



HAL
open science

L'automédication aux antibiotiques en médecine générale : étude quantitative auprès de patients

Salah-Eddine Ait-Mouhoub

► **To cite this version:**

Salah-Eddine Ait-Mouhoub. L'automédication aux antibiotiques en médecine générale : étude quantitative auprès de patients. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01244033

HAL Id: dumas-01244033

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244033>

Submitted on 4 Jan 2016

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2015

Thèse N°2015-11

**L'AUTOMEDICATION AUX ANTIBIOTIQUES EN
MEDECINE GENERALE :
étude quantitative auprès de patients.**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 FEVRIER 2015

PAR

Salah-Eddine AIT-MOUHOUB

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Membres du jury : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

Année 2015

Thèse N° 2015-11

**L'AUTOMEDICATION AUX ANTIBIOTIQUES EN
MEDECINE GENERALE :
étude quantitative auprès de patients.**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 FEVRIER 2015

PAR

Salah-Eddine AIT-MOUHOUB

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Membres du jury : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté de vous intéresser à ce travail et de faire partie du jury,

Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

A Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)
Laboratoire de Virologie
Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie du jury.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
(Médecine interne)

Merci de participer au jury de cette thèse.
Trouvez ici l'expression de ma plus haute considération.

A Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

Spécialiste en Médecine générale à Moreuil

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.
Après avoir été un maître de stage à l'écoute, vous avez su me conseiller et me soutenir dans
l'élaboration de cette thèse.
Merci pour votre disponibilité et votre implication.
Vos qualités pédagogiques ont été riches d'enseignement.

DEDICACES

A mes enfants, rien n'est plus doux que de vous entendre rire.

A Jennifer, le calme de ma tempête ; le temps en ta compagnie passe si vite depuis le 12 octobre 200 .

A mes parents surtout, qui nous ont appris que d'essayer de réussir n'est pas un droit mais un devoir ; j'espère vous rendre un peu de l'immense fierté que j'ai pour vous.

A Noria la clinicienne de mon âme, à nos débats philosophiques enflammés.

A Tarik, mon génie, à nos projets d'avenir, bonbons à la main, au bord de la Somme.

A Sofiane, mon écrivain préféré, à nos soirées d'hiver pleines de jeux et d'histoires.

A Amin, mon humoriste préféré, à nos blagues à mourir de rire.

A Cricri, mon vieil ami de 15 ans.

A Zoubir pour son aide précieuse.

A ma belle famille, en particulier à Catherine pour ses conseils précieux.

A tout ceux qui m'ont transmis leur savoir.

Aux médecins qui m'ont aidé dans ce cheminement.

A mes amis.

ABREVIATIONS

ADN : acide désoxyribonucléique

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

BMR : bactéries multi-résistantes

BLSE : bêtalactamases à spectre étendu

C3G : céphalosporines de 3ème génération

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

E.Coli : Escherichia coli

EARS-Net : European Antimicrobial Resistance Surveillance network

ESAC : European Surveillance of Antimicrobial Consumption

ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control

IC : intervalle de confiance

K. pneumoniae : Klebsiella pneumoniae

InVS : Institut de veille sanitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : odds ratio

OTMC : Omnibus test of Model Coefficients

PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires

PMO : prescription médicale obligatoire

S. pneumoniae : Streptococcus pneumoniae

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TDR : Test de diagnostic rapide

UE/EEE : Union européenne/Espace économique européen

VS : versus

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	15
I. INTRODUCTION	19
II. CONTEXTE	21
2.1. PRESENTATION DES ANTIBIOTIQUES	21
Définition.....	21
Mode d'action	21
Classification par famille d'antibiotiques	22
Historique	23
2.2. ENJEUX DES RESISTANCES : UN " MIRACLE " EN DANGER	25
Définition.....	25
Situation en France et en Europe	28
2.3. MESURES VISANT A LA BONNE UTILISATION ET IMPACT SUR LA CONSOMMATION	33
Mesures.....	33
La consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013.....	35
III. MATERIELS ET METHODES	37
Type d'étude.....	37
Critères d'inclusion	37
Elaboration du questionnaire	37
Déroulement de l'enquête	38
Recueil et analyse statistique des données	38
IV. RESULTATS	39
4.1. Caractéristiques de la population	39
a) sexe	39
b) âge	40
c) niveau professionnel	40
d) niveau d'étude	41
e) lieu d'habitation	41
f) prise d'un traitement régulier	42

4.2. Analyse des connaissances et de l'observance des patients aux antibiotiques	42
a) connaissance de l'action des antibiotiques.....	42
b) citation de nom d'antibiotiques.....	43
c) observance des antibiotiques	43
d) Appréciation des patients du risque de réutilisation des antibiotiques sans avis médical	44
e) connaissance du phénomène de résistance	45
4.3. Analyse de l'automédication des patients aux antibiotiques	45
a) l'automédication des patients.....	45
b) origine des antibiotiques réutilisés	49
c) relecture de la notice.....	50
d) symptômes et/ou pathologies motivant l'automédication.....	50
e) réutilisation conforme à une prescription antérieure	51
f) raisons de la non consultation du médecin généraliste	51
g) information au médecin généraliste	52
h) raisons d'informer leur médecin généraliste.....	52
i) automédication et enfants.....	53
4.4 Profil de patients s'automédiquant	53
V. DISCUSSION	55
5.1. Intérêts et critiques de l' étude	55
a) intérêts	55
b) critiques	55
5.2. Comparaison de nos résultats	57
a) population interrogée.....	57
b) variables étudiées	58
c) profil de patients s'automédiquant	62
VI. CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	69
Annexe : questionnaire remis aux patients	71

I . INTRODUCTION :

La médecine est en évolution constante de part ses découvertes, les antibiotiques en sont un parfait exemple.

Leur découverte au milieu du XXème siècle et leur commercialisation ont eu un impact immédiat sur la santé des patients, contribuant à donner à ce médicament une image de "remède miracle".[1]

A contrario, on constate une situation alarmante du fait de la progression constante des résistances bactériennes aux antibiotiques n'échappant à aucune région du monde [2], certains prédisant même une "ère post antibiotiques" [3] si la situation n'évolue pas .

Celle-ci n'est pas nouvelle mais devient inquiétante, en effet depuis de nombreuses années la France a mis en place des mesures afin de réduire le mésusage des antibiotiques responsable de l'augmentation des résistances [4]. La France reste tout de même au quatrième rang européen des consommateurs d'antibiotiques [5], et en 2013 : 44% des français de plus de 15 ans avaient pris un antibiotique dans l'année précédente [6]. Ces mesures ont eu deux interlocuteurs principaux : les médecins, visant à améliorer les indications de prescriptions d'antibiotiques ; et les patients afin d'améliorer leur connaissance des antibiotiques.

Mais à l'heure de la recherche d'autonomie grandissante [7] des patients concernant leur santé et d'une possible familiarité vis-à-vis des antibiotiques, qu'en est-il de l'automédication aux antibiotiques des patients ?

C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de quantifier les proportions de patients s'automédiquant aux antibiotiques et secondairement d'établir des profils de patients susceptibles de s'automédiquer en médecine générale.

Pour ce travail, nous définirons l'automédication aux antibiotiques comme la prise d'antibiotiques sans avis médical préalable.

Dans un premier temps, nous allons rappeler les enjeux de la résistance aux antibiotiques à travers un bref historique, un état des lieux des résistances et des mesures déjà mises en place.

II. CONTEXTE :

2.1. PRESENTATION DES ANTIBIOTIQUES :

Définition : [8]

Un antibiotique est une substance thérapeutique qui a pour but de lutter contre des bactéries responsables d'infection.

Les antibiotiques sont des substances naturelles produites par des bactéries du sol ou certains champignons ; extraits de substances d'organismes vivants, leur origine est dite naturelle mais ils peuvent aussi être synthétisés de façon totale ou partielle (origine semi-synthétique).

Mode d'action :

Leur action peut être bactériostatique c'est à dire lutter contre la multiplication des bactéries et permettre aux défenses de l'homme de prendre le relais, ou bactéricide : dans ce cas elle détruit la bactérie.

Chaque antibiotique a des actions spécifiques sur des bactéries ; plus il agit sur un nombre important de bactéries plus on dit que son spectre d'activité est large. Un antibiotique à large spectre est donc un antibiotique agissant sur plusieurs familles de bactéries.

Classification par familles d'antibiotiques :

- BETA-LACTAMINES :
 - pénicillines (G , M ; A) ex : amoxicilline
 - céphalosporines (1ère , 2ème , 3ème génération)
 - inhibiteurs de bêta lactamases ex : acide clavulanique
 - monobactames
- AMINOSIDES
- PHENICOLES
- CYCLINES
- MACROLIDES ET APPARENTES
- QUINOLONES
 - quinolones de 1ère génération
 - fluoroquinolones
- POLYPEPTIDES
- NITROFURANES
- RIFAMYCINES
- GLYCOPEPTIDES
- SULFAMIDES ET ASSOCIATIONS
- NITRO-IMIDAZOLES
- ANTI-TUBERCULEUX
- DIVERS
 - acide fudidique
 - fosfomycine
 - oxazolidinomes

L'histoire des antibiotiques est vieille de seulement soixante-dix ans au regard du premier succès mondial de la pénicilline.

Les différents travaux commencent tout d'abord par le thèse du Dr Duchesne (médecin militaire) en 1887 qui met en évidence une concurrence biologique entre des moisissures et des bactéries. Puis, en 1928 le Dr Fleming (bactériologiste) redécouvre par hasard la pénicilline au retour de ses vacances en observant sur des boîtes de pétri à l'abandon une moisissure qui détruit des staphylocoques (bactéries responsables de multiples infections des plus banales aux plus graves) ; il identifie cette moisissure comme étant un penicillium.

En 1939, le Dr Chain (chimiste) et le Dr Florey (clinicien) s'associent pour former le groupe d'Oxford afin de reprendre les travaux du Dr Fleming. Ils arrivent à fabriquer la pénicilline à échelle industrielle à partir de septembre 1943. Cette avancée est alors considérée comme un miracle dans un monde en guerre comme l'illustre cette campagne publicitaire qui vante les mérites de la pénicilline donnée aux soldats britanniques et américains notamment (" GRACE A LA PENICILLINEIL RENTRERA CHEZ LUI ")

figure 1 : publicité présentée dans le magazine LIFE du 14/08/1944 (issue du livre: Le paradoxe de antibiotiques de Stuart B. Levy).

**Thanks to PENICILLIN
...He Will Come Home!**

**FROM ORDINARY MOLD —
the Greatest Healing Agent of this War!**

On the usually green-and-yellow mold which called *Penicillium notatum* in the laboratory, grows the antibiotic substance first discovered by Professor Alexander Fleming in 1929, *penicillin*. It is the most potent weapon ever developed against many of the deadliest infectious human diseases.

Because research on molds was already a part of Schenley's enterprise, Schenley Laboratories were well able to meet the problem of large-scale production of penicillin, when the great need for it arose.

When the thunderous battles of this war have subsided to pages of silent print in a history book, the greatest news event of World War II may well be the discovery and development — not of some vicious secret weapon that *destroys* — but of a weapon that *saves* lives. That weapon, of course, is penicillin.

Every day, penicillin is performing some unbelievable act of healing on some far battlefield. Thousands of men will return home who otherwise would not have had a chance. Better still, more and more of this precious drug is now available for civilian use — to save the lives of patients of every age.

A year ago, production of penicillin was difficult, costly. Today, due to specially-developed methods of mass-production, its use by Schenley Laboratories, Inc. and the 20 other firms designated by the government to make penicillin, is available in ever-increasing quantity, at progressively lower cost.

Listen to "THE DOCTOR FIGHTS" starring RAYMOND MASSEY, Tuesday evening.
© R.S. Best your grocer for time and amount.

SCHENLEY LABORATORIES, INC.
Producers of PENICILLIN-Schenley

Alexander Fleming, Ernst Chain et Howard Florey auront le prix Nobel en 1945 témoignant de l'importance de cette découverte.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la découverte des antibiotiques va révolutionner la médecine et véhiculer une image "de remède miracle". Mais ce "miracle " est en passe de disparaître devant un usage abusif et désordonné, qui a pour effet d'augmenter la résistance des bactéries aux antibiotiques et donc de restreindre leur efficacité.

2.2. ENJEUX DES RESISTANCES : UN " MIRACLE " EN DANGER :

La " saga " antibiotique a connu un énorme succès, vécue comme une révolution du fait de son impact immédiat sur la mortalité mais aussi sur le quotidien d'infections avant cela délétères. Malheureusement, on peut dire que les antibiotiques ont été victimes de leur succès car les résistances sont apparues en même temps que leur utilisation de plus en plus importante.

La résistance aux antibiotiques est ainsi évoquée par le Dr Fleming dès 1945 lors de la remise de son prix Nobel : “ Le jour viendra où n'importe qui pourra acheter de la pénicilline en magasin. Alors il existera un danger pour qu'un homme mal renseigné s'administre un traitement sous dosé et rende ses microbes résistants " [10].

Ce problème mineur au départ est désormais devenu un enjeu majeur de santé publique mondiale. [2]

Définition : [11]

La résistance d'une bactérie aux antibiotiques est soit naturelle soit acquise. Très rapidement (dès 1943) [12], on s'aperçoit que les bactéries résistent à des antibiotiques, d'où l'utilisation de l'antibiogramme qui va permettre aux médecins d'adapter leurs prescriptions.

- La résistance naturelle d'une bactérie à un antibiotique se définit par la présence d'une résistance existante chez tous les membres d'une même espèce ou d'un même genre. Cette résistance naturelle est liée à un patrimoine génétique ainsi celle-ci doit être prise en compte lors du choix d'une antibiothérapie en première intention.
- La résistance acquise atteint des souches au sein d'une espèce normalement sensible. Une souche devient résistante lorsqu'elle peut se multiplier en présence d'une concentration d'antibiotique plus élevée que la concentration qui inhibe les souches normalement sensibles de la bactérie. Cela résulte d'une modification du patrimoine génétique de la bactérie par mutation ou par acquisition d'ADN étranger.

- la résistance par mutation :

C'est un processus que l'on qualifie de spontané, rare, stable et spécifique ; l'antibiotique agit en fait comme un sélecteur de mutants résistants qui préexistent déjà dans la population sensible.

- la résistance par acquisition d'ADN étranger : les plasmides

Cette acquisition se fait le plus souvent par l'intermédiaire d'un plasmide. Ce sont des molécules d'ADN extrachromosomiques qui se multiplient indépendamment de la bactérie. Les informations apportées par les plasmides permettent à la bactérie d'acquérir des fonctions nouvelles et la capacité par exemple de fabriquer des produits qui n'étaient pas codés par son propre ADN. Les caractéristiques de la résistance engendrée sont alors liées aux caractéristiques des plasmides. Ils peuvent être transmis à une autre bactérie (transmission horizontale) responsable de diffusion épidémique et/ou à la descendance (transmission verticale).

La résistance de l'antibiotique apparaît quand le pourcentage des souches résistantes augmente en fonction du temps d'utilisation de cet antibiotique : c'est le phénomène de pression de sélection.

- La résistance se traduit par plusieurs mécanismes dits biochimiques :
 - par absence ou par mauvaise pénétration de l'antibiotique au sein de la bactérie.
 - par absence de cible moléculaire de l'antibiotique, ainsi la bactérie a une propriété qui empêche l'antibiotique de la reconnaître.
 - par production d'enzymes d'inactivation : la bactérie fabrique des enzymes capables d'inactiver les antibiotiques.
 - par excrétion de l'antibiotique par un mécanisme d'efflux : la bactérie fabrique des pompes situées dans sa membrane qui vont permettre une sortie excessive de l'antibiotique, ce qui a pour conséquence des concentrations insuffisantes de l'antibiotique au niveau de la cible.
- la diffusion de la résistance peut se faire de plusieurs manières :
 - à la descendance : transmission dite VERTICALE.
 - entre bactéries de même espèces ou non : transmission dite HORIZONTALE, "ainsi le transfert des gènes de résistances peut se faire entre des espèces de bactéries plus éloignées génétiquement et évolutivement les unes des autres que le cheval de la vache" [13], ce qui explique l'étendue de la résistance telle qu'on la connaît de nos jours.

- INTER-HUMAINE : notamment à l'hôpital si les mesures d'hygiène sont non respectées par exemple avec les bactéries multi-résistantes dites BMR.
- INTER-ESPECES : transmission à l'homme de souches résistantes sélectionnées chez les animaux.

Cette diffusion de la résistance explique à elle seule les enjeux et l'impact de la résistance aux antibiotiques. En effet, on peut considérer plusieurs niveaux d'impact :

- impact individuel : sur la propre flore bactérienne du consommateur d'antibiotiques, ainsi un mauvais usage va entraîner une sélection de bactéries résistantes au sein même de son propre corps et engendrer une éventuelle transmission de cette résistance à d'autres bactéries, ce qui pourra avoir un impact dramatique en cas d'infection sévère avec des antibiotiques inefficaces. On estime que vingt-cinq mille patients décèdent chaque année d'une infection à germe multi-résistants en Europe.[14]

- impact sociétal : des chercheurs ont comparé le nombre d'Escherichia Coli (bactérie intestinale) résistantes dans les selles de nourrissons et de jeunes enfants de trois villes situées sur des continents différents : Caracas (Venezuela), Qin Pu (Chine), Boston (Etats Unis) ; parmi eux seuls 10 % n'avaient jamais eu d'antibiotiques ; sur ces 10 % les chercheurs ont évalué la quantité d' Escherichia Coli résistantes.

Les résultats montrent que les enfants de Boston ne présentent quasiment pas d'E.Coli résistantes, par contre les enfants de Caracas et de Qin Pu présentent une flore d'E.Coli résistantes et même multi résistantes alors qu'ils n'avaient jamais pris d'antibiotiques. L'hypothèse la plus communément admise est que les antibiotiques sont obtenues de façon plus facile (c'est à dire sans ordonnance) en Chine et au Venezuela et que cette facilité entraîne un mauvais usage à l'origine d' une sélection dans l'environnement de germes multi résistants. Ces résultats montrent ainsi que l'effort individuel peut être vain s'il n'est pas fait collectivement. [15]

- impact économique : à l'heure de la prise en compte des coûts de la santé, on ne peut éluder cette donnée ; en effet le rapport de l'OMS publié en 2009 estime les coûts de la résistance aux antibiotiques d' un milliard et demi d'euros chaque année en Europe.[14]

Situation en France et en Europe :

Depuis plusieurs années, nous avons accès à des données collectées sur la résistance, disponibles pour la France mais aussi pour l'Europe, nous permettant de prendre conscience de cet enjeu collectif. Ces données sont collectées entre autres par l'EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance network) depuis 1998 sur sept bactéries cibles : [4]

- *Streptococcus pneumoniae* (responsable essentiellement d'infections communautaires),
- *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (une des causes les plus fréquentes d'infections nosocomiales résistantes aux antibiotiques dans le monde entier),
- *Escherichia coli* (une des causes les plus fréquentes de bactériémies et d'infections des voies urinaires communautaires et nosocomiales à travers le monde),
- *Klebsiella pneumoniae* (bactérie courante dans les infections des voies urinaires, des voies respiratoires et dans les septicémies pouvant se propager rapidement entre les patients dans les établissements de santé et causer des épidémies hospitalières),
- *Pseudomonas aeruginosa*,
- *Acinetobacter spp.*,
- *Enterococcus faecalis* et *Enterococcus faecium*.

Afin de mieux appréhender la problématique de la résistance en France et en Europe nous allons prendre quelques exemples de bactéries. [16] [17]

➤ *Klebsiella pneumoniae* et *E. Coli* :

Les données du réseau EARS-Net France rapportent la poursuite de l'augmentation de la résistance des entérobactéries aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G), en particulier chez *K. pneumoniae*. Cette résistance est principalement en lien avec la production de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE). En 2013, en France, 9,5% des souches d'*E. coli* et 28,0% des souches de *K. pneumoniae* étaient résistantes aux C3G.

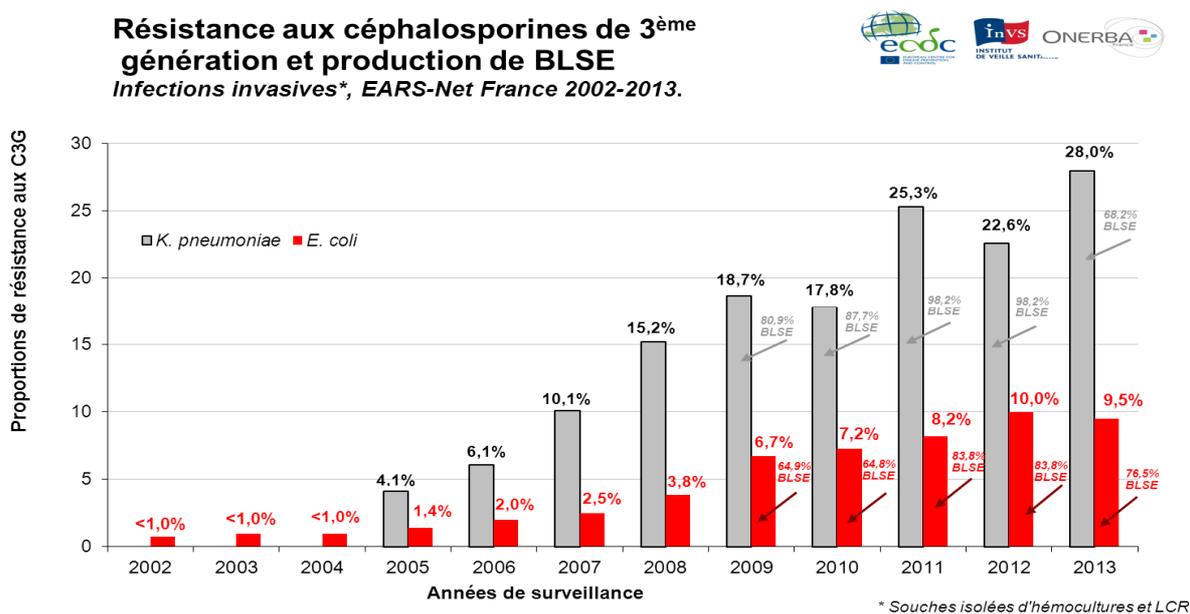
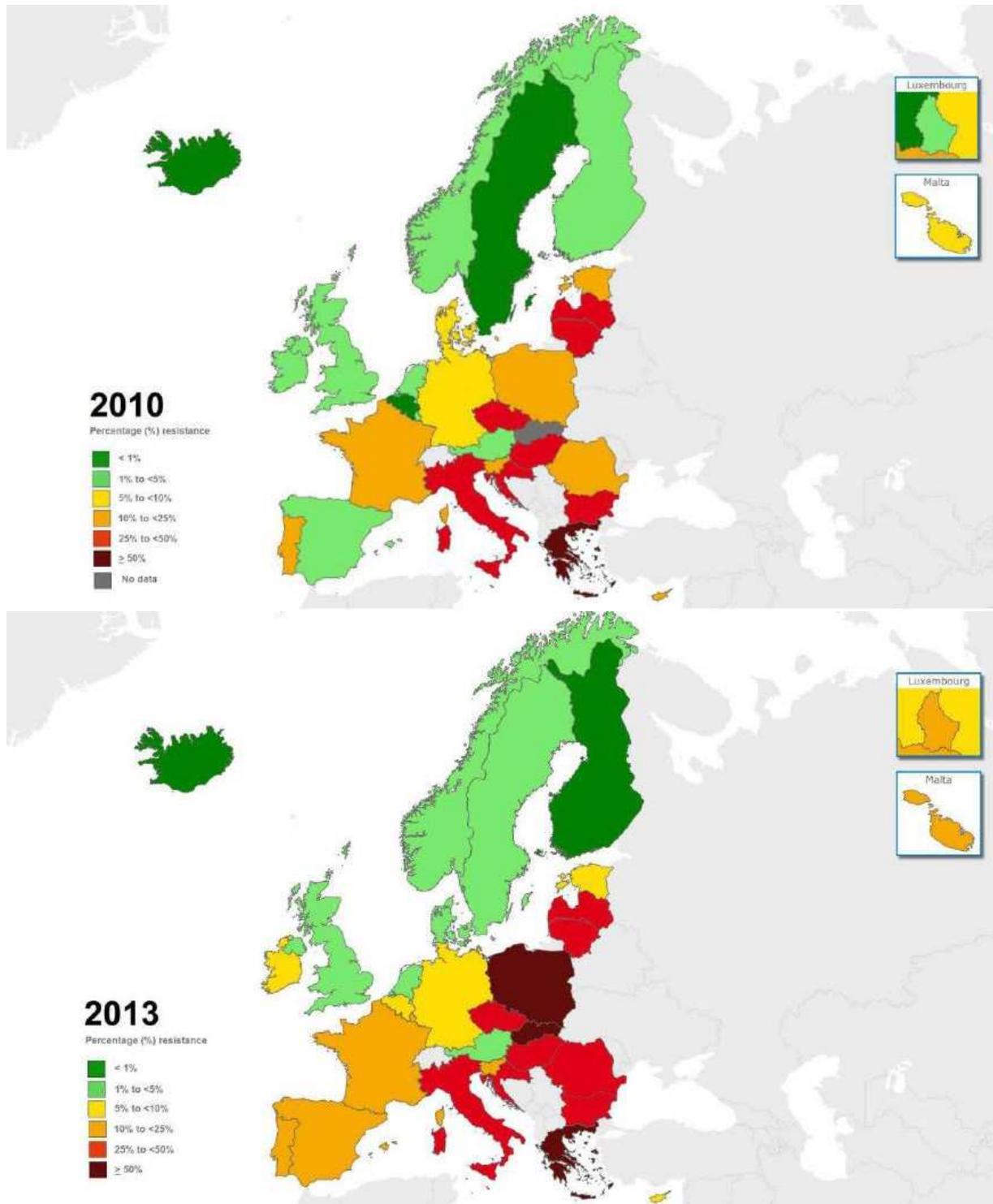


figure 2 : graphique montrant l'évolution des résistances des *K. pneumoniae* et des *E. Coli* aux C3G ainsi que la proportion de BLSE liée à cette résistance[16]

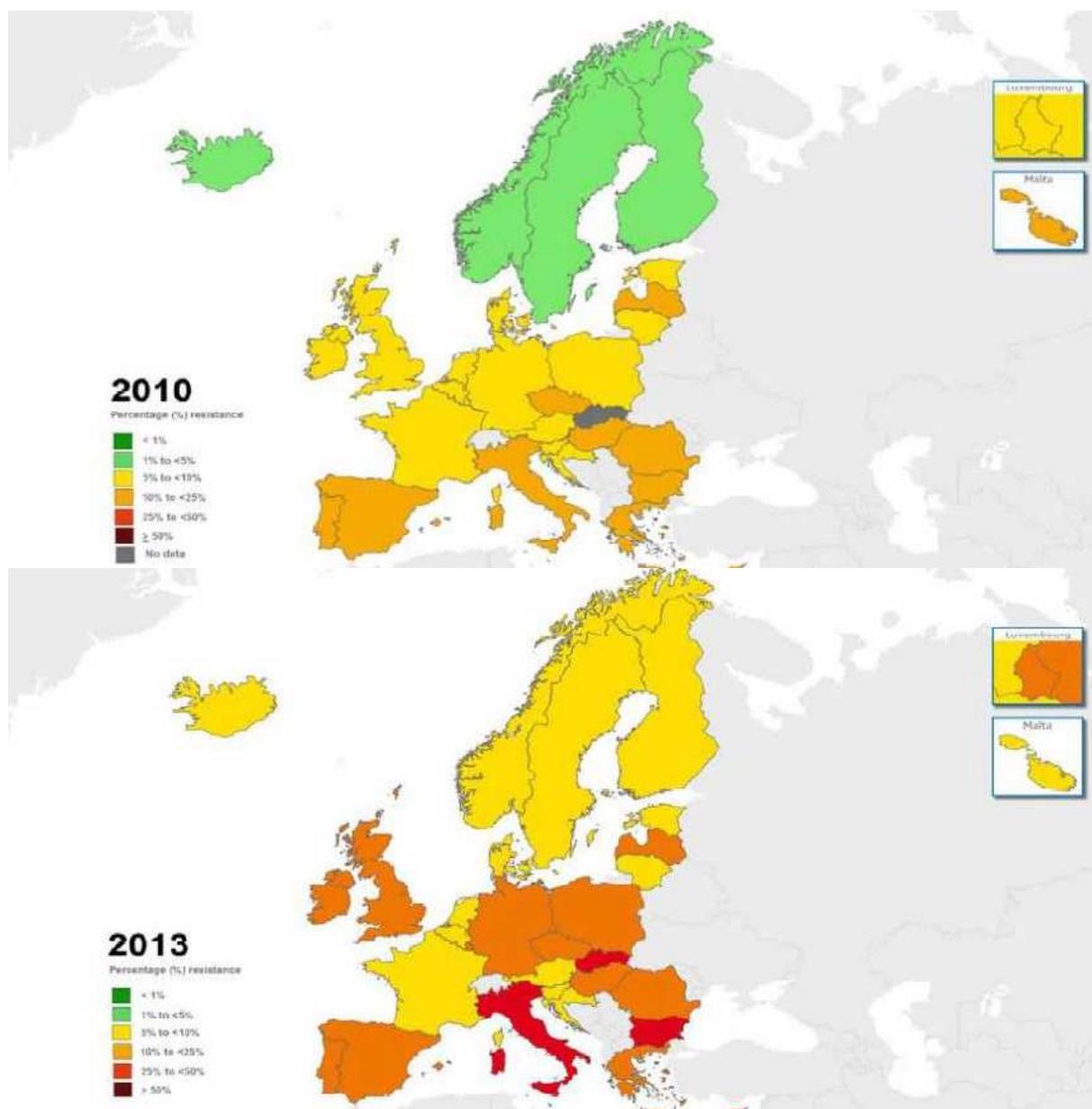
En Europe, la résistance aux antibiotiques des *K. pneumoniae* est de plus en plus préoccupante. Plus d'un tiers des isolats de *K. pneumoniae* déclarés à EARS-Net en 2013 étaient résistants à au moins une famille d'antibiotique, et la résistance à plusieurs familles d'antibiotiques est fréquente. Ainsi la résistance combinée aux trois groupes d'antibiotiques (fluoroquinolones, C3G et aminosides) est passée de 15% en 2010 à 21% en 2013 (Figure 3), de ce fait seules quelques options thérapeutiques restent disponibles (comme les carbapénèmes, antibiotiques de dernier recours) pour combattre ces bactéries multi résistantes.

Figure 3. *Klebsiella pneumoniae* : pourcentage de souches isolées lors d'infections invasives ayant une résistance combinée aux céphalosporines de 3ème génération, aux fluoroquinolones et aux aminosides dans les pays de l'UE/EEE en 2010 (en haut), et en 2013 (en bas) [17]



En ce qui concerne E.Coli, la résistance aux antibiotiques est particulièrement surveillée car les pourcentages de souches isolées résistantes aux antibiotiques les plus courants continuent d'augmenter dans toute l'Europe. Plus de la moitié des souches étaient résistantes à au moins un antibiotique sous surveillance en 2013. Le pourcentage moyen de résistance aux céphalosporines de troisième génération a considérablement augmenté en Europe, passant de 9,5% en 2010 à 12,6% en 2013. De plus, l'augmentation de la résistance combinée aux C3G, aux fluoroquinolones et aux aminosides dans toute l'Europe est particulièrement préoccupante.

Figure 4. Escherichia coli : pourcentage de souches isolées lors d'infections invasives présentant une résistance aux céphalosporines de troisième génération dans les pays de l'UE/EEE en 2010 (en haut), et en 2013 (en bas) [17]



- Staphylocoque doré (*Staphylococcus aureus*) et pneumocoque (*S. pneumoniae*)

Les données sont plus favorables : la résistance à la méticilline chez *S. aureus* et la sensibilité diminuée à la pénicilline chez *S. pneumoniae* sont depuis plusieurs années en baisse continue. Néanmoins, la diminution de la résistance à la méticilline apparaît moins importante en France que dans les autres pays.

En conclusion la résistance aux antibiotiques est une menace grave pour la santé publique tant au niveau national que mondial. Ces résistances apparaissant suite à un usage abusif d'antibiotiques du fait de prescriptions inadaptées ou d'automédication ; il était donc évident de mettre en place des mesures afin de contrer ce phénomène.

2.3. MESURES VISANT A LA BONNE UTILISATION ET IMPACT SUR LA CONSOMMATION :

Mesures :

Au début des années 2000, l'Union Européenne engage les états à réagir face à la résistance aux antibiotiques en mettant en place des campagnes de sensibilisation et un réseau de surveillance de la consommation. On s'aperçoit alors que la France au début des années 2000 est le premier consommateur européen d'antibiotiques [4].

Parallèlement, en France, un rapport de l'observatoire national français des prescriptions et consommations de médicaments publié en juin 1998 rapportait pour la première fois l'importance des prescriptions antibiotiques inopinées pour le traitement des infections respiratoires en médecine ambulatoire. Il soulignait les conséquences graves de l'usage excessif des antibiotiques en termes de résistance bactérienne et de coût pour la société [18]. Il a conduit, fin 1998, l'Institut de veille sanitaire (InVS) à coordonner un groupe d'experts pour élaborer des propositions d'action pour la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques (plusieurs de ces propositions ont été reprises dans les plans antibiotiques).

Cela s'est traduit en France par la mise en place des plans antibiotiques :

plan 2001-2005 [19] / *plan 2007-2010* [20]: Plans pour préserver l'efficacité des antibiotiques

plan 2011-2016 [21] : Plan national d'alerte sur les antibiotiques

Ces plans, pour atteindre leurs objectifs initiaux, ont mis en place des aides aux pratiques médicales ; sensibilisé le grand public et créé un réseau de surveillance (indispensable afin de mettre en relation consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes). [22]

Sur le plan des pratiques médicales :

- Mise à disposition d'outils d'aide à la prescription des antibiotiques pour les prescripteurs par le biais de recommandations, de conférences de consensus.
- Test de diagnostic rapide (TDR) des angines à streptocoque mis à disposition depuis 2002 pour les médecins généralistes et depuis 2007 pour les hôpitaux.
- Tous les médecins généralistes ont un profil de prescription indiquant leur consommation d'antibiotiques (Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).
- Ouverture du site plan antibiotiques .
- Message sur les fiches publicitaires concernant les antibiotiques remises aux médecins « *Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistance bactériennes. Elle doit être justifiée* ».

Sur le plan de la sensibilisation du grand public et des professionnels de la petite enfance :

- Campagnes grands public avec des slogans "*les antibiotiques c'est pas automatique* " puis "*les antibiotiques : utilisés à tort ils deviendront moins forts*".
- "E-Bug" projet éducatif : ressource éducative gratuite destinée aux élèves des écoles et des collèges et à leurs enseignants concernant les micro organismes, la transmission, la prévention et le traitement des infections.
- Diffusion d'outils auprès des responsables de crèches, assistantes maternelles et auxiliaires puéricultrices : DVD, brochures et guide pratique sur les maladies courantes du jeune enfant.

Sur le plan de la surveillance nationale et européenne des consommations d'antibiotiques :

- Connaître l'impact des différents plans avec des indicateurs globaux sur la consommation d'antibiotiques.
- Transmission des données au réseau « European Surveillance of Antimicrobial Consumption » (ESAC) sous la direction de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).

Dans le nouveau plan 2011-2016 de nouveaux items ont été promus notamment des mesures incitatives afin d'aider la recherche de nouveaux antibiotiques ; la classification d'antibiotiques dits "critiques", et parallèlement, un plan antibiotique à visée vétérinaire a été mis en place « *Les antibiotiques ... pour nous non plus, c'est pas automatique* ». [23]

L'efficacité de ces mesures est vue à travers le prisme de la consommation des antibiotiques notamment à travers le rapport annuel de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

La Consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : [5]

La France se situe au quatrième rang européen des consommateurs d'antibiotiques en ville derrière la Grèce, la Roumanie et la Belgique.

Entre 2000 et 2013, la consommation d'antibiotiques a baissé de 10,7%, mais elle a augmenté de 5,9% depuis 2010.

- En volume, plus de 90% de la consommation d'antibiotiques se fait dans le secteur de ville.
- 70% des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires.
- Les femmes représentent 59,3% des consommateurs d'antibiotiques et les hommes 40,7%.
- les bêta-lactamines, pénicillines et céphalosporines représentent plus des deux tiers de la consommation ambulatoire.
- la part des associations de pénicillines a fortement progressé, passant de 13,9% à 24,4%. Cette progression est préoccupante, en effet l'amoxicilline associé à l'acide clavulanique fait partie des antibiotiques dits "critiques" (avec les C3G et les fluoroquinolones) c'est à dire particulièrement générateurs de résistances bactériennes. [24], [25]

Au vu de la consommation française, on peut penser que l'antibiotique est devenu un médicament habituel de la pharmacie familiale et qu'il pourrait donc être réutilisé sans avis médical, dans quelle proportion et quels types de patients le font ?

III. MATERIELS ET METHODES :

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire (mis en annexe) destiné aux patients consultant au cabinet du généraliste.

L'objectif principal de cette étude est de quantifier le comportement d'automédication aux antibiotiques en médecine générale.

Les objectifs secondaires sont de dégager les profils de patients susceptibles de s'automédiquer et parallèlement d'évaluer les connaissances et l'observance des patients aux antibiotiques en médecine générale.

Critères d'inclusion :

On a choisi d'inclure uniquement les questionnaires remplis intégralement, par les personnes de plus de 15 ans.

Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire comportait 20 questions fermées à réponses simples ou multiples interrogeant les patients sur 4 thèmes :

- leur identité,
- les modalités de consommation et les connaissances des antibiotiques,
- les modalités d'automédication aux antibiotiques,
- la connaissance des risques de l'automédication et de la mauvaise utilisation des antibiotiques.

Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée de mars à octobre 2014. Les questionnaires étaient anonymes et comportaient 3 pages recto-verso. Ils étaient précédés d'un paragraphe explicatif concernant l'objectif de l'étude.

Le questionnaire était destiné à tous les patients de plus de 15 ans consultant au cabinet de médecine générale.

250 questionnaires ont été distribués dans six salles d'attente de cabinets de médecins généralistes de la Somme. Le recueil s'est fait selon l'une des trois manières suivantes :

- recueil délégué à la secrétaire puis récupération des questionnaires remplis auprès de celle-ci (pour deux médecins généralistes).
- recueil délégué au praticien lui-même qui fournissait les questionnaires dans la salle d'attente puis les récupérait en fin de journée, dans un carton déposé dans la salle d'attente à cet effet (concernait deux médecins généralistes).
- recueil fait par moi-même lors de remplacements de médecine générale dans deux cabinets avec questionnaires fournis dans la salle d'attente, recueillis en fin de journée dans le carton destiné à cet effet.

Recueil et analyses statistiques des données :

Le recueil des données a été saisi manuellement dans un tableur Microsoft Excel® et celles-ci ont été exploitées dans ce logiciel pour l'analyse descriptive (les taux ont été arrondis à l'unité). Le test du khi deux a été réalisé sous Microsoft Excel® afin de rechercher des différences significatives dans la répartition des variables du groupe automédiqués vs groupe non automédiqués.

Puis, afin de rechercher un profil de patient associé au comportement d'automédication, les résultats ont été analysés selon la méthode dite d'analyse de régression logistique multivariée à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). L'acceptation du modèle statistique proposé est calculée grâce au test OTMC (Omnibus test of Model Coefficients) puis validé par le Hosmer - Lemeshow Test ; la significativité des associations est calculée grâce au Wald test, une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative. [26]

IV. RESULTATS :

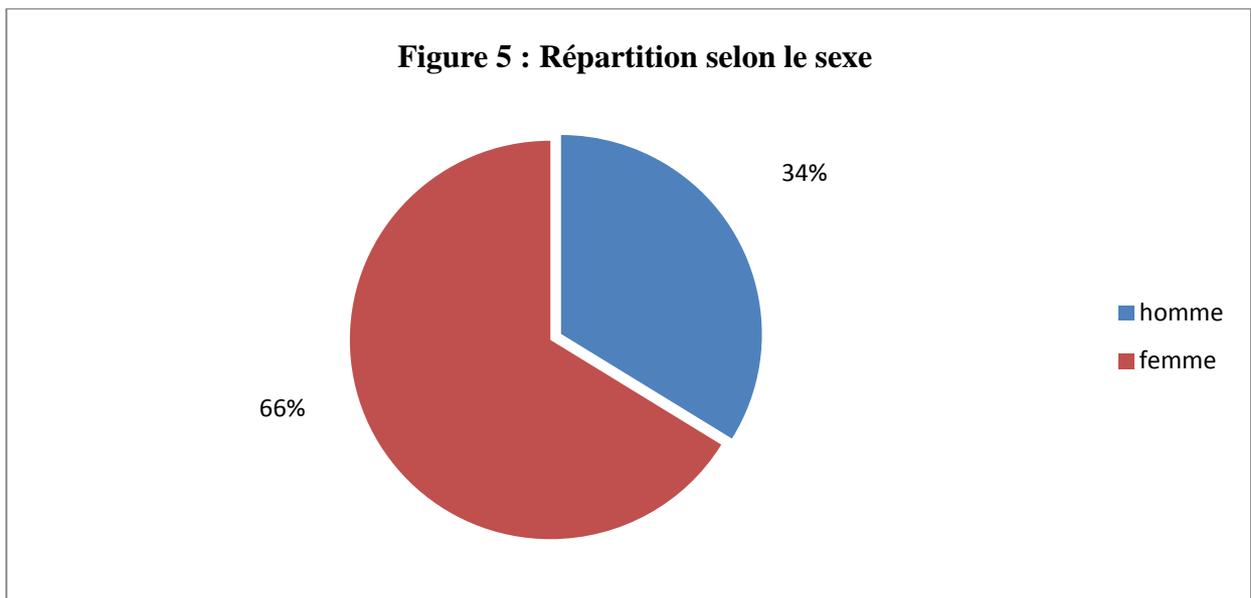
Sur 250 questionnaires distribués, 152 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de réponse de 60%.

Parmi ces 152 réponses, 20 questionnaires n'ont pas été inclus car incorrectement remplis (oubli d'un verso), soit 132 questionnaires exploitables.

4.1. Caractéristiques de la population :

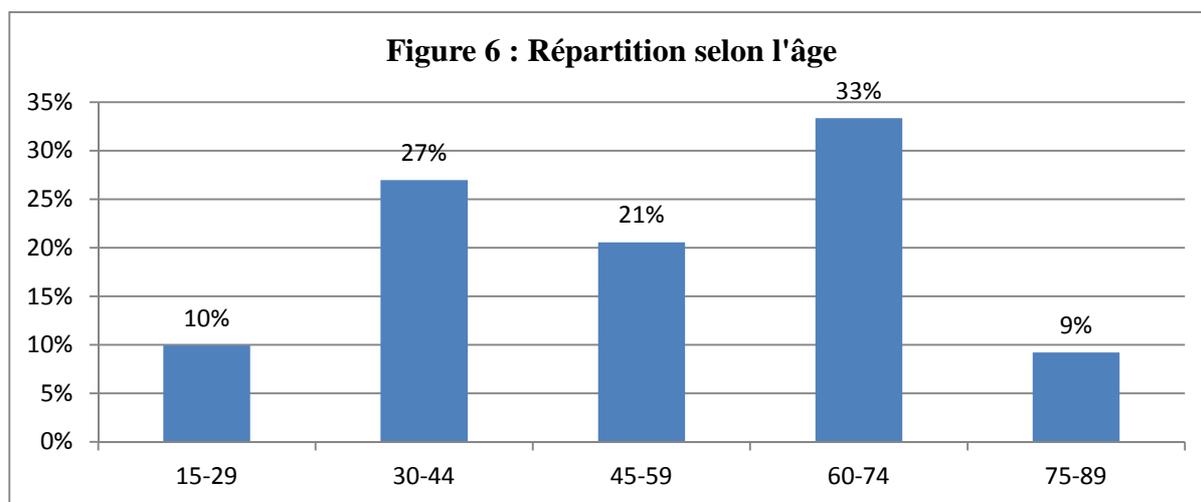
a) Sexe :

Parmi les 132 répondants, il y avait une majorité de femmes.



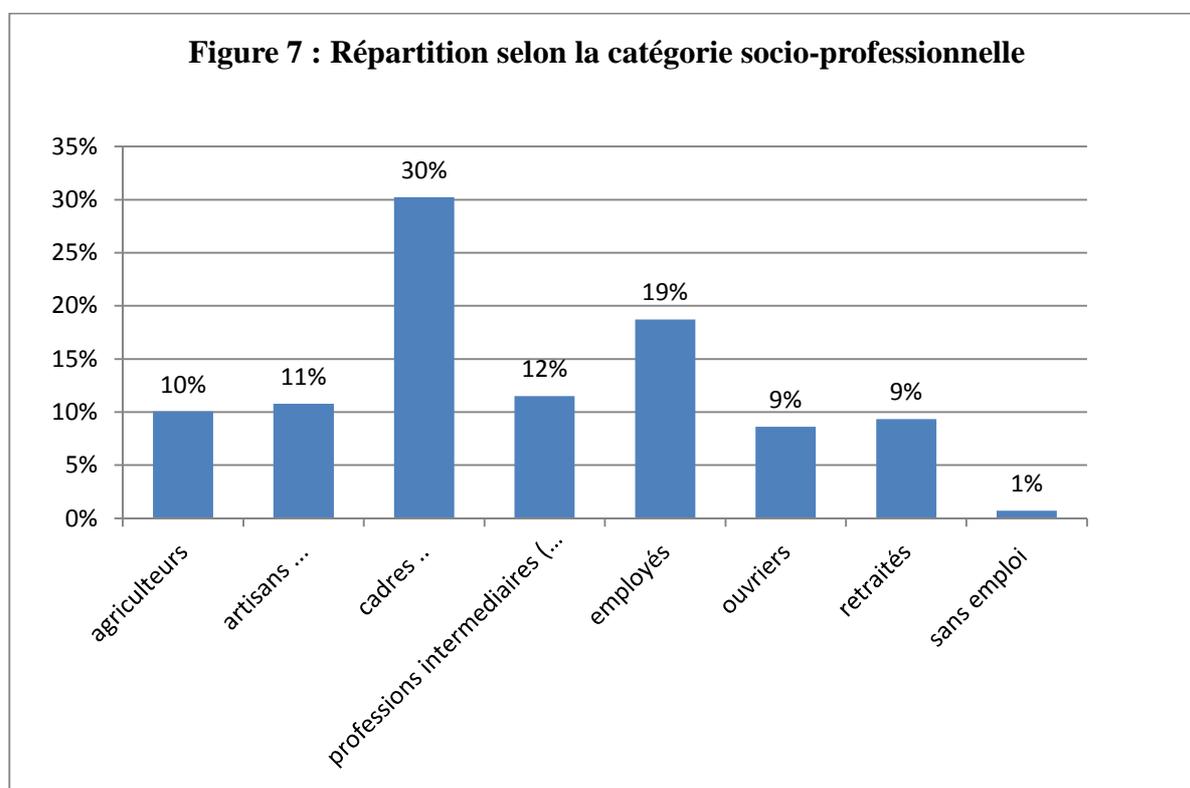
b) Age :

Les âges extrêmes de notre étude étaient les moins représentés.



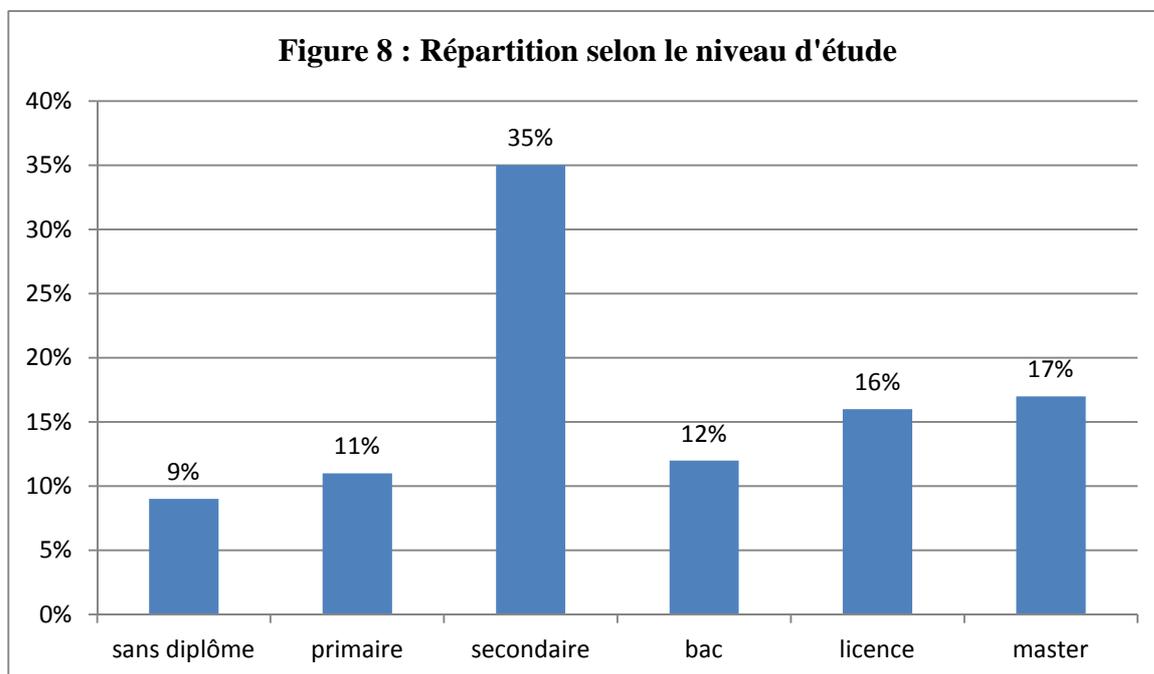
c) Niveau professionnel :

On constate une représentation plus importante de la catégorie socioprofessionnelle correspondant aux cadres et aux professions intellectuelles supérieures (professeur, ingénieurs...), par contre on remarque que la catégorie sans emploi est sous représentée et la catégorie étudiante est absente.



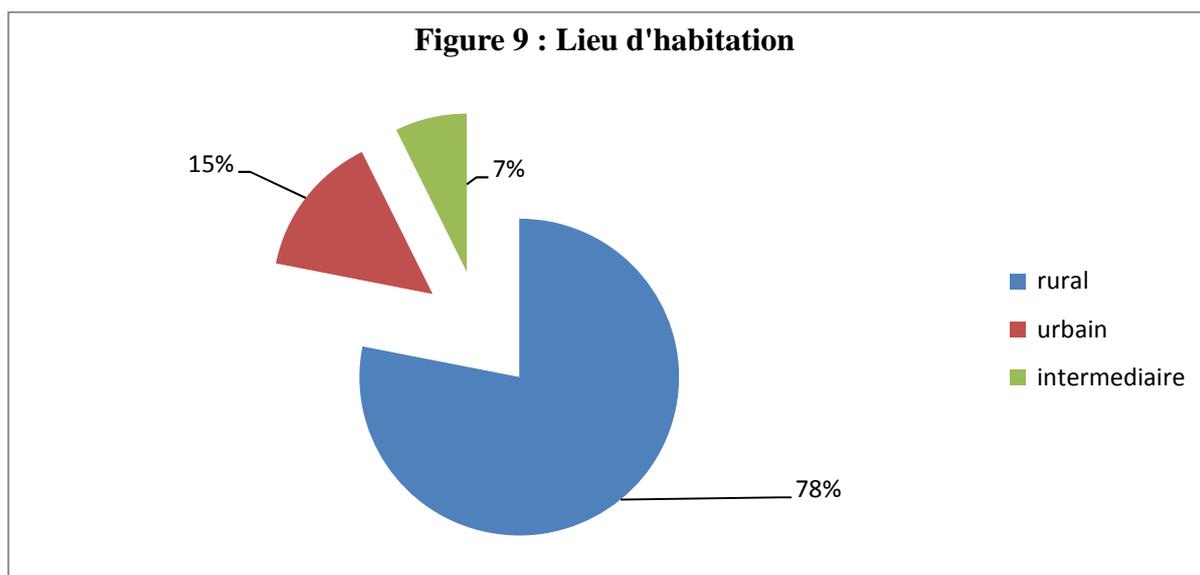
d) Niveau d'étude :

On remarque une part plus importante de patients du secondaire (brevet, CAP, BEP) à égalité en proportion avec les titulaires d'une licence et plus.



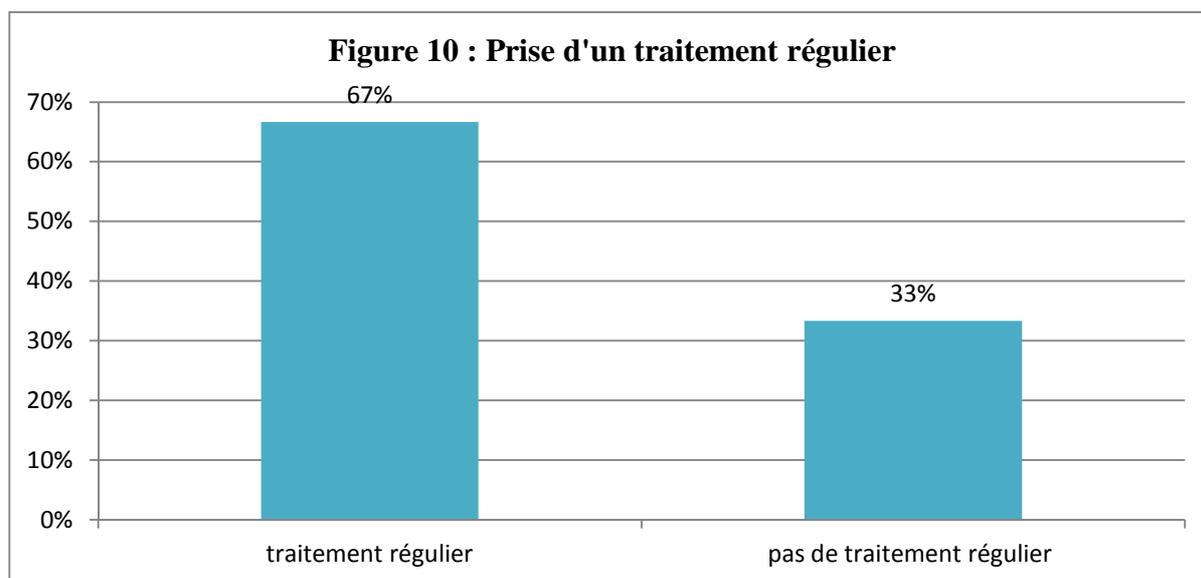
e) Lieu d'habitation :

Plus des trois quarts des interrogés (78%) habitaient en zone rurale.



f) Prise d'un traitement régulier :

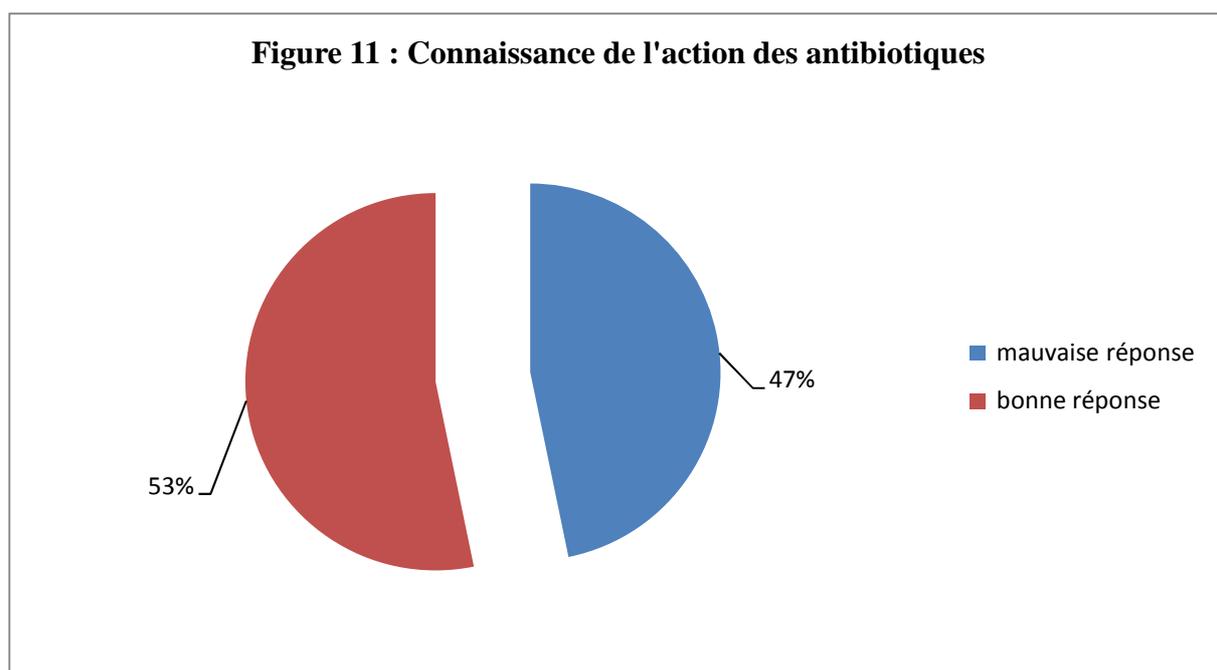
Près d'un tiers des interrogés ne prenaient pas un traitement régulier (33%).



4.2. Analyse des connaissances et de l'observance des patients aux antibiotiques :

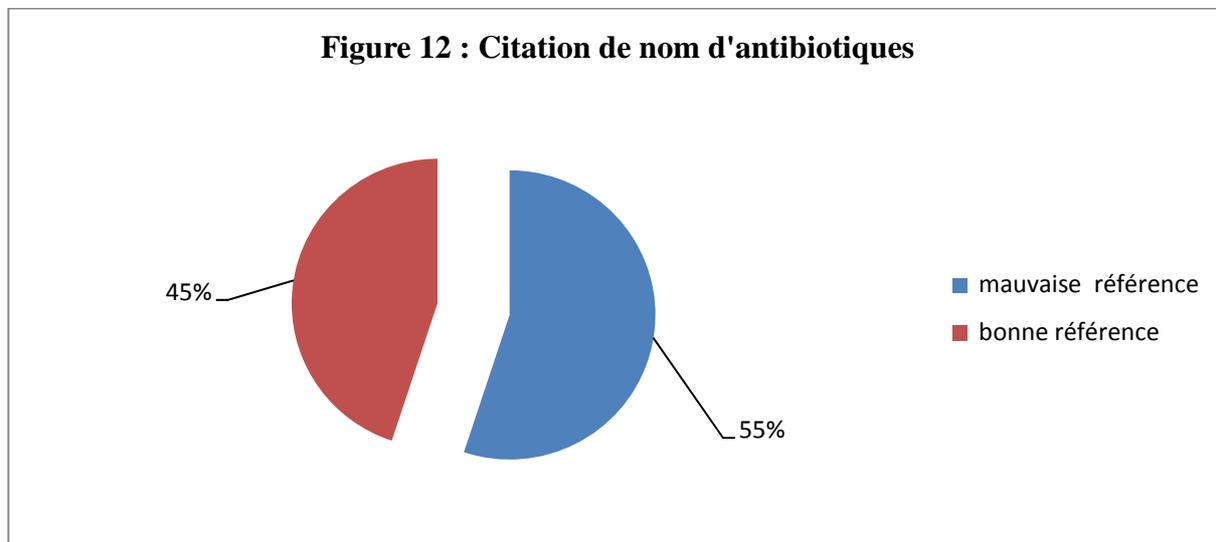
a) Connaissance de l'action des antibiotiques :

Dans notre étude, 53% des patients connaissent l'action des antibiotiques .



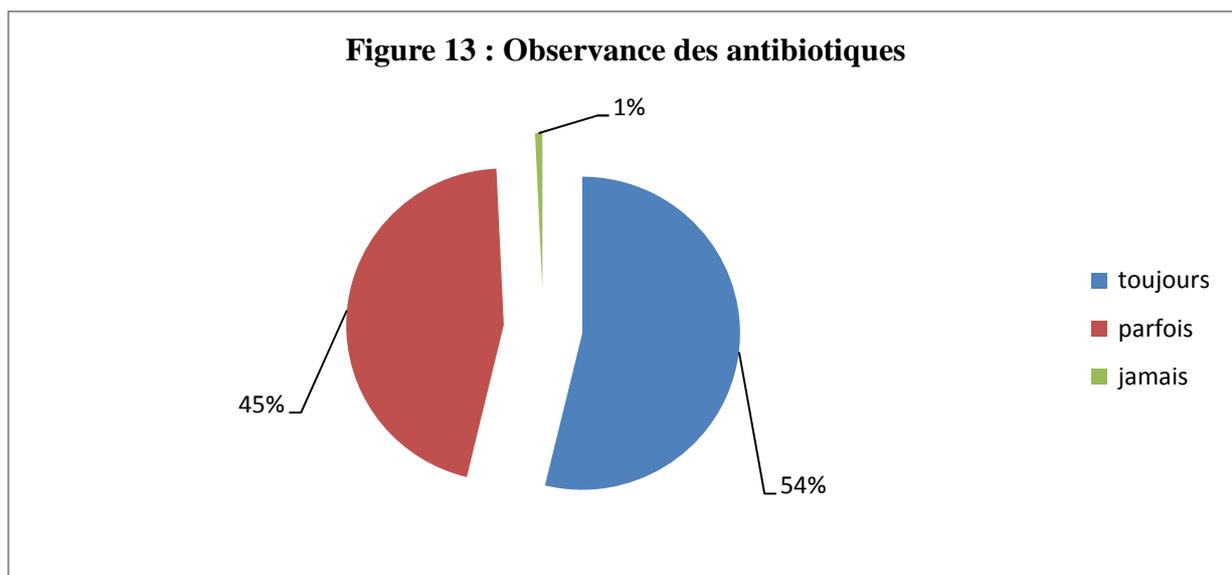
b) Citation de nom d'antibiotiques :

On a constaté que 45% des patients citaient de bonne(s) référence(s) .Il est à noter que la référence la plus citée est l'amoxicilline .

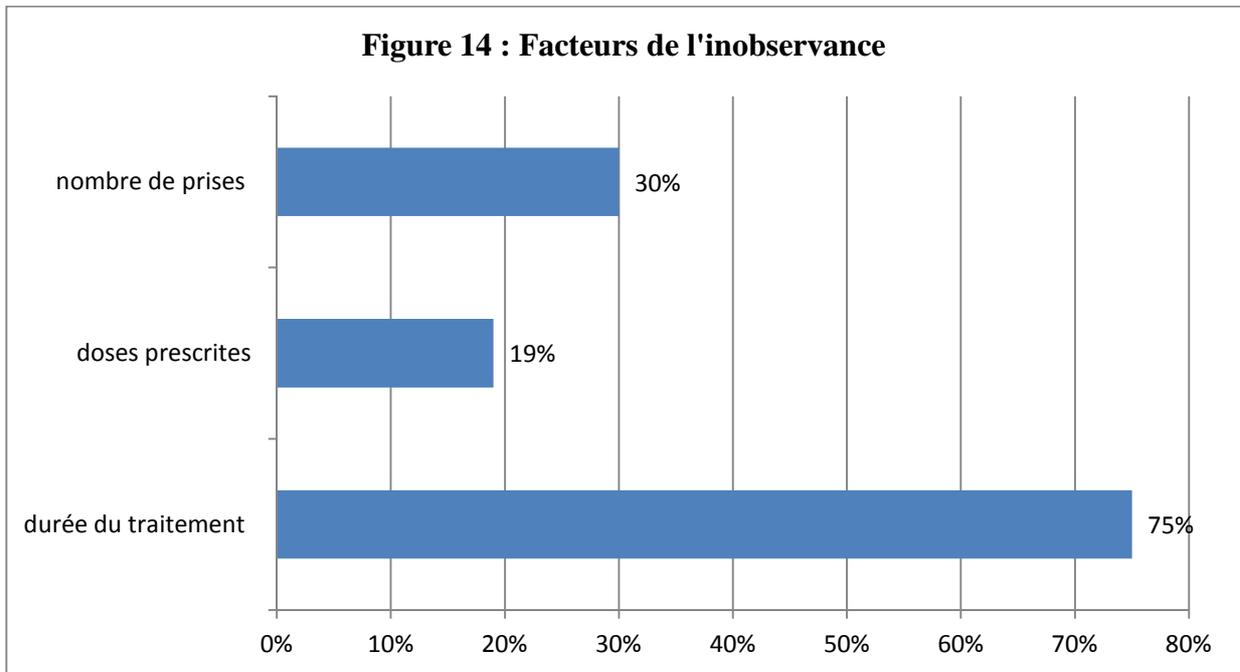


c) Observance des antibiotiques :

Près de la moitié des patients avaient répondu prendre toujours correctement les antibiotiques prescrits.

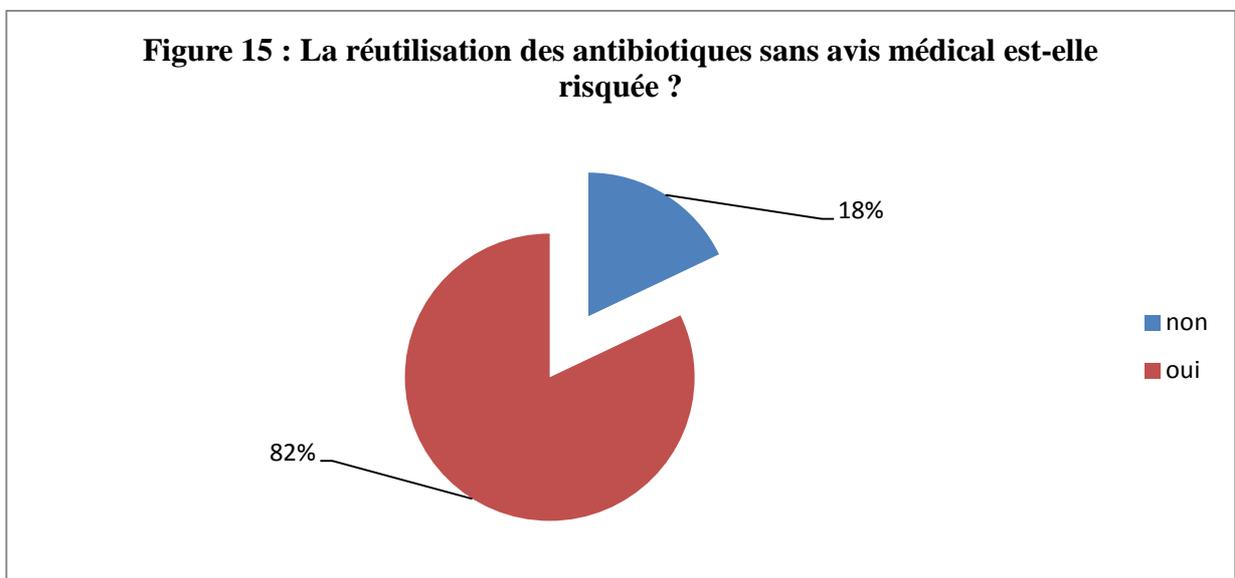


Parmi les modalités de l'inobservance, on retrouve à 75% le non respect de la durée du traitement, le non respect du nombre de prises et des doses prescrites sont respectivement à 30% et 19%.



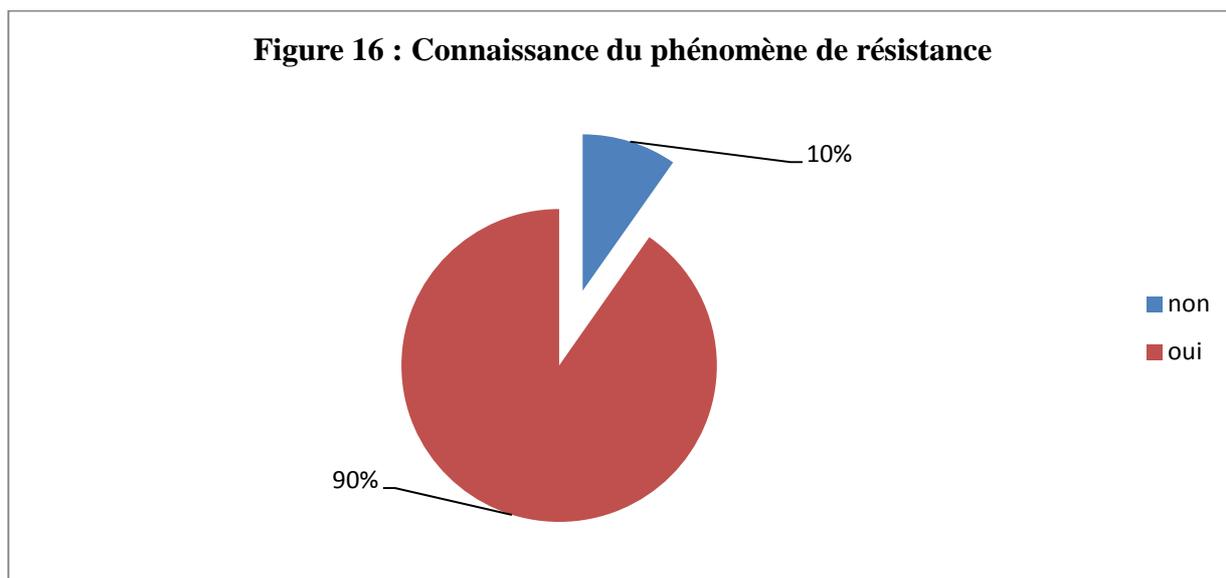
d) Appréciation des patients du risque de réutilisation des antibiotiques sans avis médical :

Près d'un patient sur cinq considéraient non risquée la réutilisation des antibiotiques sans avis médical.



e) Connaissance du phénomène de résistance :

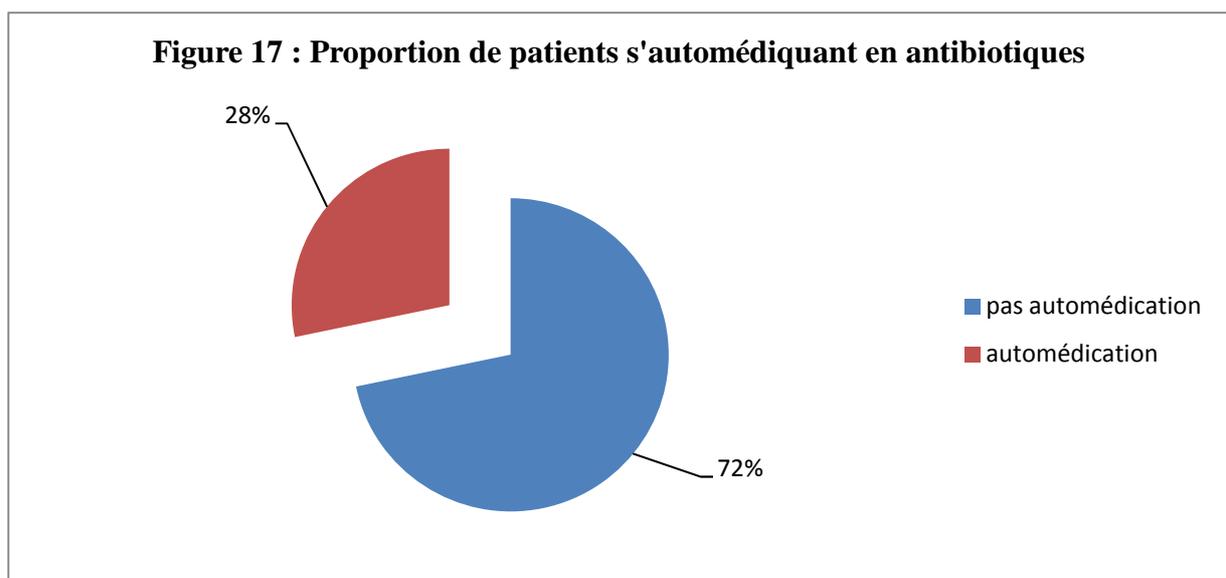
10% ne connaissaient pas le phénomène de résistance.



4.3. Analyse de l'automédication des patients aux antibiotiques :

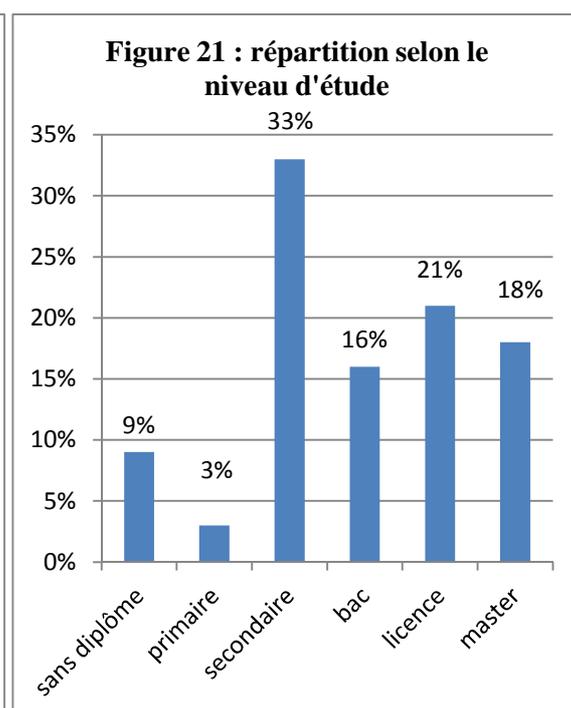
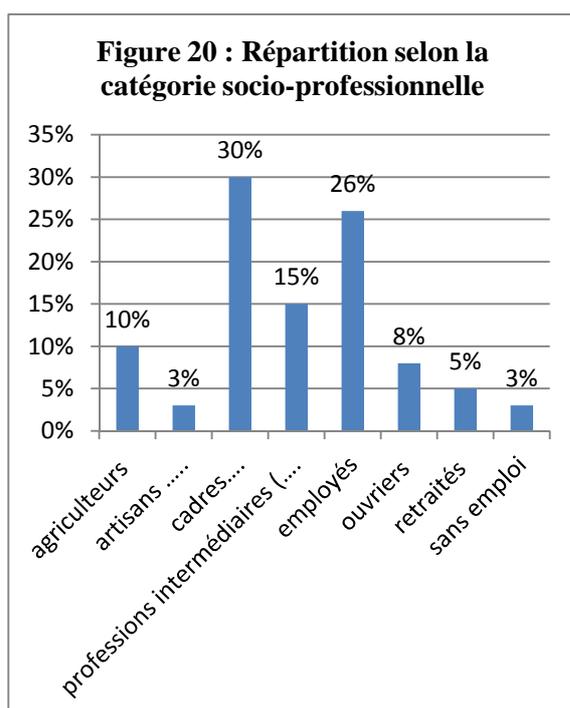
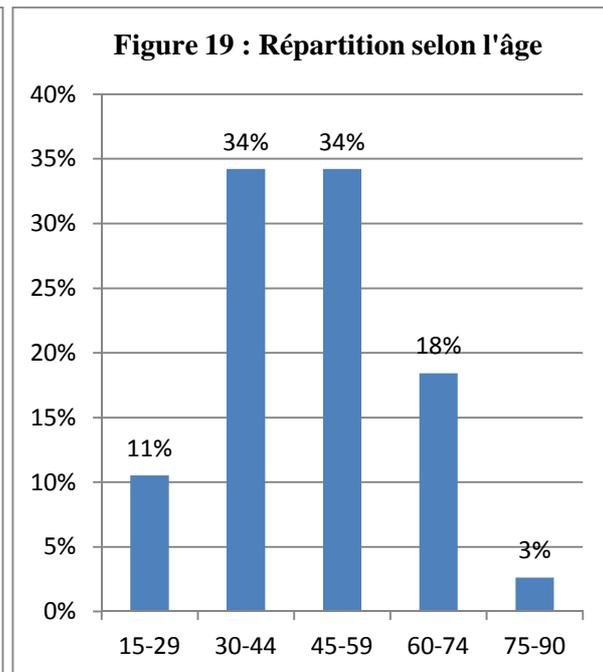
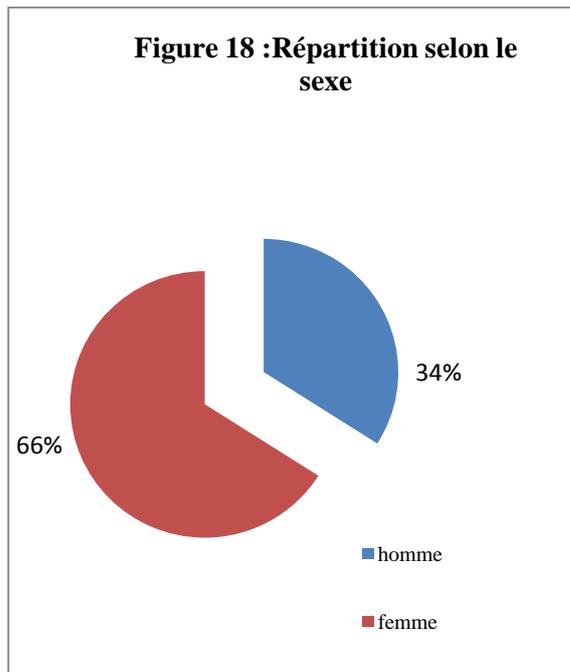
a) L'automédication des patients :

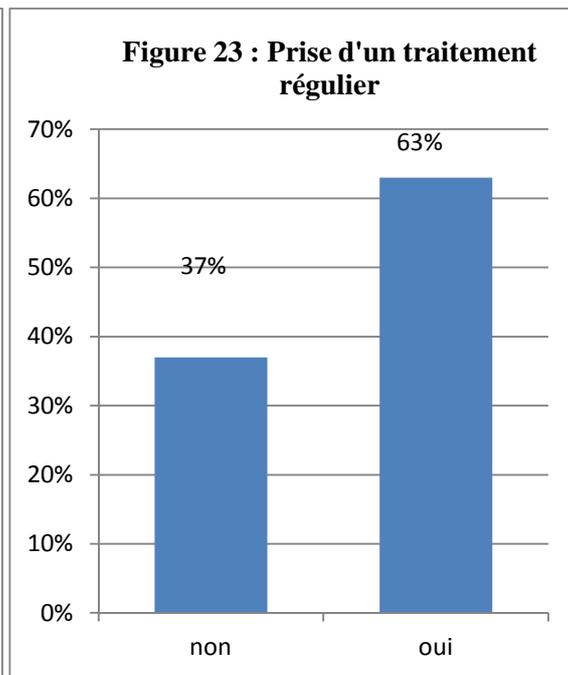
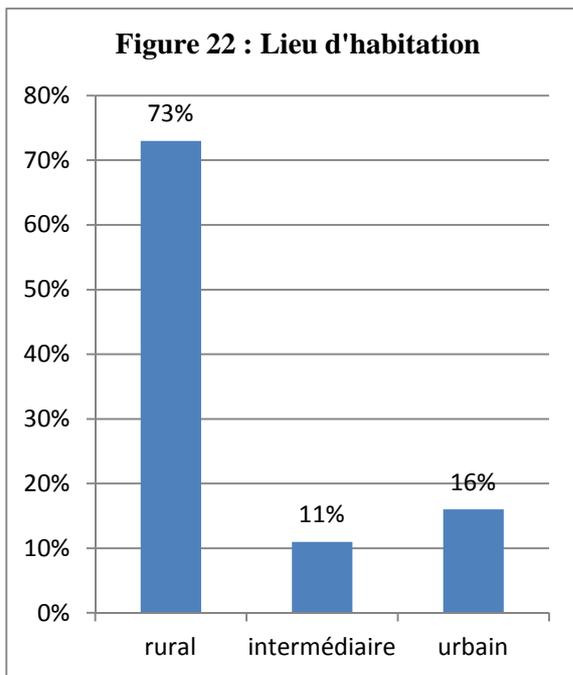
Dans notre étude 28% des patients s'automédiquaient en antibiotiques.



- répartition des patients s'automédiquant selon le sexe, l'âge, le niveau professionnel, le niveau d'étude, le lieu d'habitation et la prise d'un traitement régulier :

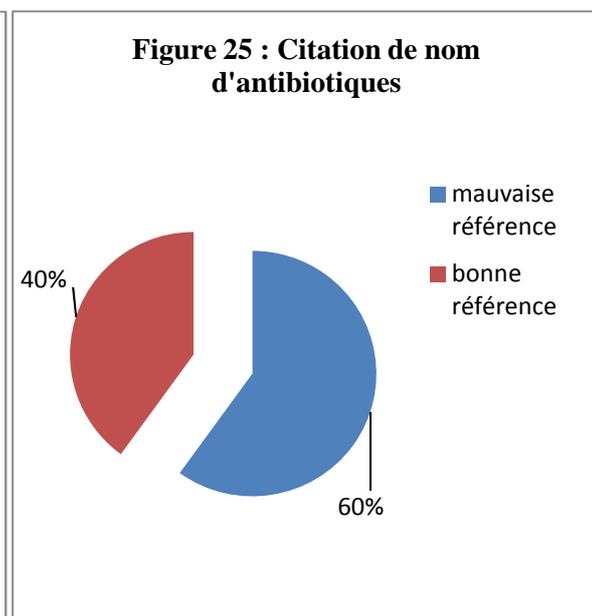
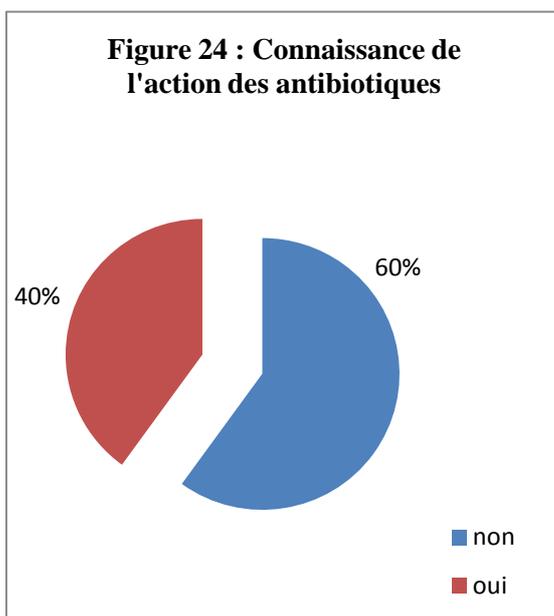
Entre le groupe des non automédiqués et le groupe automédiqués il n'a pas été observé de différences significatives dans la répartition des variables au test du khi deux .





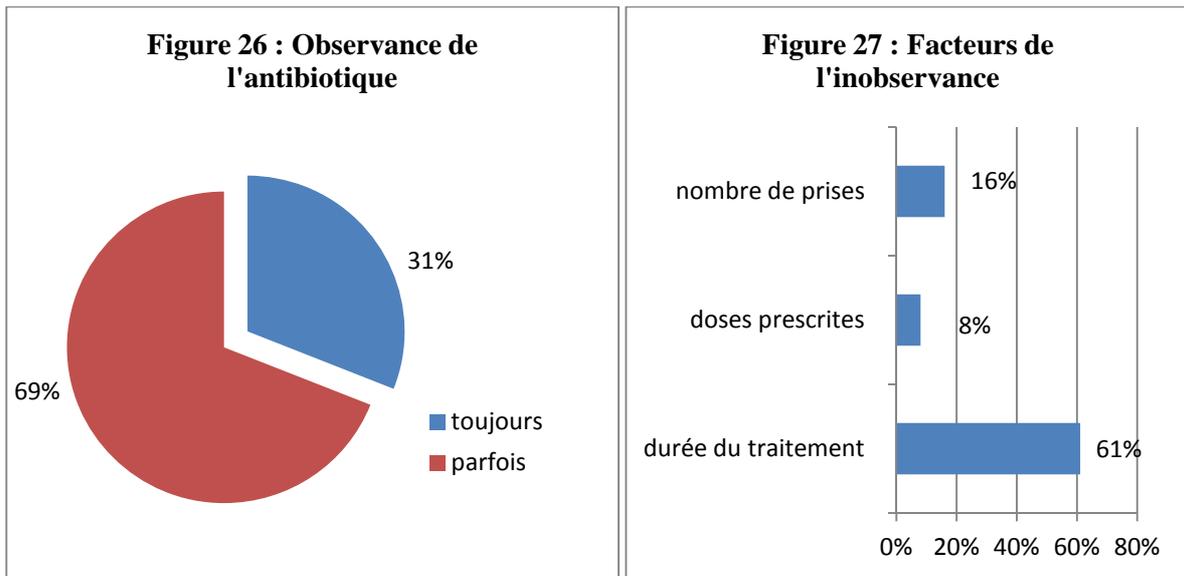
➤ Connaissance sur l'action des antibiotiques et citation d'un nom d'antibiotique par les patients s'automédiquant :

On constate une fréquence plus importante de méconnaissance de l'action des antibiotiques par rapport au groupe des non automédiqués (60% vs 38%) de façon significative $p=0.023$, ainsi qu'une fréquence plus importante dans la citation de mauvaise référence chez les patients s'automédiquant mais de façon non significative $p=0.06$.



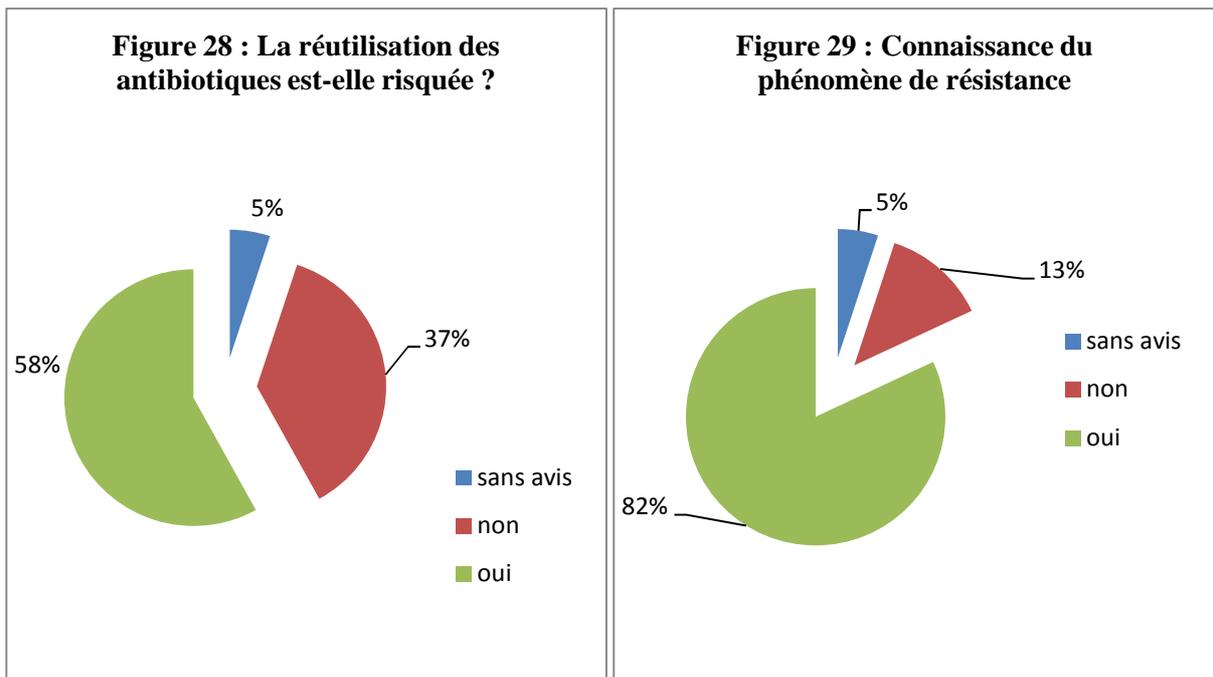
➤ Observance des antibiotiques par les patients s'automédiquant :

On constate une fréquence plus importante d'inobservance chez les patients s'automédiquant par rapport au groupe des non automédiqués (69% vs 35%) de manière significative $p < 0.001$. Parmi les modalités de l'inobservance on retrouve à 61% le non respect de la durée du traitement, le non respect du nombre de prises et des doses prescrites sont respectivement à 16% et 8%.



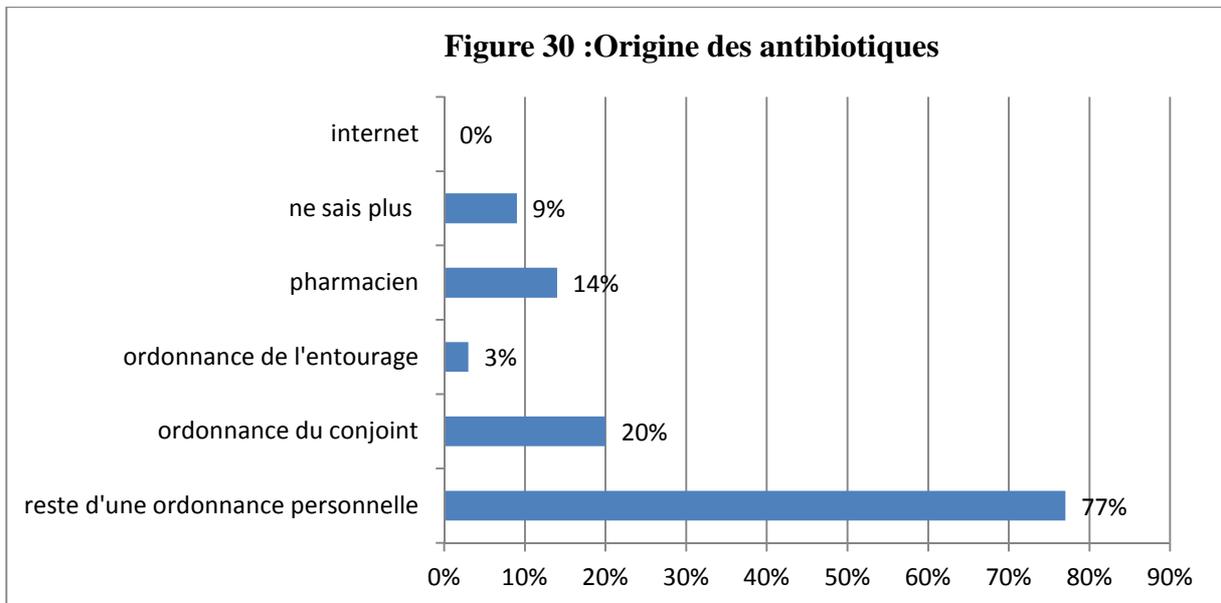
➤ Appréciation des patients automédiqués du risque de réutilisation des antibiotiques sans avis médical et connaissance du phénomène de résistance :

On remarque une fréquence plus importante de patients considérant l'automédication comme non risquée chez les patients s'automédiquant par rapport au groupe des non automédiqués (37% vs 10%) de manière significative $p = 0.0002$; la différence légère constatée dans la connaissance du phénomène de résistance chez les patients automédiqués par rapport au groupe des non automédiqués (82% vs 90%) n'est pas significative $p = 0.38$.



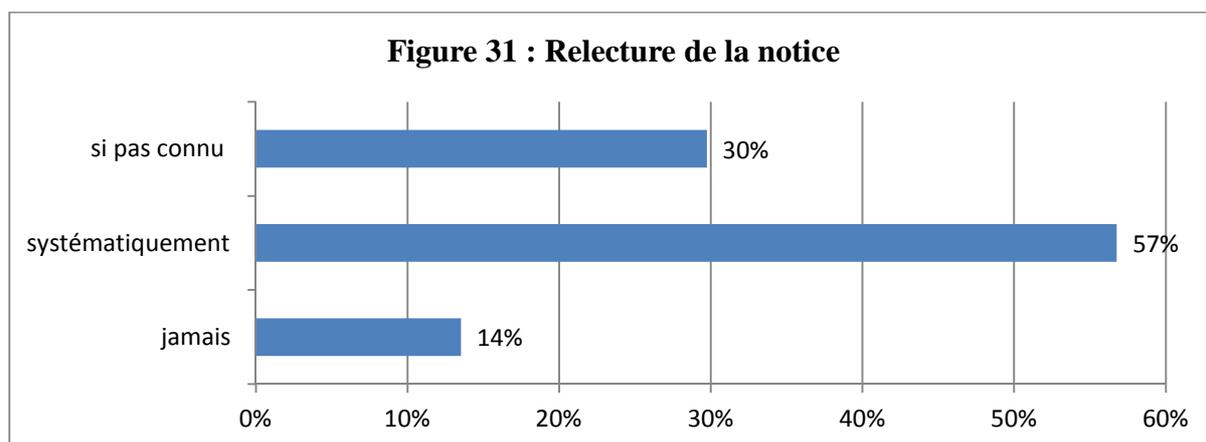
b) Origine des antibiotiques réutilisés :

77% des patients réutilisaient des antibiotiques provenant d'une ancienne ordonnance personnelle, près d'un patient sur cinq réutilisaient l'ordonnance de leur conjoint ; il est à noter qu' aucun antibiotique ne provenaient d'un achat sur internet.



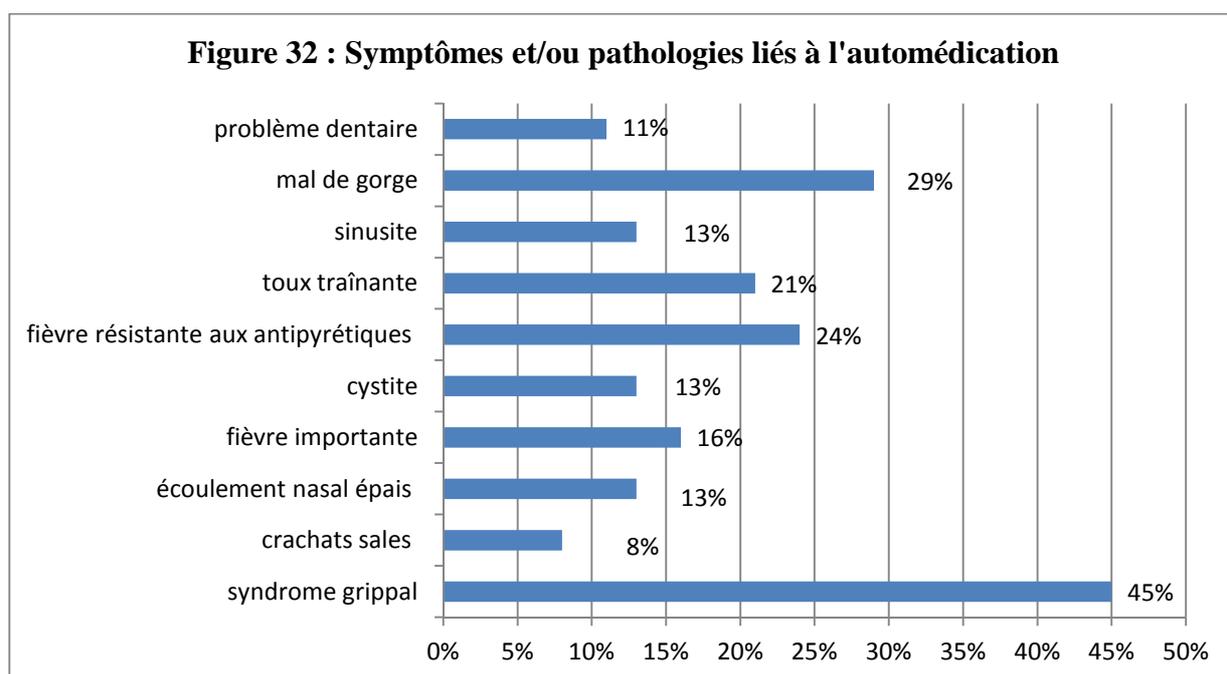
c) Relecture de la notice :

57 % des patients relisaient la notice systématiquement avant la réutilisation, près d'un tiers le faisaient uniquement si l'antibiotique ne leur était pas connu, 14 % ne la faisaient jamais.



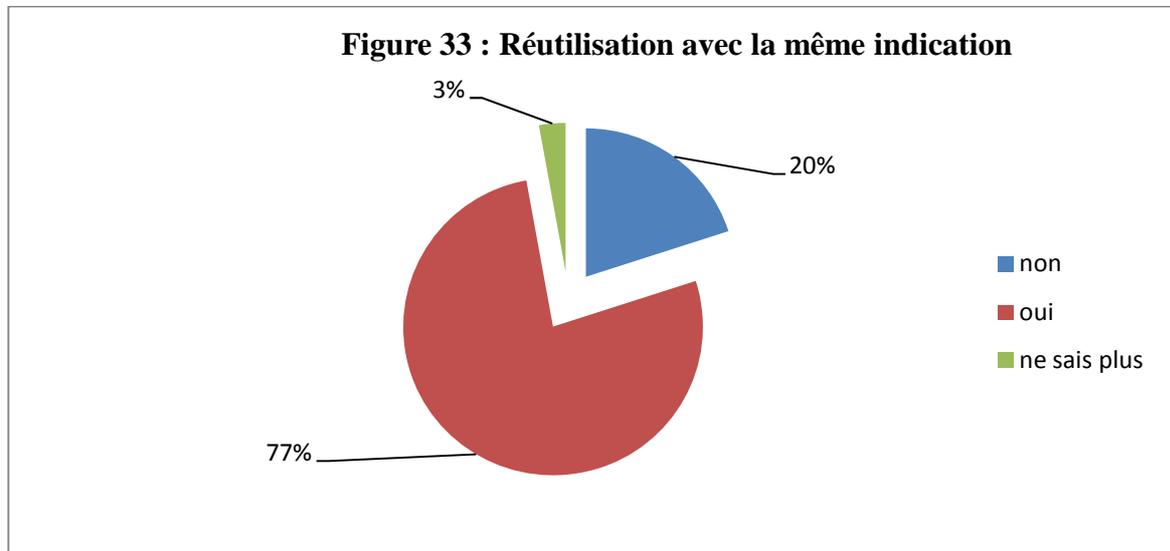
d) Symptômes et/ou pathologies motivant l'automédication :

L'automédication était motivée surtout pour des syndromes grippaux (45 %), pour des maux de gorge (29%), et pour une fièvre résistante aux antipyrétiques (24%) ; il est à noter que si on cumule les items où apparaît le mot fièvre on atteint 85%.



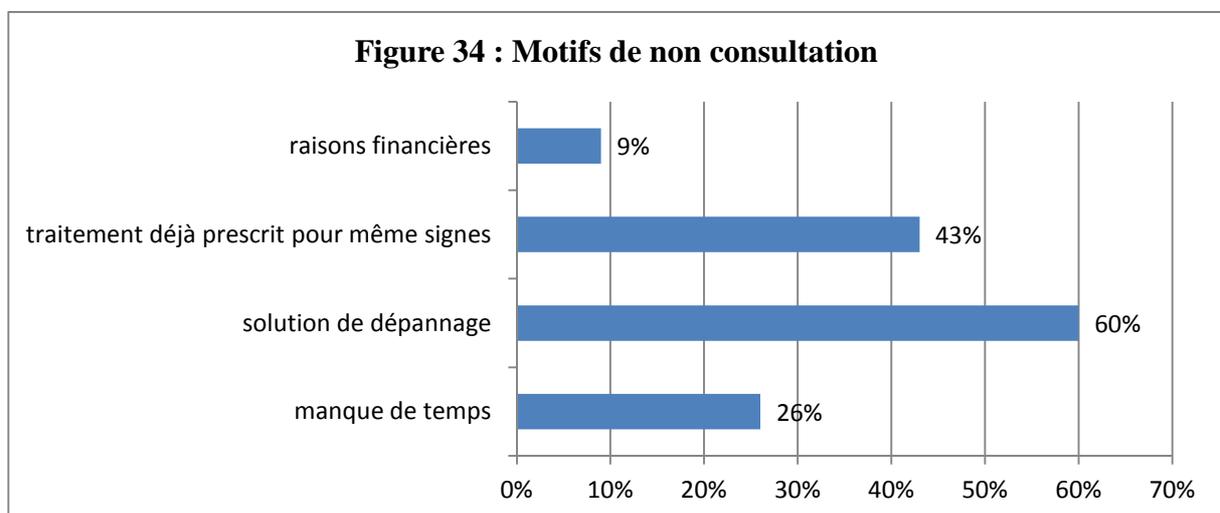
e) Réutilisation conforme à une prescription antérieure :

Un patient sur cinq ne réutilisait pas les antibiotiques dans les indications prescrites antérieurement.



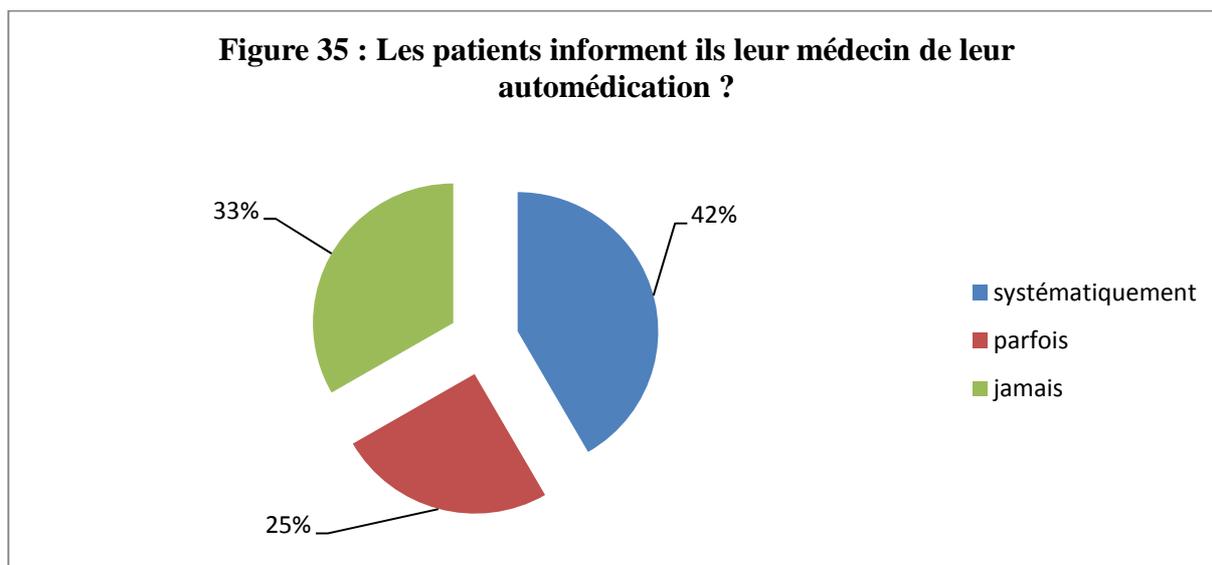
f) Raisons de la non consultation du médecin généraliste :

60% justifiaient le comportement d'automédication comme une solution de dépannage dans l'attente d'un rendez vous ultérieur avec le médecin, 43 % justifiaient la non consultation car le traitement avait déjà été prescrit pour les mêmes signes, 26% évoquaient le manque de temps et un patient sur dix évoquaient des raisons financières.



g) Information au médecin généraliste :

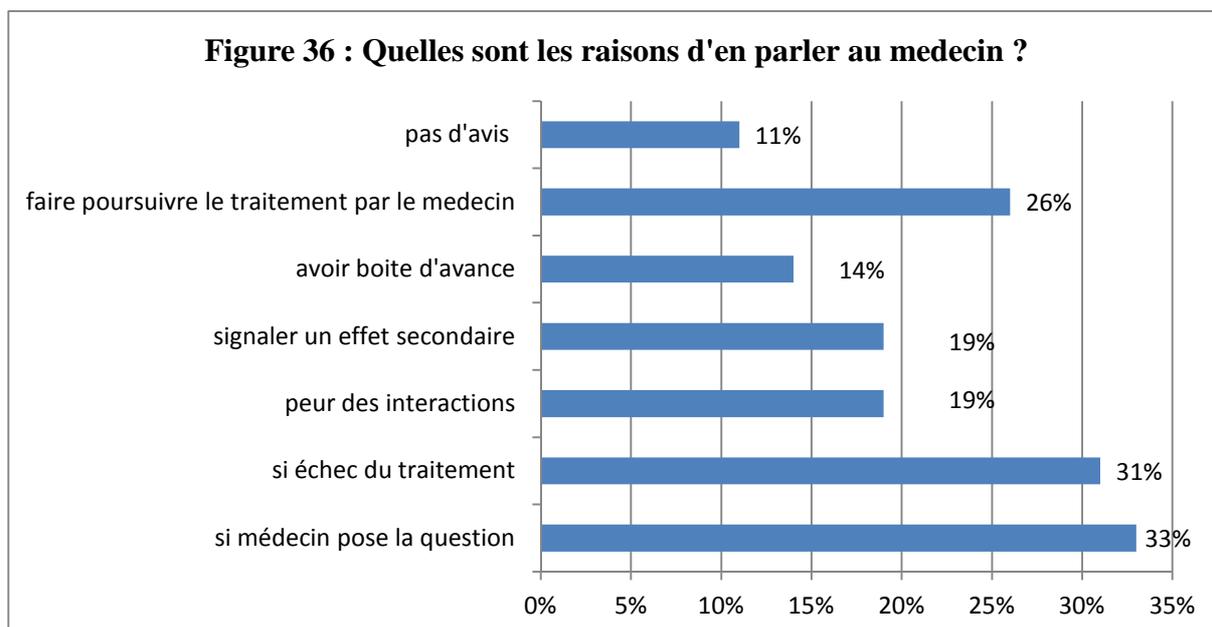
Un quart des patients n'informait jamais son médecin généraliste, 42% systématiquement.



h) Raisons pour lesquelles les patients informaient ou informeraient leur médecin généraliste :

Le fait que le médecin pose la question de l'automédication, que le traitement soit un échec étaient évoqués par un tiers des patients pour justifier le fait d'en parler en consultation.

Un quart des patients en parlaient pour faire poursuivre le traitement. Le fait de signaler un effet secondaire ou par peur des interactions avec d'autres traitements étaient évoqués dans les mêmes proportions (19%).



i) Automédication et enfants :

Seuls 2 patients ont répondu automatiser leurs enfants.

4.4 Profil de patients s'automédiquant :

Les variables (âge, sexe, catégories socio-professionnelles, niveau d'étude, lieu d'habitation, prise d'un traitement régulier, connaissance de l'action des antibiotiques, observance de l'antibiotique, connaissance du risque de réutilisation et du phénomène de résistance) ont été combinées suivant le modèle de régression logistique afin de mettre en évidence l'existence ou non d'une association statistiquement significative entre les caractéristiques de la population interrogée et le comportement d'automédication.

Tableau 1 : Variables associées à l'automédication

	OR ajusté	IC (95 %)	p-value
niveau d'étude	1.438	1.010 - 2.047	0.044
Connaissance de l'action des antibiotiques	0.236	0.081 - 0.684	0.008
Observance de l'antibiotique	0.316	0.126 - 0.779	0.013
Connaissance du risque de réutilisation	0.200	0.060 - 0.665	0.046

OR = odds ratio ajusté , IC = intervalle de confiance

Le modèle proposé est vraisemblant de manière significative (Omnibus Test of Model Coefficients <0.0001), il explique de manière significative environ 30% du phénomène d'automédication (test de Hosmer - Lemeshow Test = 0.291) enfin il est sensible à 34.8% et spécifique à 90.8% .

Cette étude a mis en évidence une association entre l'automédication, le haut niveau d'étude, la méconnaissance de l'action des antibiotiques, l'inobservance des antibiotiques et la moindre connaissance du risque de réutilisation.

Le profil mis en évidence dans notre étude serait un patient avec un haut niveau d'étude mais qui méconnaît l'action des antibiotiques, plutôt inobservant et qui maîtrise mal les risques de la réutilisation des antibiotiques.

V. DISCUSSION :

5.1. Intérêts et critiques de l' étude :

a) Intérêts :

La journée européenne d'information sur les antibiotiques a lieu chaque année le 18 novembre. En 2014, elle est consacrée à l'automédication témoignant de l'actualité de cette problématique. [27]

Régulièrement nous sommes confrontés à des patients qui désirent plus une prescription d'antibiotiques que notre expertise sur leurs symptômes : le diagnostic est fait avant la consultation et le remède " antibiotique " doit être prescrit .

Savoir dire non, expliquer sa démarche péniblement du fait de la réticence et de l'incompréhension des patients m'a amené à m'interroger sur l'automédication aux antibiotiques. En effet, au cours de mon exercice de la médecine générale en tant que remplaçant, j'ai été surpris de constater que les patients me répondaient avoir pris des antibiotiques à la question : "Qu'avez vous pris pour calmer vos symptômes avant de consulter ?". La plupart du temps mon étonnement leur paraissait injustifié. C'est pourquoi j'ai voulu quantifier ce phénomène et en dégager les lignes directrices.

b) Critiques :

Les critiques sont autant sur la forme que sur le fond.

- **La forme :**

- les questionnaires auraient du être imprimés en recto ce qui aurait permis d'éviter d'exclure des questionnaires mal remplis,
- les questions auraient pu être plus simples à comprendre.

- **Le fond :**

- 1er biais : le mode de recueil, notamment quand les patients sont sollicités par les secrétaires, suppose que les patients sélectionnés sont plus sensibles au sujet ce qui peut expliquer le pourcentage important d'automédiqués (28%).
- 2ème biais : l'automédication en antibiotiques suppose que le patient sache que le traitement qu'il réutilise est un antibiotique, de ce fait mon étude a inclut des patients qui pensent avoir pris des antibiotiques et a exclu des patients qui pensent ne pas s'automédiquer en antibiotiques alors que c'est le cas. Théoriquement, il aurait fallu que j'ai accès à la pharmacie de chaque patient avant l'automédication !
- 3ème biais : l'échantillon de population n'est pas représentatif de la population, mes résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale.
- 4ème biais : nous n'avions pas accès au profil de prescripteur des médecins généralistes des patients, on peut se poser la question de savoir s'il y a une influence sur l'automédication des patients en fonction d'un médecin plus ou moins prescripteur d'antibiotiques, de plus y'a-t-il une influence du fait de prescription d'anticipation notamment pour les cystites ce qui peut être considéré comme de l'automédication pour certains et non pour d'autres.
- 5ème biais : les questions se référant aux motifs d'automédication ainsi que sur les phénomènes de résistance peuvent être biaisées : en effet si l'antibiotique a été prescrit dans de mauvaises indications et si le patient le réutilise pour les mêmes conditions il considère alors ne pas faire d'erreurs, il y a ainsi un double biais de par l'indication initiale de l'antibiotique et sa réutilisation pour cette même indication.
- 6ème biais : notre définition de l'automédication est restreinte car comment ne pas considérer par extrapolation qu'un patient faisant pression sur le médecin généraliste pour avoir un antibiotique n'a pas un comportement d'automédication réduisant le rôle du médecin à simple rédacteur d'ordonnance.

5.2.Comparaison de nos résultats :

a) Population interrogée :

Le taux de réponse de 60% est globalement satisfaisant, le taux étant meilleur lorsqu'il y avait la présence d'une secrétaire.

- Répartition selon le sexe : on constate une plus faible proportion d'hommes ayant répondu au questionnaire (34%) par rapport à la population masculine générale française (48%) [28], cette différence peut être partiellement expliquée par le fait que les femmes consultent plus souvent : 5,6 fois en moyenne par an contre 4,4 pour les hommes [29].

- Répartition selon le niveau d'étude : on constate une part plus faible de patients sans diplôme dans notre étude 9% contre près d'un quart dans la population générale selon les statistiques INSEE de 2011, et une proportion plus forte de patients ayant fait des études supérieures à bac+3 : 33% dans notre étude versus 12,5% dans la population générale [30].

Notre enquête a peu ciblé les hommes et les patients sans diplôme .

b) Variables étudiées :

Notre étude retrouve 28% de patients pratiquant l'automédication, en comparaison un travail de thèse sur le mésusage des antibiotiques (échantillon de 264 patients) retrouvait un résultat de 17% en 2003. [31]

Ce comportement d'automédication aux antibiotiques vu à travers les statistiques brutes mais aussi à travers l'analyse multivariée peut être étudié à travers différents axes :

- **La connaissance des patients sur les antibiotiques :**

Nous avons voulu étudier les connaissances des patients aux antibiotiques car comment ne pas faire le lien entre méconnaissance d'un produit (l'antibiotique) et sa mauvaise utilisation.

Notre étude met en évidence de nombreux paradoxes : ainsi les patients peuvent avoir la conviction de maîtriser la prise d'antibiotiques et d'en connaître les limites (90% déclarent connaître le phénomène de résistance et 82% considèrent risquée leur réutilisation) mais d'un autre côté, près de la moitié d'entre eux ne connaissent ni les molécules ni leur action et près d'un tiers s'automédiquent aux antibiotiques. Dans l'eurobaromètre de 2013, 29% des français pensent que les antibiotiques tuent les virus et 28% les pensent efficaces contre le rhume et la grippe, parallèlement 92% déclarent savoir que la surconsommation les rend inefficaces.[6]

L'image que les patients ont de l'antibiotique est ainsi intéressante à souligner dans notre étude, en effet si l'on se réfère aux indications de l'automédication, on remarque que 45% des patients le font pour un syndrome grippal et lorsqu'on additionne les pourcentages des réponses où l'on retrouve le mot fièvre (16% pour une fièvre importante, 24% pour une fièvre résistante et 45 % pour un syndrome grippal) on arrive à 85 % de réponses. Dans le sondage Ipsos de 2002, 39 % des interrogés affirmaient que les antibiotiques faisaient baisser la température quelque soit la cause de l'infection. [32]

Ainsi, on peut se poser la question de savoir si l'antibiotique n'a pas l'image d'un traitement guérissant les symptômes à l'instar d'un antipyrétique et non pas d'un traitement à indication précise soignant un ensemble de symptômes provoqués par une bactérie.

Les patients voient les antibiotiques comme un remède miracle, ils viennent en consultation pour que l'on prescrive un "traitement de choc" ainsi dans le sondage Ipsos de 2002, 64% des patients estimaient que les antibiotiques favorisaient un rétablissement plus rapide [32]. Ce raccourci est fréquent en consultation de médecine générale, l'antibiotique "réglera tout", "effacera tous les symptômes". Mais cette "facilité d'esprit" est autant liée au patient qu'au médecin prescripteur : d'un côté le patient veut un antibiotique avant même d'avoir un avis médical, de l'autre le médecin prescrit un antibiotique avec facilité, parfois dans de mauvaises indications, faisant le jeu du patient qui obtient facilement un antibiotique et donc peut considérer par la suite pouvoir le réutiliser pour des indications erronées.

- **Campagne de sensibilisation du grand public et perception des risques :**

Le changement de slogan lors des campagnes à destination du grand public a peut-être été une erreur. Le slogan "*les antibiotiques c'est pas automatique*" sous-entendait que les indications d'une antibiothérapie le sont dans un cadre précis à contrario le slogan "*les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts*" mettait plus en exergue le phénomène de résistance.

Or à travers notre étude, on s'aperçoit que les patients en grande majorité (90%) connaissent le phénomène de résistance ; en réalité leur automédication se fonde sur le fait que la réutilisation qu'ils en font est juste et donc qu'il n'est pas utilisé à tort. Dans notre étude, 77 % des patients réutilisent les antibiotiques pour les mêmes indications que celles prescrites antérieurement. On peut en déduire que les patients pensent connaître leurs maladies et le traitement adéquat sans passer par le médecin ce qui est retrouvé dans le sondage Ipsos de 2002 où 75% des patients revendiquaient comme juste leur automédication par le fait que le traitement avait déjà été prescrit dans les mêmes indications.[32]

A travers ces campagnes, les autorités publiques ont voulu informer sur le risque d'un mésusage des antibiotiques, notre étude permet de mettre en exergue que cette perception est relative, et que les risques inhérents à l'automédication le sont tout autant. En effet, la lecture de la notice avant l'automédication est systématique pour seulement 60% des patients. Les risques de l'automédication pour le médecin sont liés notamment aux interactions médicamenteuses, à des effets secondaires potentiels ou à des contre-indications ; mais notre étude révèle que pour le patient le risque redouté est l'échec du traitement (33%) alors que la peur des interactions médicamenteuses est évaluée à 19%. Les patients anticipent donc peu le risque mais en prennent conscience lorsqu'ils en subissent les effets.

Dans ce cadre, le rôle du médecin est double pour lutter contre cette automédication : tout d'abord il doit pouvoir poser une indication précise à l'antibiothérapie et ainsi faire prendre conscience au patient qu'un antibiotique n'a pas valeur à être systématique, de plus il doit savoir expliquer au patient que l'indication qu'il pose se base sur des critères scientifiques précis. Ainsi la prescription de l'antibiotique n'est pas galvaudée, elle est prise au sérieux et on pourrait réduire le phénomène d'automédication car le patient comprendrait que la prescription d'antibiotiques l'est dans des indications précises qu'il ne peut maîtriser seul.

- **L'observance :**

L'observance aux antibiotiques est intéressante à souligner afin de percevoir l'impact qu'elle peut avoir sur l'automédication en antibiotiques.

La provenance des antibiotiques réutilisés l'est essentiellement de reliquats d'une ordonnance personnelle (77%), ainsi on peut considérer la problématique de deux façons : soit le patient a bien pris son traitement et il lui reste des antibiotiques qu'il reprendra plus tard, soit il réutilise des antibiotiques car le reliquat est lié à une mauvaise observance.

Dans le premier cas la distribution à l'unité par le pharmacien peut être une solution mais elle ne règlera pas le problème de la mauvaise observance.

On note un paradoxe dans notre étude, 82% des patients considèrent risquée l'automédication mais d'un autre côté près de la moitié (45%) ne prennent pas correctement son antibiotique et 28% s'automédiquent. 75% des causes de l'inobservance sont dues à la durée du traitement, une thèse sur le mésusage des antibiotiques montrait 50% d'inobservance sur la durée du traitement [31]. Dans le sondage Ipsos, 47% des personnes qui prenaient des antibiotiques interrompaient le traitement avant son terme du fait de la "guérison" (64% des cas), d'apparition d'effets secondaires (21%), ou d'oubli (13%). [32]

Ainsi, on a l'image d'un médicament dangereux à manipuler du fait des résistances mais qui est pris en automédication et quand il est prescrit n'est pas suivi correctement !

On peut éventuellement expliquer ce phénomène par le fait que l'antibiotique a une image beaucoup trop familière, en effet c'est un traitement qu'on demande facilement mais aussi qu'on arrête facilement dès que l'on se sent mieux à l'instar du paracétamol. Ainsi par continuité, malgré les risques évidents que connaissent les patients, sa réutilisation sans avis médical ne posent pas de problème aux patients car c'est un traitement devenu courant .

Là encore le travail du médecin généraliste est important, il doit faire comprendre au patient le caractère personnel (20% des antibiotiques réutilisés proviennent d'une ordonnance du conjoint) et ciblé d'un traitement antibiotique afin que celui ci soit pris au sérieux d'une part en ce qui concerne son observance et de sa réutilisation à éviter.

- **La relation médecin-malade :**

La relation médecin-malade a évolué au cours des années d'un modèle paternaliste à un modèle d'autonomie.[7]

A travers l'automédication aux antibiotiques, on remarque dans notre étude cette évolution ; en effet ce comportement se fait sans l'avis du médecin et les raisons évoquées, que ce soit le manque de temps (26%) ou parce que le traitement a été déjà prescrit pour les mêmes indications (43%), mettent en relief cette recherche d'autonomie : le patient se prend en charge seul et exclut le médecin (42% des patients seulement parlent systématiquement de leur automédication aux médecins). Parallèlement lorsque le médecin est sollicité c'est pour avoir une boîte d'avance (14%) ou pour faire poursuivre le traitement (26 %) dans ce cas le médecin est vu comme un intermédiaire entre le patient et la délivrance de l'antibiotique.

L'antibiotique est un traitement à prescription médicale obligatoire (PMO) car il faut l'expertise du médecin afin de le délivrer mais avec l'évolution de la relation médecin malade et la recherche d'autonomie grandissante de certains patients, cette expertise n'est plus recherchée, certains patients considèrent ne pas avoir toujours besoin du médecin pour poser l'indication de l'antibiothérapie. Là encore le médecin généraliste, entre autres, doit revenir au centre de cette relation pour faire prévaloir son expertise dans ce domaine, notamment lorsque l'on sait que 91 % des français considèrent que pour la recherche d'informations fiables sur les antibiotiques la source d'information privilégiée est le médecin généraliste [6].

c) Profil de patients s'automédiquant :

Plusieurs profils de patients peuvent être mis en évidence lorsque l'on parle d'automédication [33] ; notre étude a permis de mettre en évidence un profil de patients qui pensent connaître l'antibiotique mais le prennent mal et ne maîtrisent pas ses risques.

Ainsi ce profil de patient est intéressant à souligner mais il n'est pas le seul ; d'autres facteurs non identifiés dans notre étude peuvent expliquer ce comportement. En effet le modèle utilisé n'explique que 30% du phénomène d'automédication de notre échantillon, par manque de puissance certaines variables n'ont pu être intégrées au modèle. De plus, l'évaluation statistique de celui-ci a mis en évidence que des variables existantes n'ont pas été testées par le questionnaire. De nombreux axes restent probablement à évaluer. Devant la complexité de ce comportement une étude avec un plus grand nombre de patients apporterait des informations cruciales au médecin généraliste qui est au cœur de la problématique.

En effet, lorsque l'on sait que sept prescriptions d'antibiotiques sur dix en ville sont faites par le médecin généraliste, [34] on prend conscience de notre rôle primordial dans la lutte contre la résistance aux antibiotiques. Or pour sensibiliser les patients, il faut d'abord nous même être sensibilisés au problème.[35]

Ce comportement peut paraître difficile à contrôler par le médecin généraliste mais des outils existent pour aider les praticiens. Les études PAAIR (Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires)[36] réalisées dans le but d'améliorer les prescriptions d'antibiotiques ont montré que la formation des médecins généralistes et l'information aux patients étaient ces principaux outils. Pouvoir poser précisément l'indication à un antibiotique pour en limiter le mésusage, et savoir argumenter la non prescription auprès du patient afin de résister à la pression parfois exercée par celui-ci permettraient alors de réduire ce phénomène d'automédication.

VI. CONCLUSION :

Des progrès récents sont motifs d'espoir dans la lutte contre les résistances aux antibiotiques [37], mais les capacités d'adaptation des bactéries sont multiples ; en effet elles "sont la première forme vivante apparue sur Terre il y a 3.5 milliards d'années, naissance plutôt précoce si l'on considère que la planète se serait formée il y a 4.5 milliards d'années"[10], à contrario les antibiotiques ont une histoire vieille de seulement 70 ans. L'impact immédiat qu'on eut les antibiotiques a été vécu comme une révolution mais aujourd'hui des résistances croissantes touchent toutes les régions du monde. Ces résistances sont dues à de nombreux comportements inadaptés notamment l'automédication retrouvée chez 28% des interrogés de notre étude. Aujourd'hui l'antibiotique est devenu trop familier pour certains patients qui pensent le connaître et maîtriser son action, ce que retrouve le profil d'automédiqués de notre travail qui associait la méconnaissance du risque de réutilisation, la méconnaissance de l'action de l'antibiotique, l'inobservance et le haut niveau d'étude. Ce comportement s'inscrit dans une relation médecin-malade qui tend vers l'autonomie des patients et l'automédication en antibiotiques en est le parfait reflet. Pour ne pas se retrouver dans une impasse thérapeutique, il faut donc lutter contre cette image en posant des indications précises et argumentées, or cela ne se fera que par une formation continue des médecins et une communication claire aux patients.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] : Stuart B. Levy. Les antibiotiques sont nés d'une tragédie in « Le Paradoxe des Antibiotiques ». Editions Belin, 1999. chapitre 1, pages 15-26
- [2] : OMS- Organisation Mondiale de la Santé - Antimicrobial resistance : global report on surveillance 2014. avril, 2014. Disponible sur :
<http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>
- [3] : Anonymous. Résistances : l'OMS annonce une « ère post antibiotiques ». Le Généraliste. Avril, 30, 2014. disponible sur :
http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/04/30/resistances-loms-annonce-une-ere-postantibiotiques-_241696
- [4] : InVs – Dossiers thématiques – Maladies infectieuses – Résistance aux anti-infectieux. Publié en 2006, mise à jour le 18/11/2013. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Contexte-enjeux-et-dispositif-de-surveillance>
- [5] : ANSM- Dossiers- Antibiotiques - L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Novembre, 6, 2014. Disponible sur :
<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/%28offset%29/0>
- [6] : TNS Opinion & Social. Eurobaromètre spécial 407. La résistance aux antimicrobiens. Novembre, 2013. Disponible sur :
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_407_fr.pdf
- [7] Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Editions Puf. Juin, 2012.
- [8] : CMIT – Collège des Universitaires de maladies Infectieuses et Tropicales. Anti-infectieux – Antibiotiques chapitre 5. In E. Pilly : Vivactis Plus Ed ; 2006 : pp 44-104.
- [9] : Papp Desiderio. Histoire des antibiotiques. In : Revue d'histoire des sciences et de leurs applications. 1954, Tome 7 n°2.pp. 124-138.
- [10] : Andremont A, Antibiotiques le naufrage, notre santé en danger. Editions Bayard, 2014.
- [11] : Jehl F, Chomarar M, Weber M, Gerard A. La résistance des bactéries aux antibiotiques in « De l'antibiogramme à la prescription. ». Editions Biomérieux. Octobre, 2012. Chapitre 2 pages 34-43.

- [12] Trémolières F, Cohen R, Schlemmer B : Requiem pour les antibiotiques. Faut-il craindre une disparition des antibiotiques ?. Médecine Thérapeutique. Mai-juin 2006 ;volume 12, n°3. Disponible sur : http://www.jle.com/en/revues/met/e-docs/requiem_pour_les_antibiotiques_faut_il_craindre_une_disparition_des_antibiotiques__272461/article.phtml?tab=supp
- [13] : Stuart B. Levy. Les mécanismes de la résistance aux antibiotiques, in « Le Paradoxe des Antibiotiques ». Editions Belin, 1999. chapitre 4, pages 71-102.
- [14] : Ecdc- European Centre for Disease prevention and Control. The bacterial challenge : Time to react. 2009. Disponible sur : http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
- [15] : Stuart B. Levy. La résistance aux antibiotiques : un enjeu de société, in « Le Paradoxe des Antibiotiques ». Editions Belin, 1999. chapitre 10, pages 203-228
- [16] : InVs –Dossiers thématiques –EARS-Net France, 2002-2013- L’European Antimicrobial Resistance Surveillance Network. Novembre, 18, 2014. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Contexte-enjeux-et-dispositif-de-surveillance/Reseaux-et-partenaires/EARS-Net-France-Synthese-2002-2013>
- [17] : Ecdc – European Centre for Disease prevention and Control. Données actualisées sur la résistance aux antibiotiques dans l’Union européenne. Novembre, 13, 2014. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Resume_EARSNet_2014_31102014.pdf
- [18] : Agence du Médicament. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire. Mai, 1998. Disponible sur : http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/e9456a84ac84d7bf9aa8beb37cfada46.pdf
- [19] : Plan national pour préserver l’efficacité des antibiotiques (2001-2005). Disponible sur : http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_pour_preserve_l_efficacite_des_antibiotiques.pdf
- [20] : Plan national pour préserver l’efficacité des antibiotiques (2007-2010). Disponible sur : http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_plan_2007.pdf

- [21] : Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf
- [22] : Azanowsky JM. Le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Octobre, 11, 2011. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/du-lyon/2012-DUATB-Lyon-Azanowsky.pdf>
- [23] : Plan national de réduction des risques d'antibiorésistance en médecine vétérinaire. 2014. Disponible sur : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/PlanABR-FR-2012-BD_cle8fc22e.pdf
- [24] ANSM – Points d'information – Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques ». Diffusé en novembre 2013. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>
- [25] : VigipharmAmiens. Des inquiétudes sur la montée des résistances aux antibiotiques. Prévention par une utilisation plus raisonnée de ceux-ci. Mai, 2014. pages 5-7.
- [26] Djerada Z, Fournet-Fayard A, Gozalo C, Lelarge C, Lamiable D, Millart H, Malinovsky JM. Population pharmacokinetics of nefopam in elderly, with or without renal impairment, and its link to treatment response. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Jun;77(6):1027-38.
- [27] : Ecdc - European Centre for Disease prevention and Control. Journée européenne d'information sur les antibiotiques. Novembre, 18, 2014. Disponible sur : <http://ecdc.europa.eu/fr/EAAD/Pages/Home.aspx>
- [28] Insee – Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2012, France Métropolitaine. Insee, enquêtes population. Janvier, 1, 2012.
- [29] Aliaga C., Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. Insee, division Conditions de vie des ménages. Octobre, 2002. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf
- [30] Insee- Enseignement -Education- Niveau de diplôme selon l'âge en 2011. Insee, enquêtes Emploi, s. d.
- [31] Blanc M ., Surconsommation et mésusage des antibiotiques en ambulatoire , évaluation à l'aide d'une enquête. Th : pharmacie : Poitiers : 2003.

[32] : Etude CNAMTS/IPSOS. Regards croisés médecins / patients sur les antibiotiques. Conférence de presse étude CNAMTS/Ipsos, URCAM midi-pyrénées. Octobre , 17, 2002. Disponible sur : http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_SyntheseIPSOS_2002.pdf

[33] : Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie* . 1998. Volume 53, n°2, pp 169-196.

[34] : ANSM – Rapport - Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012. Juin, 2013. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>

[35] : Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica A, Sotto A. Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. *Médecine et maladies infectieuses*. 2010 ; 40 : 703-709.

[36] : PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires. Rapport scientifique. Octobre 2001.

[37] : Dessein R. Un nouvel antibiotique ? Une molécule prometteuse. Notamment contre la tuberculose. Janvier, 11, 2015. Disponible sur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1304721-un-nouvel-antibiotique-le-teixobactin-a-une-action-originale-sur-certaines-bacteries.html>

ANNEXES :

Questionnaire remis aux patients

Cher Madame, Monsieur ,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude sur la **réutilisation des antibiotiques sans avis médical préalable**.

Je sollicite, pour ce travail, votre participation en répondant au questionnaire ci-joint.

Pour cela, merci de cocher le ou les cases correspondants à vos réponses, et de remettre le questionnaire rempli dans le carton correspondant, il s'agit d'un questionnaire anonyme, les réponses ne seront pas transmises au médecin du cabinet .

Je vous remercie par avance de votre aide .

QUESTIONNAIRE :

I) POUR VOUS CONNAITRE :

Question 1 : Vous êtes ?

Un homme

Une femme

Question 2 : Votre âge : _____

Question 3 : **Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?**

- agriculteurs exploitants
- artisans commerçants chefs d'entreprise
- cadres et professions intellectuelles supérieures (professeur , libérale , ingénieurs ..)
- professions intermédiaires (instituteur , contremaître , agent de maîtrise , administratif ...)
- employés
- ouvriers
- retraités
- étudiant
- sans emploi

Question 4 :

Quel est votre niveau d'étude ?

- sans diplôme
- primaire (certificat d'étude)
- secondaire (brevet, CAP, BEP)
- bac
- BTS, DUT, 1er cycle universitaire (licence)
- 2ème ou 3ème cycle universitaire (master, doctorat)

Question 5 : **Votre lieu d'habitation :**

- rural (campagne)
- urbain (ville)
- semi urbain ou semi rural (intermédiaire)

Question 6 : **Prenez-vous des médicaments tous les jours ?**

- oui
- non

II) LES ANTIBIOTIQUES ET VOUS :

Question 7 : **Selon vous les antibiotiques agissent sur :**

- les bactéries
- les virus
- les deux
- sans avis

Question 8 : **Pouvez-vous me citer un ou plusieurs noms d'antibiotiques ?**

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

2/5

Question 9 : **Prenez vous correctement vos traitements antibiotiques ?**

- toujours parfois jamais

S'il vous arrive de ne pas les prendre correctement, vous ne respectez pas :
(plusieurs réponses possibles)

- la durée du traitement
 les doses prescrites (nombre de comprimés par prise)
 le nombre de prises par jour

III) LA REUTILISATION DES ANTIBIOTIQUES :

Question 10 : **Vous arrive-t-il de réutiliser des antibiotiques sans avis médical ?** (ex : pour une cystite, un rhume...)

- oui non si non : merci d'aller directement à la question 18

Question 11 : **En général d'où provenait l'antibiotique réutilisé ?** (plusieurs réponses possibles)

- antibiotique restant d'une vieille ordonnance personnelle
 d'une ordonnance du conjoint
 d'une ordonnance de l'entourage
 du pharmacien (avance du traitement)
 achat sur Internet
 ne sais plus

Question 12 : **Avant de reprendre l'antibiotique , aviez-vous relu la notice ?**

- oui systématiquement
 oui , si l'antibiotique n'était pas connu
 non jamais
 pas d'avis

Question 13 : Pour quel motif avez-vous réutilisé l'antibiotique sans avis médical ?
(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> syndrome grippal (courbatures , fièvre...) | <input type="checkbox"/> toux qui traîne |
| <input type="checkbox"/> crachats sales (colorés) | <input type="checkbox"/> sinusite |
| <input type="checkbox"/> écoulement nasal épais ou coloré | <input type="checkbox"/> mal de gorge |
| <input type="checkbox"/> fièvre importante | <input type="checkbox"/> problème dentaire |
| <input type="checkbox"/> cystite (brûlures urinaires) | |

fièvre qui traîne malgré la prise de traitement contre la fièvre type doliprane® ,
efferalgan®, ibuprofène ...

Question 14 : Quand vous réutilisez les antibiotiques sans avis médical :

Est-ce pour la même « maladie » pour laquelle il avait été prescrit initialement ?

- oui non ne sais plus

Question 15 : Pourquoi n'aviez-vous pas pris l'avis du médecin ? (plusieurs
réponses possibles)

- pas le temps de consulter
- solution de dépannage dans l'attente du rendez vous avec le
médecin (médecin indisponible , Week end , soir , nuit ..)
- car le traitement avait déjà été prescrit pour les mêmes signes.
- pour raisons financières
- autre : précisez

Question 16 : Quand vous reprenez des antibiotiques sans avis médical , en
parlez vous de vous-même à votre médecin ?

- oui , systématiquement
- oui parfois
- non jamais

4/5

Question 17 : **Quelles sont les raisons qui vous ont poussé ou qui vous pousseraient à en parler lors de la consultation ?**

- si le médecin me pose la question
- quand ça n'a pas marché
- par peur des interactions avec d'autres traitements
- pour signaler un effet secondaire (allergie , boutons ...)
- pour avoir une boîte d'avance pour la prochaine fois
- pour faire poursuivre le traitement par le médecin
- pas d'avis

Question 18 : **Si vous avez des enfants :** (si pas d'enfants merci de passer à la question 19)

Vous est-il déjà arrivé de leur redonner des antibiotiques sans avis médical ?

- oui
- non

IV) POUR FINIR :

Question 19 : **Selon vous, la réutilisation des antibiotiques sans avis médical est-elle risquée ?**

- oui
- non
- pas d'avis

Question 20 : **Saviez-vous que si les antibiotiques sont utilisés dans de mauvaises conditions (mauvaise durée , mauvaise posologie...) ils peuvent devenir inefficaces sur les bactéries qu'ils doivent combattre (phénomène de résistance) ?**

- oui
- non

Merci de votre participation .

5/5

RESUME :

L'AUTOMEDICATION AUX ANTIBIOTIQUES EN MEDECINE GENERALE : étude quantitative auprès de patients

Introduction : En 2014, la résistance aux antibiotiques est un enjeu majeur de santé publique. En France, pour lutter contre celle-ci, de nombreux comportements ont été étudiés aussi bien du côté prescripteur que du côté patient. L'objectif principal de cette étude était de quantifier un de ces comportements : l'automédication aux antibiotiques, afin de mieux l'appréhender et d'y adapter notre pratique. **Méthode :** Une enquête déclarative auprès de 142 patients a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué dans 6 cabinets de médecins généralistes. **Résultats :** Cette étude a retrouvé 28% de patients s'automédiquant aux antibiotiques, dans 77% cas ceux-ci provenaient d'une ancienne ordonnance personnelle ; 20% d'entre eux les réutilisaient à des fins différentes de la prescription initiale et 58% n'en informaient pas systématiquement leur médecin. Paradoxalement, 82% des répondants trouvaient l'automédication aux antibiotiques risquée. **Discussion :** Cette étude a mis en relief plusieurs thèmes : une connaissance approximative des antibiotiques par les patients, une inobservance fréquente aux antibiotiques, une relation médecin malade changeante avec une recherche d'autonomie des patients grandissante. **Conclusion :** Il nous paraît important de souligner le rôle primordial que pourrait avoir le médecin généraliste dans la prévention de ce comportement par l'apport d'informations claires et précises aux patients désormais acteurs de leur santé, afin qu'ils comprennent mieux les tenants et les aboutissants d'une prescription d'antibiotiques et d'obtenir ainsi une alliance thérapeutique optimale.

Mots-clés : Antibiotiques, Automédication, Médecine générale, Résistances, Observance, Relation médecin malade.

THE SELF-MEDICATION TO ANTIBIOTICS IN PRIMARY CARE : quantitative study of patients

Introduction : In 2014, antibiotic resistance is a major public health issue. In France, the fight against it, many behaviors were studied as well as the prescriber side of the patient side. The main objective of this study was to quantify any of these behaviors: self-medication with antibiotics in order to better apprehend and to adapt our practice. **Method :** A declarative survey of 142 patients was conducted using a questionnaire distributed in 6 primary care offices. **Results :** The study found 28% of self medication's patient with antibiotic, in 77% cases they came from a former personal prescription ; 20% of them the reused for different purposes of the initial prescription and 58% do not systematically informed their physician. Paradoxically, 82% of respondents were self-medication with antibiotics risky. **Discussion:** This study highlighted several themes: an approximate knowledge of antibiotics by patients, a common antibiotic noncompliance, a changing doctor-patient relationship with a search of autonomy of growing patients. **Conclusion :** It seems important to emphasize the vital role that could have a physician in preventing this behavior through the provision of clear and accurate information to patients become actors of their health so that they better understand the ins and outs of a prescription of antibiotics and to obtain optimal therapeutic alliance.

Keywords: Antibiotics, self-medication, Primary care, Resistance, Observance, doctor patient relationship.