le sexe

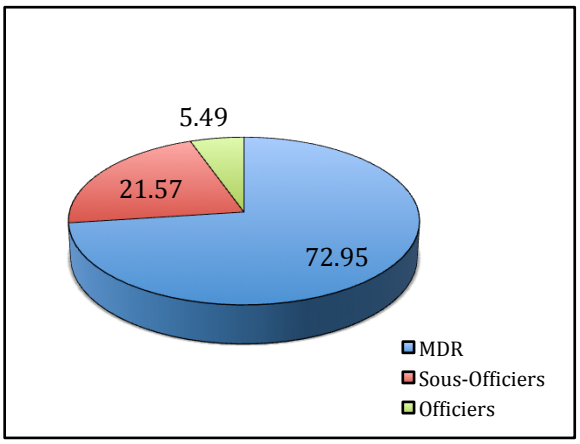


Figure 78 : Répartition en pourcentage de l'effectif du 1er RI selon le rang

3.2 Comparaison des deux populations

Après avoir décrit la population théorique du 1er RI, nous cherchons à comparer cette dernière avec notre population d'activité normale (Tableau XXXXI).

Nous n'avons pas comparé le listing régimentaire avec l'ensemble des questionnaires de notre étude car du fait de probable multitude de participation de certaines mêmes personnes à notre étude, les résultats analysés seraient faussés.

Tableau XXXXI : Comparaison de la population étudiée avec celle du 1er RI

population générale du 1er RI			activité normale	
	nombre	***%***	***nombre***	***%***
effectif	1039	100	436	
sexe				
homme	990	95,28	424	97,2
femme	49	4,72	12	2,8
rang				
MDR	758	72,95	344	79,1
S-OFF	224	21,56	77	17,7
OFF	57	5,49	14	3,2
NR			1	
		moyenne		moyenne
age		27,72		25,8

3.2.1 Le sexe

La distribution des femmes est différente entre ces populations. Le pourcentage de femmes dans la population activité normale est moindre que dans celle de l'ensemble du régiment : 2,8% au lieu de 4,7%. En revanche, on constate la prépondérance des militaires masculins

quelle que soit la population. Ceci est le reflet du faible taux de féminisation de l'armée de terre de 10% en 2010 (78).

3.2.2 L'âge

L'âge moyen de notre population en activité normale est plus faible de que celui du 1er RI, 25,8 ans contre 27,7 ans.

3.2.3 Le grade

La distribution des militaires par grade au sein du 1er RI diffère de celle constatée dans notre population en activité normale (Tableau XXXXI). Au 1er RI, on note une proportion d'officiers de 5,49%, de sous-officiers de 21,56% et de MDR de 72,95%. Tandis que dans notre population en activité normale, nous constatons une proportion d'officiers de 3,2%, de sous officiers de 17,7% et de MDR de 79,1%. La prédominance de MDR dans notre étude s'explique par le mode de recueil des questionnaires : les MDR ont été rassemblés par leurs supérieurs pour effectuer notre enquête avec une certaine obligation d'y participer. Pour les personnes les plus gradées, seules les volontaires ont rempli le questionnaire.

3.3 Absence de représentativité

Au total, les caractéristiques sociodémographiques entre les deux populations sont proches pour l'âge, le sexe et le grade. Cependant afin de s'assurer de la représentativité de notre échantillon, il est nécessaire de comparer les données issues des 2 populations (Tableau XXXXII) par :

- « TTest » pour l'âge : ce test statistique permet de comparer les données d'une population en fonction d'une moyenne connue d'une autre population afin d'estimer s'il y a une différence entre celles-ci,
- « Test de Chi-2 » pour les variables « sexe » et « rang ».

Après la réalisation de ces tests statistiques, on remarque qu'il existe une différence significative pour l'âge entre notre population en activité normale et celle du 1er RI ($p<0,0001$). Pour le rang, on constate une différence significative ($p=0,0094$). En revanche, la différence de répartition par sexe entre nos deux populations est non significative ($p=0,0527$).

Tableau XXXXII : Comparaison des populations : générale et activité normale

Variable AGE

N	Moyenne	Ecart-type	Err. type	Minimum	Maximum
436	25.8119	7.0042	0.3354	17	57

Moyenne	Moyenne de l'IC à 95%		Ecart-type	Ecart-type de l'IC à 95%	
25.8119	25.1526	26.4712	7.0042	6.5681	7.5028

DDL	Valeur du test t	Pr > |t|
435	-5.69	<.0001

Variable SEXE

Sexe	Fréquence	Pourcentage	Test Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
1	424	97.25	95.28	424	97.25
2	12	2.75	4.72	436	100.00

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées	
Khi-2	3.7537
DDL	1
Pr > Khi-2	0.0527

Taille de l'échantillon = 436

Variable RANG

Rang	Fréquence	Pourcentage	Test Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
1	344	79.08	72.95	344	79.08
2	77	17.70	21.56	421	96.78
3	14	3.22	5.49	435	100.00

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées	
Khi-2	9.3341
DDL	2
Pr > Khi-2	0.0094

Taille réelle de l'échantillon = 435
Valeur(s) manquante(s) = 1

Malgré le caractère aléatoire du recueil de nos données, on en conclut donc que nos deux populations (activité normale et 1er RI) sont différentes en âge et en rang. Notre population étudiée n'est pas représentative de celle du 1er RI et nous avons un biais d'échantillonnage dans notre étude.

Il est donc difficile de généraliser les conclusions de nos résultats à l'ensemble de la population du 1er RI.

3.4 Solutions envisagées

Dans le cadre d'une nouvelle étude sur l'automédication au 1er RI ou dans les forces armées, il faudrait élargir la population étudiée en prenant plusieurs régiments afin d'avoir un effectif plus important et des périodes de recueil coïncidentes selon l'activité régimentaire. Pour le recueil, il serait nécessaire de réaliser un recueil aléatoire randomisé afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon étudié.

4. Les informations intéressantes issues de nos résultats

4.1 Résumé de résultats

Après avoir analysé les différentes populations d'automédication selon les activités, nous avons retenu quatre caractéristiques importantes de la population entrainant des augmentations de l'incidence de l'automédication au sein des différentes périodes de recueil (Tableau XXXXIII).

Tableau XXXXIII : Caractéristiques influençant l'automédication selon l'activité

	Automédication Activité normale	Automédication Manoeuvre	Automédication OPEX	Population de l'ensemble des questionnaires
Femme	**8,9%**	**7,1%**	**17,1%**	**3,7%**
Officiers	**8,9%**	**7,1%**	**8,6%**	**3,1%**
Bac et plus	**35,7%**	**42,9%**	**52,2%**	**33,1%**

Notre étude a permis de mettre en évidence l'influence du sexe, du rang, du niveau d'étude et de l'activité régimentaire sur l'automédication. En particulier l'augmentation de l'incidence du fait d'être une femme, officier et en OPEX.

Nous avons constaté les mêmes symptômes et raisons expliquant le recours à l'automédication, ainsi que les mêmes classes thérapeutiques et provenance des médicaments utilisés quelle que soit l'activité régimentaire (Tableau XXXXIV).

Tableau XXXXIV : Synthèse des réponses les plus fréquentes selon l'activité

les plus fréquents	**Activité normale**	**Manoeuvre**	**OPEX**
raisons	« Soulagement rapide »	« Soulagement rapide »	« Soulagement rapide »
symptômes	Douleurs / Migraine	Migraine / Fièvre	Migraine / Douleurs
classes thérapeutiques	antalgiques / AINS	antalgiques / AINS	antalgiques / AINS
provenances	Réserve personnelle	Réserve personnelle	Réserve personnelle

Etant donné nos résultats intéressants, la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population militaire nécessiterait une nouvelle étude avec un échantillon représentatif des militaires.

4.2 Le bon soutien sanitaire des hommes

Concernant le soutien médical des militaires en OPEX, en manœuvre et en activité normale, nous n'avons relevé que peu de manque de confiance envers le médecin militaire : 1,9% en activité normale, 0% en manœuvre et 7,14% en OPEX. Le pourcentage plus important en OPEX peut s'expliquer par le fait que le médecin militaire assurant le soutien sanitaire des militaires sur un théâtre d'OPEX n'est pas forcément le médecin militaire de l'unité projetée. Actuellement, étant donné la mutualisation des moyens et la distinction hiérarchique entre la chaîne santé et la chaîne régimentaire, les médecins militaires projetés pour le soutien des unités sont désignés par les directions régionales du service de santé à partir d'un pool de médecins militaires n'étant pas issus obligatoirement du régiment projeté. De plus, le besoin en équipes médicales pour le soutien en OPEX est plus important que les équipes régimentaires.

Aucune personne interrogée n'a souligné le fait d'être isolée d'une structure de soins (pourcentage nul en activité normale et en manœuvre, seulement 1,43% en OPEX). Dès lors, on peut dire que le rôle du service de santé des armées d'assurer le soutien des militaires est rempli pour la population de notre étude.

4.3 Les améliorations à envisager dans la médecine de prévention et de consultation

4.3.1 La réalisation d'une information sanitaire

Malgré le caractère subjectif des données sur l'efficacité de l'automédication, nous notons que 8% des personnes ayant eu recours à l'automédication, estiment que les médicaments consommés « ne sont pas efficaces » (Tableau XXXXV) et 14,3% d'entre elles consultent tout de même après s'être automédiquées.

Tableau XXXXV : Le ressenti de l'efficacité de l'automédication

	activité normale		**manoeuvre**		**OPEX**		**TOTAL**	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Consultation oui	9	17,3	0	0	11	15,7	20	14,3
Efficacité non	6	11,1	3	25	2	2,8	11	8

Ce manque d'efficacité ressentie est liée d'une part à une erreur d'autodiagnostic, d'autre part à un manque de connaissance des patients des molécules utilisées et de la séméiologie. Tout ceci entraine un mésusage du médicament.

En effet, nous avons observé des utilisations inappropriées de médicaments par rapport à certains symptômes, comme par exemple l'utilisation de *Diosmectite* (SMECTA®) pour un mal de gorge ou encore de *Clonazepam* (RIVOTRIL®) dans la prise en charge de la douleur.

Ce mésusage des médicaments peut donner lieu à de nombreuses complications avec des effets indésirables importants. De plus, nous retenons une part importante de la consommation des AINS (les deuxièmes médicaments les plus consommés en automédication dans notre étude) consommés en première intention dans le cadre de la prise en charge de la douleur ou de céphalées au dépend des antalgiques de type *Paracetamol.* Cet abus de consommation représente 6% des effets indésirables médicamenteux engendrant une consultation aux urgences (79).

La réutilisation de médicaments sans avis médical à partir de « l'armoire à pharmacie » représente une part importante de l'origine de l'automédication dans notre étude : 61,7% des médicaments en activité normale (Tableau XIV), 63,16% des médicaments en manœuvre (Figure 42), et 79,44% de ceux en OPEX (Figure 61). Cette catégorie d'automédication est considérée comme improvisée. Elle est la plus risquée, car se dispense du conseil pharmaceutique (80). De même, on remarque que la poly-médication est courante avec près d'un tiers des cas d'automédication.

Donc, face à l'utilisation abusive des AINS, au mésusage médicamenteux et à la poly-médication, nous proposons de réaliser une information sanitaire en régiment au profit de l'ensemble des militaires afin de parler des risques de l'automédication, mais aussi de donner « des règles de bonne conduite d'automédication » comme celles développées par l'AFSSAPS (Annexe 7). Cette information sanitaire pourrait s'intégrer à celle déjà effectuée à l'ensemble des militaires lors de leur incorporation.

4.3.2 Amélioration du mode de consultation médicale

Une des raisons les plus invoquées par les personnes justifiant leur recours à l'automédication, est d'« éviter la perte de temps » oscillant de 25,9% en activité normale jusqu'à 67,14% en OPEX, et « la peur de l'inaptitude » dont le pourcentage augmente avec le niveau d'activité. On remarque que cette raison représente 7,4 % de l'automédication en

activité normale, contre 14,29% en manœuvre et 12,86% en OPEX. Ceci s'explique par la nécessité d'avoir un niveau physique suffisant et répondant à certains critères d'aptitude.

On en conclut que les militaires par peur d'être classés inaptes et/ou d'avoir une restriction d'emploi, hésitent, refusent de consulter auprès du médecin militaire. En effet, ce dernier a un double rôle : soignant et expert en s'assurant des bonnes conditions physiques et mentales des militaires.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et diminuer le recours à l'automédication, on peut soumettre le projet de réorganiser le mode de consultation au sein des CMA en limitant l'attente trop longue et en instaurant des rendez-vous. Le fait d'aller à la rencontre des soldats en OPEX pour connaître leurs maux et leurs soucis permettrait de conserver une disponibilité et un accès facile au médecin militaire. Enfin, il apparaît comme primordial que le médecin militaire distingue ces types de pratique suivants : celle de médecine de prévention et de consultation et celle de médecine d'expertise consistant en la réalisation de visite d'aptitude.

4.4 La sous estimation de l'autoprescription et de l'automédication

Notre étude montre bien la différence d'incidence entre l'automédication : 14% dans la population générale et l'autoprescription : 18,8 %. (Tableau XXXXVI).

Cette différence est simplement liée à un problème de définition. L'automédication se limite simplement aux médicaments or l'autoprescription englobe tous les produits de santé quels qu'ils soient. Le fait d'étudier l'automédication sous estime donc le recours aux produits de santé des personnes. On constate que près de 20% des produits consommés par nos militaires dans le but de se soigner ou se prévenir des maladies n'ont pas d'AMM et ne sont pas considérés comme des actes d'automédication.

Tableau XXXXVI : Récapitulatif des incidences de l'automédication et de l'autoprescription

	Activité normale		**manoeuvre**		**OPEX**		**Total**	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Automédication	56	13,6	14	7,9	70	19,4	140	14
Autoprescription	82	19,1	20	10,9	86	23,5	188	18,8

Etant donné que l'automédication semble être influencée par le sexe (féminin) et par le rang (officiers) : résultats de notre régression multivariée du paragraphe III.5.2, et que ces deux variables sont sous représentées dans notre population en activité normale (Tableau XXXX), par extrapolation, on peut penser que l'incidence de l'automédication dans notre population est sous estimée par rapport à celle du 1er RI.

4.5 Une nouvelle « mode » d'autoprescription

Dans notre étude, le fait d'avoir pris en compte l'autoprescription permet de mettre en évidence une consommation importante de vitamines et fortifiants au sein du 1er RI (14% de l'autoprescription). Ces vitamines sont considérées comme un moyen d'accéder au bien-être ou de conserver une forme, un tonus entrainant une consommation régulière par la population en générale (81). Cette nouvelle « mode » en consommation de produits de santé est encouragée par les campagnes de publicités orientant le consommateur vers toutes les vitamines disponibles sans ordonnance à la pharmacie ou en grande surface (81).

Au sein du régiment, on constate que les raisons de consommation de ces produits diffèrent de celles de la population générale. En effet, de nombreux militaires prennent sans information des « compléments alimentaires » ou des produits « enrichis » en vitamines et parfois anabolisants dans le but de garder la forme, de développer une condition physique optimale, de rechercher l'exploit sportif. Une supplémentation vitaminique très importante n'améliore ni la performance ni la capacité de récupération (82). Cette automédication se fait sans se soucier des risques de surconsommation vitaminique présentant des dangers pour la santé. Par exemple, la surconsommation de vitamine A entraine des céphalées, nausées, vomissements, diarrhées, une surconsommation de bêta carotène est responsable d'un dépôt cristallin au niveau de la rétine. La vitamine D peut engendrer en surconsommation des lésions rénales, un retard de croissance, des calcifications des tissus mous (83).
Ainsi, il est nécessaire de les utiliser occasionnellement en rapport avec une alimentation déficiente.

5. Comparaison avec les études civiles

5.1 Les différences de résultats

Dans la population civile, une enquête sur l'incidence de l'automédication en 1998 (84) sur 600 personnes de Meurthe-et-Moselle (département limitrophe de celui de notre étude), estime à 52% une incidence de l'automédication. On constate donc une nette différence de cette incidence dans notre étude où nous avons seulement 14,9% des personnes déclarant avoir consommé un médicament sans avis médical. Nos chiffres sont plus proches de ceux retrouvés par A. BRIAND (85) objectivant une incidence de 20% de l'automédication en 2001 sur une période de 2 mois.

Cette différence d'incidence est certainement liée aux différences de caractéristiques des deux populations. En effet, elles sont très différentes et non comparables dans la population civile (84), la répartition des sexes est de 52 % de femmes et 48% d'hommes, contre 96,3% d'hommes et 3,7% de femmes dans notre population globale (c'est-à-dire sur l'ensemble des questionnaires) (Tableau XXXXII). La moyenne d'âge dans l'étude civile (84) est de 42,7 ans contre 25,8 ans dans la nôtre.

5.2 Les mêmes tendances

Cependant, certaines similarités sur les caractéristiques de l'automédication persistent. On observe le même symptôme le plus fréquemment cité pour le recours à l'automédication : les céphalées ou migraine, avec une majorité de 46,9% pour l'étude civile (84), contre 33% dans notre étude (% calculé en prenant l'ensemble des cas d'automédication). De plus, concernant les raisons (63) le besoin de soulagement rapide est majoritaire à 86%, il est également la raison la plus évoquée dans notre étude à 49%. Concernant les médicaments, les antalgiques demeurent en tête de file avec 40% de l'automédication dans l'étude CSA TMO de 2002 (19) ou 50% de l'automédication dans autre étude de 2002 (86). Il en est de même dans la notre étude où les antalgiques représentent 37,6% des médicaments d'automédication (les 3 activités régimentaires confondues).

Pour les symptômes, on remarque que la migraine est le symptôme le plus cité à près de 71,6% (86) et à plus de 33% dans notre étude tout en étant le symptôme majoritaire. Certains facteurs modifiant l'incidence sont identiques. Dans l'étude de 1998 (84), on constate que ce sont les femmes jeunes de 20 à 39 ans qui s'automédiquent le plus. Cette

tendance est retrouvée dans notre étude où le fait d'être une femme entraine une augmentation d'incidence de l'automédication (Figure 73) sachant que notre moyenne d'âge de population en automédication est de 27 ans (Tableau XXXVII).

Concernant le niveau d'étude, les personnes ayant un niveau universitaire représentent la part la plus majoritaire dans l'automédication à près de 30% (62) de même celles qui ont un niveau : Bac + 2 et plus, représentent les plus grands consommateurs de médicaments d'automédication (87). Il en est de même dans notre enquête où les bacheliers représentent 44,6% (Tableau XXXVII) des personnes s'automédiquant.

Pour conclure, l'incidence de l'automédication varie donc selon les mêmes variables quelle que soit la population étudiée.

5.3 La spécificité du « monde militaire »

Outre le fort taux de participation spécifique au milieu militaire, on constate que l'automédication varie en fonction du rang ce qui peut être apparenté dans le milieu civil à la catégorie socioprofessionnelle.

En effet, on note une augmentation de l'automédication dans les classes socio-professionnelles les plus élevées comme par exemple les cadres (13-20).

Comme nous l'avons démontré, l'automédication est modifiée selon l'activité régimentaire. Dans le milieu civil, celle-ci n'existe pas mais une comparaison avec l'activité sportive est envisageable. On pourrait donc étudier l'influence de l'activité de sportive (entrainement, compétition locale et nationale) sur l'automédication générale.

6. Au total

Devant les résultats intéressants et pertinents de notre étude, des améliorations de la prise en charge médicale des militaires sont à envisager afin de limiter le recours parfois inefficace à l'automédication. Pour étendre nos résultats à l'ensemble de l'armée, une nouvelle étude de l'incidence de l'automédication est nécessaire. La mise en œuvre de cette étude nécessitera une randomisation, ainsi que la prise en compte des contraintes opérationnelles et organisationnelles afin de s'assurer de la représentativité de la population étudiée.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'automédication est un comportement en pleine augmentation actuellement favorisée à la fois par les groupes pharmaceutiques, les autorités, et la baisse de la démographie médicale.

Au sein du 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg, où la nécessité d'être opérationnel est constante, le souci d'être « en bonne condition physique » et de rester « apte » est primordial pour accomplir les différentes missions dévolues aux militaires.

Cette étude descriptive et prospective souligne l'importance du sexe et du rang, ainsi que le rôle de l'activité régimentaire sur l'incidence de l'automédication.

En étudiant les raisons de recours à l'automédication, ainsi que les symptômes ressentis et les classes thérapeutiques utilisées, cette enquête met en évidence les améliorations qui pourraient être apportées au soutien médical. De plus, le médecin militaire a un rôle primordial à jouer afin de faciliter l'accès aux soins et ainsi limiter le recours à l'automédication non contrôlée qui s'avère parfois inefficace ou inappropriée.

Par comparaison avec les études sur l'automédication dans la population civile, le recours à l'automédication au 1er RI semble être moindre, cependant les facteurs socio-démographiques, les raisons et les médicaments utilisés demeurent les mêmes.

Ce travail, malgré son exhaustivité, est cependant limité par les contraintes de recueil, conséquences du niveau opérationnel du régiment et de l'éloignement géographique des opérations extérieures. Ces difficultés affectent la représentativité de notre échantillon.

Ainsi, cette enquête peut servir de trame pour la mise en œuvre d'une nouvelle étude de l'automédication sur l'ensemble de l'armée française. Cette généralisation de notre étude permettrait de valider nos résultats afin de mettre en place une politique de médecine de prévention en milieu militaire pour appréhender le recours à l'automédication par les militaires et leur expliquer les règles de bon usage des médicaments dans l'objectif de limiter les effets indésirables.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : articles L5132-1 L5132-2 et L5132-6 du Code de la Santé Publique

Article L5132-1

Sont comprises comme substances vénéneuses :

1° Les substances dangereuses classées selon les catégories définies à l'article L. 5132-2;

2° Les substances stupéfiantes ;

3° Les substances psychotropes ;

4° Les substances inscrites sur la liste I et la liste II définies à l'article L. 5132-6.

On entend par " substances " les éléments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont produits par l'industrie, contenant éventuellement tout additif nécessaire à leur mise sur le marché.

On entend par " préparations " les mélanges ou solutions composés de deux substances ou plus.

Article L5132-2

Les substances et préparations dangereuses mentionnées au 1° de l'article L. 5132-1 sont classées dans les catégories suivantes :

1° Très toxiques : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée en très petites quantités, entraînent la mort ou nuisent à la santé de manière aiguë ou chronique ;

2° Toxiques : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée en petites quantités, entraînent la mort ou nuisent à la santé de manière aiguë ou chronique ;

3° Nocives : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent entraîner la mort ou nuire à la santé de manière aiguë ou chronique ;

4° Corrosives : substances et préparations qui, en contact avec des tissus vivants, peuvent exercer une action destructrice sur ces derniers ;

5° Irritantes : substances et préparations non corrosives qui, par contact immédiat, prolongé ou répété avec la peau ou les muqueuses, peuvent provoquer une réaction inflammatoire ;

6° Sensibilisantes : substances et préparations qui, par inhalation ou pénétration cutanée, peuvent donner lieu à une réaction d'hypersensibilisation telle qu'une exposition ultérieure à la substance ou à la préparation produit des effets néfastes caractéristiques ;

7° Cancérogènes : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence

8° Mutagènes : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent produire des défauts génétiques héréditaires ou en augmenter la fréquence

9° Toxiques pour la reproduction : substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent produire ou augmenter la fréquence d'effets nocifs non héréditaires dans la progéniture ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles la mise sur le marché, la publicité et l'emploi des substances ou préparations mentionnées au premier alinéa du présent article peuvent, pour des raisons de santé publique, faire l'objet de mesures d'interdiction, de restriction ou de prescriptions particulières proportionnées à la nature du danger ou du risque qu'elles comportent pour la santé humaine.

Article L5132-6

Modifié par Ordonnance n°2011-1922 du 22 décembre 2011 - art. 2

Les listes I et II mentionnées au 4° de l'article L. 5132-1 comprennent :

1° Certaines substances classées dangereuses pour la santé conformément à l'article L. 1342-2 ;

2° Les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;

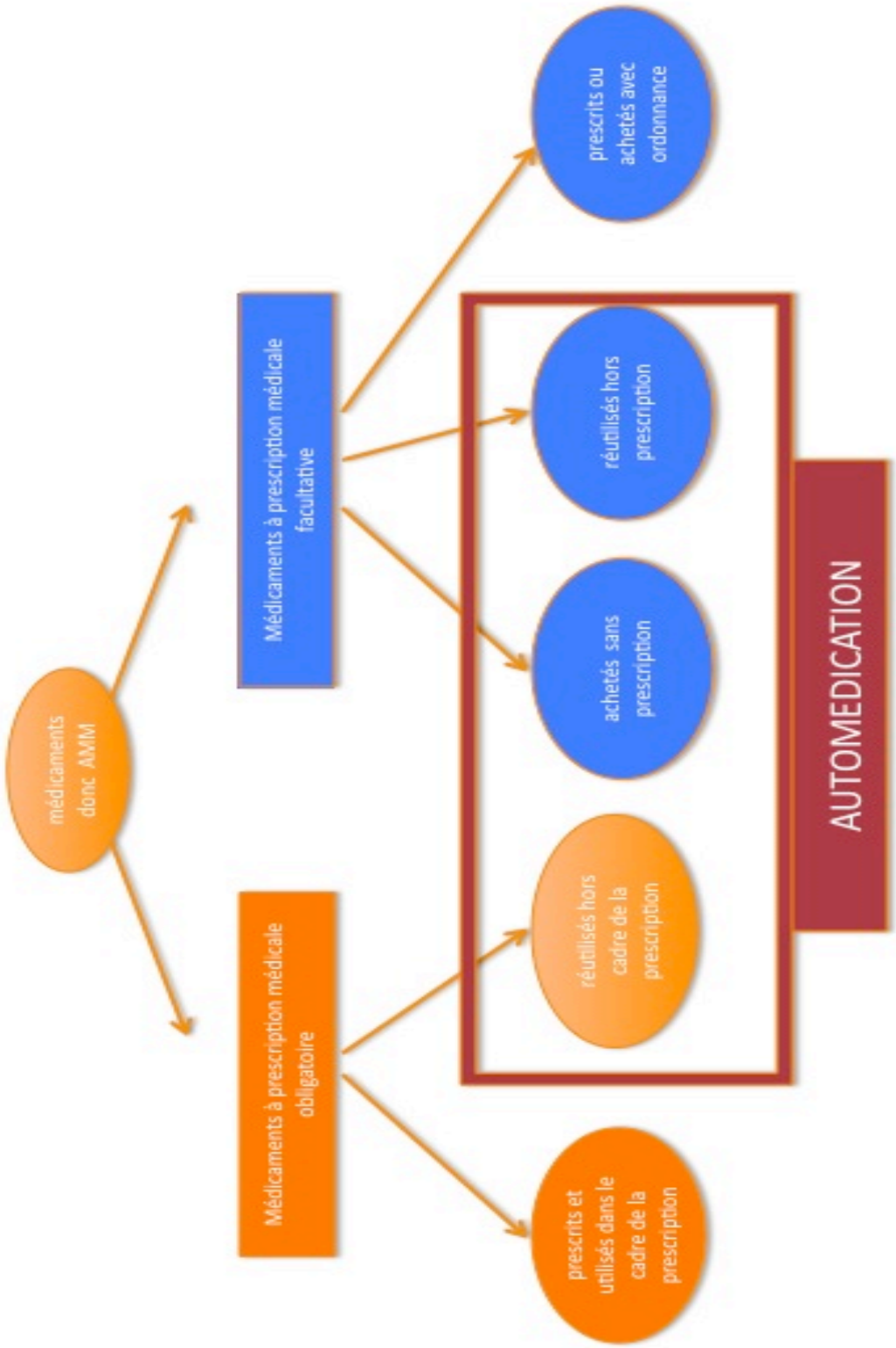
3° Les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;

4° (abrogé)

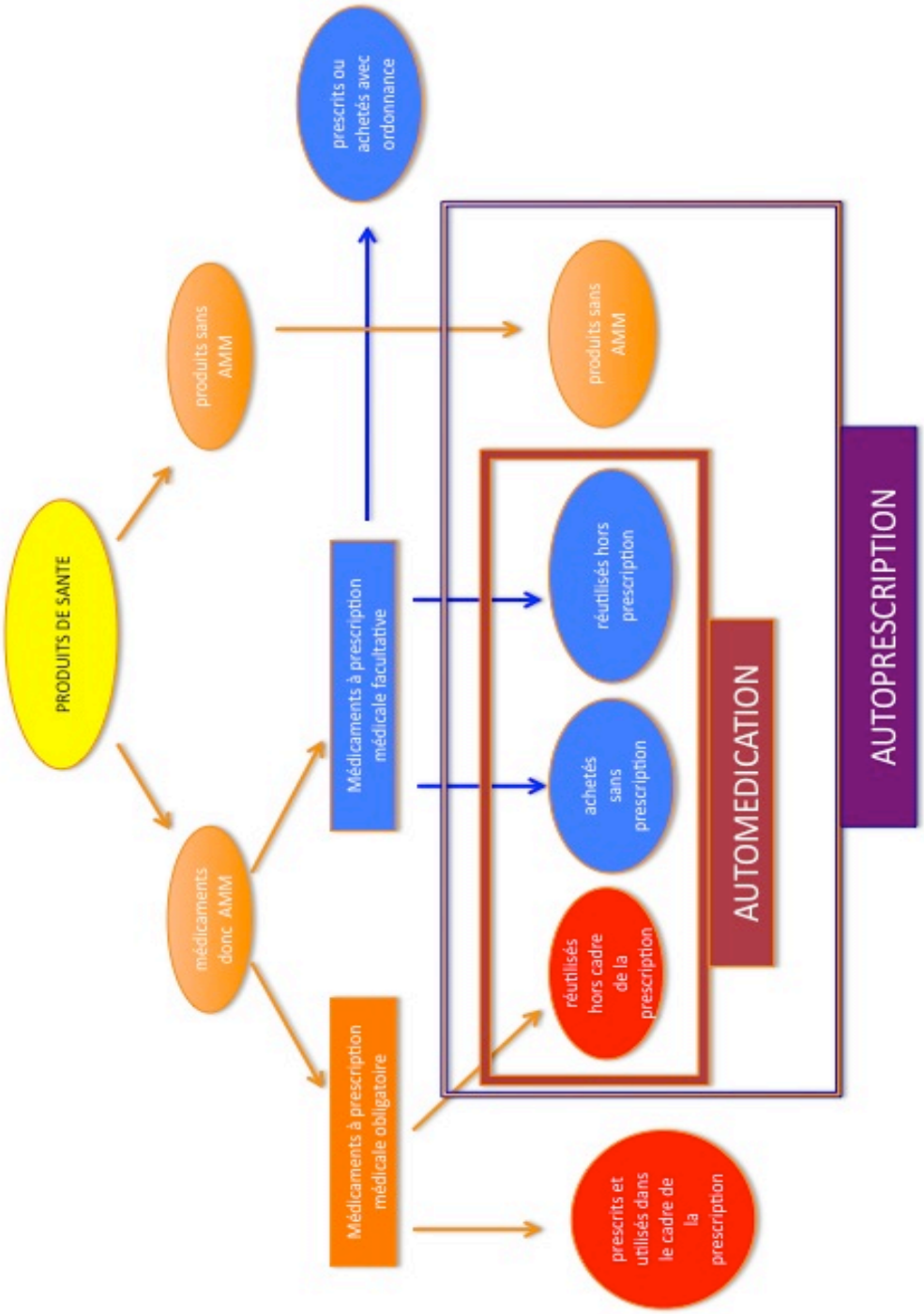
5° Tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé.

Annexe 2 : Schéma de l'automédication



Annexe 3 : Schéma de différence entre automédication et autoprescription



Annexe 4 : Fiche AFSSAPS d'aide au traitement de la douleur en automédication*

Ce que l'on peut faire soi-même

Il est possible de prévenir l'apparition de certaines douleurs en adoptant de bonnes habitudes d'hygiène de vie comme par exemple :

- pour les douleurs dentaires : une bonne hygiène bucco-dentaire et des visites régulières chez le dentiste
- pour les douleurs de dos : des exercices physiques pour renforcer la musculature dorsale, des changements de posture, voire une perte de poids
- pour certains maux de tête : un examen ophtalmologique régulier
- pour les sports qui en requièrent porter des protections

Certaines douleurs peuvent être calmées par l'application de poches de glace (contusion), d'autres sont soulagées par l'application de bouillotte (douleurs de règles...).

LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR : LES ANTALGIQUES

Les antalgiques diminuent ou suppriment la douleur en bloquant le cheminement du signal nerveux à des niveaux différents qui dépendent de la nature de la molécule.

Certains antalgiques peuvent avoir, à fortes doses, des propriétés dites anti-inflammatoires qui contribuent aussi à diminuer la douleur.

Pour bien utiliser un antalgique il faut respecter :

- **la posologie**
- **un intervalle de temps suffisant entre 2 prises**
- **la dose maximale quotidienne.**

Substances actives

IBUPROFÈNE :
NE PAS UTILISER SI VOUS SOUFFREZ DE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ
Dosages : 200 mg, 400 mg (douleurs plus intenses ou non soulagées par un comprimé dosé à 200 mg)
Formes : comprimé (effervescent, pelliculé), gélule, capsule molle, suppositoire, sachet
Posologie : 200 à 400 mg par prise à renouveler si besoin au bout de 6 heures.
Dose maximale : 1200 mg/jour

KÉTOPROFÈNE :
Dosages : 25 mg
Formes : comprimé
Posologie : 25 mg par prise à renouveler si besoin
Dose maximale : 75 mg/jour

NAPROXÈNE :
Dosages : 220 mg
Formes : comprimé pelliculé
Posologie : 220 mg par prise à renouveler si besoin
Dose maximale : 660 mg/jour

Aspirine (=acide acétylsalicylique)

Indiquée dans la douleur légère à modérée.
Possède une activité anti-inflammatoire à fortes doses (= 1g par prise et/ou 3 g/j). Délai d'action environ 30 à 60 minutes selon la forme pharmaceutique.

- **Ne pas utiliser en cas de problèmes digestifs (ulcère de l'estomac, du duodenum ...)**
- **Ne pas utiliser si vous souffrez d'une maladie hémorragique**
- **Ne pas utiliser si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur**
- **Ne pas utiliser à partir du début du 6e mois de grossesse**
- **Ne pas utiliser en cas d'allergie connue à l'aspirine ou à un médicament apparenté (ibuprofène notamment).**

Si vous souffrez simultanément d'asthme et de polypes dans le nez, ne prenez pas d'aspirine. En effet, ces signes peuvent traduire une allergie à cette molécule.

- **Ne jamais dépasser la dose maximale recommandée**
- Pour éviter un risque de surdosage, **vérifiez l'absence d'aspirine et/ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** dans la composition des autres médicaments que vous prenez.
  L'aspirine peut interagir avec de nombreux médicaments, notamment les anticoagulants, les AINS ou les médicaments de la goutte : un avis médical est donc nécessaire lorsque vous prenez d'autres médicaments.
- **En cas de grossesse ou d'allaitement** ne prenez pas de vous même de l'aspirine mais demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin traitant.
- Si votre médecin vous a prescrit un traitement à base d'aspirine à faible dose (<300mg) en prévention de troubles circulatoires (accidents cardiovasculaires), **ne prenez pas de vous-même d'aspirine pour calmer une douleur** mais demandez conseils à votre médecin ou pharmacien.
- **L'aspirine augmente les risques de saignement** (risque hémorragiques) dès les très faibles doses et ce même lorsque la prise date de plusieurs jours. **PREVENEZ VOTRE MEDECIN TRAITANT, LE CHIRURGIEN, L'ANESTHESISTE OU VOTRE DENTISTE,** dans le cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.
  L'aspirine ne doit pas être utilisée pour calmer les douleurs de règles.

Le paracétamol

Il est indiqué dans la douleur légère à modérée.
Délai d'action 30 à 60 minutes selon la forme pharmaceutique.

- **Ne pas utiliser en cas de maladie grave du foie.**
- **Ne pas utiliser en cas d'allergie connue au paracétamol**

- Ne jamais dépasser la dose maximale recommandée,
- Beaucoup d'autres médicaments contiennent du paracétamol, vérifier l'ensemble de votre traitement pour éviter tout risque de surdosage,
- Prévenez votre médecin en cas de maladie du foie ou des reins, d'abus d'alcool ou de problèmes de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation.

Le paracétamol peut être utilisé au cours de la grossesse et de l'allaitement aux doses recommandées.

Dosages : 500 mg, 600 mg, 1000 mg.
Formes : suppositoire, sachet, comprimé, gélule, comprimé effervescent, comprimé à sucer.
Posologie : de 500 mg à 1 g par prise à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum.
Dose maximale : il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g/j, cependant en cas de douleurs plus intenses la dose peut être augmentée à 4 g/j (sauf cas particuliers énumérés ci-dessus pour lesquels une consultation médicale est nécessaire).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Ils bloquent la formation de prostaglandines, substances responsables de l'inflammation. Ils sont indiqués dans la douleur légère à modérée.

- **Ne pas utiliser en cas de problèmes digestifs (ulcère de l'estomac, du duodenum)**
- **Ne pas utiliser si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du coeur**
- **Ne pas utiliser à partir du début du 6e mois de grossesse**
- **Ne pas utiliser en cas d'allergie connue aux AINS ou à l'aspirine**

- Ne jamais dépasser la dose maximale recommandée
- Pour éviter un risque de surdosage, vérifiez l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et/ou d'aspirine dans la composition des autres médicaments que vous prenez.
- Il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en cas d'antécédents d'asthme, de prise d'un traitement anticoagulant ou si vous suspectez d'être atteint de varicelle.
- En cas de grossesse ou d'allaitement ne prenez pas de vous-même un AINS mais demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin traitant.
- Au cours du traitement :
  - en cas rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles, coloration des selles en noire (signes d'hémorragie gastro-intestinale), **ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**
  - en cas d'éruptions cutanées ou de difficultés respiratoire (risque d'allergie) **ARRETEZ LE TRAITEMENT et CONSULTEZ VOTRE MEDECIN TRAITANT.**
  - en cas de troubles de la vue, prévenez votre médecin traitant.

- Au cours du traitement :
  - en cas de rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles, coloration des selles en noire (signes d'hémorragie gastro-intestinale), **ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**
  - en cas d'éruptions cutanées ou de difficultés respiratoire (risque d'allergie) comme en cas de vertiges, maux de tête, bourdonnements d'oreilles (signes de surdosage), **ARRETEZ LE TRAITEMENT et CONSULTEZ VOTRE MEDECIN TRAITANT.**

Dosages : 325 mg, 330 mg, 350 mg, 400 mg, 450 mg, 480 mg, 500 mg et 1000 mg.
Formes : sachet, comprimé effervescent, à sucer, à croquer ou à avaler avec de l'eau.
Posologie : de 500 mg à 1g par prise à renouveler en cas de besoin au bout de **4 heures minimum.**
Dose maximale : 3 g d'aspirine par jour (2 g maximum chez le sujet âgé).

LES ASSOCIATIONS

LES ANTALGIQUES PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS ENTRE EUX OU À D'AUTRES SUBSTANCES ACTIVES

Les mises en garde et précautions d'emploi doivent tenir compte de toutes les substances présentes dans l'association.

Les associations avec la codéine

La codéine agit sur la douleur au niveau du cerveau. Les spécialités associant un antalgique à de la codéine ne doivent être utilisées qu'en seconde intention, pour traiter des douleurs d'intensité modérée.

- extrait de http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/e302a60a1830760b107eb960ab831cde.pdf

REPUBLIQUE FRANÇAISE

afssaps
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANNEXE I

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

L'Annexe I de l'Avis aux Fabricants, paru au BO du 15/09/2005, répertorie la liste des indications ou situations cliniques pouvant relever d'une prise en charge autonome par le patient.
Dans le cadre de la mesure « Médicaments devant le comptoir des officines », une mise à jour de cette liste a été réalisée, sur la base des évaluations des demandes d'Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) réalisées par les Groupes de Travail Automédication (GTAM) et Prescription Médicale Facultative (PMF).
Cette mise à jour permet ainsi de définir les indications ou les situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF, pour lesquelles la dispensation devant le comptoir des officines des médicaments disposant d'une AMM dans ces indications serait envisageable, sous réserve que, pour chaque spécialité, les critères d'éligibilité définis au préalable soient remplis.

1. Troubles cutanés

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

2. Troubles oculaires

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

3. Troubles gastrointestinaux

- Diarrhées passagères (aiguës) chez l'adulte
- Ballonnement abdominal et flatulences
- Brûlures d'estomac, remontées acides
- Constipation occasionnelle de l'adulte

143/147, bd Anatole France - F-93285 Saint-Denis cedex - tél. +33 (0)1 55 87 30 00 - **www.afssaps.sante.fr**

- Nausées et vomissements (sans fièvre)
- Troubles dyspeptiques (lenteur à la digestion, ballonnements)
- Crise hémorroïdaire
- Mal des transports
- Oxyures (petits vers blancs dans les selles)
- Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires

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

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

5. Troubles des voies aeriennes superieures

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

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

6. Troubles buccodentaires

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

7. Troubles gynecologiques

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

8. Troubles d'origine circulatoire

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

9. Troubles rhumathologiques

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

10. Autres

Douleur

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

Addiction

- Sevrage tabagique / Abstinence temporaire au tabac

Troubles du sommeil

- Troubles mineurs du sommeil

Asthenie

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

L'apport du magnésium peut améliorer ces symptômes.
En l'absence d'amélioration de ces symptômes au bout d'un mois de traitement, il n'est pas utile de le poursuivre.

- extrait de http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0

Annexe 6 : Information AFSSAPS au patient concernant l'automédication :
*"Les 7 règles d'or de l'automédication" **

Tous les médicaments...

... présentent des bénéfices mais aussi des risques. Un médicament est constitué d'une ou plusieurs substances actives destinées à guérir, soulager ou prévenir une (ou plusieurs) maladie(s) ou symptôme(s). Ce sont les effets bénéfiques du médicament. Les médicaments peuvent aussi être à l'origine d'effets indésirables. Ces effets sont plus ou moins fréquents et graves en fonction de la substance active, de son dosage mais aussi de votre cas personnel : votre âge, vos facteurs de risque, vos antécédents médicaux...

... sont strictement contrôlés. Avant sa commercialisation, tout médicament doit obtenir une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) : c'est l'Autorisation de Mise sur le Marché (ou AMM). Elle est une garantie de qualité, d'efficacité et de sécurité d'emploi. Puis, tout au long de sa vie, le médicament est soumis à un contrôle strict et une surveillance permanente.

La médication officinale : qu'est-ce que c'est ?

C'est la possibilité d'obtenir, en accès direct et sous le contrôle de votre pharmacien, certains médicaments....

... qui répondent aux mêmes exigences que les autres médicaments

Après l'évaluation de leurs bénéfices et de leurs risques par des experts médicaux et scientifiques de l'Afssaps, ils sont mis à votre disposition dans un espace réservé de la pharmacie. Même si, en règle générale, leurs risques sont faibles, ils ne sont jamais nuls.

... qui ne nécessitent pas de prescription médicale (ordonnance)

Cependant, vous devez suivre les mêmes règles de bon usage que pour un médicament qui serait prescrit par votre médecin. Respectez strictement la posologie (dose et fréquence des prises), la durée de traitement, ainsi que le mode d'administration, tels qu'indiqués dans la notice ou conseillés par votre pharmacien.

... qui sont adaptés à l'automédication

L'indication, le dosage, la taille de la boîte ainsi que la notice d'information ont été spécialement étudiés pour vous permettre de les utiliser sans consulter un médecin. Parmi ces médicaments de médication officinale, vous trouverez des médicaments d'homéopathie et des médicaments à base de plantes: demandez conseil à votre pharmacien.

...qui sont disponibles en pharmacie sous le contrôle du pharmacien d'officine

Même s'ils ne nécessitent pas d'ordonnance, vous pouvez ainsi bénéficier des conseils d'un professionnel du médicament. Si vous prenez déjà d'autres médicaments, il vérifiera également qu'il n'y a pas d'incompatibilité. Il est possible que votre pharmacien ne vous délivre pas le médicament que vous avez choisi devant le comptoir, considérant qu'un autre type de traitement est plus adapté à votre cas.

ATTENTION, UN COMPORTEMENT RESPONSABLE D'AUTOMÉDICATION EXCLUT :

- le recours systématique et abusif au contenu de l'armoire à pharmacie familiale en particulier, l'utilisation d'anciens médicaments prescrits (antibiotiques par exemple).
- l'utilisation de médicaments inconnus, conseillés ou transmis par la famille ou des amis, ou encore achetés sur Internet.

En savoir plus

Consultez le site Internet de l'Afssaps : www.afssaps.sante.fr

143/147, bd Anatole France - F-93285 Saint-Denis Cedex
tél. +33 (0) 1 55 87 30 00 - fax +33 (0) 1 55 87 30 12

MÉDICATION OFFICINALE

Tout ce que vous devez savoir sur les médicaments en accès direct dans votre pharmacie

Juin 2008

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

afssaps

Certains médicaments, dits de médication officinale, peuvent être disponibles directement dans un espace réservé de votre pharmacie. Ces médicaments, bien utilisés, vous permettront de traiter certains symptômes bien identifiés. Demandez toujours conseil à votre pharmacien d'officine.

les 7 règles d'or de la médication officinale

AVANT D'ACHETER UN MÉDICAMENT

RÈGLE N°1

Pour tout médicament pris devant le comptoir il est important de valider votre choix avec votre pharmacien d'officine.

- Il vous aidera dans le choix du médicament le mieux adapté à votre cas et vous informera sur la posologie, les indications, les contre-indications, les précautions d'emploi, les interactions et les effets indésirables éventuels.
- **Pour vous aider à choisir le médicament, lisez les informations inscrites sur la boîte :** l'indication, la ou les substance(s) active(s), le mode de prise, le nom des excipients qui peuvent nécessiter des précautions d'emploi chez certaines catégories de patients, le pictogramme qui alerte sur les risques liés à la conduite automobile...
- Des fiches informatives par type de symptômes sont également à votre disposition afin de vous permettre d'utiliser au mieux ces médicaments.

RÈGLE N°2

Soyez particulièrement vigilant(e) si :

- vous êtes enceinte, vous allaitez, vous êtes allergique à certains produits, vous êtes âgé(e), vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée (notamment maladie du foie, du cœur ou des reins, diabète). Demandez systématiquement conseil à votre pharmacien.
- De même, **si vous choisissez un médicament pour votre enfant,** demandez toujours l'avis de votre pharmacien qui pourra vous orienter, si nécessaire, vers une consultation médicale.

AVANT DE PRENDRE UN MÉDICAMENT

RÈGLE N°3

Lisez toujours la notice :

- la notice vous apporte des informations importantes pour utiliser votre médicament de la façon la plus efficace possible et dans les meilleures conditions de sécurité. C'est un document de référence qu'il faut lire avant de commencer votre traitement.
- **Conservez toujours votre médicament et sa notice dans la boîte d'origine.** La boîte assure non seulement la protection du médicament mais apporte également des informations importantes (date de péremption...).

AU COURS DU TRAITEMENT

RÈGLE N°4

Ne prenez pas de votre propre initiative plusieurs médicaments différents...

- car leurs effets peuvent se cumuler ou au contraire s'opposer. Si vous prenez déjà des médicaments (traitement ponctuel ou au long cours, comme les anticoagulants), signalez-le toujours à votre pharmacien.
- Le jeûne, l'alcool (bière, vin..), le tabac et certaines boissons (à base de plantes, jus de pamplemousse) modifient aussi l'effet de certains médicaments. Soyez vigilant(e) et adaptez votre mode de vie afin d'éviter ces interactions.

RÈGLE N°5

Respectez les doses par prise, l'intervalle entre les prises, le nombre de prises quotidiennes et la durée de votre traitement :

- Le médicament de médication officinale est conçu pour être utilisé à une dose et pendant une durée bien définies qui dépendent du symptôme traité. Ne dépassez pas la posologie (dose et fréquence des prises) et la durée de traitement indiquées par votre pharmacien et mentionnées dans la notice de votre médicament.

RÈGLE N°6

Si aucune amélioration n'intervient après quelques jours de traitement, si vos symptômes s'aggravent, s'ils se répètent fréquemment,

ou en cas de doute demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien. Indiquez leur toujours les médicaments que vous avez pris de vous-même pour vous soulager.

RÈGLE N°7

Si vous présentez un événement indésirable (même mineur),

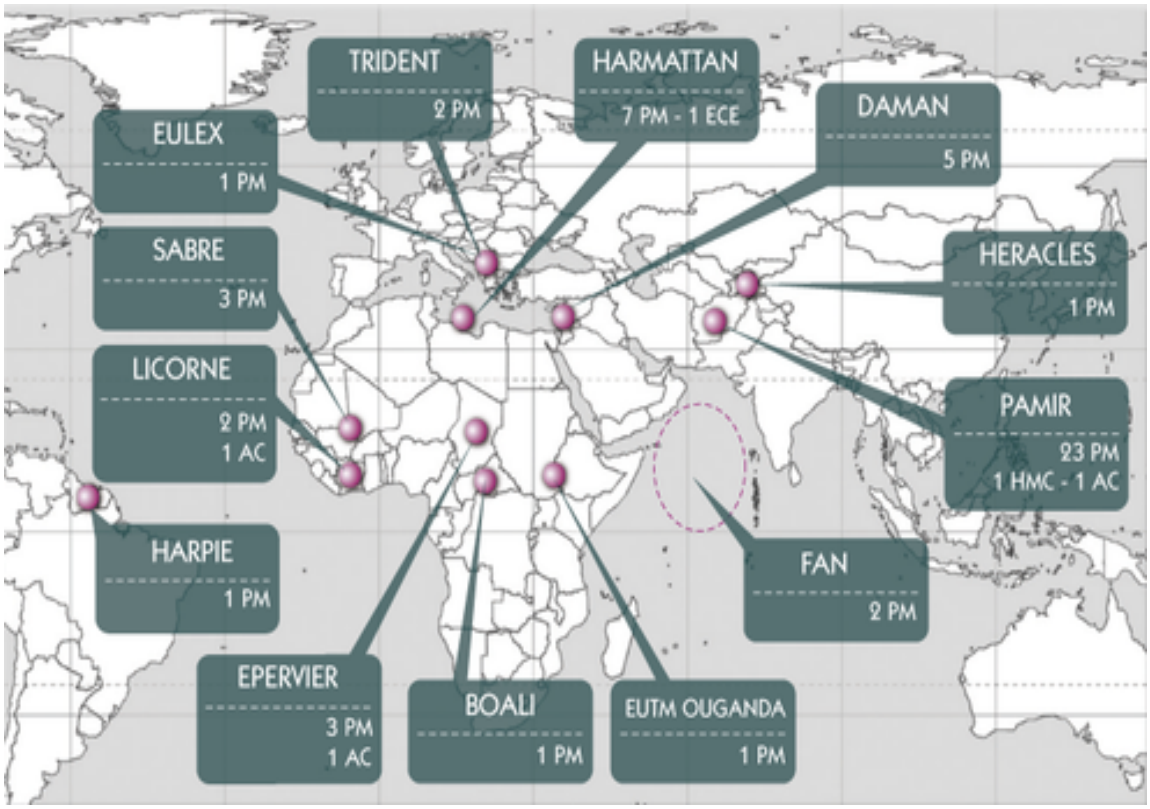
il est important de le signaler à votre médecin ou votre pharmacien qui prendra le cas échéant la décision d'en informer les autorités de santé. Il vous donnera la conduite à tenir pour votre traitement.

** extrait www.afssaps.fr/content/search?SearchText=automedication+7+regles+d%27or&ok=Valider*

Annexe 7 : Règles de bon usage des médicaments

** extrait www.afssaps.fr/content/search?SearchText=automedication+7+regles+d%27or&ok=Valider*

Annexe 8 : Carte du soutien sanitaire militaire français en date du 13 décembre 2011



Source : Ministère de la Défense (Service de Santé des Armées)

Légende

PM	poste médical composé de 1 médecin et 1 infirmier
HMC	hôpital médicochirurgical composé de minimum 9 médecins (3 médecins, 4 chirurgiens et 2 anesthésistes) avec 6 infirmiers
AC	Antenne chirurgicale composée de minimum 3 médecins (2 chirurgiens et 1 anesthésiste) avec 6 infirmiers
ECE	éléments chirurgical embarqué

Légende Suite

nom des opérations	*lieu et cadre de l'opération*
TRIDENT	Kosovo dans le cadre de l'OTAN
HARMATTAN	Libye dans le cadre de la résolution 1973 du conseil de sécurité des nations unies (CSNU)
DAMAN	Liban dans le cadre de la résolution 1701 du CSNU
HERACLES	Afghanistan dans le cadre des opérations navales et aériennes
PAMIR	Afghanistan dans le cadre de la force internationale d'assistance et de sécurité (ISAF)
FAN	Forces d'action navale
EUTM OUGANDA	Ouganda, elle consiste à former les militaires somaliens, aux côtés de l'armée nationale ougandaise
BOALI	République Centrafricaine, soutient la mission de consolidation de la paix des Etats d'Afrique centrale.
EPERVIER	Tchad, pré positionnement de l'armée française depuis 1986 par rapport aux armées libyennes
HARPIE	Guyane, mission de lutte contre l'orpaillage
LICORNE	Côte d'Ivoire
SABRE	Mali, forces françaises employées contre le terrorisme
EULEX	Kosovo, action civile pour maintenir l'état de droit

Annexe 9 : Schéma du FELIN : Fantassin à Equipements et Liaisons INtégrés.

Source : Ministère de la Défense - Armée de Terre / 1er RI

Annexe 10 : Listing anonymisé de l'effectif théorique du 1er RI au 1er novembre 2010

GRAD	DATE NAIS	SEX	GRAD	DATE NAIS	SEX	GRAD	DATE NAIS	SEX
COL	25 novembre 1965	1	ADC	16 juillet 1965	1	ADJ	17 octobre 1979	1
LCL	25 juillet 1966	1	ADC	23 décembre 1962	1	ADJ	25 avril 1968	1
LCL	14 décembre 1962	1	ADC	14 septembre 1962	1	ADJ	9 mai 1977	1
LCL	7 mai 1974	2	ADC	15 septembre 1959	1	ADJ	26 mai 1980	1
CBA	16 mai 1973	1	ADC	17 août 1964	1	ADJ	6 mars 1972	1
CDT	22 mars 1975	1	ADC	10 octobre 1962	1	ADJ	17 août 1962	1
CBA	12 avril 1955	1	ADC	21 avril 1963	1	ADJ	2 mai 1973	1
CDT	20 mars 1959	1	ADC	9 juin 1968	1	ADJ	13 mai 1971	1
CDT	16 avril 1967	1	ADC	5 juin 1956	1	ADJ	26 octobre 1971	1
CNE	16 août 1982	1	ADC	23 avril 1965	1	ADJ	10 janvier 1971	1
CNE	27 juin 1981	1	ADC	23 janvier 1958	1	ADJ	17 août 1962	1
CNE	29 octobre 1967	1	ADC	30 avril 1964	1	ADJ	2 mai 1973	1
CNE	28 juillet 1981	1	ADC	7 juin 1973	1	ADJ	13 mai 1971	1
CNE	6 octobre 1962	1	ADC	15 avril 1963	1	ADJ	26 octobre 1971	1
CNE	9 octobre 1976	1	ADC	29 novembre 1964	2	ADJ	10 janvier 1971	1
CNE	4 juin 1980	1	ADC	28 octobre 1963	1	ADJ	1 juillet 1980	1
CNE	19 mars 1982	1	ADC	10 novembre 1963	1	ADJ	15 janvier 1968	1
CNE	8 septembre 1972	1	ADC	29 septembre 1967	1	ADJ	26 mars 1966	1
CNE	3 février 1970	1	ADC	10 avril 1963	1	ADJ	22 octobre 1974	1
CNE	6 juillet 1975	2	ADC	6 février 1964	1	ADJ	5 janvier 1971	1
CNE	24 septembre 1971	1	ADC	13 janvier 1968	1	ADJ	2 janvier 1972	1
CNE	4 février 1980	1	ADC	16 août 1965	1	ADJ	25 mars 1972	1
CNE	21 juillet 1975	1	ADC	20 janvier 1969	1	ADJ	8 septembre 1973	1
CNE	31 janvier 1965	1	ADC	18 décembre 1964	1	ADJ	10 septembre 1975	1
CNE	24 février 1983	1	ADC	2 décembre 1963	1	ADJ	24 août 1962	1
CNE	12 septembre 1968	1	ADC	17 juillet 1963	1	ADJ	7 mars 1972	1
CNE	5 décembre 1977	1	ADC	30 juillet 1964	1	ADJ	1 juillet 1980	1
CNE	16 février 1965	1	ADC	11 mai 1956	1	ADJ	15 janvier 1968	1
CNE	16 septembre 1975	1	ADC	17 décembre 1960	1	ADJ	13 mai 1974	1
CNE	17 août 1981	1	ADC	22 avril 1958	1	ADJ	21 mai 1973	1
CNE	24 octobre 1980	1	ADC	29 décembre 1966	1	ADJ	30 novembre 1971	1
CNE	15 octobre 1968	2	ADC	6 février 1964	1	ADJ	20 mai 1975	1
CNE	21 juin 1969	1	ADC	13 janvier 1968	1	ADJ	15 novembre 1973	1
CNE	15 décembre 1968	1	ADC	16 août 1965	1	ADJ	9 février 1974	1
CNE	18 février 1981	1	ADC	20 janvier 1969	1	ADJ	24 décembre 1965	1
LTN	9 octobre 1980	1	ADC	10 novembre 1963		ADJ	8 avril 1966	1
LTN	2 juin 1982	1	ADC	18 décembre 1964	1	ADJ	22 avril 1972	1
LTN	12 août 1982	1	ADC	2 décembre 1963	1	ADJ	3 août 1974	1
LTN	5 janvier 1977	1	ADC	17 juillet 1963	1	ADJ	4 octobre 1964	1
LTN	7 mars 1982	1	ADC	30 juillet 1964	1	ADJ	5 septembre 1973	1
LTN	12 juillet 1966	1	ADC	11 mai 1956	1	SCH	3 juin 1978	2
LTN	17 août 1978	1	ADC	17 décembre 1960	1	SCH	1 avril 1975	1
LTN	13 juillet 1985	1	ADC	22 avril 1958	1	SCH	23 mai 1977	1
LTN	7 juillet 1969	1	ADC	29 décembre 1966	1	SCH	20 avril 1980	1
LTN	18 mai 1976	1	ADJ	26 mars 1966	1	SCH	3 juillet 1974	1
LTN	3 août 1979	1	ADJ	22 octobre 1974	1	SCH	7 juin 1979	1
LTN	21 juin 1973	1	ADJ	24 décembre 1965	1	SCH	10 août 1975	1
LTN	15 juillet 1981	1	ADJ	8 avril 1966	1	SCH	17 juillet 1979	1
LTN	20 décembre 1984	1	ADJ	22 avril 1972	1	SCH	7 avril 1981	1
LTN	8 avril 1983	1	ADJ	3 août 1974	1	SCH	30 juin 1981	1
LTN	27 juillet 1982	1	ADJ	4 octobre 1964	1	SCH	29 septembre 1982	1
LTN	14 septembre 1985	1	ADJ	5 septembre 1973	1	SCH	9 novembre 1982	2
LTN	5 juillet 1971	1	ADJ	7 mars 1972	1	SCH	2 septembre 1981	1
LTN	13 mars 1977	1	ADJ	26 mai 1980	1	SCH	30 mai 1979	1
LTN	14 août 1979	1	ADJ	6 mars 1972	1	SCH	10 octobre 1977	1
SLT	2 juin 1983	1	ADJ	17 octobre 1979	1	SCH	26 septembre 1978	1
SLT	30 décembre 1980	1	ADJ	25 avril 1968	1	SCH	16 juin 1972	1
MAJ	9 avril 1961	1	ADJ	9 mai 1977	1	SCH	29 avril 1981	1
MAJ	24 avril 1962	1	ADJ	13 mai 1974	1	SCH	18 août 1975	1
MAJ	3 décembre 1958	1	ADJ	21 mai 1973	1	SCH	1 septembre 1977	1
MAJ	16 avril 1957	1	ADJ	30 novembre 1971	1	SCH	7 janvier 1983	1
ADC	25 juillet 1967	1	ADJ	20 mai 1975	1	SCH	25 juillet 1979	1
ADC	20 janvier 1970	1	ADJ	15 novembre 1973	1	SCH	14 novembre 1979	1
ADC	22 janvier 1970	1	ADJ	9 février 1974	1	SCH	3 février 1977	1
ADC	16 juillet 1965	1	ADJ	15 novembre 1973	1	SCH	25 mars 1976	1
ADC	23 décembre 1962	1	ADJ	9 février 1974	1	SCH	21 janvier 1977	1
ADC	14 septembre 1962	1	ADJ	3 août 1973	1	SCH	7 mai 1983	1
ADC	15 septembre 1959	1	ADJ	3 novembre 1979	1	SCH	15 décembre 1969	1
ADC	17 août 1964	1	ADJ	8 octobre 1970	1	SCH	9 septembre 1975	1
ADC	10 octobre 1962	1	ADJ	2 février 1976	2	SCH	3 février 1977	1
ADC	21 avril 1963	1	ADJ	3 août 1973	1	SCH	10 octobre 1977	1
ADC	9 juin 1968	1	ADJ	3 novembre 1979	1	SCH	26 septembre 1978	1
ADC	5 juin 1956	1	ADJ	8 octobre 1970	1	SCH	11 mai 1981	1
ADC	23 avril 1965	1	ADJ	2 février 1976	2	SCH	21 janvier 1980	1
ADC	23 janvier 1958	1	ADJ	5 janvier 1971	1	SCH	4 juin 1978	1
ADC	30 avril 1964	1	ADJ	2 janvier 1972	1	SCH	12 février 1966	1
ADC	7 juin 1973	1	ADJ	25 mars 1972	1	SCH	25 juillet 1979	1
ADC	15 avril 1963	1	ADJ	8 septembre 1973	1	SCH	14 novembre 1979	1
ADC	29 novembre 1964	2	ADJ	10 septembre 1975	1	SCH	31 juillet 1973	1
ADC	28 octobre 1963	1	ADJ	24 août 1962	1	SCH	25 mars 1976	1

ADC	29 septembre 1967	1	SCH	15 septembre 1977	1	SGT	16 octobre 1983	1
ADC	10 avril 1963	1	SCH	23 décembre 1983	1	SGT	29 août 1985	1
SCH	19 août 1977	1	SGT	21 mai 1979	2	CCH	4 mars 1977	1
SCH	29 août 1980	1	SGT	30 juin 1987	1	CCH	11 avril 1977	1
SCH	31 juillet 1973	1	SGT	14 décembre 1987	1	CCH	5 novembre 1974	1
SCH	11 novembre 1982	1	SGT	23 novembre 1987	2	CCH	12 décembre 1979	1
SCH	5 décembre 1977	1	SGT	24 février 1983	1	CCH	6 mai 1973	1
SCH	16 novembre 1979	1	SGT	28 décembre 1983	1	CCH	11 janvier 1978	1
SCH	7 avril 1976	1	SGT	27 juin 1975	1	CCH	9 août 1976	1
SCH	22 novembre 1983	2	SGT	29 janvier 1986	1	CCH	8 février 1973	1
SCH	21 janvier 1980	1	SGT	28 juillet 1978	1	CCH	7 avril 1978	1
SCH	4 juin 1978	1	SGT	27 juin 1984	1	CCH	18 mai 1983	1
SCH	12 février 1966	1	SGT	20 octobre 1982	1	CCH	2 octobre 1979	1
SCH	21 décembre 1973	1	SGT	27 mars 1971	1	CCH	17 janvier 1974	1
SCH	25 novembre 1983	1	SGT	17 janvier 1983	1	CCH	22 décembre 1981	1
SCH	20 septembre 1976	1	SGT	14 février 1981	1	CCH	7 avril 1969	1
SCH	14 août 1982	1	SGT	7 novembre 1988	1	CCH	2 avril 1985	1
SCH	29 juin 1977	1	SGT	3 juin 1981	1	CCH	4 juin 1976	1
SCH	11 janvier 1979	1	SGT	3 septembre 1982	1	CCH	10 janvier 1980	1
SCH	5 octobre 1980	1	SGT	20 mars 1984	1	CCH	5 décembre 1980	1
SCH	25 avril 1975	1	SGT	10 mars 1983	1	CCH	28 mars 1980	1
SCH	3 mars 1981	1	SGT	16 juillet 1986	1	CCH	22 avril 1983	1
SCH	20 septembre 1979	1	SGT	26 décembre 1984	1	CCH	24 avril 1981	1
SCH	11 mai 1981	1	SGT	20 septembre 1978	1	CCH	16 mars 1979	1
SCH	21 décembre 1973	1	SGT	3 septembre 1985	1	CCH	2 janvier 1980	1
SCH	25 novembre 1983	1	SGT	23 mars 1973	1	CCH	7 février 1982	1
SCH	7 novembre 1977	1	SGT	23 mars 1982	1	CCH	21 octobre 1977	2
SCH	23 décembre 1983	1	SGT	20 janvier 1988	1	CCH	26 juin 1975	1
SCH	7 novembre 1977	1	SGT	25 juillet 1985	1	CCH	22 septembre 1979	1
SCH	10 décembre 1977	1	SGT	13 décembre 1984	1	CCH	18 avril 1975	1
SCH	16 mars 1980	1	SGT	27 mai 1971	1	CCH	31 juillet 1972	1
SCH	11 janvier 1979	1	SGT	10 juin 1987	2	CC1	5 novembre 1976	1
SCH	5 octobre 1980	1	SGT	6 décembre 1981	1	CCH	15 juillet 1975	1
SCH	25 avril 1975	1	SGT	16 juillet 1982	1	CCH	22 janvier 1973	1
SCH	3 mars 1981	1	SGT	8 avril 1981	2	CCH	25 janvier 1974	2
SCH	20 septembre 1979	1	SGT	19 mai 1988	1	CCH	14 novembre 1977	1
SCH	15 septembre 1977	1	SGT	22 novembre 1979	1	CCH	30 juin 1979	1
SCH	10 décembre 1977	1	SGT	29 janvier 1982	1	CCH	19 mai 1976	1
SCH	16 mars 1980	1	SGT	8 janvier 1988	1	CCH	1 septembre 1977	1
SCH	29 avril 1981	1	SGT	17 septembre 1982	1	CCH	18 février 1982	1
SCH	18 août 1975	1	SGT	30 juin 1983	1	CCH	1 mars 1984	1
SCH	1 septembre 1977	1	SGT	6 juin 1980	1	CCH	6 août 1977	1
SCH	27 juin 1968	1	SGT	25 novembre 1988	1	CCH	30 décembre 1978	1
SCH	21 janvier 1977	1	SGT	30 novembre 1980	2	CCH	21 janvier 1982	1
SCH	7 mai 1983	1	SGT	24 janvier 1985	1	CCH	22 janvier 1985	1
SCH	15 décembre 1969	1	SGT	13 juillet 1989	1	CCH	8 mars 1981	1
SCH	7 janvier 1983	1	SGT	29 janvier 1989	1	CCH	25 juin 1974	1
SCH	9 septembre 1975	1	SGT	4 mai 1985	1	CCH	10 mai 1975	1
SCH	3 juin 1978	2	SGT	11 octobre 1982	2	CCH	3 novembre 1983	1
SCH	1 avril 1975	1	SGT	12 septembre 1985	1	CCH	12 décembre 1985	1
SCH	23 mai 1977	1	SGT	25 juin 1988	1	CCH	3 avril 1974	1
SCH	20 avril 1980	1	SGT	9 mai 1982	1	CCH	18 décembre 1984	1
SCH	3 juillet 1974	1	SGT	11 août 1968	1	CCH	21 mai 1966	1
SCH	7 juin 1979	1	SGT	18 septembre 1987	1	CCH	18 janvier 1972	1
SCH	10 août 1975	1	SGT	29 septembre 1989	1	CCH	7 juin 1981	1
SCH	17 juillet 1979	1	SGT	5 novembre 1983	1	CCH	14 juillet 1982	1
SCH	7 avril 1981	1	SGT	6 février 1982	1	CCH	19 décembre 1968	1
SCH	30 juin 1981	1	SGT	18 décembre 1980	1	CCH	26 avril 1975	1
SCH	16 juin 1972	1	SGT	24 février 1983	1	CCH	23 mai 1980	1
SCH	29 juin 1977	1	SGT	5 juillet 1983	1	CCH	19 mai 1980	2
SCH	20 septembre 1976	1	SGT	9 août 1984	1	CCH	17 mai 1985	1
SCH	14 août 1982	1	SGT	6 août 1979	1	CCH	17 septembre 1985	1
SCH	11 novembre 1982	1	SGT	24 mai 1982	1	CCH	18 juillet 1983	1
SCH	5 décembre 1977	1	SGT	12 mars 1990	1	CCH	23 novembre 1984	1
SCH	16 novembre 1979	1	SGT	1 octobre 1985	1	CCH	28 août 1981	1
SCH	7 avril 1976	1	SGT	7 septembre 1977	1	CCH	23 mai 1985	1
SCH	22 novembre 1983	2	SGT	17 mars 1987	1	CCH	25 octobre 1982	1
SCH	19 août 1977	1	SGT	18 juillet 1973	1	CCH	25 février 1974	1
SCH	29 août 1980	1	SGT	4 mars 1981	1	CCH	4 avril 1979	1
SGT	6 novembre 1973	1	SGT	29 mai 1981	1	CCH	30 mai 1972	1
SGT	22 janvier 1981	1	SGT	28 août 1983	1	CCH	9 avril 1984	1
SGT	16 avril 1989	1	SGT	4 mai 1983	1	CCH	25 mai 1984	1
SGT	4 novembre 1988	1	SGT	27 juin 1986	1	CCH	7 novembre 1985	1
SGT	29 novembre 1979	1	SGT	1 décembre 1980	1	CCH	15 octobre 1977	2
SGT	11 juillet 1986	1	CCH	12 décembre 1980	1	CCH	5 juillet 1975	1
SGT	16 novembre 1974	1	CCH	7 septembre 1983	1	CCH	4 juillet 1985	1
SGT	25 décembre 1974	1	CCH	9 avril 1972	1	CCH	18 août 1975	1
SGT	16 mai 1977	1	CCH	23 décembre 1979	1	CCH	1 octobre 1982	1
SGT	29 novembre 1981	1	CCH	1 janvier 1980	1	CCH	4 décembre 1977	1
SGT	19 décembre 1984	1	CCH	4 août 1980	1	CCH	13 juin 1977	1
SGT	13 septembre 1986	1	CCH	20 novembre 1976	1	CCH	24 juillet 1976	1
SGT	26 octobre 1985	1	CCH	15 juin 1974	1	CCH	9 mai 1980	1
SGT	14 juin 1983	1	CCH	14 mars 1978	1	CCH	12 mars 1980	2
SGT	10 novembre 1970	1	CCH	14 août 1971	1	CCH	16 juillet 1973	1
SGT	23 novembre 1989	1	CCH	20 janvier 1978	1	CCH	24 octobre 1972	1
SGT	18 septembre 1981	2	CCH	26 septembre 1978	1	CCH	3 novembre 1978	1

CCH	27 juillet 1981	1	CCH	13 décembre 1980	1	CPL	22 octobre 1987	1
CCH	7 septembre 1979	1	CCH	9 juillet 1985	1	CPL	1 octobre 1985	1
CCH	17 avril 1978	1	CCH	21 juin 1978	1	CPL	4 mai 1984	1
CCH	3 décembre 1977	1	CCH	16 juillet 1972	1	CPL	17 décembre 1986	1
CCH	26 juillet 1983	1	CCH	7 janvier 1986	1	CPL	26 janvier 1987	1
CCH	20 décembre 1982	1	CCH	15 juin 1985	1	CPL	19 mars 1988	1
CCH	2 septembre 1974	1	CCH	4 mai 1986	1	CPL	2 novembre 1985	1
CCH	26 septembre 1978	1	CCH	23 juillet 1975	2	CPL	27 septembre 1985	1
CCH	21 novembre 1983	1	CCH	12 octobre 1971	1	CPL	14 avril 1987	1
CCH	23 février 1977	1	CCH	11 octobre 1985	1	CPL	2 août 1988	1
CCH	13 mai 1980	1	CCH	25 mars 1981	1	CPL	17 avril 1987	1
CCH	3 mai 1985	1	CCH	29 juillet 1986	1	CPL	21 janvier 1985	2
CCH	29 novembre 1980	1	CCH	14 juillet 1982	1	CPL	9 octobre 1986	1
CCH	19 mars 1979	1	CCH	14 juillet 1985	1	CPL	30 mai 1985	1
CCH	18 juillet 1979	1	CCH	12 août 1976	1	CPL	7 février 1981	1
CCH	25 août 1973	1	CCH	18 avril 1979	1	CPL	16 mai 1987	1
CCH	11 août 1974	1	CCH	4 novembre 1976	1	CPL	8 août 1987	1
CCH	21 janvier 1983	1	CCH	27 mai 1983	1	CPL	20 décembre 1984	1
CCH	2 mai 1975	1	CCH	4 août 1976	1	CPL	28 octobre 1983	1
CCH	16 décembre 1984	1	CCH	27 novembre 1975	1	CPL	20 avril 1988	1
CCH	24 mai 1978	1	CCH	9 mai 1973	1	CPL	4 septembre 1979	1
CCH	15 mai 1983	1	CCH	7 décembre 1981	1	CPL	30 mai 1988	1
CCH	14 septembre 1979	1	CCH	22 novembre 1967	1	CPL	12 mai 1987	1
CCH	15 octobre 1980	1	CCH	17 décembre 1982	2	CPL	18 juin 1987	1
CCH	14 octobre 1967	1	CCH	28 juin 1984	1	CPL	14 mai 1988	1
CCH	4 mars 1981	1	CCH	17 décembre 1977	1	CPL	20 août 1987	1
CCH	15 octobre 1975	1	CCH	13 décembre 1980	1	CPL	21 octobre 1988	1
CCH	4 juillet 1985	1	CCH	12 février 1983	1	CPL	25 juin 1983	1
CCH	24 août 1973	1	CCH	18 septembre 1976	1	CPL	4 août 1987	1
CCH	18 février 1972	1	CCH	26 juin 1982	1	CPL	17 septembre 1986	1
CCH	19 mai 1976	1	CCH	12 juillet 1975	1	CPL	31 mars 1985	1
CCH	31 janvier 1975	1	CCH	22 avril 1980	1	CPL	18 mai 1987	1
CCH	9 décembre 1980	1	CCH	11 juillet 1974	1	CPL	1 novembre 1984	1
CCH	2 juin 1983	1	CCH	9 juin 1980	1	CPL	14 mai 1988	1
CCH	3 novembre 1973	1	CCH	14 mars 1978	1	CPL	17 décembre 1983	1
CCH	20 juillet 1980	1	CCH	18 février 1980	1	CPL	17 avril 1988	1
CCH	24 septembre 1981	1	CCH	20 octobre 1982	1	CPL	23 février 1981	1
CCH	30 novembre 1984	1	CCH	29 mai 1977	1	CPL	2 juin 1986	1
CCH	22 décembre 1971	1	CCH	10 août 1979	1	CPL	6 novembre 1980	1
CCH	9 mars 1978	1	CCH	13 décembre 1986	1	CPL	15 juillet 1983	1
CCH	25 juillet 1983	1	CCH	26 novembre 1983	1	CPL	7 juin 1980	1
CCH	21 février 1977	1	CCH	1 février 1984	1	CPL	23 février 1987	1
CCH	21 juin 1970	1	CCH	20 septembre 1975	1	CPL	26 janvier 1989	1
CCH	4 juillet 1978	1	CCH	5 juin 1981	1	CPL	25 août 1980	1
CCH	4 février 1984	1	CPL	2 juin 1984	1	CPL	24 août 1984	1
CCH	15 septembre 1976	1	CPL	12 mars 1985	1	CPL	23 septembre 1985	1
CCH	6 avril 1985	1	CPL	1 novembre 1987	1	CPL	3 avril 1987	1
CCH	19 février 1966	1	CPL	11 septembre 1982	1	CPL	16 mai 1986	1
CCH	11 décembre 1972	1	CPL	26 février 1986	1	CPL	1 mars 1981	1
CCH	12 décembre 1975	1	CPL	7 novembre 1984	1	CPL	26 avril 1986	1
CCH	26 avril 1981	1	CPL	18 mars 1985	1	CPL	23 mars 1985	1
CCH	10 août 1982	1	CPL	29 septembre 1984	1	CPL	7 août 1984	1
CCH	23 juin 1978	1	CPL	15 janvier 1985	1	CPL	20 avril 1988	1
CCH	1 mai 1970	1	CPL	30 janvier 1984	2	CPL	28 août 1987	1
CCH	9 décembre 1981	1	CPL	16 octobre 1984	1	CPL	13 juillet 1985	1
CCH	27 août 1980	1	CPL	1 novembre 1987	2	CPL	27 décembre 1987	1
CCH	20 juin 1971	1	CPL	5 octobre 1987	1	CPL	14 décembre 1984	1
CCH	26 février 1984	1	CPL	20 décembre 1986	2	CPL	25 avril 1981	1
CCH	29 mars 1978	1	CPL	2 juillet 1987	1	CPL	6 novembre 1986	1
CCH	7 décembre 1974	1	CPL	29 novembre 1985	1	CPL	4 mai 1984	1
CCH	2 septembre 1978	1	CPL	31 juillet 1986	1	CPL	29 novembre 1986	1
CCH	15 mai 1983	1	CPL	12 juillet 1983	1	CPL	11 août 1986	1
CCH	25 décembre 1984	1	CPL	15 novembre 1984	1	CPL	11 juillet 1978	2
CCH	20 juin 1974	1	CPL	30 mars 1984	1	CPL	28 novembre 1985	1
CCH	4 février 1982	1	CPL	4 juillet 1984	1	CPL	8 février 1985	1
CCH	26 juin 1982	1	CPL	8 avril 1987	1	CPL	3 décembre 1988	1
CCH	4 septembre 1982	1	CPL	10 juin 1983	1	CPL	21 mars 1986	1
CCH	6 février 1976	1	CPL	11 avril 1989	1	CPL	24 septembre 1987	1
CCH	26 novembre 1974	1	CPL	6 mai 1984	1	CPL	11 septembre 1985	1
CCH	19 septembre 1966	1	CPL	10 juin 1987	1	CPL	21 novembre 1989	2
CCH	13 avril 1978	1	CPL	30 janvier 1987	1	CPL	1 novembre 1985	1
CCH	3 octobre 1986	1	CPL	3 février 1981	1	CPL	11 mai 1985	1
CCH	28 juillet 1983	1	CPL	1 avril 1986	1	CPL	17 décembre 1987	1
CCH	8 décembre 1984	1	CPL	25 avril 1988	1	CPL	31 décembre 1984	1
CCH	14 mars 1984	1	CPL	16 novembre 1984	1	CPL	21 juin 1987	1
CCH	9 février 1966	1	CPL	15 mai 1986	1	CPL	15 août 1983	1
CCH	4 août 1980	2	CPL	4 décembre 1989	1	CPL	18 novembre 1987	1
CCH	4 février 1979	1	CPL	16 novembre 1988	1	CPL	15 juin 1989	1
CCH	22 novembre 1982	2	CPL	8 juin 1981	1	CPL	3 octobre 1986	1
CCH	5 août 1985	1	CPL	22 mai 1979	1	CPL	26 juillet 1987	1
CCH	17 mai 1986	1	CPL	8 octobre 1983	1	CPL	16 avril 1982	1
CCH	29 juillet 1975	1	CPL	1 décembre 1985	1	CPL	19 mai 1985	1
CCH	13 février 1980	1	CPL	5 mai 1985	1	CPL	17 avril 1988	1

CPL	5 août 1985	1	1CL	22 novembre 1989	1	1CL	20 octobre 1988	1
CPL	30 janvier 1980	1	1CL	29 juillet 1988	1	1CL	12 juillet 1989	1
CPL	26 janvier 1989	1	1CL	1 août 1986	1	1CL	8 novembre 1987	1
CPL	9 décembre 1986	1	1CL	12 avril 1985	1	1CL	3 septembre 1988	1
CPL	7 mai 1985	2	1CL	1 septembre 1988	1	1CL	10 juin 1987	1
CPL	5 octobre 1985	1	1CL	8 avril 1988	1	1CL	6 mars 1991	1
CPL	28 octobre 1985	1	1CL	23 juillet 1989	1	1CL	29 juillet 1986	1
CPL	12 avril 1987	1	1CL	9 avril 1988	1	1CL	18 août 1984	1
CPL	22 mars 1985	1	1CL	10 mars 1988	1	1CL	7 février 1986	1
CPL	30 août 1988	1	1CL	20 mars 1989	1	1CL	21 août 1989	1
CPL	28 février 1981	2	1CL	9 avril 1990	1	1CL	10 août 1984	1
CPL	18 février 1984	1	1CL	22 mars 1986	1	1CL	26 mars 1991	1
CPL	23 janvier 1980	1	1CL	10 août 1990	1	1CL	5 mai 1987	2
CPL	2 janvier 1986	1	1CL	6 janvier 1988	1	1CL	21 août 1989	1
CPL	24 octobre 1985	1	1CL	3 mars 1984	1	1CL	28 avril 1988	1
CPL	30 juillet 1989	1	1CL	14 août 1989	1	1CL	15 novembre 1988	1
CPL	6 août 1987	1	1CL	11 octobre 1990	1	1CL	17 juillet 1990	1
CPL	18 février 1988	1	1CL	23 juillet 1989	1	1CL	19 juillet 1990	1
CPL	14 mai 1988	1	1CL	17 avril 1988	2	1CL	30 juillet 1989	1
CPL	22 février 1989	1	1CL	29 mai 1986	1	1CL	12 décembre 1986	1
CPL	2 janvier 1987	1	1CL	3 juin 1985	1	1CL	18 août 1986	1
CPL	8 septembre 1989	1	1CL	14 octobre 1986	1	1CL	1 février 1987	1
CPL	14 octobre 1984	1	1CL	9 août 1987	1	1CL	20 février 1987	1
CPL	11 décembre 1984	1	1CL	4 juin 1984	1	1CL	5 avril 1988	1
CPL	12 avril 1985	1	1CL	19 juin 1987	1	1CL	1 mars 1991	1
CPL	24 août 1981	1	1CL	4 septembre 1988	1	1CL	27 mai 1989	1
CPL	13 août 1985	1	1CL	12 avril 1988	1	1CL	21 novembre 1990	1
CPL	26 mars 1987	1	1CL	25 novembre 1989	1	1CL	19 mai 1987	1
CPL	24 août 1987	1	1CL	19 août 1981	1	1CL	28 mars 1985	1
CPL	20 août 1987	1	1CL	12 septembre 1990	1	1CL	8 décembre 1989	1
CPL	26 juillet 1979	1	1CL	24 février 1989	1	1CL	19 juillet 1987	1
CPL	13 avril 1985	1	1CL	30 septembre 1989	1	1CL	5 juillet 1987	1
CPL	30 mars 1987	1	1CL	22 juin 1985	1	1CL	1 avril 1985	1
CPL	31 janvier 1986	1	1CL	8 mai 1987	1	1CL	20 mai 1984	1
CPL	1 juin 1987	1	1CL	27 octobre 1990	1	1CL	13 décembre 1983	1
CPL	28 octobre 1986	1	1CL	17 août 1984	1	1CL	20 août 1988	1
CPL	21 décembre 1987	1	1CL	29 janvier 1985	1	1CL	5 novembre 1986	1
CPL	26 juin 1984	1	1CL	1 octobre 1987	1	1CL	12 janvier 1984	1
CPL	26 juillet 1986	1	1CL	4 février 1991	1	1CL	30 décembre 1988	1
CPL	21 novembre 1983	1	1CL	27 juillet 1989	1	1CL	2 juin 1986	1
CPL	21 juillet 1985	1	1CL	24 mai 1986	2	1CL	11 juillet 1990	1
CPL	15 juin 1987	1	1CL	11 septembre 1988	1	1CL	1 mai 1989	1
CPL	23 mars 1983	1	1CL	24 juillet 1981	2	1CL	25 novembre 1989	1
CPL	9 janvier 1985	2	1CL	20 mars 1988	1	1CL	7 septembre 1985	1
CPL	19 mai 1988	1	1CL	11 août 1988	1	1CL	3 juillet 1986	1
CPL	24 juillet 1984	1	1CL	5 décembre 1989	1	1CL	12 août 1990	1
CPL	24 avril 1985	1	1CL	10 juillet 1988	1	1CL	12 mai 1986	1
CPL	14 février 1986	2	1CL	26 mai 1982	1	1CL	17 octobre 1986	1
CPL	26 mars 1987	1	1CL	8 août 1988	1	1CL	18 août 1988	1
CPL	19 août 1984	1	1CL	2 avril 1992	1	1CL	8 juillet 1989	1
1CL	26 mars 1990	1	1CL	10 juin 1987	1	1CL	20 novembre 1989	1
1CL	26 avril 1984	1	1CL	20 janvier 1990	1	1CL	30 novembre 1987	1
1CL	20 mars 1990	1	1CL	6 juillet 1990	1	1CL	22 décembre 1987	1
1CL	26 mai 1990	1	1CL	28 septembre 1989	1	1CL	20 juillet 1988	1
1CL	4 avril 1989	1	1CL	20 septembre 1989	1	1CL	14 juin 1985	1
1CL	14 novembre 1984	1	1CL	15 février 1991	1	1CL	28 avril 1987	1
1CL	1 avril 1989	1	1CL	7 août 1986	1	1CL	9 avril 1988	1
1CL	20 avril 1989	1	1CL	13 juillet 1984	1	1CL	9 juillet 1990	1
1CL	6 mai 1990	1	1CL	18 décembre 1990	1	1CL	15 juin 1985	1
1CL	11 mai 1990	1	1CL	15 avril 1989	1	1CL	18 avril 1989	1
1CL	28 novembre 1988	1	1CL	9 mars 1988	1	1CL	19 septembre 1989	1
1CL	19 mai 1986	1	1CL	21 juin 1987	1	1CL	20 novembre 1987	1
1CL	23 septembre 1988	1	1CL	20 novembre 1988	1	1CL	2 avril 1989	1
1CL	28 novembre 1988	1	1CL	12 mai 1990	1	1CL	4 février 1990	1
1CL	17 septembre 1989	1	1CL	14 février 1987	1	1CL	6 juillet 1991	1
1CL	28 mai 1988	1	1CL	11 décembre 1990	1	1CL	20 juin 1986	2
1CL	4 février 1987	1	1CL	2 septembre 1990	1	1CL	24 octobre 1990	1
1CL	6 avril 1989	1	1CL	13 juin 1987	1	1CL	5 décembre 1988	1
1CL	8 octobre 1990	1	1CL	3 juillet 1988	2	1CL	16 juillet 1987	1
1CL	15 mars 1991	1	1CL	9 octobre 1989	1	1CL	18 janvier 1990	1
1CL	30 octobre 1990	1	1CL	16 août 1988	1	1CL	1 décembre 1990	1
1CL	11 août 1989	1	1CL	6 août 1985	1	1CL	31 mars 1987	1
1CL	3 octobre 1984	1	1CL	29 décembre 1985	1	1CL	1 avril 1988	1
1CL	17 avril 1984	1	1CL	19 mars 1991	1	1CL	14 septembre 1987	1
1CL	25 mars 1990	1	1CL	17 juillet 1988	1	1CL	2 octobre 1985	1
1CL	4 juillet 1987	1	1CL	27 mai 1989	1	1CL	10 juillet 1991	1
1CL	3 novembre 1983	1	1CL	5 juin 1989	1	1CL	6 novembre 1990	1
1CL	17 juin 1991	1	1CL	9 mai 1985	1	1CL	3 mars 1988	1
1CL	7 avril 1990	1	1CL	4 mai 1989	1	1CL	15 novembre 1988	1
1CL	20 avril 1990	1	1CL	29 juin 1986	2	1CL	27 janvier 1986	1
1CL	6 octobre 1989	1	1CL	18 mars 1990	1	1CL	15 avril 1988	1
1CL	25 janvier 1991	1	1CL	24 octobre 1985	1	1CL	26 décembre 1989	1
1CL	22 janvier 1982	1	1CL	5 octobre 1989	1	1CL	16 juin 1989	1
1CL	16 mai 1989	1	1CL	19 mars 1990	1	1CL	4 avril 1990	1

1CL	15 janvier 1986	1	SDT	27 juin 1988	1	SDT	10 mars 1987	1
1CL	3 septembre 1987	1	SDT	12 avril 1986	1	SDT	11 mars 1986	2
1CL	12 janvier 1991	1	SDT	15 octobre 1990	1	SDT	7 septembre 1984	1
1CL	22 décembre 1990	1	SDT	11 juin 1990	1	SDT	20 mai 1990	1
1CL	21 janvier 1984	1	SDT	18 décembre 1990	1	SDT	14 septembre 1990	1
SDT	27 décembre 1988	1	SDT	19 février 1992	1	SDT	17 janvier 1990	1
SDT	22 octobre 1989	1	SDT	20 octobre 1988	1	SDT	31 décembre 1991	1
SDT	20 mars 1989	1	SDT	13 août 1991	1	SDT	15 novembre 1988	1
SDT	26 septembre 1988	1	SDT	3 octobre 1989	1	SDT	2 septembre 1987	1
SDT	17 janvier 1990	1	SDT	5 juillet 1990	1	SDT	20 août 1990	1
SDT	11 mars 1989	1	SDT	14 février 1992	1	SDT	21 août 1988	1
SDT	9 novembre 1986	1	SDT	25 novembre 1985	1	SDT	16 octobre 1989	1
SDT	23 mars 1992	1	SDT	30 septembre 1985	1	SDT	18 août 1988	1
SDT	15 octobre 1989	1	SDT	19 janvier 1989	1	SDT	6 avril 1990	1
SDT	14 juin 1990	1	SDT	28 octobre 1989	1	SDT	28 mai 1991	1
SDT	28 août 1984	1	SDT	13 juillet 1990	1	SDT	22 septembre 1985	1
SDT	18 décembre 1989	1	SDT	24 janvier 1989	1	SDT	28 juin 1988	1
SDT	2 juillet 1988	1	SDT	18 janvier 1990	1	SDT	18 janvier 1987	1
SDT	29 juin 1987	1	SDT	18 mars 1986	2	SDT	30 novembre 1985	1
SDT	10 mai 1987	1	SDT	19 octobre 1988	1	SDT	10 août 1991	1
SDT	16 juin 1989	1	SDT	6 janvier 1992	1	SDT	28 octobre 1983	1
SDT	19 septembre 1987	2	SDT	24 juin 1988	1	SDT	15 juillet 1991	1
SDT	18 août 1990	1	SDT	13 avril 1991	1	SDT	15 janvier 1991	1
SDT	9 avril 1990	1	SDT	3 mars 1988	1	SDT	13 mars 1990	1
SDT	12 janvier 1987	1	SDT	29 juillet 1990	2	SDT	13 octobre 1989	1
SDT	15 février 1989	1	SDT	5 octobre 1991	1	SDT	2 février 1988	1
SDT	29 juillet 1991	2	SDT	7 août 1991	1	SDT	12 décembre 1989	1
SDT	11 mai 1990	1	SDT	16 août 1988	1	SDT	2 septembre 1991	1
SDT	10 janvier 1990	1	SDT	18 janvier 1989	1	SDT	29 juillet 1991	1
SDT	19 mai 1991	1	SDT	24 octobre 1988	1	SDT	17 février 1990	1
SDT	21 mai 1990	1	SDT	17 décembre 1987	2	SDT	28 mars 1991	1
SDT	19 décembre 1986	1	SDT	27 avril 1988	1	SDT	13 mai 1990	1
SDT	2 avril 1989	1	SDT	17 juillet 1989	1			
SDT	18 avril 1987	1	SDT	8 avril 1989	1			
SDT	26 février 1991	1	SDT	12 septembre 1989	1			
SDT	17 mai 1991	1	SDT	24 juin 1988	1			
SDT	12 mai 1985	1	SDT	19 décembre 1990	1			
SDT	18 novembre 1987	1	SDT	8 juillet 1988	1			
SDT	10 février 1991	1	SDT	3 août 1988	1			
SDT	25 février 1991	1	SDT	25 août 1991	1			
SDT	28 mai 1989	1	SDT	12 septembre 1989	1			
SDT	3 août 1989	2	SDT	6 février 1991	1			
SDT	26 février 1990	1	SDT	23 novembre 1988	1			
SDT	20 avril 1986	1	SDT	29 février 1988	1			
SDT	18 juillet 1991	1	SDT	5 décembre 1990	1			
SDT	19 janvier 1990	1	SDT	20 octobre 1989	1			
SDT	7 avril 1989	1	SDT	17 mai 1990	1			
SDT	9 novembre 1989	1	SDT	15 juin 1989	1			
SDT	7 décembre 1991	1	SDT	14 juin 1991	1			
SDT	22 décembre 1987	1	SDT	13 décembre 1991	1			
SDT	15 mai 1985	1	SDT	19 octobre 1990	1			
SDT	10 septembre 1991	1	SDT	26 juin 1989	1			
SDT	1 juin 1992	1	SDT	22 avril 1988	1			
SDT	21 juillet 1991	1	SDT	17 juin 1989	1			
SDT	12 juin 1991	1	SDT	22 décembre 1986	1			
SDT	2 juin 1987	1	SDT	22 août 1990	1			

Questionnaire sur l'automédication

Renseignements personnels

1) Quel est votre sexe ? ☐ M ☐ F 1-1) Quel est votre âge ? .....

2) Quel est votre rang ? ☐ Militaire du rang ☐ Sous-Officier ☐ Officier

3) Quel est votre nombre d'années de service .....

4) Etes-vous infirmier ou médecin ? ☐ oui ☐ non

5) Quel est votre niveau d'étude ? ☐ BAC et + ☐ BEP-CAP ☐ BEPC ☐ rien

6) Où logez-vous ? ☐ au régiment (BCC) ☐ en dehors du régiment

7) Consommez-vous : du tabac ? ☐ oui ☐ non des drogues ? ☐ oui ☐ non

8) Avez-vous un traitement médical au long court ? ☐ oui ☐ non si oui lequel : .....

9) Avez-vous une ordonnance pour ce traitement ? ☐ oui ☐ non .....

Automédication

10) Au cours de la semaine XX, vous est-il arrivé vous-même d'utiliser des médicaments ou des produits de santé sans aller voir votre médecin ? ☐ **oui** ☐ **non**

11) Au cours de la semaine XX, avez-vous réutilisé pour vous-même des médicaments prescrits initialement par un médecin ? ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui à la question 10 ou 11, veuillez répondre aux questions 12 à 17

12) De quel(s) type(s) de médicaments s'agissait-il ? :

- ☐ anti-douleur / antalgique
- ☐ anti-inflammatoire
- ☐ antibiotique
- ☐ anti-rhume / anti grippal
- ☐ anti-diarrhée / laxatif
- ☐ contre la toux ou le mal de gorge
- ☐ vitamines
- ☐ pommade
- ☐ autre : préciser .....
- ☐ ne sait pas

12.1 - Comment se nomme(nt)-t-il(s) ?

.....

13) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous pris ce(s) médicament(s) ?

- ☐ maladie bénigne, non grave
- ☐ besoin d'un soulagement rapide
- ☐ manque de confiance vis à vis du médecin d'unité
- ☐ éviter d'attendre pour consulter un médecin
- ☐ conseillé par le chef de groupe ou chef de section
- ☐ autre : veuillez préciser .....
- ☐ loin d'une structure médicale
- ☐ problème déjà rencontré, connu
- ☐ peur d'une inaptitude temporaire
- ☐ pouvoir continuer à servir

14) pour quel(s) symptôme(s) avez-vous pris ce médicament ou produit ?

- ☐ toux
- ☐ fièvre
- ☐ diarrhée / constipation
- ☐ mal de gorge
- ☐ migraine
- ☐ probleme cutané (peau)
- ☐ fatigue / insomnie
- ☐ douleurs musculaires
- ☐ allergie
- ☐ autre : préciser .....

15) Où avez-vous eu de médicament ?

- ☐ reste d'une ancienne ordonnance médicale
- ☐ armoire à pharmacie familiale
- ☐ achat dans une pharmacie
- ☐ achat sur internet
- ☐ donné par la famille
- ☐ donné par un collègue du régiment
- ☐ autre : veuillez préciser .....

Questionnaire sur l'automédication

16) Est-ce que le problème s'est résolu par ce médicament ? ☐ oui ☐ non
16.1- **Si non**, avez-vous pris un autre médicament sans avis médical ? ☐ oui ☐ non
16.2- et avez-vous consulter un médecin ? ☐ oui ☐ non

17) Avez-vous présenté un effet secondaire à ce médicament ? ☐ oui ☐ non
17.1- **Si oui** lequel ou lesquels ?
☐ troubles digestifs (diarrhées, ballonement…)
☐ maux de tête
☐ réactions cutanés (boutons, démengeaisons …)
☐ autre : préciser : ……

17.2- Et, avez-vous consulté un médecin pour ces effets indésirables ? ☐ oui ☐ non

18) En fonction de l'activité du régiment (Opex, manœuvre …), êtes-vous plus sujet à vous soigner par vous même ? ☐ oui ☐ non

18.1- **Si oui**, pour quelles acitivtés :
☐ avant de partir en OPEX
☐ en OPEX
☐ en manœuvre
☐ acitivités sportives
☐ autre : veuilez préciser ……

18.2- et pour quelle(s) raison(s) ?
☐ pour garder une bonne aptitude
☐ isolement médical (pas de médecin)
☐ ordre hiérarchique
☐ autre : veuillez préciser ……

NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication au 1er RI de Sarrebourg

Un travail de thèse de médecine sur l'automédication est actuellement réalisé au sein du 1er Régiment d'Infanterie afin de connaître le pourcentage, les raisons et les médicaments les plus utilisés en automédication au sein des forces ainsi que l'influence de l'activité régimentaire sur l'automédication.

Votre collaboration est nécessaire pour recueillir un maximum de données. Ce questionnaire est complètement anonyme et sans aucune répercussion. Il vous est demandé de bien vouloir remplir ce questionnaire de façon individuelle et sincère.

Il est nécessaire que vous remplissiez ce questionnaire dès que vous prenez un médicament ou fortifiant ou vitamine non donné par un médecin civil ou militaire pendant la période précisée.

Questionnaire en temps d'activité normale
A remplir du 19 novembre 2010 au 25 novembre 2010 inclus
Veuillez cocher les cases ou remplir les pointillés.

1) Quel est votre sexe ?	☐ Homme ☐ Femme
2) Quel est votre âge ?	……. ans
3) Quel est votre rang ?	☐ Militaire du rang ☐ Sous-officier ☐ Officier
4) Quel est votre nombre d'année de service ?	……. année(s)
5) Etes-vous infirmier ou médecin ?	☐ Oui ☐ Non
6) Quel est votre niveau d'étude ?	☐ BAC et + ☐ BEP / CAP ☐ BEPC ☐ sans diplôme
7) Où logez-vous ?	☐ BCC ou régiment ☐ en dehors du régiment
8) Avez-vous un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non Lequel : ……
9) Avez-vous une ordonnance pour ce traitement ?	☐ Oui ☐ Non
10) Au cours de la période du 19 au 25 novembre 2010, vous est-il arrivé de prendre des médicaments ou des produits de santé (vitamines/fortifiants) sans aller voir votre médecin ?	☐ Oui ☐ Non
11) Au cours de la période du 19 au 25 novembre 2010, avez-vous réutilisé des médicaments prescrits ou donnés initialement par un médecin ?	☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu OUI à la question 10 et / ou 11, veuillez compléter la page 2

NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication activité normale

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3	Médicament 4
Date de la prise du médicament	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010
Quel est le nom du médicament ?	…….	…….	…….	…….
De quel(s) type de médicament s'agit-il ? (cochez la case correspondante à votre opinion)				
anti-douleur	☐	☐	☐	☐
anti-inflammatoire	☐	☐	☐	☐
antibiotique	☐	☐	☐	☐
anti-rhume / anti-grippal	☐	☐	☐	☐
anti-diarrhée ou contre constipation	☐	☐	☐	☐
contre la toux ou mal de gorge	☐	☐	☐	☐
vitamines / fortifiants	☐	☐	☐	☐
protéines / créatine	☐	☐	☐	☐
pommade	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	…….	…….	…….
Pour quelle(s) raison(s) prenez vous ce(s) médicament(s) ?				
maladie bénigne, non grave	☐	☐	☐	☐
besoin d'un soulagement rapide	☐	☐	☐	☐
manque de confiance /le médecin	☐	☐	☐	☐
éviter la perte de temps (consultation)	☐	☐	☐	☐
conseillé par chef de groupe ou section	☐	☐	☐	☐
éloigné d'une structure médicale	☐	☐	☐	☐
problème déjà rencontré et connu	☐	☐	☐	☐
peur d'une inaptitude	☐	☐	☐	☐
pouvoir continuer à servir	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	……	……...	……	……
Pour quel(s) symptômes(s) prenez-vous ce(s) médicament(s) ?				
toux	☐	☐	☐	☐
fièvre	☐	☐	☐	☐
diarrhée / constipation	☐	☐	☐	☐
mal de gorge	☐	☐	☐	☐
migraine / mal de tête	☐	☐	☐	☐
problème cutané / problème de peau	☐	☐	☐	☐
fatigue / insomnie	☐	☐	☐	☐
douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐
allergie	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	……	……	……
Où avez-vous eu ce(s) médicament(s) ?				
réserve personnelle ou familiale	☐	☐	☐	☐
en pharmacie de ville (officine)	☐	☐	☐	☐
achat sur internet	☐	☐	☐	☐
donné par un collègue du régiment	☐	☐	☐	☐
achat dans la rue ou marché	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	……	……	…….	……..
Est-ce que cela a été efficace ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Avez-vous consulté un médecin après avoir pris ce(s) médicament(s) ?			☐ oui	☐ non

NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication en Manoeuvre

Un travail de thèse de médecine sur l'automédication est actuellement réalisé au sein du 1er RI afin de connaître le pourcentage, les raisons et les médicaments les plus utilisés en automédication au sein des forces ainsi que l'influence de l'activité régimentaire sur l'automédication.

Votre collaboration est nécessaire pour recueillir un maximum de données. Ce questionnaire est complètement anonyme et sans aucune répercussion. Il vous est demandé de bien vouloir remplir ce questionnaire de façon individuelle et sincère.

Il est nécessaire que vous remplissiez ce questionnaire dès que vous prenez un médicament ou fortifiant ou vitamine non donné par un médecin civil ou militaire pendant la période précisée.

Questionnaire en temps de Manœuvre
A remplir du ……2011 au …… 2011 inclus (sur 7 jours)

Veuillez cocher les cases ou remplir les pointillés.

1) Quel est votre sexe ?	☐ Homme ☐ Femme
2) Quel est votre âge ?	……. ans
3) Quel est votre rang ?	☐ Militaire du rang ☐ Sous-officier ☐ Officier
4) Quel est votre nombre d'année de service ?	……. année(s)
5) Etes-vous infirmier ou médecin ?	☐ Oui ☐ Non
6) Quel est votre niveau d'étude ?	☐ BAC et + ☐ BEP / CAP ☐ BEPC ☐ sans diplôme
7) Avez-vous un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non Lequel : ……..
8) Avez-vous une ordonnance pour ce traitement ?	☐ Oui ☐ Non
9) Où logez-vous durant votre manœuvre ?	☐ sur le terrain ou camp ☐ dans le milieu civil ☐ autre : veuillez préciser : ……..
10) Quelle est la durée de votre manœuvre ?	☐ 1 semaine ☐ plus d'1 semaine ☐ plus d'1 mois
11) Avez-vous apporté des médicaments dans vos affaires personnelles ? 12) Si oui, combien ? 13) Quels sont les noms de ces médicaments ?	☐ Oui ☐ Non …… Médicaments I : ……. Médicaments II : ……. Médicaments III : …… Médicaments IV : …… Médicaments V : ……. Médicaments VI : ……
14) Au cours de la période du …..…2011 au …… 2011, vous est-il arrivé de prendre des médicaments ou des produits de santé (vitamines/fortifiants) sans aller voir votre médecin ?	☐ Oui ☐ Non
15) Au cours de la période du …….. 2011 au …….. 2011, avez-vous réutilisé des médicaments prescrits ou donnés initialement par un médecin ?	☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu OUI à la question 14 et / ou 15, veuillez compléter la page 2

NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication en manœuvre

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3	Médicament 4
Date de la prise du médicament	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010
Quel est le nom du médicament ?	…….	…….	…….	…….
De quel(s) type de médicament s'agit-il ? (cochez la case correspondante à votre opinion)				
anti-douleur	☐	☐	☐	☐
anti-inflammatoire	☐	☐	☐	☐
antibiotique	☐	☐	☐	☐
anti-rhume / anti-grippal	☐	☐	☐	☐
anti-diarrhée ou contre constipation	☐	☐	☐	☐
contre la toux ou mal de gorge	☐	☐	☐	☐
vitamines / fortifiants	☐	☐	☐	☐
protéines / créatine	☐	☐	☐	☐
pommade	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	…….	…….	…….
Pour quelle(s) raison(s) prenez vous ce(s) médicament(s) ?				
maladie bénigne, non grave	☐	☐	☐	☐
besoin d'un soulagement rapide	☐	☐	☐	☐
manque de confiance /le médecin	☐	☐	☐	☐
éviter la perte de temps (consultation)	☐	☐	☐	☐
conseillé par chef de groupe ou section	☐	☐	☐	☐
éloigné d'une structure médicale	☐	☐	☐	☐
problème déjà rencontré et connu	☐	☐	☐	☐
peur d'une inaptitude	☐	☐	☐	☐
pouvoir continuer à servir	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	……	……...	……	……
Pour quel(s) symptômes(s) prenez-vous ce(s) médicament(s) ?				
toux	☐	☐	☐	☐
fièvre	☐	☐	☐	☐
diarrhée / constipation	☐	☐	☐	☐
mal de gorge	☐	☐	☐	☐
migraine / mal de tête	☐	☐	☐	☐
problème cutané / problème de peau	☐	☐	☐	☐
fatigue / insomnie	☐	☐	☐	☐
douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐
allergie	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	……	……	……
Où avez-vous eu ce(s) médicament(s) ?				
réserve personnelle ou familiale	☐	☐	☐	☐
en pharmacie de ville (officine)	☐	☐	☐	☐
achat sur internet	☐	☐	☐	☐
donné par un collègue du régiment	☐	☐	☐	☐
achat dans la rue ou marché	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	……	……	…….	……..
Est-ce que cela a été efficace ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Avez-vous consulté un médecin après avoir pris ce(s) médicament(s) ?			☐ oui	☐ non

NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication en OPEX

Un travail de thèse de médecine sur l'automédication est actuellement réalisé au sein de l'Armée Française afin de connaître le pourcentage, les raisons et les médicaments les plus utilisés en automédication au sein des forces ainsi que l'influence de l'activité régimentaire sur l'automédication.

Votre collaboration est nécessaire pour recueillir un maximum de données. Ce questionnaire est complètement anonyme et sans aucune répercussion.

Il vous est demandé de bien vouloir remplir ce questionnaire sur une période de 7 jours consécutifs.

Questionnaire en temps d'OPEX

A remplir du ... / ... /2011 au ... /... / 2011 inclus (7 jours)

Veuillez cocher les cases ou remplir les pointillés.

1) Quel est votre sexe ?	☐ Homme ☐ Femme
2) Quel est votre âge ?	……. ans
3) Quel est votre rang ?	☐ Militaire du rang ☐ Sous-officier ☐ Officier
4) Quel est votre nombre d'année de service ?	……. année(s)
5) Etes-vous infirmier ou médecin ?	☐ Oui ☐ Non
6) Quel est votre niveau d'étude ?	☐ BAC et + ☐ BEP / CAP ☐ BEPC ☐ sans diplôme
7) Où logez-vous ?	☐ camp / base française ☐ camp / base OTAN ☐ autre : préciser ……
8) Avez-vous un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non Lequel : ……..
9) Avez-vous une ordonnance pour ce traitement ?	☐ Oui ☐ Non
10) Où se déroule votre OPEX ?	☐ Afghanistan ☐ Tchad ☐ Côte d'Ivoire ☐ Djibouti ☐ Liban
11) Quelle est la durée de votre OPEX ?	☐ moins de 4 mois ☐ entre 4 et 6 mois ☐ 6 mois et plus
12) Avez-vous apporté des médicaments dans vos affaires personnelles ?	☐ Oui ☐ Non
13) Combien ? 14) Quels sont les noms de ces médicaments ?	…… Médicament I : …… Médicament II : …….. Médicament III : …… Médicament IV : …… Médicament V : ……
15) Au cours de la période de 7 jours, vous est-il arrivé de prendre des médicaments ou des produits de santé (vitamines/fortifiants) sans aller voir votre médecin ?	☐ Oui ☐ Non
16) Au cours de la période de 7 jours, avez-vous réutilisé des médicaments prescrits ou donnés initialement par un médecin ?	☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu OUI à la question 15 et / ou 16, veuillez compléter la page 2

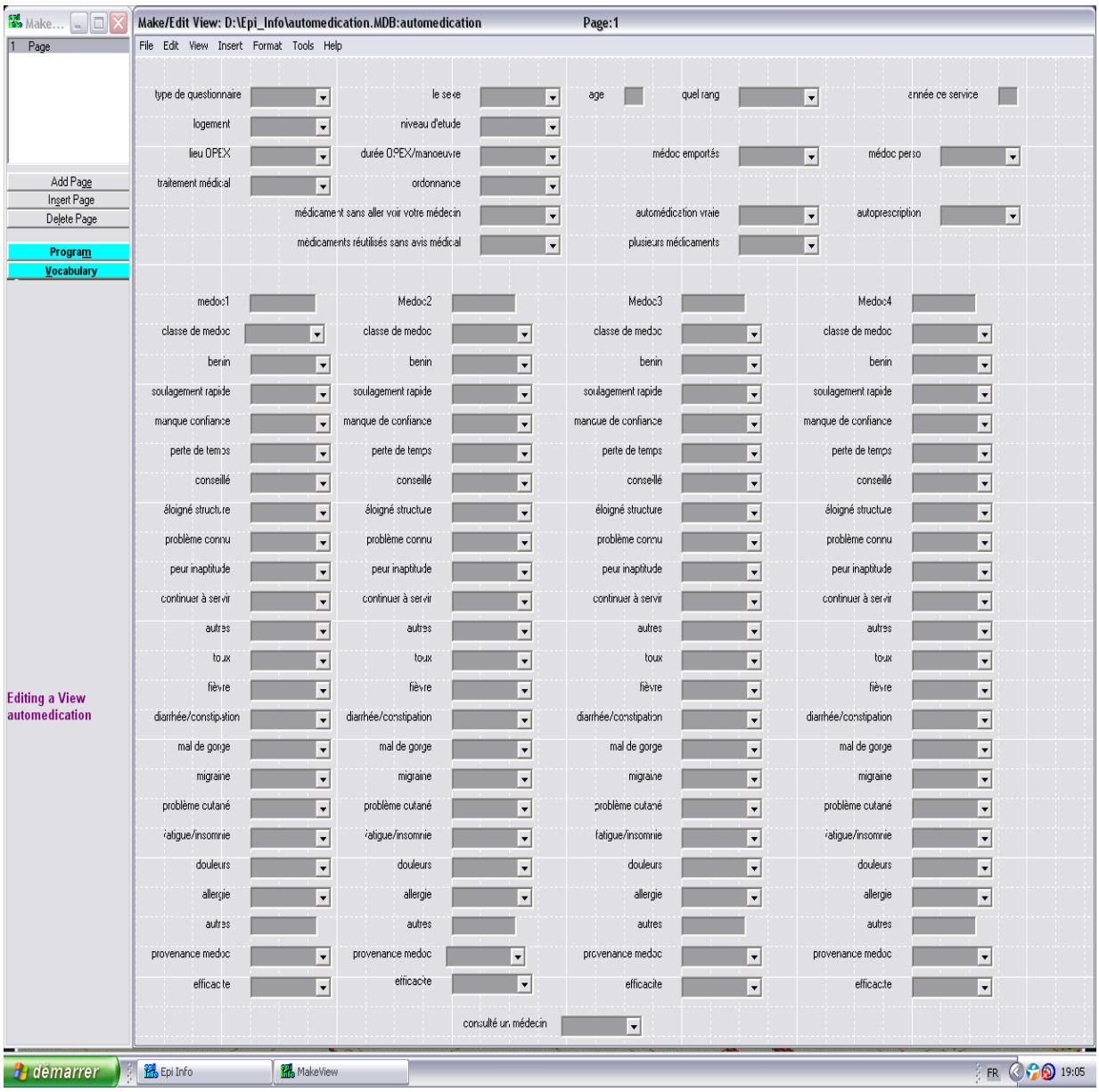
NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Questionnaire sur l'automédication en OPEX

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3	Médicament 4
Date de la prise du médicament	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010	… / 11 / 2010
Quel est le nom du médicament ?	…….	…….	…….	…….
De quel(s) type de médicament s'agit-il ? (cochez la case correspondante à votre opinion)				
anti-douleur	☐	☐	☐	☐
anti-inflammatoire	☐	☐	☐	☐
antibiotique	☐	☐	☐	☐
anti-rhume / anti-grippal	☐	☐	☐	☐
anti-diarrhée ou contre constipation	☐	☐	☐	☐
contre la toux ou mal de gorge	☐	☐	☐	☐
vitamines / fortifiants	☐	☐	☐	☐
protéines / créatine	☐	☐	☐	☐
pommade	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	…….	…….	…….
Pour quelle(s) raison(s) prenez vous ce(s) médicament(s) ?				
maladie bénigne, non grave	☐	☐	☐	☐
besoin d'un soulagement rapide	☐	☐	☐	☐
manque de confiance /le médecin	☐	☐	☐	☐
éviter la perte de temps (consultation)	☐	☐	☐	☐
conseillé par chef de groupe ou section	☐	☐	☐	☐
éloigné d'une structure médicale	☐	☐	☐	☐
problème déjà rencontré et connu	☐	☐	☐	☐
peur d'une inaptitude	☐	☐	☐	☐
pouvoir continuer à servir	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	……...	…….	…….
Pour quel(s) symptômes(s) prenez-vous ce(s) médicament(s) ?				
toux	☐	☐	☐	☐
fièvre	☐	☐	☐	☐
diarrhée / constipation	☐	☐	☐	☐
mal de gorge	☐	☐	☐	☐
migraine / mal de tête	☐	☐	☐	☐
problème cutané / problème de peau	☐	☐	☐	☐
fatigue / insomnie	☐	☐	☐	☐
douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐
allergie	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	…….	…….	…….
Où avez-vous eu ce(s) médicament(s) ?				
réserve personnelle ou familiale	☐	☐	☐	☐
acheté dans une pharmacie en OPEX	☐	☐	☐	☐
achat sur internet	☐	☐	☐	☐
donné par un collègue du régiment	☐	☐	☐	☐
achat dans la rue ou marché en OPEX	☐	☐	☐	☐
si autre : veuillez préciser	…….	…….	…….	……..
Est-ce que cela a été efficace ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Avez-vous consulté un médecin après avoir pris ce(s) médicament(s) ?			☐ oui	☐ non

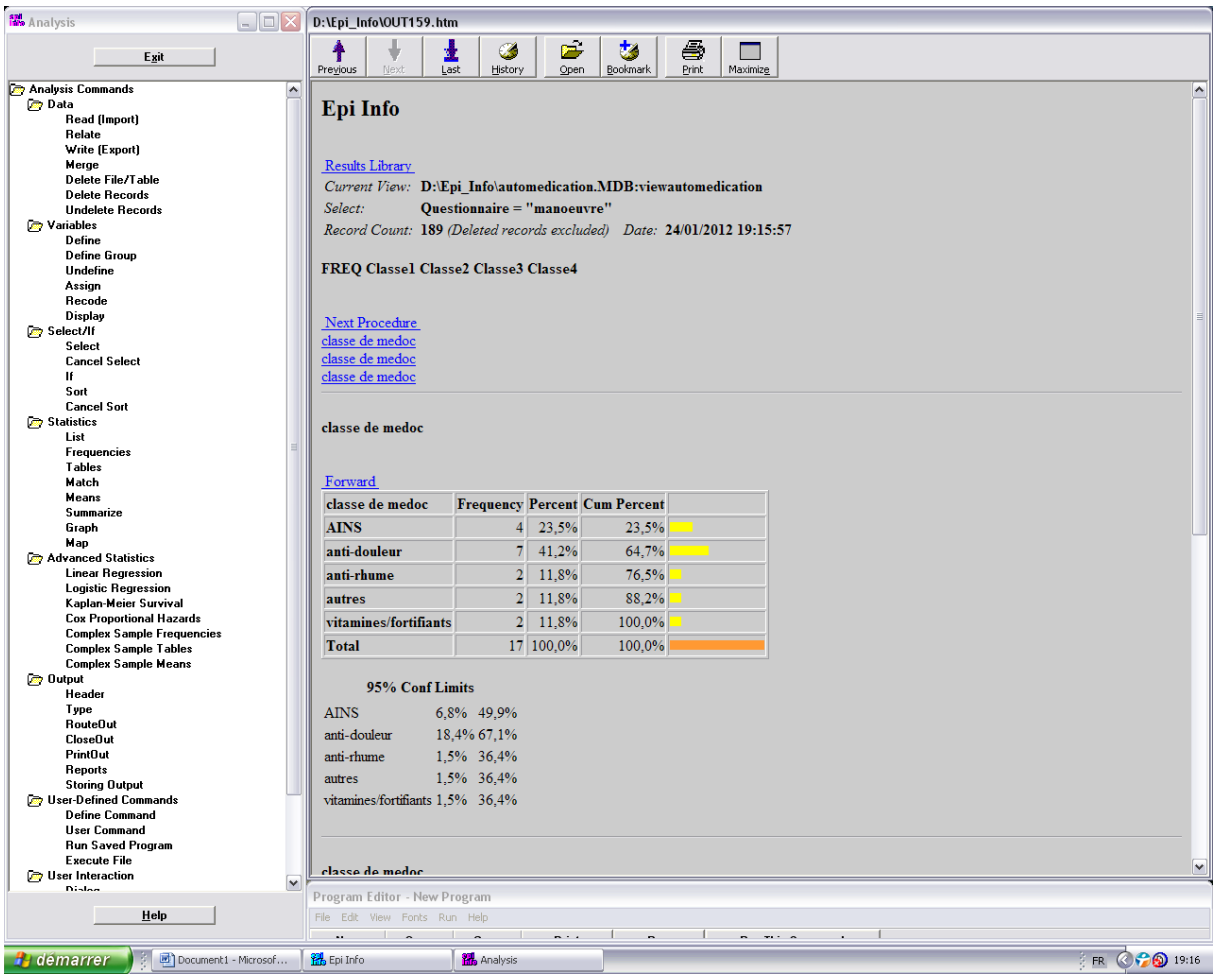
NB : Pour des raisons de mise en page, l'échelle du questionnaire n'a pas été respectée

Annexe 15 : Masque de saisie réalisé sur Epi Info®*



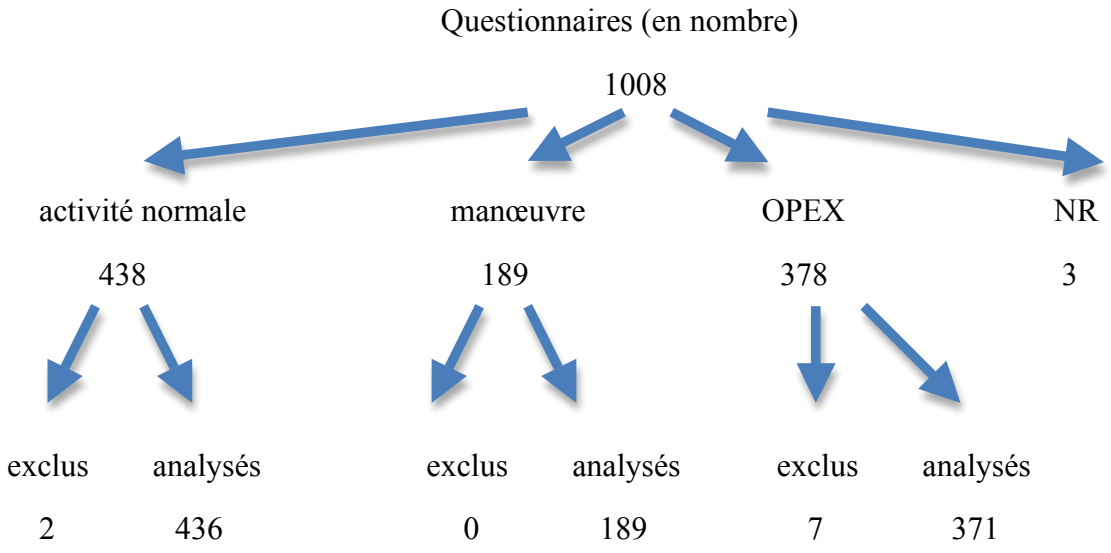
* capture d'écran d'un questionnaire à remplir

Annexe 16 : Exemple d'analyse par Epi Info®*



* capture d'écran d'un questionnaire à remplir

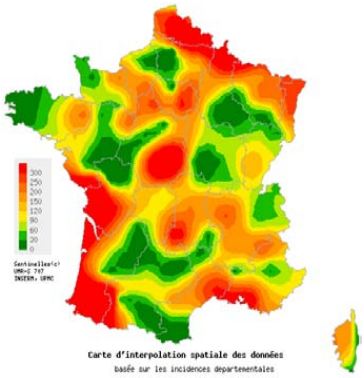
Annexe 17 : Organigramme résumant le recueil des questionnaires



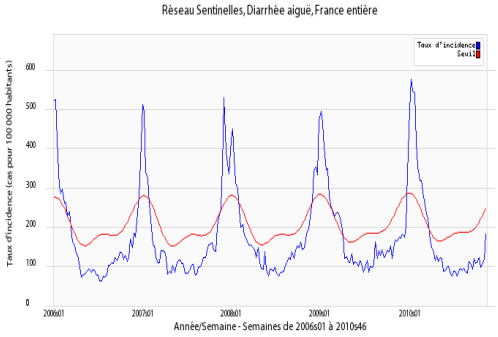
Annexe 18 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë et syndromes grippaux lors de la semaine 46 de 2010

DIARRHÉE AIGUË

Situation observée pour Diarrhée aiguë
semaine 2010s46 (nombre de cas pour 100 000 habitants)



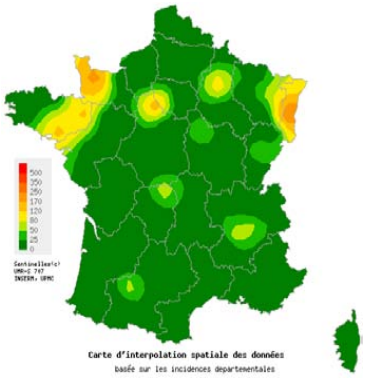
Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb **:** **http://www.sentiweb.fr**



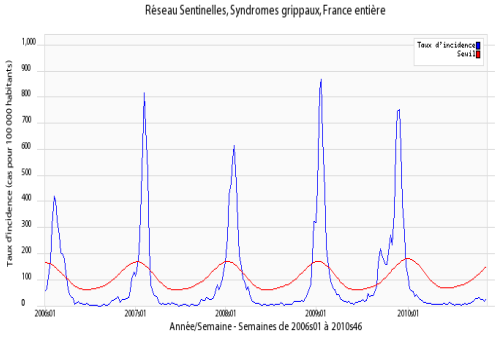
Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

SYNDROMES GRIPPAUX

Situation observée pour Syndromes grippaux
semaine 2010s46 (nombre de cas pour 100 000 habitants)



Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb **:** **http://www.sentiweb.fr**



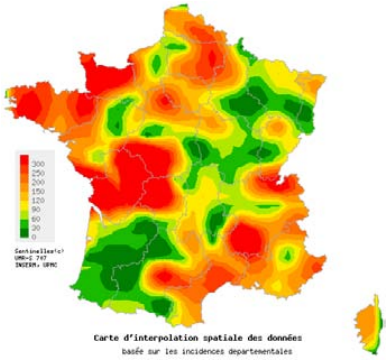
Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

Source : InVS bulletin du réseau Sentinelles du 24/11/2010, n° 2010s46

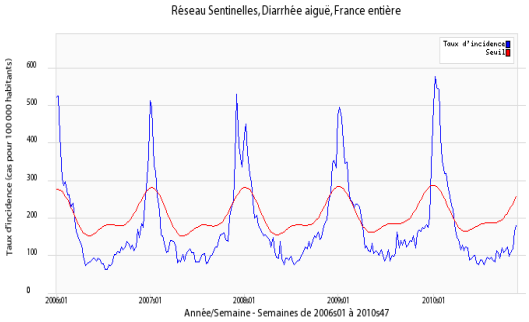
Annexe 19 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë et syndromes grippaux lors de la semaine 47 de 2010

DIARRHÉE AIGUË

Situation observée pour Diarrhée aiguë
semaine 2010s47 (nombre de cas pour 100 000 habitants)



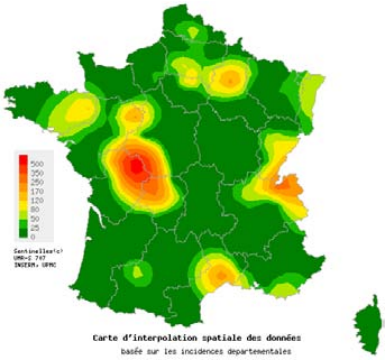
Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb **:** **http://www.sentiweb.fr**



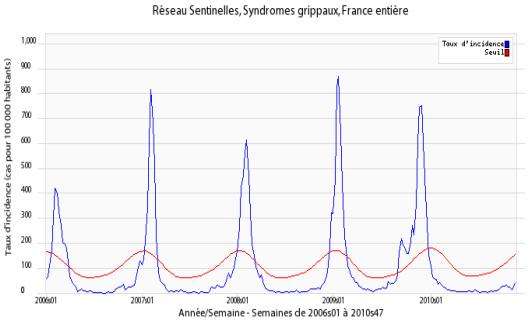
Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

SYNDROMES GRIPPAUX

Situation observée pour Syndromes grippaux
semaine 2010s47 (nombre de cas pour 100 000 habitants)



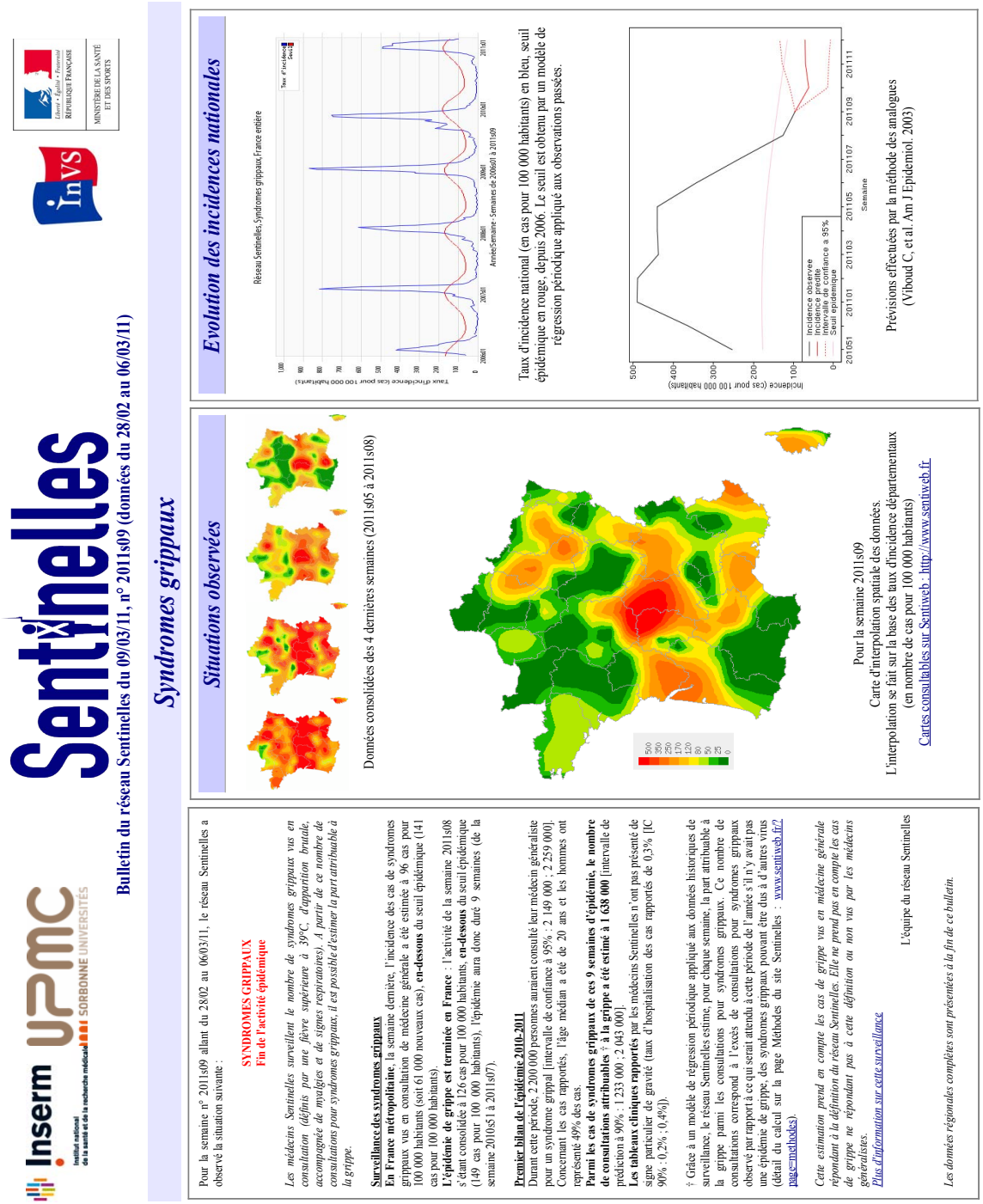
Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb **:** **http://www.sentiweb.fr**



Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

Source : InVS bulletin du réseau Sentinelles du 1/12/2010 n°2010s47

Annexe 20 : Relevé d'incidence des cas de syndromes grippaux lors de la semaine 9 de 2011



Inserm UPMC Sorbonne Universités — Institut national de la santé et de la recherche médicale

Sentinelles

Bulletin du réseau Sentinelles du 09/03/11, n° 2011s09 (données du 28/02 au 06/03/11)

InVS — Liberté • Égalité • Fraternité, République Française — Ministère de la Santé et des Sports

Syndromes grippaux

Pour la semaine n° 2011s09 allant du 28/02 au 06/03/11, le réseau Sentinelles a observé la situation suivante :

SYNDROMES GRIPPAUX
Fin de l'activité épidémique

Les médecins Sentinelles surveillent le nombre de syndromes grippaux vus en consultation (définis par une fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires). A partir de ce nombre de consultations pour syndromes grippaux, il est possible d'estimer la part attribuable à la grippe.

Surveillance des syndromes grippaux
En France métropolitaine, la semaine dernière, l'incidence des cas de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale a été estimée à 96 cas pour 100 000 habitants (soit 61 000 nouveaux cas), **en-dessous** du seuil épidémique (141 cas pour 100 000 habitants).
L'épidémie de grippe est terminée en France : l'activité de la semaine 2011s08 s'étant consolidée à 126 cas pour 100 000 habitants, **en-dessous** du seuil épidémique (149 cas pour 100 000 habitants), l'épidémie aura donc duré 9 semaines (de la semaine 2010s51 à 2011s07).

Premier bilan de l'épidémie 2010-2011
Durant cette période, 2 200 000 personnes auraient consulté leur médecin généraliste pour un syndrome grippal [intervalle de confiance à 95% : 2 149 000 ; 2 259 000]. Concernant les cas rapportés, l'âge médian a été de 20 ans et les hommes ont représenté 49% des cas.
Parmi les cas de syndromes grippaux de ces 9 semaines d'épidémie, le nombre de consultations attribuables † à la grippe a été estimé à 1 638 000 [intervalle de prédiction à 90% : 1 233 000 ; 2 043 000].
Les tableaux cliniques rapportés par les médecins Sentinelles n'ont pas présenté de signe particulier de gravité (taux d'hospitalisation des cas rapportés de 0,3% [IC 90% : 0,2% ; 0,4%]).

† Grâce à un modèle de régression périodique appliqué aux données historiques de surveillance, le réseau Sentinelles estime, pour chaque semaine, la part attribuable à la grippe parmi les consultations pour syndromes grippaux. Ce nombre de consultations correspond à l'excès de consultations pour syndromes grippaux observé par rapport à ce qui serait attendu à cette période de l'année s'il n'y avait pas une épidémie de grippe, des syndromes grippaux pouvant être dus à d'autres virus (détail du calcul sur la page Méthodes du site Sentinelles : www.sentiweb.fr/?page=methodes).

Cette estimation prend en compte les cas de grippe vus en médecine générale répondant à la définition du réseau Sentinelles. Elle ne prend pas en compte les cas de grippe ne répondant pas à cette définition ou non vus par les médecins généralistes.
Plus d'information sur cette surveillance

L'équipe du réseau Sentinelles

Les données régionales complètes sont présentées à la fin de ce bulletin.

Situations observées

Données consolidées des 4 dernières semaines (2011s05 à 2011s08)

Pour la semaine 2011s09
Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux (en nombre de cas pour 100 000 habitants)
Cartes consultables sur Sentiweb : http://www.sentiweb.fr

Evolution des incidences nationales

Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge, depuis 2006. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

Prévisions effectuées par la méthode des analogues (Viboud C, et al. Am J Epidemiol. 2003)

Source : InVS bulletin du réseau Sentinelles du 09/03/2011 n°2011s09

Annexe 21 : Relevé d'incidence des cas de diarrhée aiguë lors de la semaine 9 de 2011

Inserm UPMC

Sentinelles

Bulletin du réseau Sentinelles du 09/03/11, n° 2011s09 (données du 28/02 au 06/03/11)

InVS

Diarrhée aiguë

Pour la semaine n°2011s09 allant du 28/02 au 06/03/11, le réseau Sentinelles a observé la situation suivante :

DIARRHÉE AIGUË
Activité modérée

Les médecins Sentinelles surveillent le nombre de diarrhées aiguës vues en consultation (définies par au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours motivant la consultation).

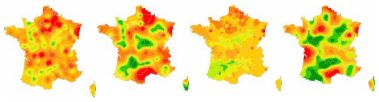
En France métropolitaine, *la semaine dernière, l'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimée à 189 cas pour 100 000 habitants,* ***en-dessous*** *du seuil épidémique (233 cas pour 100 000 habitants).*

Plus d'information sur cette surveillance

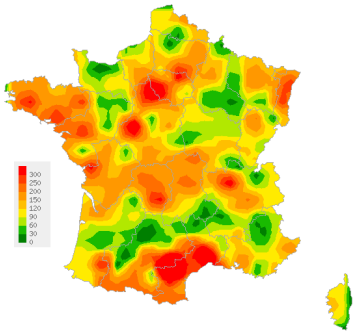
L'équipe du réseau Sentinelles

Les données régionales complètes sont présentées à la fin de ce bulletin.

Situations observées

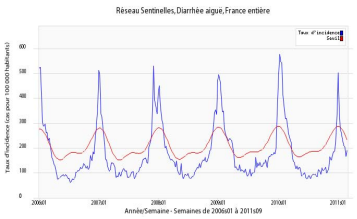


Données consolidées des 4 dernières semaines (2011s05 à 2011s08)

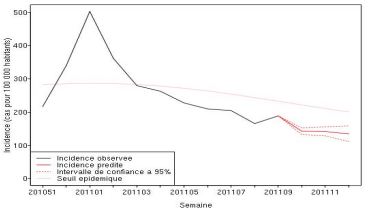


Pour la semaine 2011s09
Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux
(en nombre de cas pour 100 000 habitants)
Cartes consultables sur Sentiweb : http://www.sentiweb.fr

Evolution des incidences nationales



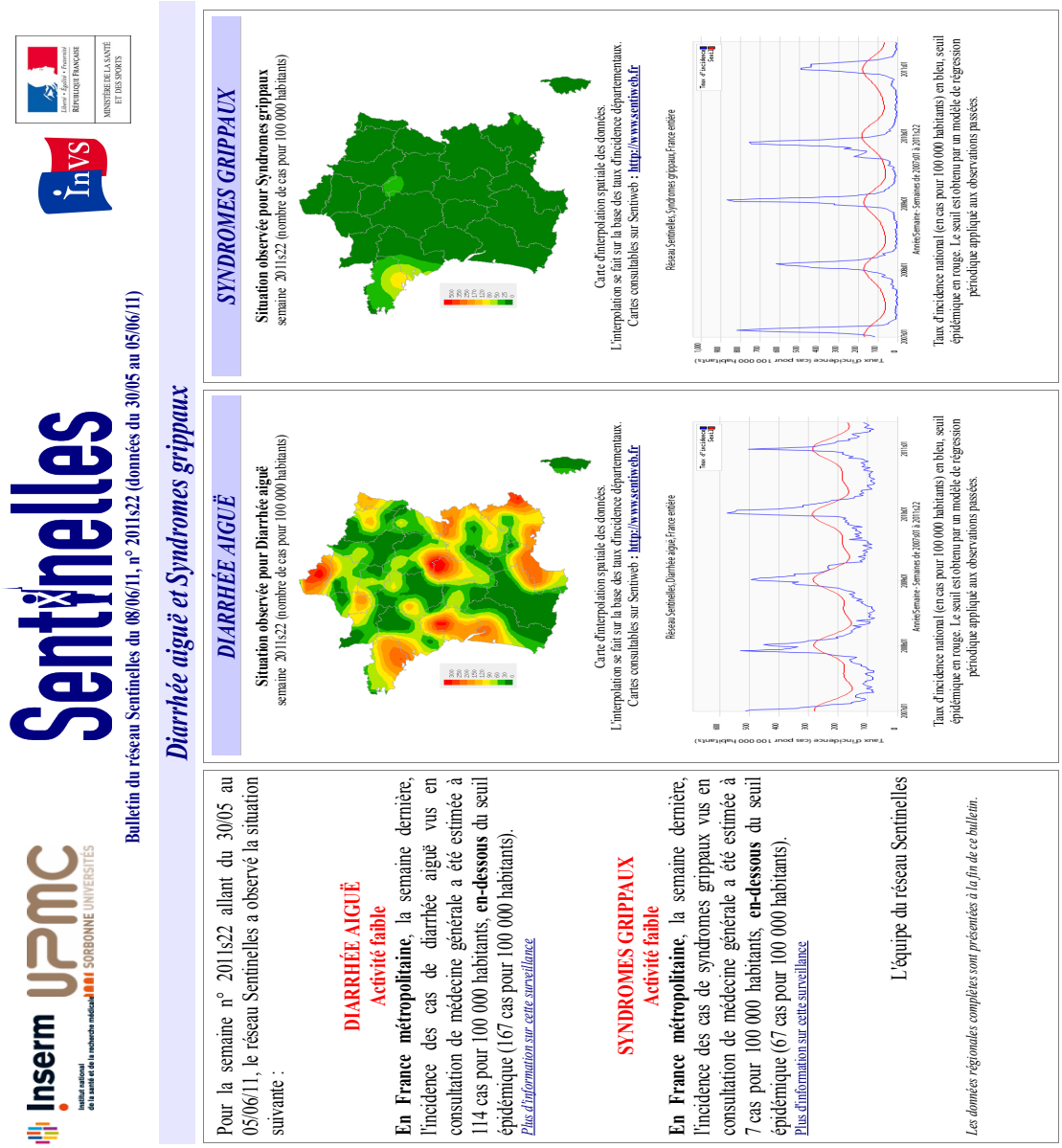
Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge, depuis 2006. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.



Prévisions effectuées par la méthode des analogues
(Viboud C, et al. Am J Epidemiol. 2003)

Source : InVS bulletin du réseau Sentinelles du 09/03/2011 n°2011s09

Annexe 22 : Relevé d'incidence des cas de syndromes grippaux et de diarrhée aiguë lors de la semaine 22 de 2011



Inserm UPMC Institut national de la santé et de la recherche médicale SORBONNE UNIVERSITÉS

Sentinelles

Bulletin du réseau Sentinelles du 08/06/11, n° 2011s22 (données du 30/05 au 05/06/11)

InVS

Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Diarrhée aiguë et Syndromes grippaux

Pour la semaine n° 2011s22 allant du 30/05 au 05/06/11, le réseau Sentinelles a observé la situation suivante :

DIARRHÉE AIGUË
Activité faible

En France métropolitaine, la semaine dernière, l'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimée à 114 cas pour 100 000 habitants, **en-dessous** du seuil épidémique (167 cas pour 100 000 habitants).

Plus d'information sur cette surveillance

SYNDROMES GRIPPAUX
Activité faible

En France métropolitaine, la semaine dernière, l'incidence des cas de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale a été estimée à 7 cas pour 100 000 habitants, **en-dessous** du seuil épidémique (67 cas pour 100 000 habitants).

Plus d'information sur cette surveillance

L'équipe du réseau Sentinelles

Les données régionales complètes sont présentées à la fin de ce bulletin.

DIARRHÉE AIGUË

Situation observée pour Diarrhée aiguë
semaine 2011s22 (nombre de cas pour 100 000 habitants)

Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb : http://www.sentiweb.fr

Réseau Sentinelles, Diarrhée aiguë, France entière

Taux d'incidence (cas pour 100 000 habitants)
Taux d'incidence
Seuil
2009 01 2009 03 2009 05 2010 01 2010 03 2010 05
Année/Semaine - Semaine de 2009 01 à 2011s22

Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

SYNDROMES GRIPPAUX

Situation observée pour Syndromes grippaux
semaine 2011s22 (nombre de cas pour 100 000 habitants)

Carte d'interpolation spatiale des données.
L'interpolation se fait sur la base des taux d'incidence départementaux.
Cartes consultables sur Sentiweb : http://www.sentiweb.fr

Réseau Sentinelles, Syndromes grippaux, France entière

Taux d'incidence (cas pour 100 000 habitants)
Taux d'incidence
Seuil
2009 01 2009 03 2009 05 2010 01 2010 03 2010 05
Année/Semaine - Semaine de 2009 01 à 2011s22

Taux d'incidence national (en cas pour 100 000 habitants) en bleu, seuil épidémique en rouge. Le seuil est obtenu par un modèle de régression périodique appliqué aux observations passées.

Source : InVS bulletin du réseau Sentinelles du 08/06/2011 n°2011s22

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 Le Petit Larousse illustré 2000, Paris : Larousse ; 1999. p101.

2 Le Petit Larousse illustré 2006, Paris : Larousse ; 2005. p124.

3 OMS. Usage rationnel des médicaments. http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/, consulté le 21 novembre 2011

4 Pouillard J. Automédication. Rapport de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. février 2001

5 OMS. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication, Geneva, 2000.

6 Droitpharma. Médicament. http://www.droitpharma.fr/4/def_medic.htm, consulté le 24 novembre 2011

7 Le Jeunne C, Aslanqui E, Perrot S. Automédication. La Revue du praticien, 2008 ; 58 : 1585-9

8 Substances vénéneuses. Listes et exonérations-Textes mis à jour au 4 novembre 2008 Journaux Officiels, 406, 2008

9 Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspective d'évolution. 2006

10 http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/dossier_de_presse__Librea_acces_medicaments.pdf, consulté le 24/11/2011

11 AFSSAPS. Médicaments en accès direct. http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-accesdirect/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0 consulté le 24/11/2011 mise à jour 12/01/12

12 L'automédication. Octobre 2009 www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/consommation_soin/pdf/automedication.pdf consulté le 24/11/2011

13 Alain Coulomb, Alain Baumelou. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Janvier 2007

14 Sondage Taylor Nelson / Sofres. Enquête réalisée du 2 au 20 janvier 1999 sur 1135 sujets de plus de 15 ans

15 Auzanneau N, Mondolini N. Les français et l'automédication. Enquête AFIPA-TNS SOFRES. 30 Mai 2001.

16 Enquête AFIPA/TNS, Libre accès aux médicaments sans ordonnance en officine : point de vue du Grand public. 29 janvier 2008

17 Pouillard J, Vaysette J. L'automédication. Peut-on être le médecin de soi-même ? Paris : Josette Lyon (Santé Minute), 2004. p 13-7, 22-3, 43-54,55-63
18 Escourrou B, Bouville B, Bismuth M, et al. Automédication des enfants par les parents : un vrai risque ? La Revue du praticien 2010 ; 6 (60) : 27-34
19 Enquête DGS/CSA-TMO. Enquête sur l'automédication. octobre 2002
20 Lorrain A, Conservation abusive de médicaments et automédication non contrôlée, dangers, comportements, gestion de la pharmacie familiale. Th D Pharm, Nancy ; 2007.
21 Bienvault P. Les patients encouragés à l'automédication, La croix ; 17/12/2007 http://www.la-croix.com/Actualite/S-informer/Sciences/Les-patients-encourages-a-l-automedication-_NG_-2007-11-19-528129
22 Afipa. Les chiffres du marché de l'automédication. http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-l-automedication-responsable/327-les-chiffres-du-marche-de-l-automedication.aspx, consulté le 24 novembre 2011
23 Voisin P. Les chiffres clés de l'automédication en 2010, IMS France. 10 mars 2011
24 Cours des Comptes. La sécurité sociale. Rapport de septembre 2007.
25 Article R.1015-55 article modifié (version en vigueur du 16 mars 1995 au 8 août 2004) du Code de la Santé Publique.
26 Article R.1015-13 modifié par l'article R4235-13 du Code de la Santé Publique, codifié par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (J.O. 8 août 2004).
27 Article R.1015- 48, article modifié (version en vigueur du 28 novembre 1958 au 16 mars 1995) du Code de la Santé Publique.
28 Bergmann J-F, Mouly S, Mahé I, Jarrin I. Automédication vers une plus large utilisation. La revue du praticien. 2003 : 17 (611) ; 599-601.
29 http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/demo_medicale/demo_repartition_geo.htm consulté le 21 novembre 2011
30 Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, Dossier Solidarité et Santé n° 12 de la Drees, 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf, consulté le 26 janvier 2012.
31 Romestaing P. L'Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2011) Conseil National de l'Ordre des Médecins 2011 http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_18_complet.pdf
32 Mel Wilcox C, Cryer B, Triadafilopoulos G. Patterns of use and public perception of over-the-counter pain relievers: focus on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. J Rheumatol. 2005; 32: 2218-24.

33 Dajani EZ. Gastrointestinal toxicity of over the counter analgesics. Am J Gastroenterol. 1998 ; 93 (7): 1020-2.

34 Queneau P, Trombert B. Accidents médicamenteux (à propos d'une étude prospective de l'Apnet réalisée dans sept services d'accueil et d'urgences français). Proposition pour des mesures préventives. Ann Pharm Fr. 2005 ; 63 : 131-42.

35 Deloizy L. Les risques de l'automédication à partir d'une enquête réalisée au service d'accueil des urgences du CHU de Reims. Th D Med, Reims ; 1987.

36 Wazaify M, Kennedy S, Hughes CM, Mc Elnay JC. Prevalence of over-the-counter drug-related overdoses at Accident and Emergency departments in Northern Ireland – a retrospective evaluation. J Clin Pharmacy and Therapeutics. 2005; 30: 39-44.

37 Baumelou A. Vidal de l'automédication, Paris : Vidal ; 2004.

38 Queneau P, Mascret D. Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine. Paris : Odile Jacob. 2004.

39 Site de l'Amicale des Anciens du 1er RI : la Fleurus, 1er Régiment d'infanterie. http://1ri.lafleurus.free.fr/articles.php?lng=fr&pg consulté le 21 novembre 2011

40 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Colonel-Général : la revue du 1er Régiment d'Infanterie. http://www.ri1.terre.defense.gouv.fr/Accessibilite/PointsForts/PointsForts/colgeneral.html consulté le 21 novembre 2011

41 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Armée de Terre. 1er régiment d'infanterie. http://www.defense.gouv.fr/terre/presentation/organisation-des-forces/infanterie/1er-regiment-d-infanterie consulté le 24 novembre 2011

42 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Service de santé des armées. Soutien médical en opération. http://www.defense.gouv.fr/sante/medecine-operationnelle/organisation-du-soutien-medical/soutien-medical-en-operation consulté le 23 novembre 2011

43 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Service de santé des armées. Carte des opérations extérieures du SSA. http://www.defense.gouv.fr/sante/medecine-operationnelle/carte-des-operations-exterieures/carte-des-operations-exterieures-du-ssa consulté le 26 décembre 2011

44 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Armée de Terre. Livraison des premiers systèmes FELIN. http://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/livraison-des-premiers-systemes-felin/(language)/fre-FR#SearchText=premier%20RI#xtcr=7 consulté le 23 novembre 2011

45 ONU. Liban. FINUL. http://www.un.org/fr/peacekeeping/missions/finul/rp.htm consulté le 26 décembre 2011

46 Pohl J-B, Thomas M, Godart P. Opération « Daman » : expérience de soutien médical dans un environnement multinational (ONU) en 2010. Médecine et Armées, spécial OPEX, 2011 ; 39(4) : 359-66.

47 ONU. FINUL. Faits et chiffres. http://www.un.org/fr/peacekeeping/missions/unifil/facts.shtml consulté le 26 décembre 2011

48 Intradef. Effectifs santé en posture opérationnelle, donnés selon EMO (Etat-Major Opérationnel) Santé, date du 13 décembre 2012

49 ONUCI. http://www.onuci.org/CONTEXTE consulté le 26 décembre 2011

50 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Opérations. Les forces françaises en Côte d'Ivoire. http://www.defense.gouv.fr/operations/cote-d-ivoire/dossier/les-forces-francaises-en-cote-d-ivoire consulté le 26 décembre 2011

51 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Armée de Terre. Côte d'Ivoire : renforcement de Licorne. http://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/cote-d-ivoire-renforcement-de-licorne/(language)/fre-FR#SearchText=licorne#xtcr=1 consulté le 26 décembre 2011

52 ONUCI. http://www.onuci.org/FORCE-MILITAIRE consulté le 26 décembre 2011

53 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Opérations. Le dispositif français pour l'Afghanistan. http://www.defense.gouv.fr/operations/afghanistan/dossier/le-dispositif-francais-pour-l-afghanistan consulté le 26 décembre 2011

54 Site du Ministère de la défense et des anciens combattants. Opérations. In memoriam. http://www.defense.gouv.fr/operations/afghanistan/in-memoriam/in-memoriam consulté le 26 décembre 2011

55 Wikipedia. Forces françaises en Afghanistan. http://fr.wikipedia.org/wiki/Forces_françaises_en_Afghanistan consulté le 26 décembre 2011

56 Samy J, Lemarie D, Chinelatto M. Médicalisation de l'avant en Afghanistan : à propos de 22 blessés au combat par agent pénétrant pris en charge durant « PAMIR XXIII » au sein de la Task Force « ALTOR ». Médecine et Armées, 2011 ; 39(4) 293-302.

57 Le CEITO. http://pedagogie.ac-montpellier.fr/hist_geo/defense/pdf/cercle/CEITO.pdf consulté le 21 novembre 2011

58 Okumura J, Wakai S, Umenai T. Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. Social Science & Medicine, 2002 ; 54 : 1875-86.

59 Esteve E, Ah-Toye C, Nseir A. Automédication et dermatoses aiguës : étude prospective de 111 malades hospitalisés. Annales de Dermatologie et Vénérologie. 2005 ; 132 : 372-3.

60 Väänänen M, Pietilä K, Airaksinen M. Self-medication with antibiotics – Does it really happen in Europe?, Health Policy, 2006, 77 : 166-71.

61 Sawalha A. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian médical and nonmedical university students. Research in social & administraive pharmacy, 2008 ; 4 : 164-72.

62 Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. European Journal of Epidemiology, 2000 ; 16 : 19-26.

63 Peyrard S. Le comportement d'automédication : sa réalité, ses déterminants et sa place dans la relation médecin-malade : à partir d'une enquête de terrain auprès de 100 patients d'un cabinet de groupe, Th D Med, Amiens ; 2009, p108.

64 Bertran P-E, Monteil M, Gonzalez J-P et al. Céphalées non migraineuses : comment les manager en médecine aéronautique ?, Médecine aéronautique et spatiale, 2006 ; 47 (175) : 33-42.

65 Fraisse T, Balmes N, de Wazières B. Evaluation de la pratique de l'automédication chez les plongeurs en scaphandre autonome. Thérapie, 2005 ; 60 (4) : 409-12.

66 Douge T. Automédication chez les plongeurs, communication lors de la journée Stéphanoise de Médecine de Plongée le 31 janvier 2009.

67 Maheu E. L'automédication des médecins. la revue prescrire, 1989 ; 9 (90) : 9-12

68 Giroux J-N. Petits maux et (parfois) grandes misères… L'automédication, communication durant les journées de médecine tropicale 2009 au pharo, à Marseille.

69 Ancelle T. Statistiques épidémiologie, 3e éd, Paris : Maloine, 2011, 103-46

70 Confais J, Le Guen M. Premier pas en régression linéaire avec SAS®, Revue Modulad, 2006.

71 Bland JM, Altman DG, Multiple signifiance tests : the Bonferroni méthode. BMJ. 1995 ; 310 (6973) : 170

72 Abdi H. Bonferroni and Sidak corrections for multiple comparisons. In: Salkind NJ, ed. Encyclopedia of measurement and statistics. Thousand Oaks CA: Sage, 2007.

73 Bouyer J, Hémon D, Cordier S. Epidémiologie – Principes et méthodes quantitatives. Paris : INSERM ; 2001.

74 Papoz L. Qualité des données dans les études épidémiologiques. Gérontologie et Société. 2001 ; 99 : 25-34.

75 INSEE, division « conditions de vie des ménages », Enquête « décennale sur la santé » et les soins médicaux, 2002-2003.

76 Réseau Sentinelles, Bilan de l'épidémie de grippe 2010-2011, InVS

77 Rumeau-Rouquette C, Blondel B, Kaminsky M, Bréart G. Epidémiologie – Méthodes et pratiques. Paris : Flammarion-médecine ; 1993.

78 Le Monde. L'armée française se feminise. http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/11/03/l-armee-francaise-se-feminise_1434720_3224.html consulté le 28 janvier

79 Laroche M-L, Boqueho S, Vallejo C et al. Effets indésirables médicamenteux aux urgences : une étude prospective au CHU de Limoges. Journal Européen des urgences. 2008 ; 21 (2) : 64-9.

80 Queneau P, Rapport de mission sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention, mars 1998.

81 Mori L. Les intérêts et les risques éventuels de la supplémentation vitaminique en automédication. Th D Pham, Nancy ; 1994

82 La Droitte P. Place des vitamines dans l'alimentation des sportifs, Cah. Nutr. Diét. 1991 ; 26 (1) : 78-80.

83 Derrien I. Les vitamines et les dangers de leur utilisation thérapeutique et de leur commercialisation abusive. Th D Pham, Reims ; 1990. 193p.

84 Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. Congrès annuel de la Société de Pharmacologie. 1998 ; 53 (2) : 169-296.

85 Briand A, Chambaretaud S. (2001), «La consommation de médicaments non prescrits», Drees, Études et Résultats, n° 105, mars.

86 Kassabi-Borowiec L, Levy R, Atlan P. Facteurs et modalités de l'automédication en clientèle de médecine générale… La lettre du Pharmacologue. 2002 ; 16 (2) : 61.

87 Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication, Revue française des affaires sociales 2008 ; 1 : 81-94.

VU

NANCY, le **6 février 2012**

Le Président de Thèse

Professeur J.P CRANCE

NANCY, le **6 février 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3892

NANCY, le 13/02/2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'NIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Un travail sous forme d'auto-questionnaire a été effectué afin de décrire l'incidence de l'automédication au sein du 1er Régiment d'Infanterie de Sarrebourg. Le sexe, l'âge, le grade, le niveau d'étude et d'expérience ainsi que l'activité régimentaire ont été analysés afin de connaître leur répercussion sur l'automédication, par une étude descriptive et prospective menée sur plusieurs périodes entre le 1er novembre 2010 et le 31 juillet 2011.

Les résultats montrent une incidence de l'automédication variant de 13,6% en activité normale à 19,4% en OPEX. L'augmentation significative de cette incidence est corrélée avec le fait d'être une femme, un officier et en OPEX. La raison principale de recours à l'automédication est le besoin d'un soulagement rapide, essentiellement pour des douleurs ou des migraines, traitées par des antalgiques ou des AINS issus de réserves personnelles.

Cette étude a permis de souligner l'intérêt d'améliorer la prise en charge médicale des militaires et de mettre en place une éducation sanitaire afin de prévenir des abus de l'automédication. Une généralisation à l'ensemble de l'Armée permettrait une meilleure approche de l'automédication en médecine préventive.

TITRE EN ANGLAIS

Incidence of the self-medication in the first Infantry Regiment of Sarrebourg : description and influence of the regimental Activity

---

SUMMARY

A work under the shape of a self-questionnaire was made to describe the incidence of the self-medication within the 1st Infantry Regiment of Sarrebourg. The sex, the age, the rank, the level of study and experience as well as the regimental activity were analyzed to know their repercussion on the self-medication, by a descriptive and forward-looking study led over several periods between November 1st, 2010 and July 31st, 2011.

The results show an incidence of the self-medication varying from 13,6% in a normal activity to 19,4% in OPEX. The significant increase of this incidence is correlated by the fact of being a woman, an officer and in OPEX. The main reason of recourse to the self-medication is the need of a fast relief, essentially for pains or serious headaches, treated by analgesic or AINS resulting of personal reserves.

This study allowed to underline the interest of improving the medical care of the military people and to set up a sanitary education to prevent abuses of the self-medication. A generalization to the whole Army would allow a better approach of the self-medication in preventive medicine.

DISCIPLINE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS Automédication, Autoprescription, OPEX, Militaires, 1er Régiment d'Infanterie.

INTITULE et ADRESSE de l'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex