



**HAL**  
open science

## De l'autre côté du comptoir. Le libre accès aux médicaments et la question de l'autonomie

Sylvie Fainzang

### ► To cite this version:

Sylvie Fainzang. De l'autre côté du comptoir. Le libre accès aux médicaments et la question de l'autonomie. Revue Sociologie Santé - RSS, 2009, Médicaments et société, 30, pp.119-138. <hal-02456691>

**HAL Id: hal-02456691**

**<https://hal.science/hal-02456691v1>**

Submitted on 27 Jan 2020

**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.



HAL Authorization

**De l'autre côté du comptoir.**  
**Le libre accès aux médicaments et la question de l'autonomie**

Sylvie Fainzang,  
anthropologue, Inserm (Cermes)  
[sylvie.fainzang@orange.fr](mailto:sylvie.fainzang@orange.fr)

publié dans: *Sociologie santé*, n°30, 2009: 119-138.

**Résumé :**

**De l'autre côté du comptoir. Le libre accès aux médicaments et la question de l'autonomie**

Légalisé par un décret paru en France le 30 juin 2008, le libre accès aux médicaments fait l'objet d'une vaste polémique entre les acteurs concernés. Relançant le débat sur l'automédication, il suscite des prises de positions et des discours de la part des pouvoirs publics, de l'industrie, des médecins, des pharmaciens et des usagers dont on examinera ici les enjeux et les logiques. Par delà les différents intérêts (économiques, thérapeutiques, professionnels ou politiques) qui les motivent, les acteurs recourent à des arguments fondés sur une rhétorique de la responsabilité et de l'autonomie, dont on étudie ici le sens, les limites et la portée. On montrera notamment comment les recommandations, dont le libre accès est assorti, vident la notion d'autonomie de son contenu.

**Abstract :**

**Over the counter. Free access to pharmaceuticals and the issue of autonomy**

The 30th June 2008 saw the legalization of free access to medicines in France, creating controversy and strong disagreement between the parties concerned. This issue has led to renewed debate on the issue of self-medication, with differing views and standpoints being adopted by public authorities, the pharmaceutical industry, doctors, pharmacists and users, all of whose views and concerns are examined in this article. Above and beyond their different interests (economic, therapeutic, professional or political) each of these players uses arguments based on rhetoric of responsibility and autonomy, the meaning, limits and scope of which are examined here. In particular, we demonstrate how the recommendations, which accompany free access, empty the notion of autonomy of all content.

Pour le bonheur des uns et le malheur des autres, un décret du 30 juin 2008 a autorisé le libre accès à un certain nombre de médicaments. La question du libre accès suscite de vifs débats concernant, d'une part l'accès à l'automédication, c'est-à-dire aux médicaments sans prescription médicale, d'autre part l'accès direct aux médicaments vendus en pharmacie et placés non pas derrière le comptoir mais dans l'espace usagers' (ou ce que les Anglo-Saxons appellent « *over the counter* »). Le débat devient plus aigu encore lorsque la question du libre accès aux médicaments se double de celle de leur distribution et que les grandes surfaces tentent de contester le monopole des pharmacies en la matière.

Le premier débat s'aligne sur celui qui existe depuis longtemps sur la question de l'automédication, dont le noyau est la possibilité qu'a le malade de se passer, pour certains médicaments, de prescription médicale. Le second questionne la possibilité qu'a la malade de se passer à certaines conditions de la médiation du pharmacien, le troisième sur la possibilité qu'a le malade de se passer de son conseil. Dans tous les cas, les différentes formes que prend cette controverse posent la question de la capacité du malade à décider seul d'acquérir des médicaments pour certaines spécialités.

La dimension économique de cette controverse est évidente. Elle est même, pour certains acteurs, décisive, puisque l'automédication implique la prise en charge financière des consommations

médicamenteuses par les usagers. Pourtant, qu'il s'agisse de l'Etat, de l'industrie pharmaceutique, des pharmaciens, des médecins ou des usagers, les acteurs évoquent bien d'autres raisons et d'autres arguments pour faire valoir leur position. Le lien entre les trois volets, ou les trois niveaux de ce débat (pour ou contre l'automédication, pour ou contre le libre accès aux médicaments, et pour ou contre leur vente en grandes surfaces), réside dans le fait que l'un peut contenir l'autre sans que l'inverse soit nécessairement vrai. Ainsi, le libre accès suppose l'automédication, mais l'automédication ne suppose pas nécessairement l'accès aux médicaments « devant le comptoir » ; de même la vente en grandes surfaces suppose le libre accès mais celui-ci n'implique pas nécessairement qu'il puisse se faire en grandes surfaces. Il y a donc un emboîtement des niveaux de la controverse à tel point que, dans le débat de second ou de troisième niveau, les acteurs mobilisent souvent des arguments plaidant en faveur ou en défaveur de l'enjeu du débat de niveau précédent.

Face à ce débat, le rôle de l'anthropologue n'est pas de prendre parti mais d'écouter les différentes voix qui s'y expriment, et d'étudier les enjeux et les rationalités qui les animent. Il ne s'agit donc pas d'y ajouter une voix supplémentaire, mais de porter un regard de sciences sociales sur les discours que suscite cette controverse. On examinera ici les positions et les arguments des différents groupes d'acteurs concernés (pouvoirs publics, industrie pharmaceutique, médecins, pharmaciens et usagers, tels qu'ils s'expriment dans la sphère publique), pour en saisir les ressorts cognitifs, symboliques, et idéologiques, en vue de cerner les valeurs qui les gouvernent et les logiques qui les sous-tendent. Pour ce faire, on se fondera à la fois sur les déclarations publiques, les sites officiels, les documents de communication externe et les forums de discussions sur Internet. Par delà les éventuelles contradictions ou ambiguïtés que contiennent ces discours, on montrera d'une part que, s'ils prennent appui sur des valeurs qui sont parmi les plus prisées de nos jours comme celles de l'autonomie et de la responsabilité, ces valeurs sont toutefois invoquées pour défendre parfois des positions contraires et, d'autre part, que leur usage particulier conduit en même temps à en limiter la portée<sup>1</sup>.

## Les positions des acteurs

### *Les pouvoirs publics*

Au terme du Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008, qui donne aux personnes la possibilité de se soigner sans consulter un médecin « dans des situations bénignes » et permet d'avoir un accès direct à 217 médicaments, les pharmaciens peuvent désormais installer dans leur officine un espace réservé aux médicaments en libre accès. Ce choix s'est affirmé à la suite de la publication du rapport sur l'automédication, dit « Rapport Coulomb », qui préconise l'organiser l'automédication en permettant aux professionnels de santé d'« accompagner » l'accès aux médicaments dans l'officine (Coulomb & Baumelou, 2007).

Pour le ministère de la santé, le but de l'accès direct aux médicaments est en premier lieu économique. La série de remboursements intervenue auparavant est destinée à conduire les usagers à financer davantage leurs dépenses de médicaments. La ministre de la santé déclare vouloir, avec ce nouveau décret, permettre à l'assurance-maladie de faire des économies et à chacun de « *choisir et de comparer* » (La Mutualité Française, 2007). L'idée de « choix » est claire : la mise en libre accès de certaines spécialités a pour objectif annoncé de créer une concurrence sur le prix des médicaments et, supposément, un gain de pouvoir d'achat pour les usagers. Les pouvoirs publics se situent donc dans une logique de transfert des dépenses de l'Etat vers les usagers, afin d'alléger les charges de la sécurité sociale. Mais cette mesure est assortie de précautions. Il s'agit non seulement d'« offrir des prix publics concurrentiels et améliorer le pouvoir d'achat des citoyens », mais aussi d'« améliorer l'accès des patients à une information adaptée et de qualité sur les médicaments qu'ils utilisent sans consultation médicale », de « leur offrir un choix éclairé et accompagné de conseils individualisés », et de « maintenir toutes les garanties d'accessibilité, de disponibilité et de sécurité sanitaire qu'apportent

---

<sup>1</sup> L'intérêt que nous portons à cette querelle n'a pas pour ambition d'inscrire cette analyse dans une sociologie des controverses ou des débats publics (Callon & al., 2001 ; Chateauraynaud, 2002 ; Urfalino, 2007), mais d'examiner, à partir de ce débat, le traitement social d'une notion comme celle de l'autonomie du malade.

les officines de pharmacie en France » (Ministère de la santé, 2008). Cette sécurisation passe aussi, propose le rapport Coulomb, par le suivi du médecin, lequel « a un rôle d'information et de conseil » et « a également pour rôle de vérifier la consommation médicamenteuse, y compris en dehors de ses propres prescriptions ». Prenant acte des informations fournies par le Rapport Coulomb au chapitre de la comparaison internationale, les pouvoirs publics déplorent le retard de la France en matière d'automédication. Bien que le marché de l'automédication se soit développé ces dernières années, le rapport note ainsi que les dépenses de médicaments en France concernent peu les produits d'automédication et relativement moins que dans les autres pays d'Europe (27 euros par personne et par an contre 60 euros en Allemagne ou 40 pour le Royaume-Uni et l'Italie).

Enfin, pour les pouvoirs publics tout comme dans la rhétorique du Rapport Coulomb, l'automédication, qui participe d'une politique économique « responsable » du médicament, est un des éléments importants de la « responsabilisation du citoyen ». Les discours prononcés et les textes diffusés à l'appui du décret font d'ailleurs valoir non seulement la « responsabilité des patients », mais aussi leurs « capacités »<sup>2</sup>, et réaffirment la volonté d'« accompagner les patients dans leur souhait d'être acteurs de leur santé » (Ministère de la santé, 2008). On reviendra sur ce point.

### *L'industrie pharmaceutique*

L'industrie pharmaceutique, représentée en particulier par l'AFIPA (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable), et le LEEM (les entreprises du médicament), soutient le développement de l'automédication qu'elle considère comme un « élément de compétitivité important pour l'Europe et la France » (AFIPA, 2004). Bernard Lemoine, vice-président délégué du LEEM, déclare : « c'est un fait, aujourd'hui, l'industrie du médicament approuve majoritairement le principe de l'automédication, de la médication familiale, c'est-à-dire des achats spontanés de médicaments à l'officine » (La Mutualité Française, 2007). De même l'industrie est-elle, en grande partie, favorable au libre accès aux médicaments. L'AFIPA a d'ailleurs longtemps plaidé pour que les médicaments soient accessibles aux consommateurs et pour qu'ils soient placés « devant le comptoir ». Mais, tout comme les pouvoirs publics, l'industrie défend le monopole des pharmacies sur leur distribution<sup>3</sup> et préconise, au moyen d'une « politique forte de marques », « d'associer le médecin à la promotion de l'automédication » et de favoriser « la surveillance qu'il peut exercer en lien avec les différentes prises médicamenteuses du patient ».

Par delà l'enjeu économique de sa position dans ce débat, l'industrie tente de se positionner sur un plan également humain, voire politique, en déclarant qu'il faut encourager une automédication « responsable » en vue de « répondre au désir croissant des individus de prendre en charge leur santé » (AFIPA, 2007). Comme le notent Polillo & Mallet (2007) : « au patient-consommateur s'est à la fois opposé et combiné l'usager-citoyen, affirmé dans son autonomie mais simultanément instrumentalisé dans les politiques publiques et les stratégies professionnelles mais surtout industrielles ». Faire du patient un individu « responsable », c'est, pour l'industrie, en faire un consommateur opérant des choix, mais c'est aussi se montrer soucieuse de répondre aux revendications des malades : « les mentalités sont en train d'évoluer » ; « les Français sont convaincus de la nécessité de prendre soin de leur capital santé de façon responsable et plus autonome », dit le représentant de Bayer Santé familiale (Gautier, 2008), tandis que Magali Flachaire, déléguée générale de l'AFIPA, déclare : « Nous partons du constat que nos concitoyens sont à même d'identifier les petits problèmes de santé et de se prendre en charge... » (AFIPA, 2007), faisant valoir à la fois leurs droits et leurs compétences.

---

<sup>2</sup> « Les patients, eux, ont beaucoup changé ces dernières années : ils sont mieux informés, mieux à même de décider de prendre en charge leurs pathologies bénignes sans avoir systématiquement recours à un médecin » (Ministère de la santé, 2008).

<sup>3</sup> A noter qu'en revanche, l'industrie n'est pas favorable à leur déremboursement, dans la mesure où il entraîne une perte en volume des ventes, en raison de la signification qu'il prend aux yeux des usagers, qui tendent à l'assimiler avec efficacité insuffisante (AFIPA, 2004).

### *Les médecins*

D'après l'enquête Afipa-Institut Louis Harris de 2004, 57% des médecins seraient favorables à l'automédication, estimant qu'un « temps excessif » est consacré, dans leur pratique, aux « petits maux », et qu'« un temps précieux » pourrait être mis à profit pour la prévention ou la prise en charge de pathologies plus graves (Afipa, 2004). On pourrait fort bien imaginer en effet que certains médecins soient favorables à l'automédication dans la mesure où celle-ci devrait avoir pour conséquence de désencombrer leurs salles d'attente et leur permettre de répondre plus rapidement aux demandes de consultation des patients porteurs de pathologies lourdes. L'argument serait de taille dans un contexte de démographie médicale défaillante où l'automédication serait un moyen de pallier le manque de médecins, une position défendue par Claude Le Pen, économiste, pour qui l'automédication est une solution au déclin démographique médical rendant l'accès au médecin plus difficile (Le Pen, 2003).

Cependant, de nombreux médecins expriment de fortes réserves à l'égard de l'automédication qui, si elle présente « quelques avantages », comporte aussi « de nombreux effets pervers », comme s'en fait l'écho le Bulletin de l'Ordre des médecins (Pouillard, 2001). Si l'automédication « peut être tolérée lorsqu'elle prolonge une thérapeutique déjà établie » et si elle est « utile lorsqu'elle atténue temporairement, par une médication de courte durée, un trouble gênant, en attendant un avis médical », « elle peut devenir très dangereuse si elle est prolongée, si elle échappe à la consultation médicale, si elle est utilisée de façon irréfléchie » (Pouillard, 2001). L'automédication est ainsi considérée comme une « pratique à risques », risques résultant de « prescriptions sans justification thérapeutique spécifique ou de pratiques d'automédication non contrôlées qui ne respectent pas les règles d'utilisation (absence de contrôle des posologies, de la durée du traitement, des interactions médicamenteuses, des effets iatrogéniques ou allergiques, des dates de péremption des médicaments (pharmacie familiale) »<sup>4</sup>. Pour Michel Chassang, Président de la confédération des syndicats médicaux français, le développement de l'automédication conduit à associer un symptôme à un médicament, association préjudiciable à une bonne prise en charge du patient. A ce titre, elle est à la fois dangereuse et porteuse d'illusion, considère Michel Chassang, qui s'inquiète de « l'évolution de notre société dont le sport national est de contourner le médecin » (La Mutualité française, 2007). En outre, de nombreux médecins craignent les possibles retards de diagnostic qu'implique l'automédication, car le patient n'est pas à même, considèrent-ils, de savoir discriminer entre un symptôme bénin et un symptôme sérieux. Aussi jugent-ils indispensable le recours des malades à leur expertise pour une bonne prise en charge du patient, et cela pour toutes les pathologies. Dans ces conditions, le libre accès est d'autant plus réprouvé par la plupart des médecins. Ils considèrent toutefois que, malgré « les dangers liés à l'ignorance des consommateurs », le monde médical « doit aujourd'hui prendre en compte la pratique de l'automédication », et que celle-ci « doit être guidée par des conseils précis aux malades », compte tenu de leur « revendication d'autonomie » (Queneau *et al.*, 2004).

### *Les pharmaciens*

Dans un débat ouvert par 60 millions de consommateurs sur Internet<sup>5</sup> sur le libre accès aux médicaments, auquel ont pris part de nombreux pharmaciens, on trouve ainsi pêle-mêle, des positions hostiles soit à l'automédication pure et simple, soit au libre accès des médicaments, ou encore à leur vente en grandes surfaces, recouvrant les trois volets de la controverse. Les uns sont en phase avec l'industrie, d'autres se rangent du côté des médecins, d'autres encore ont des positions intermédiaires, étant par exemple favorables à l'automédication mais hostiles au libre accès des médicaments. En

<sup>4</sup> Cette hostilité à l'automédication n'est pas nouvelle. Elle est même à tel point ancrée dans le discours des médecins que, pendant longtemps, leur désapprobation face à cette pratique a favorisé sa dissimulation par les patients, voire le mensonge (cf. Fainzang, 2001, 2006).

<sup>5</sup> Il ne s'agit pas ici d'une liste de discussion comme celles qu'ont étudiées par exemple Akrich & Méadel (2002), mais d'un espace de parole créé par le magazine 60 Millions de consommateurs sur son site web, où les internautes sont conviés à faire part de leur point de vue, favorable ou défavorable, vis-à-vis du libre accès aux médicaments.

revanche, comme on peut s'y attendre, tous désapprouvent la vente par la grande distribution, bien que pour des raisons différentes. Les positions hostiles à l'égard de l'automédication pure et simple sont le plus souvent justifiées par l'évocation du danger qu'elle représente : « *C'est aux USA qu'il y a le plus d'hospitalisations à cause de l'automédication. Aucun médicament n'est anodin ! tous sont dangereux !* », déclare un pharmacien (60 Millions, 2008). D'autres acceptent l'idée de l'automédication mais pas le libre accès au motif que celui-ci peut être dangereux, même pour des cas dits « bénins ». Un autre fait remarquer qu'« *un mal de gorge et un mal de tête peuvent être les premiers signes de la scarlatine* », et que, pour « *éviter les complications* », il faut prendre « *un traitement correct dès le début des symptômes, symptômes qui nécessitent un questionnement sérieux* ». C'est d'ailleurs le point de vue de l'Académie nationale de pharmacie (2006) qui considère le libre accès comme « une imprudence préjudiciable à la santé publique, compte tenu des habitudes instaurées de longue date dans notre pays », et qui, à ce titre, « s'oppose à laisser le médicament, quel qu'il soit, en libre accès, même à l'intérieur d'une pharmacie ».

Si certains pharmaciens approuvent l'automédication, ils affirment néanmoins tous, haut et fort, l'importance de leur rôle de conseil, impliquant éventuellement de laisser les médicaments derrière le comptoir. Leur hostilité au libre accès des médicaments est parfois liée au risque qu'il stimule la consommation. Ainsi, pour F. Abecassis, responsable du collectif 'Pharmaciens en colère', le médicament n'est pas un bien de consommation courante. « *Si on met en libre accès des médicaments pour pouvoir les consommer au meilleur coût, les Français en consommeront encore plus alors qu'ils en consomment déjà trop* » (60 Millions, 2008). Dans le même esprit, l'Ordre des pharmaciens estime qu'« *il ne faut pas confondre médicament et marchandise* ». Pour d'autres encore, le libre accès n'est pas déraisonnable à condition qu'ils puissent « accompagner » le patient, c'est-à-dire conserver l'exclusivité en matière de distribution de médicaments.

Au total, plusieurs logiques sous-tendent les points de vue exprimés. On trouve : - la défense de la corporation ou de la profession ; - la défense des consommateurs (avec la dénonciation des appétits de la grande distribution ou des laboratoires pharmaceutiques ; - la défense de la santé publique (une pharmacienne écrit : « *Il est inadmissible que des molécules nocives soient en libre service* » et prend pour exemple le fait que « *la prise d'aspirine par une femme enceinte peut être gravissime pour le fœtus qu'elle porte* »), ces différentes logiques étant parfois combinées. Défense de la santé publique, défense de la profession et défense des consommateurs s'articulent notamment sur le thème des risques que l'automédication comporte, inhérents à ce qui est jugé comme l'incompétence des malades : « *les usagers ne savent pas reconnaître les symptômes et ne peuvent pas savoir s'ils sont ou non banaux* » ; « *la plupart des Français ne connaissent pas la différence entre aspirine et paracétamol* ». Le constat de cette indigence en matière d'information médicale conduit certains à considérer la situation comme irrémédiable : « *C'est irresponsable de la part de l'Etat. On sait bien que les gens ne liront jamais la notice et un accident est si vite arrivé* ». Cette position prend ainsi parfois les allures d'une déclaration affligée sur l'incapacité des usagers à s'automédiquer correctement, en dépit de l'information qu'il pourrait recevoir (« *C'est une illusion de penser que les gens auront une automédication responsable ; comment être sûrs que les malades prendront la dose correcte, le temps nécessaire, si personne ne les guide ?* » ; « *La France n'est pas prête pour l'automédication* »). Malgré les recommandations de ceux pour qui il faut faire l'éducation des usagers<sup>6</sup>, certains pharmaciens semblent ainsi considérer le malade comme inéducable, même pour des cas bénins. A cet égard, si le paternalisme est souvent évoqué pour qualifier la relation médecin-malade, on constate qu'il caractérise également en partie la relation pharmacien-usager. Le patient n'est plus cet individu « apte » reconnu par l'industrie et par les pouvoirs publics, mais celui qui a besoin, à tout moment, de l'expertise du professionnel.

### *Les usagers*<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Jean Parrot, Président de l'Ordre national des pharmaciens, souligne pour sa part la nécessité d'une éducation du patient (La Mutualité française, 2007).

<sup>7</sup> En dépit de l'utilisation massive du terme « patient » dans la plupart des discours et des textes relatifs à l'automédication, il convient ici de parler de « malade » ou d'« usager ». Alors que le terme « patient » fait

Bien que la plupart des usagers soient favorables à l'automédication, les avis sont plus réservés en ce qui concerne le libre accès, pour des raisons thérapeutiques ou économiques. Les uns accueillent favorablement cette mesure, tout en espérant voir les pharmaciens conserver un rôle de conseil, et ne pas laisser les grandes surfaces s'emparer de ce secteur (« *N'y a-t-il pas de risque à acheter ces substances en même temps que des œufs ou du chocolat ? Le contrôle réalisé par le pharmacien lors de la vente n'est pas juste un mythe, il évite de nombreux accidents médicamenteux* », déclare une internaute). D'autres, par contre, s'inquiètent des conséquences du libre accès précisément parce qu'il préfigure une ouverture possible vers la vente en grandes surfaces, en ce qu'il implique une banalisation du médicament (« *Le médicament n'est pas un bonbon comme Leclerc le représente dans sa pub avec ce collier qui ressemble à ces colliers de bonbons comme on en mangeait quand on était enfant !* » - un argument éludé par ceux qui notent que les pharmacies vendent, elles aussi, des bonbons -). Par contraste, un certain nombre d'usagers envisagent favorablement que cet accès puisse se faire en grandes surfaces. Une enquête CSA/Cecop de février 2007 révèle d'ailleurs que 24% des personnes se déclarent prêtes à acheter des médicaments ailleurs qu'en pharmacie, et que ce chiffre monte à 34% pour ceux qui pratiquent souvent l'automédication (La Mutualité Française, 2007).

Sur le plan strictement économique, le décret suscite aussi des réactions contrastées : les uns déplorent les effets d'une baisse de prix et craignent l'incitation à la consommation que cette mesure risque de provoquer, tandis que d'autres apprécient que ce décret oblige le pharmacien à afficher le prix des médicaments exposés, et que d'autres encore y voient au contraire l'annonce d'une augmentation des prix des médicaments en libre accès, le débat se trouvant obscurci par les incertitudes sur les effets du libre accès sur les prix. Mais c'est aussi pour des raisons économiques que l'éventualité d'une vente des médicaments par la grande distribution est envisagée favorablement par certains. Dans ce contexte, l'argument du rôle de conseil du pharmacien est éludé par ceux qui laissent entendre que, de toutes façons, le rôle de « conseil » du pharmacien est un mythe : « *Lorsqu'on se présente dans une pharmacie, on ne nous demande rien de plus qu'au supermarché ; on nous sert, un point c'est tout, les pharmaciens sont devenus des épiciers ; ils sont là pour vendre et faire du chiffre, c'est tout !* ».

Enfin, le libre accès aux médicaments (qu'il s'effectue en pharmacie ou en grandes surfaces) est favorablement accueilli par les usagers qui apprécient de pouvoir choisir et refusent l'infantilisation qu'impliquait pour eux l'impossibilité d'accéder librement à ces médicaments auparavant (« *Nous sommes capables de prendre en charge nos petits bobos !* », ou encore « *On n'est pas des gamins. On sait quand même ce qu'on fait !* »), invoquant l'argument de leurs compétences et le désir de prendre en mains leur santé.

## **Eléments de discussion**

Comme on le voit, cette controverse se développe autour de questions et d'enjeux divers, comme par exemple le danger associé pour les uns au libre accès, pour les autres à l'automédication. Les arguments développés par les acteurs pour défendre leurs positions appellent des commentaires complémentaires et l'analyse du traitement qui est fait de la notion d'autonomie. Il convient en particulier de voir – par-delà les enjeux qui les gouvernent, les présupposés sur lesquels ils reposent, et les contradictions qu'ils recèlent – comment s'organisent certains aspects du débat, dans leurs dimensions dialogique et rhétorique.

### *La guerre des mots*

---

référence à un état passif, à un individu objet d'un traitement ou subissant une prise en charge (cf. Soum-Pouyalet, 2007), avec l'automédication, c'est précisément son statut d'être actif, d'acteur apte à faire des choix et à prendre des décisions, qui est en jeu.

Une des notions sur lesquelles s'appuient les politiques publiques est la notion de « service médical rendu ». Certains médicaments se voient déremboursés dès lors qu'ils sont estimés ne présentant pas un SMR suffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité. La question se pose alors de ce que signifie un 'service médical rendu insuffisant', et d'abord un 'service médical rendu'. Pour les pouvoirs publics, le service médical rendu prend en compte plusieurs aspects : la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué, les données propres au médicament (efficacité et effets indésirables), l'existence d'alternatives thérapeutiques, et l'intérêt pour la santé publique. En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis : SMR majeur ou important ; SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ; SMR insuffisant (SMRI) pour justifier une prise en charge par la collectivité (HAS, 2008). Les multiples dimensions qui entrent dans la définition du SMRI concourent à l'ambiguïté de cette notion. Claude Le Pen (2003) considère à cet égard que « la confusion entre médicaments déremboursés et médicaments inefficaces porte préjudice aux médicaments dit 'd'automédication' »<sup>8</sup> et demande : « si le SMR est jugé insuffisant pour tel médicament, pourquoi se contenter d'un déremboursement ? Il serait plus conforme à l'intérêt public de les retirer purement et simplement du marché ». De même, la *Revue Prescrire* (2007) estime que : « pour garantir une automédication au bénéfice des patients, la première mesure à prendre est de retirer du marché les médicaments dont la balance bénéfices-risques n'est pas favorable ».

L'enjeu du débat est le traitement cognitif qui est fait de cette notion. Un médicament à SMR faible (ou insuffisant) est-il un médicament soignant une pathologie de faible gravité, ou un médicament soignant une pathologie avec un faible succès ? L'industrie y répond de la première manière en proposant de déplacer la distinction entre SMR et SMRI par celle entre pathologies sévères et pathologies bénignes. La Haute Autorité de Santé, en revanche, l'entend de la seconde manière. Les pouvoirs publics précisent que c'est le « niveau de performance » qui est évalué pour juger du caractère remboursable d'un médicament, que la sortie du remboursement est proposée pour les médicaments « dont la prise en charge n'est pas prioritaire », et qu'un médicament est jugé avoir un SMR insuffisant lorsque « le niveau de performance du médicament est jugé trop faible pour justifier une prise en charge financière par la sécurité sociale » (HAS, 2008). Si, par conséquent, pour les pouvoirs publics, un médicament à SMR « insuffisant » n'est pas un médicament « inefficace », c'est néanmoins un médicament « insuffisamment performant ». Les usagers ne s'y trompent pas : pourquoi dès lors ne chercheraient-ils pas à acquérir les médicaments jugés les plus performants ? La question de savoir pourquoi des médicaments insuffisamment performants sont laissés sur le marché, garde toute sa pertinence.

L'ensemble de la controverse s'assortit d'une guerre sur les notions, bien qu'elle ne s'y réduise pas. Avec l'usage des mots, il y a tentative de glissement sur l'objet du débat. L'enjeu est de déplacer le curseur cognitif, entre types de médicaments (performants/peu performants ; prioritaires/non prioritaires), ou types de pathologies (sévères/bénignes).

A cet égard, une question se pose avec l'usage du terme 'bénin'. Les pouvoirs publics et l'industrie pharmaceutique s'accordent pour orienter la demande de santé vers une plus forte prise en charge individuelle pour les pathologies bénignes. Mais qu'est-ce qu'une pathologie bénigne ? Est-il sûr que le patient définisse le bénin de la même manière que les professionnels de santé ? Comment le patient distingue entre bénin et non bénin ? Cette appréciation fait référence à la fois à l'histoire du malade et à des logiques cognitives, qu'on ne peut éluder lorsqu'on aborde l'automédication<sup>9</sup>.

### *Information et publicité*

Tout le monde s'accorde pour dire que l'automédication implique l'éducation des patients, mais tout le monde ne s'entend pas sur le contenu à donner à cette éducation. Pour Christian Saout, vice-

<sup>8</sup> Le problème de l'assimilation entre déremboursement et inefficacité a été soulevé par le Rapport Coulomb lui-même qui propose « l'abandon de la notion mal comprise et péjorative de médicament à 'SMR insuffisant' au profit de celle de médicaments 'non prioritaires' ». Cependant, cette dernière notion n'est pas moins ambiguë.

<sup>9</sup> Ce point fait l'objet d'un autre article.

président du collectif interassociatif sur la santé qui fédère les associations de malades, comme pour Jean-Pierre Davant, Président de la Mutualité Française, l'automédication passe par une « meilleure information des patients ». Pour ce dernier, elle implique de les inciter à toujours lire la notice et vérifier la DCI (dénomination commune internationale) pour s'assurer qu'ils ne prennent pas deux fois le même produit sous deux noms de marque différents et prévenir ainsi les surdosages (La Mutualité Française, 2007). Cette position s'oppose à celle que développe l'industrie qui plaide, on l'a vu, pour la promotion des marques, en opérant un glissement entre information et publicité, laquelle représente un enjeu important puisqu'elle est autorisée pour les médicaments dits « d'automédication ». La justification donnée par l'industrie est le souhait de voir les patients « mieux informés », et de leur permettre de choisir comme face à n'importe quel objet de consommation<sup>10</sup>. En vérité, on ne saurait assimiler information et publicité, pas plus qu'on ne saurait confondre un moyen d'information avec un moyen de promotion, une confusion que semble faire l'Académie nationale de pharmacie qui recommande que l'industrie pharmaceutique « pratique une information améliorée du patient en vue d'un usage sans prescription médicale » (2006). Comme le rappelle la *Revue Prescrire* : « Une véritable autonomie des patients passe par une information fiable et indépendante sur les maladies et les options thérapeutiques, notamment médicamenteuses » (*Revue Prescrire*, 2008).

### *Un conflit de compétences*

L'examen des positions des acteurs fait émerger le problème des rôles respectifs du pharmacien et du médecin. Les notions d'*accompagnement* et de *conseil* développées par les pouvoirs publics et l'industrie pour décrire le rôle du pharmacien impliquent qu'il doit pouvoir interroger le patient sur son mal pour l'orienter dans ses choix. Que faut-il comprendre par là ? Le pharmacien doit-il jouer le rôle du médecin ? Le « conseil » du pharmacien doit-il se substituer à la « prescription » du médecin (son conseil ne se distinguant de la prescription médicale que par le caractère non remboursable des produits « conseillés » ?). L'Académie nationale de pharmacie (2006) semble y souscrire quand elle affirme, parmi les devoirs du pharmacien, son rôle de « pharmacien prescripteur, acteur majeur de santé publique ». Dans ces conditions, quel est le sens de cette « orientation » ou de son « conseil » dans les choix de l'usager, si ce n'est de le mettre en position de prescripteur et de vendeur à la fois, impliquant une collusion entre enjeux thérapeutiques et enjeux commerciaux ?

A son tour, le rôle de « médecin-conseil » soulève une difficulté. Plus exactement, la place qui lui est réservée dans le contexte de l'automédication révèle une contradiction. Car s'il incombe au médecin « d'orienter l'automédication du patient » ou « de vérifier la consommation médicamenteuse, y compris en-dehors de ses prescriptions », on ne voit pas en quoi son rôle diffère ici de celui qu'il joue dans son activité de consultation/prescription habituelle, ni ce que signifie ce rôle d'« information et de conseil », si ce n'est l'obligation pour l'usager de payer son traitement, justifiée par le remplacement du terme « prescription » par celui de « conseil », tout comme on l'a vu pour le pharmacien. Le contenu des termes « prescrire » et « conseiller » se fait flou et incertain. Le rôle du médecin devient-il concurrent de celui du pharmacien ? Et en quoi s'agit-il ici d'automédication ? S'entend dire (ou « conseiller » ou « prescrire ») ce qu'il doit prendre est-il encore, pour l'usager, de l'automédication ? Où est alors le caractère personnel du choix de s'automédiquer ici ? Les déclarations relatives au rôle du médecin dans le cadre de l'automédication ont des allures d'oxymore.

### *Libre accès ou libre achat ? Le spectre de la pharmacie familiale*

La notion de « médicaments d'automédication », largement utilisée par les pouvoirs publics, l'industrie et les pharmaciens pour désigner les médicaments de prescription médicale facultative

---

<sup>10</sup> On notera la contradiction dans l'argumentaire qu'elle développe sur ce point : elle affirme la nécessité du monopole pharmaceutique, fondant sa position sur le fait que le médicament « d'automédication » est, tout comme le médicament de prescription médicale obligatoire, un produit potentiellement dangereux, suggérant ainsi que ce n'est pas un produit de consommation comme une autre, mais revendique pourtant la possibilité de faire de la publicité sur les médicaments d'automédication, comme sur les autres biens de consommation.

introduit une confusion. En toute rigueur, les « médicaments d'automédication » ne se confondent pas avec les médicaments *pris en automédication*. A cet égard, la « prescription de médicaments d'automédication » que l' Afipa souhaite voir se développer fait figure d'aporie. Si l'on veut bien prendre compte la réalité des pratiques en matière d'automédication, et se délester d'une posture normative, on doit bien admettre que les patients recourent volontiers à la pharmacie familiale et que l'automédication ne se réduit pas à l'achat de médicaments puisqu'elle peut consister pour une personne à prendre des médicaments déjà en sa possession<sup>11</sup>. Cette pratique suscite une large désapprobation. Pour J.-P. Davant, l'automédication ne doit pas être « un comportement qui consiste à fouiller dans son armoire à pharmacie pour utiliser les restes des médicaments auparavant prescrits par le médecin traitant pour des symptômes similaires », mais « un réflexe qui consiste à aller chez son pharmacien chercher un traitement pour une affection bénigne et aisément reconnaissable » (La Mutualité Française, 2007). De même, pour l' Afipa, l'automédication responsable ne doit pas se confondre avec « l'utilisation irrationnelle d'anciennes prescriptions ». A son tour, Gilles Bonnefond, de l'union des syndicats des pharmaciens d'officine, déclare : « on distingue l'automédication et l'armoire à pharmacie. Nous avons tout intérêt aujourd'hui à travailler ensemble pour vider cette armoire à pharmacie. Parce que les queues de traitement, les résidus constituent aujourd'hui un potentiel extrêmement dangereux et augmentent le risque de iatrogénie » (La Mutualité Française, 2007), relayant le point de vue de l'Académie nationale de pharmacie (2006) pour qui l'automédication pris dans le sens de « comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même » et faisant appel « à des produits stockés chez soi », « constitue un contresens dommageable à la santé des patients ». L'acte d'automédication semble donc devoir nécessairement impliquer un achat puisque l'usage de médicaments achetés antérieurement est réprouvé. Cela exclut « la 'fameuse' armoire à pharmacie » qui pose le problème du « mésusage », évoqué par le Rapport Coulomb.

Pourtant, le recours à l'armoire à pharmacie ne saurait, a priori, être considéré comme du mésusage. En effet, si le symptôme est connu, qu'est-ce qui s'oppose à ce que l'usager « fouille dans son armoire à pharmacie » ? Pourquoi faut-il « exclure » cette armoire, ou encore la « vider » ? Pour permettre au pharmacien de vendre une deuxième fois au malade la spécialité appropriée à son mal, s'il s'avère qu'il lui conseille précisément de reprendre un médicament qu'il possède déjà ? L'argument d'une mesure économique favorable au patient dont le pouvoir d'achat est mis à mal, tombe. Si le but est d'empêcher le patient de prendre un médicament dont la date de péremption serait dépassée, l'éducation du patient que tous préconisent semble alors ne pouvoir inclure d'enseigner aux citoyens à regarder la date de péremption sur les boîtes dont ils disposent, vidant de leur substance les discours sur la nécessité d'informer le patient.

### *Une automédication autonome ?*

L'exposé de leurs arguments par les différents acteurs est émaillé, on l'a vu, de réflexions sur la compétence des malades. La préconisation de l'automédication, et a fortiori du libre accès, repose sur les notions de « responsabilité » du patient, d'« autonomie », d'« aptitude à prendre en main sa santé », dans un souci affiché de répondre aux souhaits mêmes des individus. Ce qui doit guider le développement de l'automédication, c'est « l'idée de rendre service au patient, de le *responsabiliser*, de lui donner la possibilité d'être un *acteur éclairé* de sa santé ». La controverse ouvre donc sur des discours politiques sur l'individu, dans son rôle de citoyen adulte et compétent. L'automédication et le libre accès sont d'ailleurs particulièrement appréciés par les usagers eux-mêmes qui souhaitent parfois ne pas être contraints de passer par la médiation des professionnels (par celle des médecins voire par celle des pharmaciens), et y voient un moyen de s'émanciper de leur autorité<sup>12</sup>. L'industrie elle-même,

<sup>11</sup> Selon une enquête réalisée par l'institut CSA-TMO pour le compte de la DGS en 2002, le premier recours face à une douleur ou un symptôme est même de se tourner vers l'armoire à pharmacie familiale. Une majorité de personnes réutilise des médicaments antérieurement prescrits et conservés à domicile lorsque la personne à soigner est un adulte

<sup>12</sup> L'enquête CSA/Cecop sur l'automédication révèle que, pour 55% des personnes interrogées, l'automédication revient à avoir une « gestion autonome de sa santé ».

par-delà l'exigence de vente de ses produits, auxquelles l'automédication et le libre accès répondent fort opportunément, déclare que l'automédication « est une réalité culturelle et sociale allant dans le sens d'une plus grande prise en charge par les personnes de la gestion de leur propre santé » et que « Le développement de l'automédication correspond à une évolution profonde des mentalités et des attitudes face à la santé » (Afipa, 2004). De même, les pouvoirs publics, au-delà des objectifs de réduction des dépenses de l'assurance-maladie, affirment-ils la nécessité de permettre aux malades de prendre en main leur santé, conformément à « leur souhait d'être acteurs de leur santé », et ainsi de « répondre à leurs attentes » (Ministère de la Santé, 2008).

Élément fondamental de la rhétorique de l'industrie comme des pouvoirs publics, il s'agit de montrer le souci que l'on porte aux valeurs nouvellement prônées par les usagers et dont les associations de malades se font les hérauts. A l'appui d'un décret dont les enjeux sont clairement économiques, les divers acteurs produisent des discours affirmant et revendiquant la possibilité, pour les usagers, d'exercer ce qui est présenté comme une compétence et un droit. Tout se passe comme si le recours à l'argument de la responsabilité/responsabilisation et de l'autonomie/autonomisation (dans ses différentes variantes) était nécessaire à toute rhétorique soucieuse de parvenir à son but, fût-il exclusivement économique. Inversement, les acteurs opposés au libre accès, voire à l'automédication, dénie cette compétence aux usagers. Dire des usagers qu'ils ne sont pas aptes, pas prêts, pas capables de voir la différence entre les médicaments, qu'ils ne liront jamais la notice, ou les considérer comme inéducables, c'est récuser leur statut adulte et compétent. Mais c'est aussi en raison même de ce qui caractérise à leurs yeux le « nouveau patient », que cette 'prise en main' lui est parfois déniée. Ainsi, pour l'Académie nationale de pharmacie (2006), « le patient d'aujourd'hui a évolué, il veut plus d'informations, plus d'explications, mais non être abandonné devant une gondole muette chargée de médicaments ». C'est donc pour répondre aux aspirations du patient d'aujourd'hui, qu'elle refuse, pour sa part, le libre accès. Le patient contemporain pourvu de ses nouvelles qualités est ainsi invoqué pour défendre des positions parfois contraires.

Cependant, tout en affirmant cette autonomie, ses défenseurs y mettent des limites, comme l'atteste la consigne de ne pas recourir à l'armoire à pharmacie. Cette limite est repérable dans la raison thérapeutique invoquée, selon laquelle prendre un médicament dans l'armoire à pharmacie, c'est nécessairement faire preuve d'un mauvais usage et courir un risque. Ce qui revient à considérer l'individu comme inapte ou comme inéducable et, en définitive, comme non autonome et irresponsable.

L'affirmation de l'autonomie a toujours été étroitement liée à la reconnaissance d'une compétence ou, dans une acception plus technique, d'une capacité (Beauchamp et Childress, 1979 ; Gillon, 1985 ; Gagnon, 1998). On ne peut imaginer reconnaître à une personne son autonomie si celle-ci est dépourvue des moyens de l'exercer. Gillon (1985) distingue ainsi trois formes d'autonomie : l'autonomie d'action, l'autonomie de pensée et l'autonomie de volonté, ces deux dernières rendant possible la prise de décision. Ceci suppose pour le sujet une faculté de discernement puisqu'une personne autonome est capable « de comprendre une information médicale et d'y exercer son esprit critique » et « de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion » (CCNE, 2005), faisant écho à la perspective kantienne selon laquelle l'autonomie est la capacité de se servir par soi-même de son entendement.

En vérité, il n'est pas si sûr qu'une véritable autonomie soit reconnue à l'utilisateur dans le champ de l'automédication, même s'il a le libre accès aux médicaments. A travers les discours suscités par le débat actuel sur l'automédication, on s'aperçoit que l'injonction de ne pas user de la pharmacie familiale et de se rendre nécessairement dans une pharmacie pour acheter un médicament, de l'un ou l'autre côté du comptoir, donne à l'autonomie du sujet le charme d'une illusion.

## Conclusion

L'analyse des arguments et des valeurs mobilisées par les acteurs face à l'automédication et au libre accès révèle que la controverse, fondée sur une lutte d'intérêts différents pour chaque groupe d'acteurs, est inséparable d'une guerre des mots : « surveiller », « contrôler », « prescrire », « conseiller », « accompagner », etc., chaque mot renvoyant à des réalités, des droits ou des statuts

différents. Par ailleurs, que ce soit pour des raisons thérapeutiques ou économiques, pour la défense des prérogatives corporatistes ou pour préserver les patients du danger qu'ils encourent, c'est le langage de l'autonomie qui donne son poids et sa légitimité au discours des acteurs. On pourrait y voir le fait que la responsabilité et l'autonomie, notions satellites de l'affirmation de l'individu, sont largement revendiquées de nos jours, sous l'influence croissante du modèle anglo-saxon<sup>13</sup>. Mais il y a plus. Tout se passe comme si les divers acteurs pouvaient difficilement faire valoir leurs seules raisons économiques, et qu'il leur fallait trouver d'autres justifications et d'autres arguments, susceptibles de conférer à leurs positions légitimité et dignité. Pouvoirs publics, industrie, médecins, pharmaciens, usagers, tous intègrent ces notions à leurs discours, bien que dans une perspective différente, puisque c'est au nom de ces valeurs que le libre accès est approuvé par les uns, condamné par les autres. Pour les pouvoirs publics, le décret relatif au libre accès des médicaments, potentiellement impopulaire puisqu'il implique de nouveaux frais en défaveur des usagers et une redistribution du pouvoir en défaveur des médecins, voire parfois des pharmaciens, avait besoin d'un habillage idéologique, pour le rendre acceptable. Faire du patient un agent « responsable », « acteur de sa santé », « autonome », en vue d'en faire un consommateur assumant seul ses dépenses, fonctionne comme une sorte de sésame rhétorique, ouvrant la porte d'un discours autorisé. Pierre angulaire d'un consensus apparent, l'autonomie prend figure de formule incantatoire. Ainsi les usagers ne sont plus les seuls à revendiquer un rôle d'acteur mais, phénomène nouveau, cette revendication se fait par la voix des autres (les pouvoirs publics, l'industrie et en partie les pharmaciens), partie prenantes dans la controverse, qui veulent leur voir jouer ce rôle, corollaire de celui de consommateur autonome. D'une certaine manière, ces divers groupes d'acteurs, en invoquant les valeurs de responsabilité et d'autonomie, en véhiculent et en assurent malgré eux la promotion.

Cependant, la rhétorique des discours se fonde sur un maniement, sinon une manipulation, de ces notions. Tandis que l'autonomie est revendiquée par les usagers comme la possibilité d'être acteurs de leur santé, auteurs de leurs actes et assumant librement leurs choix, son usage par les pouvoirs publics, l'industrie, et les professionnels de santé vise à en faire des consommateurs subissant les conséquences de leurs actes et assumant financièrement leurs dépenses de santé, sans pour autant être aptes à savoir choisir. Un malade responsable semble devoir se réduire à n'être qu'un malade comptable de ses choix de consommation, et l'autonomie si hautement revendiquée prend à son tour un autre relief : loin de la proclamation politique de la capacité de l'individu à se déterminer selon des règles librement choisies et sans être assujéti à une autorité, on aboutit à l'affirmation contemptrice de l'incapacité de l'individu à gérer sa pharmacie familiale, et de la nécessité de lui apprendre comment en acheter de nouveaux, à ses frais, sur les recommandations des pharmaciens, voire des médecins. Les assertions relatives à la responsabilité et à l'autonomie du patient ont des conséquences paradoxales et mortifères : plaidant à la fois pour la promotion de ces valeurs, elles les vident peu à peu de leur contenu.

### Références bibliographiques

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS, «La vente des médicaments en libre accès dans les pharmacies? » [[Http://www.60millions-mag.com](http://www.60millions-mag.com)].

ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE, 2006, « A propos de l'automédication », rapport établi à la demande du Ministre de la santé et des solidarités, juin, 26 p. [<http://www.acadpharm.org>].

AFIPA, 2004, *Livre blanc : contribution de l'Afipa à la réflexion sur l'automédication*, document Afipa, Paris, 81 p.

AFIPA, 2007, « Pour une automédication responsable : le libre accès aux médicaments sans ordonnance en pharmacie. 1<sup>ère</sup> étape du parcours de soins du patient », doc. 27 p.

---

<sup>13</sup> En France, une étude sur le rapport des individus aux médicaments en fonction de leur origine culturelle religieuse a montré que ces valeurs sont davantage affirmées chez les Protestants (cf. Fainzang, 2001).

- AKRICH M., MEADEL C., 2002, « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques », *Sciences Sociales & Santé*, 20, 1 : 89-116.
- BEAUCHAMP T. and CHILDRESS, J., 1979, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- BELON J.-P., 2006, *Conseils à l'officine. Aide au suivi pharmaceutique*, Paris, Masson (6<sup>ème</sup> édition).
- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil (coll. La couleur des idées).
- CCNE, 2005, « Refus de traitement et autonomie de la personne », Les Cahiers du CCNE, n°44, 21 p.
- CHATEAURAYNAUD F., 2002, « Prospero, Une Méthode d'Analyse des Controverses Publiques », in : *Méthodes et outils des sciences sociales - Innovation et renouvellement*, P. BLANCHARD & T. RIBEMONT, eds., *Cahiers Politiques*, Paris, L'Harmattan, p. 61-84.
- COULOMB A., BAUMELOU A., 2007, « Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs », Rapport établi à la demande du ministère de la santé et de la protection sociale, 32 pages.
- FAINZANG S., 2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FAINZANG S., 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF.
- GAGNON E., 1998, « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », *Sciences sociales et santé*, 16,1 : 49-74.
- GAUTIER, C., 2008, « Vers plus d'autonomie pour le patient », *Le Monde (Les cahiers de la compétitivité, spécial Santé)*, 18 juin, p. V.
- GILLON R., 1985, "Autonomy and the principle of respect for autonomy", *BMJ*, 290: 1806–808.
- Haute Autorité de Santé, 2008, « Prise en charge des médicaments soumis à réévaluation » [<http://www.has-sante.fr>].
- LA MUTUALITE FRANÇAISE, 2007, « L'Automédication : recul ou progrès ? », Actes du colloque : « Regard croisés sur l'automédication. Un colloque de la FNMF », Paris, 21 mars 2007.
- LE PEN C., 2003, *Automédication et Santé Publique : le « Service médical rendu » par les médicaments d'automédication*, CLP-Santé Paris, rapport réalisé en collaboration avec l'AFIPA.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2008, « Libre accès de certains médicaments devant le comptoir », Dossier Presse, 1<sup>er</sup> juillet [<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante>]
- POLILLO R. & MALLET J.-O., 2007, « Face aux professions et au management, les patients dans la redistribution des pouvoirs: éléments de comparaison en France et en Italie », in : « Systèmes de santé & discours profanes », VEDELAGO F. & M. BOUX eds., *Sociologie santé*, Vol 2 n°26 : 175-185.
- POUILLARD J., 2001, « Risques et limites de l'automédication », *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, avril [<http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives>].
- QUENEAU P., FROUDARAKIS M., SALVADOR M, VILLANI P., VITAL-DURAND D., 2004, « Aumédication concernant les antalgiques », in : QUENEAU P. & OSTERMANN G. eds., *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson.
- REVUE PRESCRIRE, 2007, « Automédication : que de confusions ! », n° 281, mars 2007.
- REVUE PRESCRIRE, 2008, « Automédication : dire la vérité », 28, n° 293 : 217.
- SOUM-POUYALET F., 2007, « Le patient acteur de la thérapie et l'évolution des normes professionnelles en cancérologie », in : « Systèmes de santé & discours profanes », VEDELAGO F. & M. BOUX eds., *Sociologie santé*, Vol 2, n°26 : 123-134.
- URFALINO P., 2007, « Médicaments et société. Enjeux contemporains. Introduction », *Annales*, 62<sup>e</sup> année, n°2 : 269-272.