

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 139

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de médecine générale

par

Thomas Gelineau

né le 29 janvier 1983 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le 06/12/2011

**LE RHUME DE L'ENFANT ET SON TRAITEMENT:
DECISION PARTAGEE AVEC LES PARENTS
D'APRES UN QUESTIONNAIRE**

Président : Monsieur le Professeur Olivier MALARD

Directeur de thèse : Madame le Professeur Jacqueline LACAÏLLE

Table des matières

| | |
|---|------------------|
| Introduction..... | <u>7</u> |
| IIDéfinition, état des connaissances..... | <u>8</u> |
| 1Le rhume..... | <u>8</u> |
| <i>A</i> Physiopathologie..... | <u>8</u> |
| <i>a</i> L'origine virale..... | <u>8</u> |
| <i>b</i> La saisonnalité..... | <u>8</u> |
| <i>c</i> L'âge de survenue..... | <u>9</u> |
| <i>d</i> Le sexe..... | <u>9</u> |
| <i>e</i> Le mode de contagion..... | <u>9</u> |
| <i>f</i> L'influence de facteurs génétiques..... | <u>10</u> |
| <i>B</i> Symptomatologie..... | <u>10</u> |
| <i>a</i> L'incubation..... | <u>10</u> |
| <i>b</i> La durée des symptômes..... | <u>10</u> |
| <i>c</i> Les symptômes..... | <u>10</u> |
| <i>d</i> Les complications..... | <u>11</u> |
| <i>e</i> Quand consulter?..... | <u>12</u> |
| 2Les médicaments de la toux et du rhume..... | <u>12</u> |
| <i>A</i> Définition..... | <u>12</u> |
| <i>B</i> Utilisation..... | <u>14</u> |
| <i>C</i> Coût..... | <u>15</u> |
| <i>D</i> Efficacité..... | <u>15</u> |
| <i>E</i> Effets indésirables..... | <u>17</u> |
| <i>F</i> Recommandations de diverses institutions..... | <u>18</u> |
| <i>G</i> Autres traitements..... | <u>19</u> |
| 3Les règles hygiéno-diététiques..... | <u>20</u> |
| <i>A</i> Pour limiter la contagion..... | <u>20</u> |
| <i>B</i> Mesures générales..... | <u>20</u> |
| <i>C</i> Lavage des fosses nasales au sérum physiologique..... | <u>21</u> |
| 4La relation médecin-malade et la prise de décision médicale..... | <u>21</u> |
| <i>A</i> Contexte historique et sociologique..... | <u>22</u> |
| <i>B</i> Quels moyens pour une relation optimale?..... | <u>22</u> |
| <i>C</i> Partager la décision..... | <u>23</u> |
| <i>D</i> Les outils de la décision médicale partagée..... | <u>24</u> |
| IIIPopulation et méthode..... | <u>25</u> |
| 1Population..... | <u>25</u> |
| 2Enquêteurs..... | <u>25</u> |
| 3Déroulement de la consultation..... | <u>26</u> |

| | |
|--|-----------|
| IV Résultats..... | 28 |
| 1 Nombre de cas..... | <u>28</u> |
| 2 Caractéristiques des parents interrogés..... | <u>28</u> |
| 3 Caractéristiques des enfants..... | <u>30</u> |
| 4 Diagnostic évoqué en début de consultation..... | <u>31</u> |
| 5 Motifs de consultation..... | <u>33</u> |
| 6 Attente des parents vis-à-vis de la consultation :..... | <u>33</u> |
| <i>A</i> Souhait de médicament..... | <u>33</u> |
| <i>B</i> Souhait de conseils..... | <u>36</u> |
| <i>C</i> Souhait de traitement antibiotique..... | <u>38</u> |
| 7 Représentation des parents vis à vis des infections virales des voies aériennes supérieures..... | <u>39</u> |
| 8 Attente d'un médicament par les parents après information | <u>41</u> |
| <i>A</i> En fonction du sexe de l'enfant..... | <u>45</u> |
| <i>B</i> En fonction de la catégorie socio-professionnelle..... | <u>46</u> |
| <i>C</i> En fonction des conseils attendus..... | <u>46</u> |
| <i>D</i> En fonction de l'âge des enfants..... | <u>47</u> |
| V Analyse..... | 49 |
| 1 Méthode..... | <u>49</u> |
| 2 Population..... | <u>49</u> |
| 3 Motif de consultation..... | <u>50</u> |
| <i>A</i> Symptômes..... | <u>50</u> |
| <i>B</i> Désir de traitement..... | <u>50</u> |
| <i>C</i> Réassurance..... | <u>51</u> |
| <i>D</i> Interférence avec le rôle social..... | <u>51</u> |
| 4 Traitement symptomatique..... | <u>51</u> |
| <i>A</i> Niveau d'étude..... | <u>51</u> |
| <i>B</i> Représentations des parents vis à vis des traitements symptomatiques..... | <u>52</u> |
| <i>a</i> Connaissance des effets indésirables..... | <u>52</u> |
| <i>b</i> Croyance en l'efficacité..... | <u>53</u> |
| <i>C</i> Souhait de traitement symptomatique de la toux et du rhume..... | <u>53</u> |
| <i>a</i> Avant information..... | <u>53</u> |
| <i>b</i> Après information..... | <u>54</u> |
| 5 Traitement antibiotique..... | <u>54</u> |
| <i>A</i> Classe socioprofessionnelle..... | <u>54</u> |
| <i>B</i> Autres déterminants de la prescription antibiotique..... | <u>55</u> |
| <i>C</i> Avant information..... | <u>55</u> |
| <i>D</i> Après information..... | <u>55</u> |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 6 | Connaissance du rhume..... | 55 |
| | <i>A</i> Niveau de connaissance des parents..... | 55 |
| | <i>B</i> Bactérie ou virus?..... | 56 |
| | <i>C</i> Coup de froid?..... | 56 |
| | <i>D</i> Bénignité..... | 57 |
| 7 | Traitement et conseils pour la fièvre..... | 57 |
| 8 | Règles hygiéno-diététiques..... | 57 |
| 9 | Sources d'information | 58 |
| VI | Discussion..... | 59 |
| 1 | L'avis des médecins..... | 59 |
| | <i>A</i> Connaissances..... | 59 |
| | <i>B</i> Déterminants de la prescription..... | 59 |
| | <i>a</i> Demande de traitements par les patients..... | 59 |
| | <i>b</i> Opinion des médecins sur le désir de traitement des patients..... | 60 |
| | <i>c</i> Mode de communication..... | 60 |
| 2 | Les outils pour moins prescrire..... | 61 |
| | <i>A</i> Expliciter les attentes..... | 61 |
| | <i>B</i> « No problem commentary »..... | 61 |
| | <i>C</i> L'empathie..... | 62 |
| | <i>D</i> Temps de consultation..... | 62 |
| | <i>E</i> La répétition..... | 62 |
| | <i>F</i> La remise d'une feuille d'information..... | 62 |
| | <i>G</i> L'information par le médecin..... | 63 |
| 3 | Médicament et société..... | 63 |
| | <i>A</i> Les antibiotiques..... | 63 |
| | <i>B</i> La prescription, une fatalité française?..... | 64 |
| | <i>C</i> Popularité du médicament..... | 65 |
| | <i>a</i> L'expérience pratique..... | 65 |
| | <i>b</i> La tangibilité..... | 65 |
| | <i>c</i> La xénophilie..... | 66 |
| | <i>d</i> Les échanges symboliques..... | 66 |
| | <i>e</i> L' « empowerment »..... | 66 |
| | <i>D</i> Les « non maladies » et les « non traitements »..... | 66 |
| | <i>E</i> Acquisition du savoir par le patient..... | 67 |
| VII | Conclusion..... | 68 |
| VIII | Documents annexes:..... | 76 |

I Introduction

"I love the doctors- they are dears;
But must they spend such years and years
Investigating such a lot
Of illnesses which no one's got,
When everybody, young and old
Is frantic with the common cold?
And I will eat my only hat
If they know anything of that!" ¹

Ce petit clin d'œil, issu du recueil d'un humoriste anglais, résume assez bien le problème de l'inefficacité des médicaments contre la toux et le rhume. Historiquement, bien des remèdes ont été tentés, ainsi, Pline l'ancien conseillait pour soigner le rhume de se frotter le museau d'une souris contre le nez. Thomas Jefferson conseillait à un ami de baigner ses pieds dans de l'eau froide chaque matin. ² Nous verrons en première partie de ce travail qu'effectivement, l'évaluation récente des thérapeutiques utilisées pour le traitement de la toux et du rhume a montré leur modeste efficacité, en particulier chez les enfants. Elle a également mis en évidence les effets indésirables qu'encourent leurs utilisateurs, et au premier chef de ceux-ci, à nouveau les enfants. S'il peut paraître simple, suite à ces constatations, de décider d'arrêter purement et simplement la prescription de ces spécialités, le retentissement et l'acceptation par les patients de la limitation des prescriptions au lavage nasal au sérum physiologique et au traitement antipyrétique n'ont pas été évalués. La complexité de la relation qui se joue au cours d'une consultation médicale est bien sûr une des clés qui sous-tend la prescription et nous ferons un bref rappel vis à vis de cette relation et des outils pouvant aider à son bon fonctionnement. Notre étude s'attachera donc à déterminer si, au terme d'une rencontre médicale, les parents d'enfants atteints d'une infection virale des voies aériennes supérieures, dûment informés de la balance bénéfice-risque des traitements symptomatiques de la toux et du rhume acceptent l'absence de prescription de ces traitements. Nous étudierons de même les représentations des parents vis à vis de ces infections virales. Pour finir, nous aborderons le thème de la prescription médicamenteuse et de ses déterminants pour essayer d'expliquer le phénomène décrit au cours de cette thèse.

II Définition, état des connaissances

1 Le rhume

Nous emploierons indifféremment au cours de cette thèse les termes suivants: rhume, rhinite, rhinopharyngite, pharyngite et infection virale des voies aériennes supérieures puisqu'il apparaît que ces termes se rapportent au même processus infectieux.

A Physiopathologie

a L'origine virale

Bien que le mot "rhume" puisse faire croire qu'il s'agit d'une maladie avec une seule cause, le rhume est en fait un groupe hétérogène de maladies causées par un grand nombre de virus appartenant à plusieurs familles différentes découverts dans les années 50 et 60: adénovirus, parainfluenza virus, rhinovirus, virus respiratoire syncytial (VRS), enterovirus et coronavirus en plus du virus influenza qui avait été découvert plus tôt. Mais ces virus n'étaient retrouvés à l'époque que dans 25% des infections.³

Actuellement, on estime que chaque année, les rhinovirus sont en cause dans 30 à 50% de toutes les maladies respiratoires mais au cours du pic saisonnier automnal, ces virus peuvent causer jusqu'à 80% de toutes les infections respiratoires. Plus de 100 sérotypes de rhinovirus ont été identifiés et la prévalence relative de chacun semble varier entre les différentes aires géographiques et les années.

Les coronavirus sont impliqués dans 7 à 18% des infections respiratoires des adultes. Les autres types de virus sont moins fréquents.

Malgré des méthodes sophistiquées de diagnostic, environ 20 à 30% des rhumes restent sans cause virale prouvée probablement du fait des méthodes de recueil.⁴

b La saisonnalité

La survenue des rhumes montre une claire saisonnalité: dans les régions tempérées de l'hémisphère nord, la fréquence des infections respiratoires augmente rapidement en automne, reste assez haute tout au long de l'hiver et diminue à nouveau au printemps.³ Dans les zones tropicales, la plupart des rhumes apparaît à la saison des pluies.⁴

c L'âge de survenue

L'incidence des infections virales des voies aériennes respiratoires est inversement proportionnelle à l'âge. En moyenne, les enfants les plus jeunes ont 6 à 8 rhumes par an et les adultes 2 à 4 rhumes par an.

La fréquence des rhumes augmente avec le nombre d'enfants dans les groupes. Des infections fréquentes dans les âges préscolaires réduiraient la fréquence des rhumes durant les années scolaires. ³

A l'âge de 6 mois, plus de 20% des enfants ont eu une infection à rhinovirus confirmée par culture ou PCR, à l'âge de 2 ans, ils sont 79% et 91% d'entre eux ont des anticorps dirigés contre les rhinovirus. ⁴

Selon l'observatoire de la médecine générale, chaque médecin généraliste du groupe de surveillance a procédé en moyenne à 209.9 consultations en 2009 pour une rhinopharyngite. La rhinopharyngite représentait toujours en 2009 14.4% des motifs de consultation des enfants de moins de 2 ans et un peu plus de 13% des enfants de 2 à 9 ans. ⁵

d Le sexe

Durant les premières années de vie, les garçons semblent avoir plus d'infections respiratoires hautes que les filles mais la différence s'inverse en grandissant. ⁴

e Le mode de contagion

Les 3 mécanismes de transmission des virus sont principalement:

- Le contact des mains avec des sécrétions contenant le virus, directement sur la personne infectée ou indirectement sur une surface contaminée,
- L'inhalation de petites particules en suspension dans l'air
- L'inhalation de plus grosses particules éjectées directement par une personne infectée. ⁴

La transmission peut ainsi se faire par inhalation de gouttelettes contenant les virus, projetées dans l'air ambiant lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou parle. ⁶

f L'influence de facteurs génétiques

Des facteurs génétiques peuvent aussi entrer en jeu et une susceptibilité individuelle aux infections respiratoires peut exister mais les mécanismes potentiels restent inconnus.⁴

B Symptomatology

a L'incubation

Selon le Lancet, les symptômes du rhume apparaissent après une période d'incubation qui peut varier considérablement entre les différents virus. Dans les infections expérimentales par rhinovirus, les symptômes apparaissent environ 10 à 12 heures après l'inoculation; l'incubation pour la grippe va de 1 à 7 jours après l'inoculation.⁴

De manière moins détaillée, d'autres sources nous disent que les manifestations cliniques commencent en général dans les trois jours après contamination.³

b La durée des symptômes

Généralement la sévérité des symptômes augmente rapidement, avec un pic à environ 2-3 jours du début et une décroissance ultérieure. La durée moyenne du rhume est de 7 à 10 jours mais parfois des patients peuvent avoir des symptômes à plus de 3 semaines.⁴

Les symptômes, variables d'un jour à l'autre, s'amendent en général sans complication en 7 à 14 jours. La plupart des personnes guérissent en une semaine.⁶

Cependant, la toux peut persister parfois 2 à 3 semaines voire plus, même après la disparition des autres signes d'infection virale.^{7 3}

c Les symptômes

Les infections à rhinovirus commencent typiquement avec un mal de gorge , rapidement accompagné d'écoulement nasal, de la sensation de nez bouché et de toux. Le mal de gorge disparaît rapidement alors que la rhinorrhée devient épaisse et purulente, ce qui n'est pas associé à une contamination bactérienne. La fièvre est peu fréquente chez les adultes mais assez courante chez les enfants. D'autres symptômes tels que des céphalées, des malaises, une asthénie voire des myalgies peuvent être observés.⁴

L'apparition d'un écoulement nasal épais, purulent, croûteux n'est pas une

aggravation mais l'évolution normale d'un rhume, dès lors que cette phase ne dure que quelques jours. ^{6 3}

La toux est une expulsion forcée et bruyante d'air à travers la glotte rétrécie. Il s'agit soit d'un mouvement volontaire, soit d'un réflexe en réaction le plus souvent à une irritation du larynx, de la trachée ou des bronches.

Une toux dite grasse signale la présence de sécrétions muqueuses ou mucopurulentes sur le trajet de l'air expiré, sans présager de l'origine exacte de ces sécrétions.

La toux est dite productive lorsqu'après avoir toussé le patient crache ou avale des sécrétions muqueuses.

La toux est dite sèche en l'absence de sensations de sécrétions sur le trajet de l'air expiré. Une cause très fréquente de toux est l'irritation liée à un écoulement muqueux ou mucopurulent, souvent en réaction à une infection virale, telle qu'un rhume, une pharyngite, une trachéite, etc. ⁸

Le rhume correspond à une inflammation de la muqueuse nasale. Il se traduit par une congestion qui rend la respiration nasale difficile voir impossible, des éternuements, de la toux et un mal de gorge. Il s'accompagne parfois d'enrouement, de mal de tête, de sensation de fatigue et d'une fièvre généralement inférieure à 38,5. Après quelques jours, les sécrétions s'épaississent, deviennent plus colorées puis sèchent. ³

d Les complications

Une otite moyenne aiguë congestive est fréquente au cours d'une rhinopharyngite. D'origine virale, elle n'est pas une indication à l'antibiothérapie.

Les complications sont surtout bactériennes chez l'enfant, elles sont le plus souvent bénignes et aucune étude n'a démontré qu'elles étaient prévenues par les antibiotiques.

L'otite moyenne aiguë purulente est la complication bactérienne la plus fréquente (7 à 30% des cas) surtout entre 6 mois et deux ans

Les sinusites aiguës ou subaiguës purulentes surviennent dans 0,5 à 1% des cas. Deux entités sont à distinguer: l'ethmoïdite aiguë extériorisée, affection rare et grave et la sinusite maxillaire purulente, plus fréquente mais le plus souvent bénigne qui survient essentiellement chez l'enfant plus grand.

Les conjonctivites purulentes du nourrisson doivent faire rechercher une OMA purulente à *Haemophilus influenzae* d'autant qu'il s'agit le plus souvent d'otites peu fébriles et peu douloureuses.

Plus rarement, des convulsions fébriles ou exceptionnellement une hyperthermie maligne sont liées à la fièvre.

Une bronchiolite aiguë, une pneumonie communautaire, une laryngite aiguë

dyspnéïsante, une coqueluche, un asthme, un corps étranger inhalé, un trouble de la déglutition, une éventuelle décompensation de cardiopathie ou d'insuffisance cardiaque peuvent être cause de toux et diagnostics différentiels du rhume. ³

e *Quand consulter?*

Un rhume banal ne justifie pas à lui seul un examen médical. Les éléments devant amener à consulter sont une fièvre intense ou persistant plus de 3 jours, une gêne respiratoire, des pleurs difficiles à calmer, des difficultés à s'alimenter ^{6 9}, des douleurs ou un écoulement de l'oreille, des douleurs au niveau des yeux, du front et des joues ¹⁰, des diarrhées, des vomissements, une éruption. ⁹

2 *Les médicaments de la toux et du rhume*

A Définition

Les médicaments de la toux et du rhume correspondent à la classe R05 de la classification ATC (anatomique, thérapeutique, chimique) détaillée dans le tableau ci-après. ^{11 12}

Certaines spécialités appartenant à la classe R01 (préparations nasales) et R02 (préparations pour la gorge) sont aussi parfois utilisées comme traitement symptomatique du rhume. A noter que l'hélicidine n'est pas répertoriée dans ce classement (classe Z).

Certains antihistaminiques (classe R06) sont de même utilisés comme antitussifs.

| | | | |
|--|---|--|---|
| R05 Médicaments du rhume et de la toux ¹³ | R05C Expectorants sauf associés aux antitussifs | R05CA Expectorants | creosote, guaifenesine ipecacuanha, polygala iodure de potassium, sulfogaiacol |
| | | R05CB mucolytiques | Acétylcysteine, bromhexine Carbocisteine, eprazinone , mesna, Ambroxol, sobrerol, domiodol, letosteine, stepronine, tiopronine, dornase alfa, neltenexine, erdosteine, mannitol |
| | R05D antitussifs sauf associés aux expectorants | R05DA Alcaloïdes de l'opium et dérivés | ethylmorphine, hydrocodone, codéine, alcaloïdes de l'opium avec morphine, norméthadone, noscapine, pholcodine, dextrometorphane, thebacon, dimemorfan, acetyldihydrocodéine |
| | | R05DB Autres antitussifs | Benzonatate, benproperine, clobutinol, isoaminile, pentoxyverine, oxolamine, oxeladine, clofedanol, pipazetate, bibensonium, butamirate, fedilate, zipeprol, dibunate, droxypropine, prenoxdiazine, dropropizine, cloperastine, meprotixol, piperidione, tipegidine morclofone, nepinalone, levodropropizine, dimethoxanate |
| | R05F antitussifs et expectorants en association* | | |
| | R05X autres médicaments du rhume* | | |

* non détaillé

B Utilisation

Les médicaments de la toux et du rhume sont largement utilisés: ainsi, dans une étude réalisée en 1991 auprès de 8145 mères d'enfants de 3 ans aux États Unis, il ressortait que plus de la moitié des enfants de 3 ans (53.7%) avait reçu des médicaments sans ordonnance dans les 30 jours précédents. ¹⁴

Dans une étude téléphonique, toujours aux États Unis, sur les 4267 enfants inclus, 439 avaient utilisé un médicament symptomatique de la toux ou du rhume dans la semaine précédente. Ce qui fait une prévalence de 10.1% pour les patients interrogés. Parmi ces enfants, 4.1% avaient été exposés aux antitussifs et surtout au dextrometorphane, 6.3% aux décongestionnants avec principalement la pseudoéphédrine, 1.5% aux expectorants et 6.3% à différents antihistaminiques de première génération. Sur les 489 produits utilisés par les 439 cas étudiés, 175 avaient utilisé des médicaments avec un seul ingrédient et 314 plusieurs.

Les enfants les plus exposés aux traitements antitussifs, décongestionnants et antihistaminiques étaient ceux de 2 à 5 ans, suivi de ceux de moins de 2 ans. Les auteurs pointaient le risque d'utilisation de mêmes substances contenues dans des médicaments aux noms différents. ¹⁵

Toujours aux États Unis, sur 1265 parents interrogés dans une autre étude, 44% déclaraient utiliser habituellement des médicaments sans ordonnance pour la toux et le rhume chez leurs enfants (18% pour les moins de 2 ans, 53% de 2 à 11 ans) 74% des parents déclaraient avoir ces produits à la maison. ¹⁶

En France, les médecins semblent persister dans la prescription de médicaments antitussifs sans qu'il soit aisé d'en comprendre les raisons, ainsi, en mars 2006, la commission de transparence a réévalué le service médical rendu des spécialités dites mucolytiques et des expectorants entraînant l'annulation de leur remboursement par la solidarité nationale. Une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) évaluait l'impact de ces déremboursements sur la prescription des médecins. Les prescriptions d'un échantillon de médecins ont été analysées un an après et un an avant le déremboursement. Le déremboursement a entraîné une baisse de moitié des prescriptions de mucolytiques dans les cas de bronchites aiguës ou chroniques, d'affections chroniques des voies respiratoires supérieures, d'otites, d'asthme, de grippe, de toux et d'affections aiguës des voies respiratoires supérieures. Après le déremboursement, on notait une augmentation des prescriptions pour de nombreuses classes thérapeutiques: les prescriptions d'antitussifs et de bronchodilatateurs augmentaient pour les bronchites, la toux et la grippe, celles d'analgésiques antipyrétiques pour tous les diagnostics, celles des antibiotiques pour les affections aiguës des voies respiratoires supérieures et pour la toux; celles des corticoïdes pour tous les diagnostics sauf la toux. Ces reports paraissaient dénués de fondement scientifique selon les auteurs du rapport. On ne note pas de diminution du coût total moyen de l'ordonnance. ¹⁷

Parmi les 20 classes thérapeutiques les plus prescrites, La "rhinologie par voie locale" occupait 3,3% des prescriptions des médecins généralistes, les "antitussifs" 2,1% et les "décongestionnants anti-infectieux du pharynx" 1,8%.¹⁸

C Coût

Le coût de ces infections virales des voies aériennes supérieures est élevé dans les pays développés.

Chaque année aux États-Unis, environ 25 millions de personnes consultent leur médecin de famille pour une virose des voies aériennes supérieures non compliquée et il en résulte 20 millions de journées d'absence au travail et 22 millions de journées d'absence scolaire.⁴

Les infections virales des voies aériennes supérieures ont représenté aux États-Unis en 2003 un coût direct et indirect de 25 milliards de dollars.¹⁹

Selon le magazine Thorax, le coût annuel de la toux aiguë au Royaume-Uni est estimée à au moins 979 millions de livres. Ceci comprend 875 millions de perte de productivité et 104 millions de soins et d'achats de traitements en vente libre.²⁰

En France, selon les données de l'afssaps (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), les médicaments du rhume et de la toux (classe ATC R05) ont représenté un chiffre d'affaire de 152 millions d'euros en 2007, les préparations pour la gorge (classe ATC R02) 98 millions d'euros et les préparations nasales (classe ATC R01) 224 millions d'euros. On observe depuis une dizaine d'années une nette baisse des ventes puisque les pharmacies sont passées de 124 millions d'unités vendues en 1997 à 74 millions d'unités en 2007.²¹

D Efficacité

Chez les enfants, les essais cliniques ont montré une efficacité similaire à celle du placebo pour les préparations orales contre la toux contenant un antitussif, un antihistaminique H1, un décongestionnant ou un broncho-dilatateur seul ou non.²²

En 2001, les archives de pédiatrie nous disaient que deux travaux récents contre placebo ne montraient aucune efficacité des médicaments symptomatiques sur la réduction de la toux associée ou non à une infection des voies aériennes supérieures.

²³

Les recommandations de l'afssaps aux patients nous disent que les traitements disponibles agissent uniquement sur l'intensité des symptômes, ils n'ont pas d'action sur la durée du rhume.¹⁰

En 2008, le Journal of Pediatric Health Care revenait sur les traitements de la toux et du rhume chez les enfants. Ses conclusions concernant les antihistaminiques étaient

qu'ils n'avaient aucun rôle dans le traitement du rhume. Les fluidifiants bronchiques et expectorants avaient selon eux échoué à montrer une efficacité dans le traitement de la toux. Leur conclusion était que les preuves manquaient pour affirmer leur efficacité chez les enfants. ²⁴

La revue Prescrire nous fait part de leur inutilité depuis des années, d'après ses publications, pour une toux sans gravité, qui ne justifie pas d'examen clinique, aucun médicament n'a une balance bénéfices-risques favorable. ⁸

La revue Thorax, dans ses recommandations pour la prise en charge de la toux chez les adultes, nous dit qu'« il y a peu de preuves d'un effet pharmacologique spécifique des médicaments contre la toux en libre accès » et qu'« il n'y a pas de traitement efficace de la toux avec un rapport bénéfice risque acceptable ». Les toux aiguës virales sont quasiment invariablement bénignes et prescrire un traitement peut être considéré comme inutile. ²⁰

Selon la revue du praticien, l'utilisation de médicaments antitussifs est limitée aux toux irritatives aiguës, non productives, asthéniantes ou perturbant le sommeil de l'enfant (broncho-pneumopathie virale, coqueluche...). Le traitement antitussif est un traitement symptomatique et doit toujours être de courte durée. ²⁵ Ces traitements ont donc une place tout à fait limitée.

Dans le New England Journal of Medicine, en 2000, il est dit qu'il n'y a qu'une place limitée pour les traitements de la toux non spécifiques. ²⁶

Une méta analyse réalisée en 2002 regroupait les essais en lien avec les traitements de la toux chez les adultes. Elle distinguait les essais vis à vis des antitussifs, des expectorants et des mucolytiques, des associations d'antihistaminiques et de décongestionnants, et d'autres associations. Tous les essais étudiés étaient de très faible niveau de preuve (effectif pauvre, absence de double aveugle,...). Les conclusions des auteurs étaient donc qu'ils ne pouvaient pas recommander les traitements contre la toux car, même s'ils sont généralement bien tolérés, ils mènent à des achats inutiles. ²⁷

La FDA a conduit une analyse de 11 essais cliniques de médicaments de la toux et du rhume, recensés chez des enfants, impliquant des médicaments divers à base d'antihistaminiques, de décongestionnants vasoconstricteurs, d'antitussifs. Il n'est pas apparu d'efficacité au-delà de l'effet placebo. ²⁸

Une méta analyse récente du groupe Cochrane a retenu 26 essais cliniques incluant en tout 4037 patients dont 3421 adultes et 616 enfants. Cette méta analyse étudiait l'efficacité des médicaments antitussifs, des expectorants, des mucolytiques, des antihistaminiques et des associations décongestionnantes. En conclusion de leur article, les auteurs mettaient en avant le faible nombre de patients inclus dans chaque groupe. 11 sur les 26 essais concluaient à un effet positif des médicaments contre le rhume et la toux alors que 15 concluaient à l'absence de supériorité vis à vis du placebo. 8 des 11 études soutenues par des laboratoires pharmaceutiques montraient un effet bénéfique des médicaments en question alors que 3 études seulement sur 15

sans conflit d'intérêt en montraient un. Cette revue systématique de la littérature confirmait le manque de preuves pour ou contre l'efficacité de ces préparations.²⁹

Selon une méta analyse Cochrane, englobant 9 essais avec au total 37 comparaisons et 1064 patients, les anti inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas réduit les symptômes du rhume et de la toux en dehors de leur effet antalgique pour les céphalées, les douleurs musculaires et articulaires et les otalgies.³⁰

E Effets indésirables

Selon le Journal of Pediatric Health Care les experts ont des doutes quant à l'innocuité des médicaments pour la toux et le rhume chez les enfant de moins de 6 ans.²⁴

Aux États-Unis, chaque année, on estime à 7091 le nombre de passages d'enfants de moins de 12 ans aux urgences pour des effets indésirables suite à l'ingestion de médicaments pour la toux ou le rhume; soit 5,7% des consultations aux urgences pour tous les médicaments de ce groupe d'âge. Soixante-six pour cent des cas viennent d'ingestions non supervisées et la plupart touchent des enfants de 2 à 5 ans (77%).³¹

L'afssaps a publié une enquête relative aux effets indésirables des décongestionnants de la sphère ORL. Cette enquête a pu mettre en évidence 296 effets indésirables cardiovasculaires et 47 effets indésirables neurologiques centraux sur 20 ans liés aux sympathomimétiques décongestionnants de la sphère ORL.³²

Chez les jeunes enfants, les médicaments conçus pour l'inhalation, la pulvérisation ou l'application nasale de mélanges contenant du camphre, du menthol, ou d'autres dérivés terpéniques exposent à un risque de convulsions.⁶ Chez un nourrisson, mieux vaut bannir les solutions nasales en spray, du fait du risque de fausse route et d'arrêt cardiorespiratoire réflexe.⁶

En ce qui concerne les médicaments dénommés « fluidifiants bronchiques » chez les enfants, une revue de la littérature disponible en 2002 notait que l'efficacité de l'acétylcystéine et de la carbocystéine dans les infections respiratoires aiguës du nourrisson n'avait jamais été démontrée. Il existe des arguments suggérant une mauvaise tolérance (engorgement bronchique paradoxal) dans cette classe d'âge et notamment chez les nourrissons de moins d'un an.³³

Des notifications de réactions allergiques, d'aggravation de troubles respiratoires et même des observations de mort subite du nourrisson ont été mises en évidence suite à l'utilisation de médicaments mucolytiques.^{20 34}

Une enquête de pharmacovigilance menée par l'afssaps a répertorié 64 notifications de réactions allergiques ou pseudoallergiques notamment cutanées avec l'acétylcystéine, la carbocistéine, l'hélicidine et le méglumine benzoate. 70

notifications d'aggravation de troubles respiratoires ont concerné l'acétylcystéine, la carbocistéine, l'hélicidine et le méglumine benzoate. Six observations de mort subite ont été rapportées avec la carbocistéine, l'acétylcystéine et l'hélicidine. ³⁵

Selon la revue Prescrire, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont des effets indésirables plus fréquents et plus graves que le paracétamol. De plus dans un contexte infectieux, les quelques aggravations d'infections signalées avec un AINS sont une raison forte pour éviter autant que possible leur utilisation. Le recours à un AINS en cas de mal de gorge est rarement justifié. ³⁶

Le risque paraît grand quand les médicaments ne sont pas utilisés de manière conforme à leur indication; ainsi, en France en 2005, la caisse d'assurance maladie du régime général du département de l'Aude a publié les résultats d'une étude à partir des demandes de remboursement de médicaments qui lui ont été présentées entre le premier janvier et le 31 décembre 2001. L'étude portait sur les médicaments prescrits aux 41272 enfants et adolescents âgés au plus de 15 ans. Les auteurs ont recensé 4316 enfants exposés à des prescriptions non conformes dont 1282 concernaient des décongestionnants nasaux, 1031 concernaient des AINS dont le choix était inadapté à l'âge de l'enfant. Ces prescriptions exposaient les enfants à des troubles graves alors que les maladies traitées étaient bénignes. ³⁷

F Recommandations de diverses institutions

Selon une publication de recommandations de bonnes pratiques de la Société Scientifique belge de Médecine Générale, « l'efficacité de ces médicaments [antitussifs] est [...] loin d'être évidente. Les mucolytiques, les antihistaminiques, les combinaisons d'antihistaminiques et de décongestionnants, et autres combinaisons de médicaments sont déconseillés pour le traitement symptomatique de la toux ». ³⁸

Selon le National Health Service au Royaume Uni, les médicaments suivants ne doivent plus être utilisés chez les enfants de moins de 6 ans: les antitussifs (dextrometorphane et pholcodine), les expectorants (guaifenesine et ipecacuanha), les décongestionnants nasaux (ephedrine, oxymetazoline, phenylephrine, pseudoephedrine et xylometazoline), les antihistaminiques (brompheniramine, chlorphenamine, diphenhydramine, doxylamine, prométhazine et triprolidine). ³⁹

Le 29 avril 2010, l'afssaps publiait une lettre d'information aux professionnels de santé informant qu'il n'y a pas lieu de prescrire d'antitussifs chez le nourrisson. Son directeur expliquait qu'aucune spécialité utilisée dans la toux chez le nourrisson n'avait démontré qu'elle diminuait la durée et l'intensité des épisodes de toux; de plus, ces spécialités présentaient dans certains cas des effets indésirables. Les mucolytiques, les mucofluidifiants et l'hélicidine étaient contre-indiqués chez le nourrisson suite à la notification de cas d'encombrement des voies aériennes et

d'aggravation de bronchiolite aiguë du nourrisson. ⁴⁰

L'afssaps a par la suite réévalué les médicaments indiqués dans la prise en charge de la toux et des troubles de la sécrétion bronchique chez le nourrisson, et en particulier les spécialités antihistaminiques H1 de première génération utilisées dans le traitement de la toux et regroupant des phénothiazines (prométhazine, alimémazine et oxoméazine), la chlorphéniramine, le pimétixène et le fenspiride. Leur efficacité et les effets indésirables observés chez l'enfant et le nourrisson ont été longtemps considérés comme identiques à ceux de l'adulte. Compte tenu des données évaluées tant au plan de l'efficacité qu'au plan de la pharmacovigilance la commission d'autorisation de mise sur le marché a estimé que le rapport bénéfice risque des antihistaminiques H1 de première génération dans le traitement de la toux était défavorable chez le nourrisson, ces produits n'ayant pas clairement fait la preuve de leur efficacité. De plus ces médicaments ont été associés dans certains cas à des complications neuropsychiatriques ou des dépressions respiratoires lors de leur utilisation chez les enfants.

Aux États unis, au Royaume-Uni et dans plusieurs autres pays européens, la réévaluation des spécialités sédatives antihistaminiques H1 utilisées dans le traitement de la toux a abouti à leur contre indication chez le nourrisson. ⁹

Au Canada cette contre-indication a été élargie aux enfants de moins de 6 ans. ⁴¹

G Autres traitements

De manière plus anecdotiques, diverses autres médications ont été évaluées pour le traitement de la toux et du rhume:

Les **herbes chinoises**: 17 études englobant 3212 patients ont été analysées par le réseau Cochrane, l'analyse de l'efficacité de ces traitements était très difficile du fait de la disparité des produits utilisés, des nombreux biais présents dans les études. Il n'a donc pas été possible de conclure à une efficacité des herbes chinoises dans le traitement du rhume. ⁴²

Une plante nord-américaine: **l'Echinacea**: Une méta analyse Cochrane englobant 16 études n'a pas montré d'efficacité au delà de l'effet placebo de l'Echinacea en prévention du rhume. En revanche, en traitement précoce du rhume et en utilisant la partie aérienne de la plante Echinacea purpurea, une tendance à une efficacité supérieure à celle du placebo a été notée. ⁴³

L'ail: une méta analyse Cochrane a étudié l'effet de l'ail en prévention et en traitement du rhume. Un seul essai méthodologiquement acceptable a été répertorié. Cet essai incluait 146 volontaires suivis pendant 12 semaines répartis en un groupe "ail" et un groupe "placebo". Dans le groupe "ail", on a noté la survenue de 24 rhumes contre 65 dans le groupe "placebo". Soit 111 journées de maladie contre 366. Cependant, une fois le rhume déclaré, la durée de celui-ci a été identique dans les deux groupes. ⁴⁴

Le **bromure d'ipratropium**: dans une méta analyse Cochrane, 7 essais englobant 2144 participants ont été inclus. Il a semblé que le bromure d'ipratropium par voie nasale réduisait la rhinorrhée ressentie de manière subjective dans 4 essais. Le bromure d'ipratropium n'avait pas d'effets sur les autres symptômes du rhume et peu d'effets secondaires. ⁴⁵

La **vitamine C**: une méta analyse a conclu après analyse de 29 essais englobant 11306 patients que l'usage de la vitamine C n'avait pas d'effet préventif sur la survenue de rhume dans la population générale. Il a été noté un petit effet positif chez les marathoniens, les skieurs et les soldats en situation subarctique. ⁴⁶

Le **zinc**: une méta analyse a regroupé 13 essais thérapeutiques (966 participants) et 2 essais préventifs (394 participants) comparant le zinc au placebo pour le traitement ou la prévention du rhume. Il a été montré de manière statistiquement significative que le zinc réduisait la durée et la sévérité du rhume quand pris de manière thérapeutique. Pris pendant au moins 5 mois, il réduisait le nombre de traitements antibiotiques, de jours d'absence scolaire et le nombre de rhumes chez les enfants. ⁴⁷

3 Les règles hygiéno-diététiques

A Pour limiter la contagion

Mieux vaut avoir une hygiène optimale du visage et des mains, par un lavage fréquent à l'eau et au savon, y compris et surtout avant de s'occuper d'un nourrisson. Le lavage régulier des mains est une mesure de prévention de la diffusion d'un rhume.

Mieux vaut éviter d'exposer les autres personnes aux projections d'un éternuement ou d'une quinte de toux; mieux vaut se moucher souvent avec des mouchoirs jetables, jeter ses mouchoirs dans une poubelle, mettre sa main devant sa bouche, s'isoler pour tousser ou éternuer; se couvrir la bouche voire porter un masque, aérer régulièrement les pièces. ^{6 10 48}

B Mesures générales

Éviter la fumée de tabac, irritante en elle-même. Ne pas fumer au domicile, même en dehors de la pièce dans laquelle dort l'enfant. ^{6 10 7 9}

Dormir la tête surélevée, protéger au besoin la peau de la lèvre supérieure et des narines par une crème, éviter les climatiseurs.¹⁰

Le citron ²⁰, des confiseries aident souvent à soulager temporairement la toux. Ils ont l'avantage d'avoir peu d'effets indésirables, hormis favoriser les caries dentaires et, chez les patients diabétiques, l'hyperglycémie passagère. ^{7 8 36}

Une revue de la littérature menée par le réseau Cochrane au sujet de l'efficacité du miel dans la toux aiguë des enfants n'a retrouvé qu'une étude à inclure englobant 108 participants et comparant un traitement par miel, par dextrometorphane et sans traitement. L'âge moyen des enfants était de 5.22 années. Le miel a été significativement plus efficace que l'absence de traitement, le miel n'a pas été plus efficace que le dextrometorphane, et le dextrometorphane n'a pas été statistiquement plus efficace que l'absence de traitement. ⁴⁹

Cependant, il convient d'éviter le miel chez le nourrisson de moins de 1 an car des cas de botulisme suite à l'ingestion de miel ont été rapportés. ⁵⁰

Maintenir une atmosphère fraîche (19-20 degrés) dans la chambre. ⁹

L'humidification de l'air est une mesure parfois préconisée dans des lieux particulièrement secs. ⁷

Une méta analyse Cochrane a évalué l'efficacité des inhalations d'air chauffé et humidifié. Sur 6 essais (394 participants), 3 étaient en faveur d'une certaine efficacité symptomatique des inhalations bien que les résultats ne soient pas significatifs statistiquement. Peu d'effets secondaires ont été notés. ⁵¹

C Lavage des fosses nasales au sérum physiologique

Procéder au lavage du nez au sérum physiologique ou une autre solution saline plusieurs fois par jour semble avoir un effet positif sur les symptômes. ^{10 9}

Une méta-analyse Cochrane concluait à la possibilité d'un bénéfice du lavage nasal au sérum physiologique pour le traitement du rhume malgré le peu d'études menées du fait de la difficulté de trouver un comparatif au sérum physiologique. Ce traitement paraissait acceptable selon les auteurs du fait du peu d'effets indésirables. La méta-analyse mettait en exergue une diminution des arrêts de travail avec ce traitement et une tendance à la diminution de la consommation de traitements antibiotiques. ⁵²

4 La relation médecin-malade et la prise de décision médicale

Afin de définir les modalités de notre étude, nous avons été amenés à réfléchir à la relation médecin-malade dans le but d'intégrer au mieux la réalisation de notre

questionnaire au cours de la consultation.

A Contexte historique et sociologique

Cette relation a subi une évolution majeure au cours de l'histoire: ⁵³
Au temps d'Hippocrate: elle se définissait comme la rencontre entre deux personnes: rencontre « d'une confiance et d'une conscience ». Le médecin détenait le savoir et le pouvoir et recevait en retour reconnaissance et respect.
Aujourd'hui nous sommes passés de ce lointain modèle paternaliste vers un modèle nouveau d'autonomie. Dans la relation médecin malade actuelle devenue contractuelle, le patient est devenu un partenaire actif de la relation.

De même, la notion de santé a suivi une forte évolution au cours du temps. Selon l'OMS, la santé est « non seulement l'absence de maladie mais aussi un état complet de bien-être physique, mental et social ». Parfois la demande de santé devient la quête d'un mieux être à travers la demande d'un corps quasi parfait. On pourrait parler de « médecine du désir ». Certains ressentis, considérés comme mineurs hier, sont aujourd'hui des motifs de consultations relativement fréquents alors qu'ils étaient inenvisageables auparavant.

Les anglais font la différence entre to cure (guérir, soigner) : le soin de la maladie, to care (compatir, prendre soin) : le soin apporté au patient, disease (maladie au sens d'altérations biologiques), illness (maladie au sens du vécu subjectif) et sickness (maladie dans son processus de socialisation).

Comment définir les personnes qui consultent le médecin ? Des malades, des patients, des clients, des usagers du système de soins et pourquoi pas, des consommateurs.

En médecine générale, le « malade » n'est plus toujours un « malade » et sa demande n'est pas nécessairement la guérison.

C'est grâce à ces réflexions que nous en sommes venus à nous interroger sur la véritable demande des parents consultant pour un rhume avec leurs enfants.

Comment, en maintenant une bonne relation peut-on promouvoir le changement d'habitudes de consommation de médicaments?

B Quels moyens pour une relation optimale?

Dix des 24 médecins interrogés dans une étude anglaise décrivaient l'efficacité en médecine générale comme la possibilité d'augmenter le niveau de connaissance des patients afin que ceux-ci soient à même de prendre la décision ayant trait à leur santé ⁵⁴. C'est dans cette optique que nous avons élaboré l'enquête qui suit.

L'amélioration de la relation médecin-malade passe, selon Jacques Auger, par établir un rapport satisfaisant avec le patient, par la synchronisation: agir corporellement et dans son discours en miroir du patient, par une compréhension partagée du problème (conséquences, solutions tentées et croyances), par promouvoir le changement. ⁵⁵ Il convient donc pour promouvoir le changement d'amener le patient à un niveau de connaissance lui permettant ce changement.

C Partager la décision

Nous ne pouvons plus actuellement passer outre ce concept de décision médicale partagée. En effet, il est généralement admis que la décision médicale partagée se traduit le plus souvent par un effet positif sur les résultats perçus par le patient. La progression générale du niveau d'éducation, l'arrivée de l'internet et l'accès à l'information médicale qui en résulte ainsi qu'un environnement de plus en plus procédurier et consumériste ont contribué ensemble à augmenter le désir des patients de jouer un rôle plus actif dans la prise de décision. ⁵⁶

Elwyn et al. ont proposé, suite à plusieurs focus group de praticiens expérimentés et impliqués dans l'éducation médicale, une séquence possible d'étapes à suivre pour partager la décision avec son patient. Ils insistent plus particulièrement sur certaines attitudes de communication.

- 1) Appréhender le désir ou non du patient de s'impliquer dans la décision, via les messages verbaux et/ou non verbaux.
- 2) Explorer les idées, peurs et attentes que les patients ont de telle ou telle décision, non de façon trop directe (ce qui peut bloquer le patient), mais par des questions subtiles, des silences, une écoute attentive des signes verbaux et non verbaux. Ces deux premières étapes sont proposées avant la description médicale des options afin de bien se centrer sur le patient, sans contaminer son point de vue par l'opinion médicale.
- 3) Décrire les options et mettre en avant « l'équivoque ». Expliquer en quoi cette incertitude du médecin due au savoir limité en médecine est différente de l'incertitude du médecin au savoir personnel limité. C'est pour eux le point clé de la décision partagée.
- 4) Identifier le support d'information préféré du patient et lui fournir une information personnalisée.
- 5) Vérifier le bon déroulement du processus : par des pauses, des vérifications à intervalles réguliers de la bonne compréhension des informations, par la reformulation des pensées, peurs, et attentes des patients. Il semble important d'avoir cette fois-ci un style plus direct, pour bien signifier au patient que c'est son avis qui importe, et non l'avis général des patients de sa catégorie.
- 6) Révérifier le désir d'implication du patient dans la décision, en prêtant attention aux messages verbaux et non verbaux, en utilisant les silences, en « pensant tout haut

».

7) Délibérer ou remettre la décision à plus tard. Ce processus doit pouvoir être perçu par le patient comme ouvert, à la fois dans le temps (rediscuter plus tard) et dans l'espace (il peut en discuter avec ses proches, d'autres spécialistes, etc.). Elwyn et al. recommandent que le médecin donne son opinion personnelle si le patient la lui demande, car il leur semble peu acceptable de priver le patient d'un tel point de repère s'il en éprouve le besoin.

8) Prévoir le suivi : offrir l'opportunité de revenir discuter de la décision. ⁵⁷

D Les outils de la décision médicale partagée

L'université de Cardiff, dans son « laboratoire de décision », a mis au point un outil d'aide à la décision appelé « Option » pour « observing patient involvement ». Les étapes principales de cet outil sont:

- Identifier le problème avec le patient
- Expliquer que plusieurs prises en charge sont possibles.
- Explorer les attentes du patient quant au mode d'information que celui-ci veut recevoir.
- Expliquer la pathologie
- Expliquer des différents choix possibles.
- Expliciter les avantages et les inconvénients de chaque choix.
- Interroger le patient sur ses préférences vis-à-vis des options disponibles.
- Vérifier que le patient a compris l'information.
- Donner l'occasion au patient de poser des questions supplémentaires.
- Explorer la volonté d'engagement dans la décision du patient.
- Prendre une décision avec le patient.
- Expliquer la possibilité de revenir sur cette décision. ^{58 59}

III Population et méthode

L'objectif de cette étude était de déterminer les représentations des parents d'enfants atteints de virose des voies aériennes supérieures (rhume, rhinite, rhinopharyngite, pharyngite) vis à vis de ces infections et vis à vis de l'absence de prescription de médicaments traditionnellement utilisés dans ces situations.

L'étude s'est déroulée du 1er décembre 2010 au 31 mars 2011.

1 Population

Les enfants inclus étaient des enfants âgés de 6 mois à 6 ans consultant le médecin généraliste pour ce qui semblait être de prime abord une infection virale des voies aériennes supérieures (rhume, rhinite, rhinopharyngite, pharyngite). La limite d'âge supérieure a été choisie en accord avec les recommandations exprimées par le National Health Institute ³⁹ et Santé Canada ⁴¹

Cette limite supérieure aux recommandations françaises actuelles nous semblait cohérente vis à vis de la littérature et de l'évolution probable des recommandations. Nous avons choisi de remplir et faire remplir les questionnaires au cours de la consultation pour l'infection virale des voies aériennes supérieures.

Les données recueillies ont été saisies puis analysées à l'aide des logiciels « Epidata » et « Epidata analysis ».

2 Enquêteurs

Le recrutement des parents s'est fait grâce au concours des internes en SASPAS « Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée », sollicités par téléphone et par mail.

Le recrutement des enquêteurs s'est fait comme suit:

- les internes en SASPAS ont tous reçu un mail avec en pièces jointes 3 documents: le questionnaire à remplir, un document expliquant les objectifs de l'étude et des instructions concernant le remplissage du questionnaire, et une fiche d'information à remettre aux patients. (voir pièces annexes)

- les internes ont tous été contactés par téléphone une semaine après l'envoi du mail pour savoir s'ils avaient des questions quant à la démarche aboutissant au remplissage des questionnaires.

- les internes ont été relancés par mail à raison de deux mails par mois environ

pendant les 4 mois qu'a duré l'enquête.

J'ai personnellement rempli des questionnaires en tant que médecin généraliste remplaçant.

3 Dérroulement de la consultation

Les premières questions nous donnaient des renseignements d'ordre général: âge de l'enfant, âge des parents, profession des parents, sexe de l'enfant, nombre d'enfants dans la fratrie.

Il était posé par la suite deux questions ouvertes au parent présent concernant le motif de consultation: de quelle maladie est atteint votre enfant? et qu'est-ce qui vous a poussé à consulter?

S'ensuivait l'examen clinique par lequel l'enquêteur confirmait ou infirmait le diagnostic qu'il avait évoqué plus haut à savoir une infection virale des voies aériennes supérieures.

Si ce diagnostic était confirmé, alors, l'enquêteur continuait le questionnaire en demandant au parent ce qu'il souhaitait comme thérapeutique pour cette pathologie. Des questions fermées lui étaient posées concernant des médicaments symptomatiques, des conseils et un traitement antibiotique. Ces questions intervenaient avant toute explication de la part du médecin concernant les traitements.

Une question ouverte explorait les représentations que se font les parents d'une infection virale.

Ensuite, le médecin délivrait une information orale concernant le rhume et ses traitements avec les messages clés suivants:

- Les infections virales des voies aériennes supérieures (rhinopharyngite, pharyngite, rhinite) sont des affections bénignes.
- Elles provoquent généralement une obstruction nasale et/ou un écoulement du nez, une fièvre et une toux. Elles sont très fréquentes. Elles guérissent habituellement en moins de 10 jours.
- Les médicaments de la toux et du rhume sont au mieux peu efficaces. Ils peuvent s'avérer parfois dangereux.
- Des moyens simples sont possibles pour soulager l'enfant: se moucher, laver le nez au sérum physiologique, donner du paracétamol en cas de douleur ou de fièvre, les bonbons ou les boissons aident à soulager le mal de gorge.

Il remettait une feuille d'information au patient reprenant ces principaux

messages. Cette feuille d'information était issue des recommandations de la revue Prescrire.⁴⁸

L'enquêteur demandait enfin au parent si, après ces explications, il souhaitait que soit prescrit à son enfant un traitement symptomatique de la toux ou du rhume, et si oui pour quelle raison.

Les sources d'information du parent étaient explorées pour finir.

IV Résultats

1 *Nombre de cas*

Cinquante-six entretiens ont été réalisés.
Sur les 18 internes en SASPAS sollicités, 11 ont réalisé des entretiens. En comptant ma participation, la répartition se fait comme suit:

| Enquêteur | Nombres d'entretiens réalisés |
|-----------|-------------------------------|
| A | 3 |
| B | 2 |
| C | 10 |
| D | 4 |
| E | 4 |
| F | 3 |
| G | 4 |
| H | 1 |
| I | 4 |
| J | 10 |
| K | 5 |
| L | 6 |
| Total | 56 |

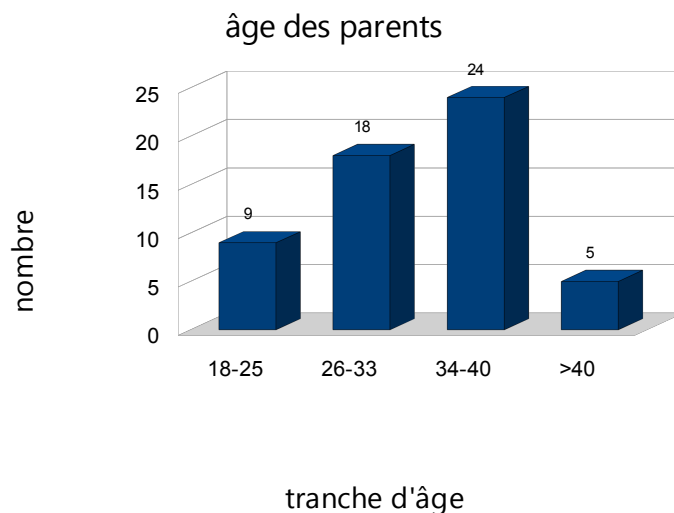
2 *Caractéristiques des parents interrogés*

Pour les caractéristiques des parents, lorsque l'âge des deux parents était indiqué, une moyenne a été calculée.

L'adulte accompagnant était l'un des deux parents dans 54 entretiens, dans un entretien il s'agissait de la tante de l'enfant et dans le dernier du grand frère de l'enfant.

L'accompagnant le plus jeune avait 18 ans, il s'agissait du grand frère de

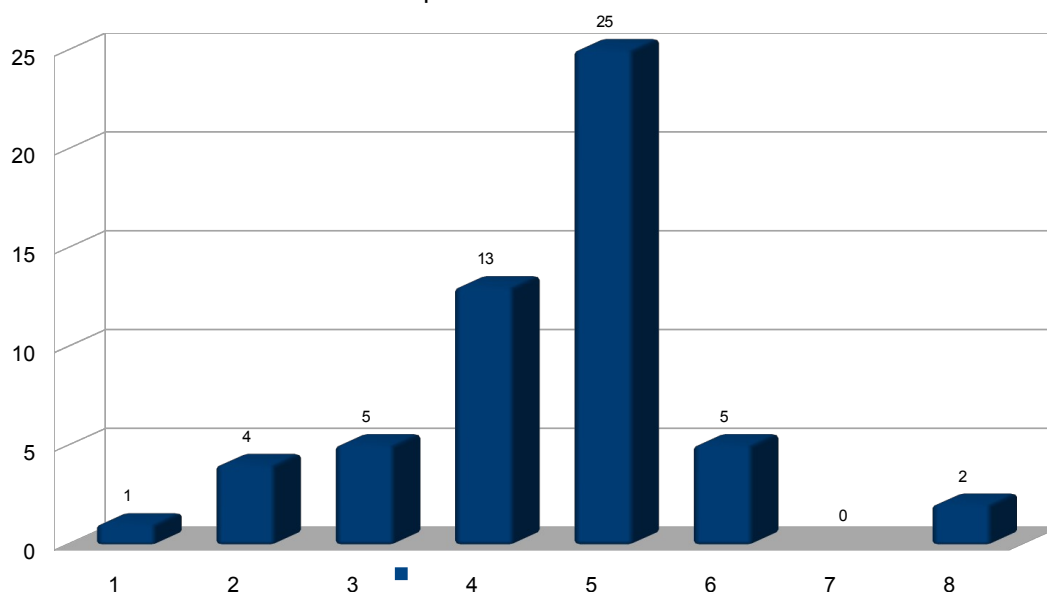
l'enfant. Le parent le plus jeune avait 23 ans, le plus âgé 48 ans. L'âge moyen des accompagnants était de 33,21 années. Leur âge médian était de 34 années.



La répartition des parents dans les différentes catégories socioprofessionnelles selon le classement de l'INSEE ⁶⁰ a été réalisée.

Quarante-trois questionnaires mentionnaient le métier du parent accompagnant, 1 questionnaire n'était pas complété pour cette question et 12 questionnaires mentionnaient le métier des deux parents. Quand le métier des deux parents était mentionné, notre choix a été de comptabiliser chaque métier comme un demi pour obtenir un nombre de résultats de 12 pour les 12 questionnaires concernés.

Répartition des accompagnants dans les différentes classes socioprofessionnelles selon l'INSEE



- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activités professionnelles

3 *Caractéristiques des enfants*

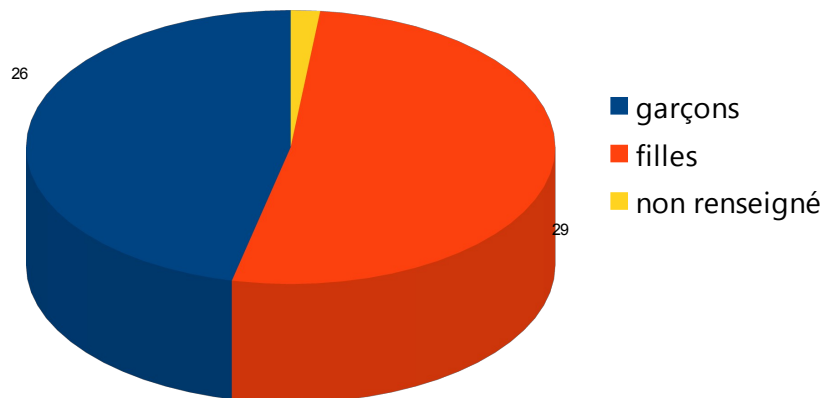
L'enfant le plus jeune ayant consulté avait 6 mois et le plus âgé 5 ans et 11 mois.

L'âge moyen des enfants est de 33.13 mois avec un âge médian à 31 mois.

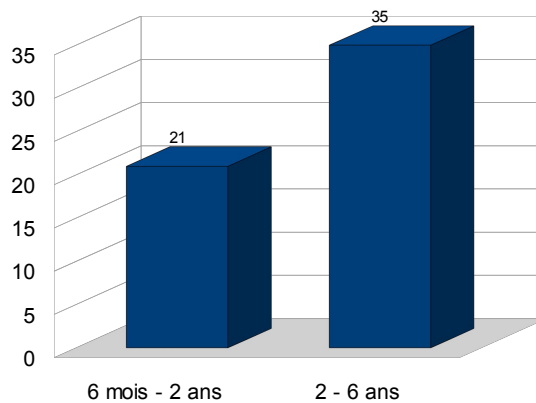
La répartition entre les filles et les garçons était la suivante: 29 filles soit 51,8%, 26 garçons soit 46,4% et un questionnaire où le sexe n'a pas été mentionné.

Le nombre moyen d'enfants dans la fratrie était de 1,98. L'enfant amené en consultation était enfant unique dans 20 cas, d'une fratrie de 2 dans 22 cas, d'une fratrie de 3 dans 10 cas, de 4 dans 3 cas et de 5 dans 1 cas.

Répartition des enfants selon le sexe



Age des enfants



4 Diagnostic évoqué en début de consultation

Les parents étaient interrogés dans la première question sur la nature de la maladie qu'avait contractée leur enfant. Certains ont donné plusieurs réponses ce qui explique que le nombre de résultats dépasse le nombre d'entretiens réalisés:

| Diagnostic évoqué | Nombre de réponses identiques |
|--|-------------------------------|
| « rhino », « rhume », « rhinite », « rhinopharyngite », « pharyngite » | 27 |
| Description des symptômes notés: « nez qui coule et mal à la gorge », « ça tousse, pas d'autre idée », « mal de gorge », « toux », « ne sait pas, a de la fièvre », « toux irritative », | 9 |
| « infection bronchique », « bronchite » | 6 |
| Épisode grippal: « rhinopharyngite? État grippal? », « syndrome grippal », « grippe? Rhino? », « grippe? », « grippe » | 5 |
| Otite | 4 |
| « allergie » | 1 |
| « bronchiolite » | 2 |
| Sinusite | 2 |
| Angine | 2 |
| Conceptions personnelles de la maladie: « petite faiblesse immunitaire, antécédent de rhume de hanche », « a pris un coup de froid » | 2 |
| Trachéite | 1 |
| Conjonctivite | 1 |
| Asthme | 1 |
| « infection pulmonaire » | 1 |
| Laryngite | 1 |
| Ne sait pas | 3 |

Dans 27 cas sur 56, les parents avaient fait le diagnostic de rhinite. La plupart des autres réponses avait trait aux pathologies infectieuses courantes: bronchite, bronchiolite, syndrome grippal, laryngite, trachéite, sinusite, angine, otite, conjonctivite ou pneumopathie; quelques autres évoquaient une bronchiolite, un asthme ou une allergie.

Neuf décrivaient simplement les symptômes observés et 2 faisaient appel à des conceptions que l'on peut qualifier de « traditionnelles »: « coup de froid », « petite faiblesse immunitaire ».

5 **Motifs de consultation**

| | |
|---|--------|
| Toux (dont toux nocturne) | 24 (6) |
| Fièvre | 14 |
| Anxiété vis-à-vis de possibles complications | 8 |
| Durée des symptômes jugée trop longue | 7 |
| Antécédents de l'enfant | 7 |
| Échec du traitement réalisé par la maman (paracétamol, sérum physiologique) | 3 |
| Écoulement nasal | 3 |
| Symptômes identiques dans la famille | 2 |
| Mauvaise nuit | 2 |
| Otalgie | 1 |
| Asthénie | 1 |
| Antécédents familiaux | 1 |
| Désir de traitement | 1 |
| Céphalées | 1 |

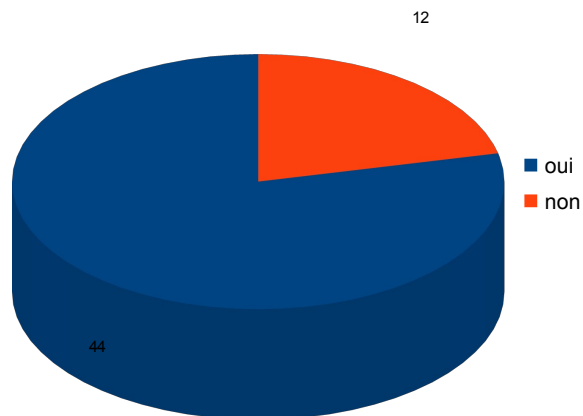
6 **Attente des parents vis-à-vis de la consultation :**

Une fois le diagnostic d'infection virale des voies aériennes supérieures posé et une fois le parent informé de ce diagnostic, on a évalué le désir des parents d'avoir un traitement et des conseils vis à vis de la maladie de leur enfant.

A Souhait de médicament

A la question « désirez vous un médicament ? », les réponses sont les suivantes :

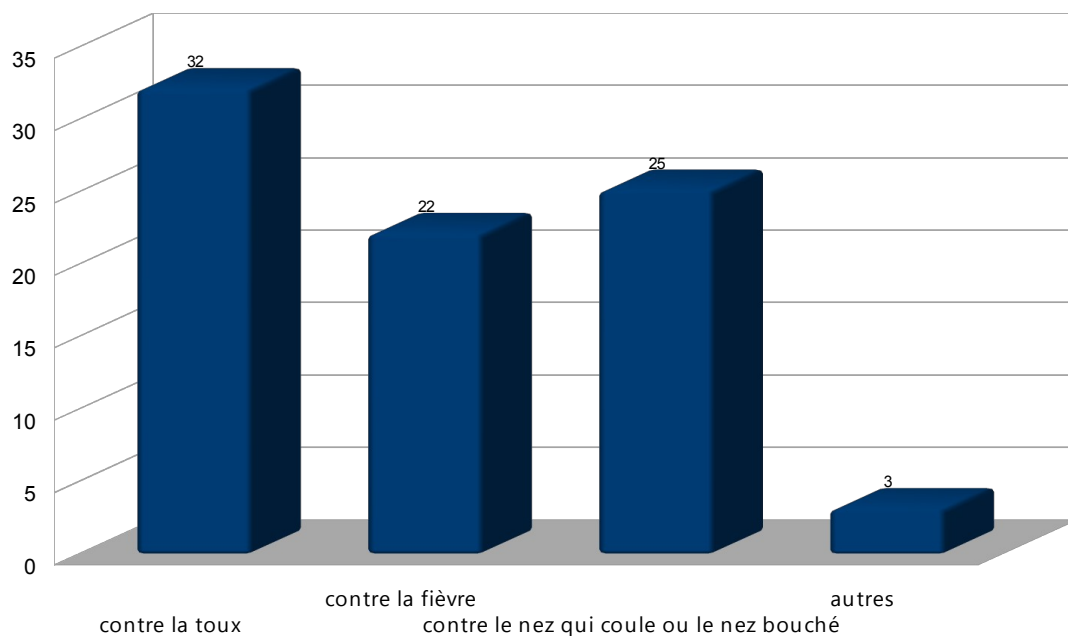
Désirez-vous un médicament?



Douze des personnes accompagnantes ne souhaitaient pas d'emblée avoir de prescription médicamenteuse. Quarante-quatre étaient en attente de médicaments.

En détaillant les types de médication attendus par des questions fermées au sujet des traitements symptomatiques chez les 44 accompagnants souhaitant un traitement on obtient les réponses suivantes :

Pour quel symptôme souhaitez-vous un traitement?



Trois des parents souhaitaient uniquement un traitement contre la fièvre, 11 uniquement un traitement contre la toux, 7 uniquement un traitement pour le nez qui coule ou le nez bouché.

Trois souhaitaient un traitement contre la toux et le nez qui coule ou le nez bouché, 4 souhaitaient un traitement contre la toux et contre la fièvre, 1 un traitement pour la fièvre et le nez qui coule ou le nez bouché.

Quatorze souhaitent les trois traitements.

Un des parents souhaitait uniquement un « spray pour la gorge ».

Dans les deux autres situations où un autre traitement était cité (une fois: vitamine C et une fois non détaillée), il était associé à au moins un traitement des trois autres situations.

B Souhait de conseils

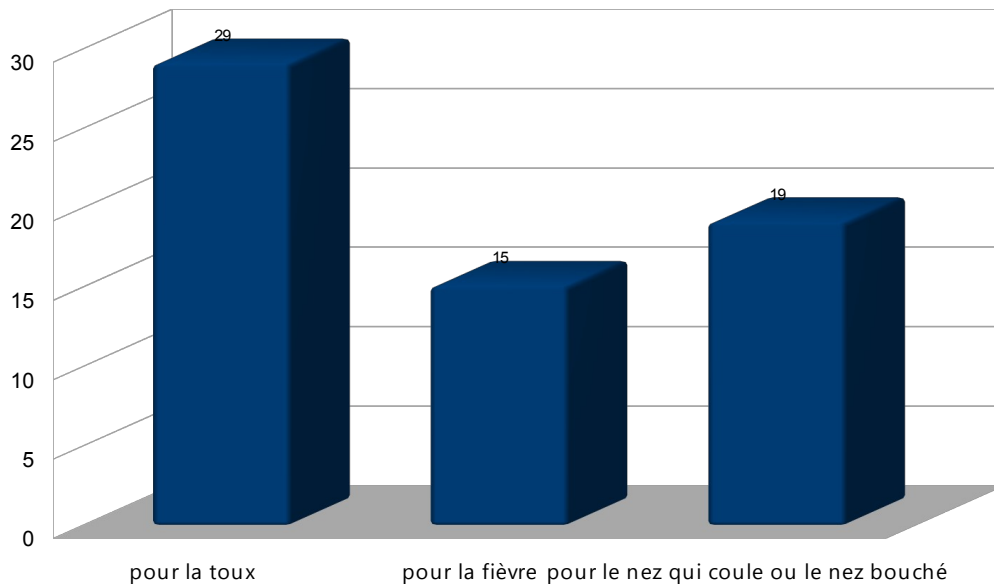
A la question « désirez-vous des conseils ? », les réponses ont été les suivantes :



Trente-cinq parents souhaitaient des conseils, 19 n'en voyaient pas l'utilité et 2 n'avaient pas répondu à la question.

Les conseils souhaités ont été détaillés en fonction des symptômes et on a recueilli les réponses suivantes :

Pour quel symptôme désirez-vous des conseils?

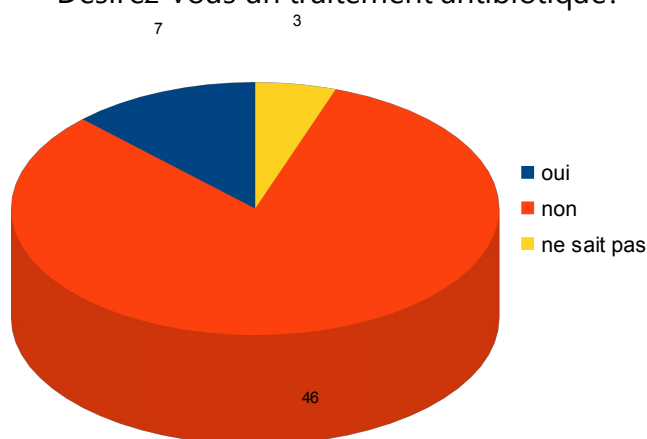


Dix parents souhaitent des conseils uniquement pour la toux, un seul uniquement pour la fièvre et 2 uniquement pour le nez qui coule ou le nez bouché. Cinq souhaitent des conseils pour la toux et le nez qui coule ou le nez bouché, 2 pour la toux et la fièvre. Douze souhaitent des conseils pour les 3 situations. Dans 3 situations, les symptômes sur lesquels devaient porter les conseils n'ont pas été détaillés.

C Souhait de traitement antibiotique

A la question « désirez-vous un traitement antibiotique ? », les réponses ont été les suivantes :

Désirez-vous un traitement antibiotique?



Une large majorité des parents ne souhaitait pas de traitement antibiotique. Il n'y a pas semblé y avoir de rapport entre l'âge de l'enfant, l'âge des parents, la catégorie socio-professionnelle des parents ou le sexe de l'enfant et le désir d'un traitement antibiotique.

Quand les parents souhaitaient un traitement antibiotique, aucune explication n'a été donnée.

En revanche, les réflexions des parents ne voulant pas de traitement antibiotique étaient les suivantes :

| Raison invoquée contre les antibiotiques | Nombre de fois où la réponse est mentionnée |
|--|---|
| C'est viral | 11 |
| « les antibiotiques c'est pas automatique » | 1 |
| Inefficacité des antibiotiques dans ces situations | 1 |
| « je ne suis pas trop pour » | 1 |
| Absence d'otite | 2 |

7 Représentation des parents vis à vis des infections virales des voies aériennes supérieures

A la question « qu'est-ce que pour vous une infection virale? », les réponses s'organisaient selon plusieurs cadres:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Représentation de l'infection virale | Nombre de fois où cette représentation était mentionnée |
|--------------------------------------|---|

La notion de contagiosité était exprimée de nombreuses fois pour définir ces infections virales avec plusieurs modes de transmission mis en avant. La saisonnalité était invoquée.

| | |
|----------------------------|---|
| Contagiosité importante | 4 |
| Transmis par l'air | 6 |
| Transmis entre les enfants | 2 |
| Transmis par les mains | 1 |
| Dû à la fatigue | 1 |
| Lié à la saison | 1 |

Les infections virales étaient définies dans un certain nombre de cas par les traitements nécessaires ou inutiles:

| | |
|--|---|
| Aucune thérapeutique efficace | 5 |
| Inutilité des antibiotiques | 5 |
| Nécessité d'un traitement antibiotique | 1 |

Dans 9 cas, l'infection virale se définissait pour les parents par sa bénignité et dans 4 cas par sa faible durée.

| | |
|---------------|---|
| Bénignité | 9 |
| Durée limitée | 4 |

La fièvre était définie par certains comme étant absente lors des infections virales et à l'inverse, présente pour d'autres.

| | |
|---------------|---|
| Pas de fièvre | 2 |
| Fièvre | 2 |

Des notions plus « traditionnelles » étaient évoquées: coup de froid, petit microbe.

| | |
|-------------------|---|
| Coup de froid | 1 |
| « petit microbe » | 2 |

Mais une certaine ignorance vis à vis de ces infections était mise en avant à de

nombreuses reprises:

| | |
|-----------------------------|---|
| Ne sait pas | 6 |
| Quelque chose de mystérieux | 1 |
| Rien | 1 |

Un parent fait le lien avec le développement immunitaire des enfants:

| | |
|---|---|
| Les défenses de l'organisme qui se mettent en place | 1 |
|---|---|

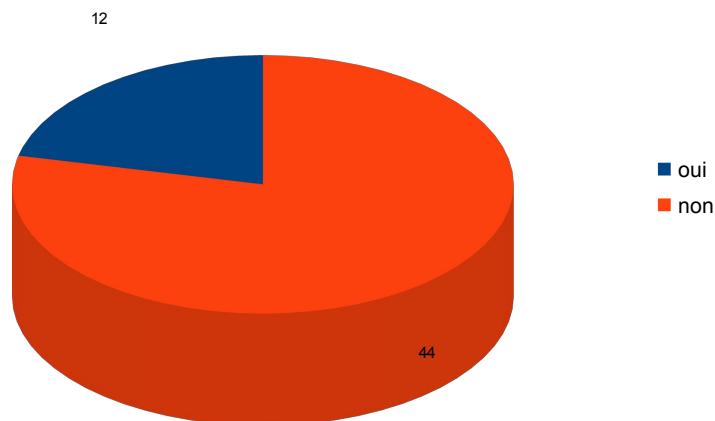
Dans 13 cas, le mot virus était cité simplement pour définir une infection virale.

| | |
|---------------------------------|----|
| Mention uniquement du mot virus | 13 |
|---------------------------------|----|

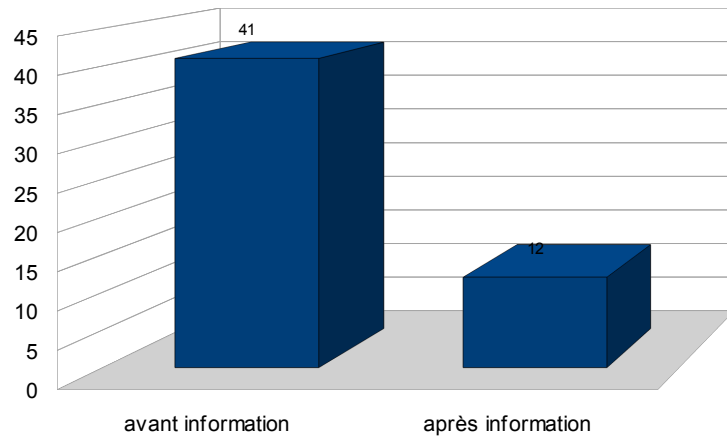
8 ***Attente d'un médicament par les parents après information***

Après un temps d'explication vis à vis du rhume de l'enfant et du peu d'intérêt des traitements symptomatiques et après avoir donné des conseils vis à vis des gestes simples à réaliser pour soulager leurs enfants, les parents étaient sondés pour savoir s'ils désiraient toujours un traitement symptomatique autre que le lavage de nez au sérum physiologique et le paracétamol.

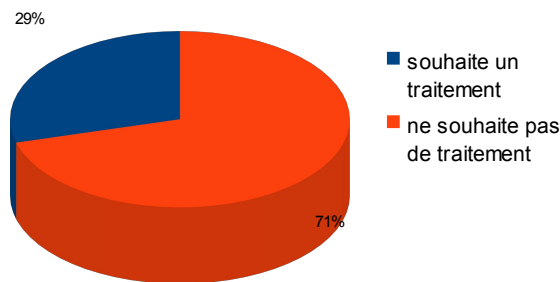
Après ces information, désirez-vous un traitement?



Nombre de parents désirant un traitement



Part des parents ayant changé d'avis



Sur les 41 parents souhaitant un traitement autre que le paracétamol initialement, 29 % persistaient dans leur désir in fine.

Les parents persistant dans leur choix donnaient les réponses suivantes comme explication:

| Pourquoi désirez-vous un traitement? | |
|--------------------------------------|---|
| Sinon je serai venu pour rien | 1 |
| À cause de la toux | 3 |
| Sinon cela se compliquera | 2 |
| « Pour nettoyer » | 1 |
| Pour dormir | 1 |
| À cause de la fièvre | 1 |

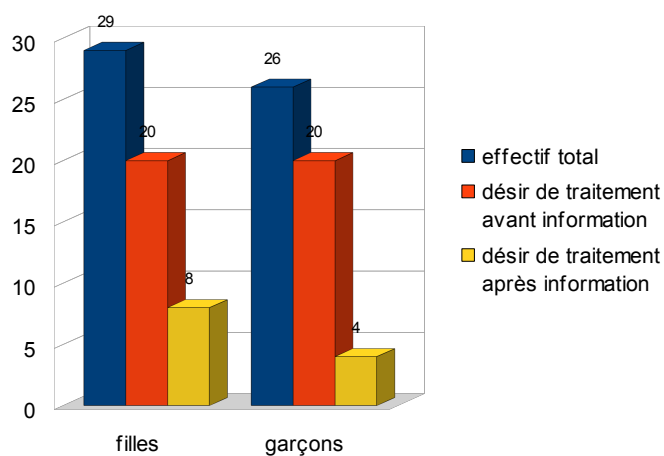
Les sources d'information en lien avec les connaissances des traitements étaient recherchées par la suite:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Qu'est ce qui influence votre choix? | |
| Expérience personnelle | 9 |
| Conseils de la famille et d'une amie | 2 |
| Autres | 2 |

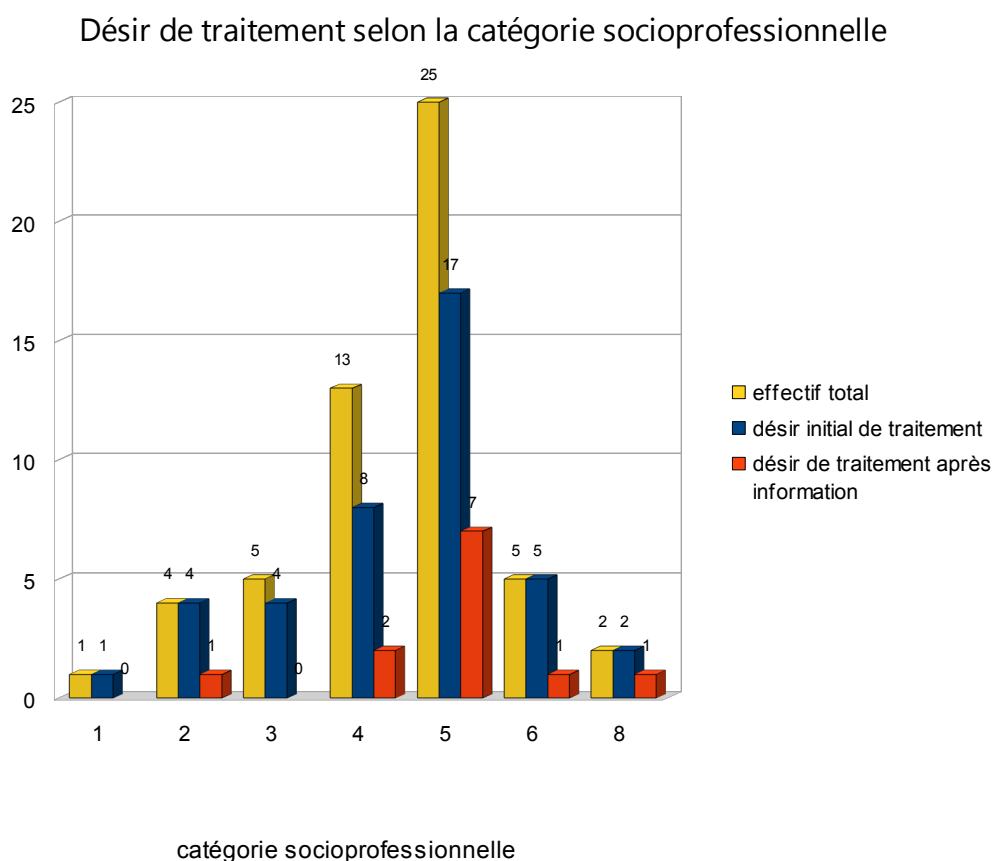
Nous avons par la suite croisé les réponses de souhait de traitement avec les caractéristiques de l'échantillon étudié:

A En fonction du sexe de l'enfant

Désir de traitement selon le sexe de l'enfant



B En fonction de la catégorie socio-professionnelle

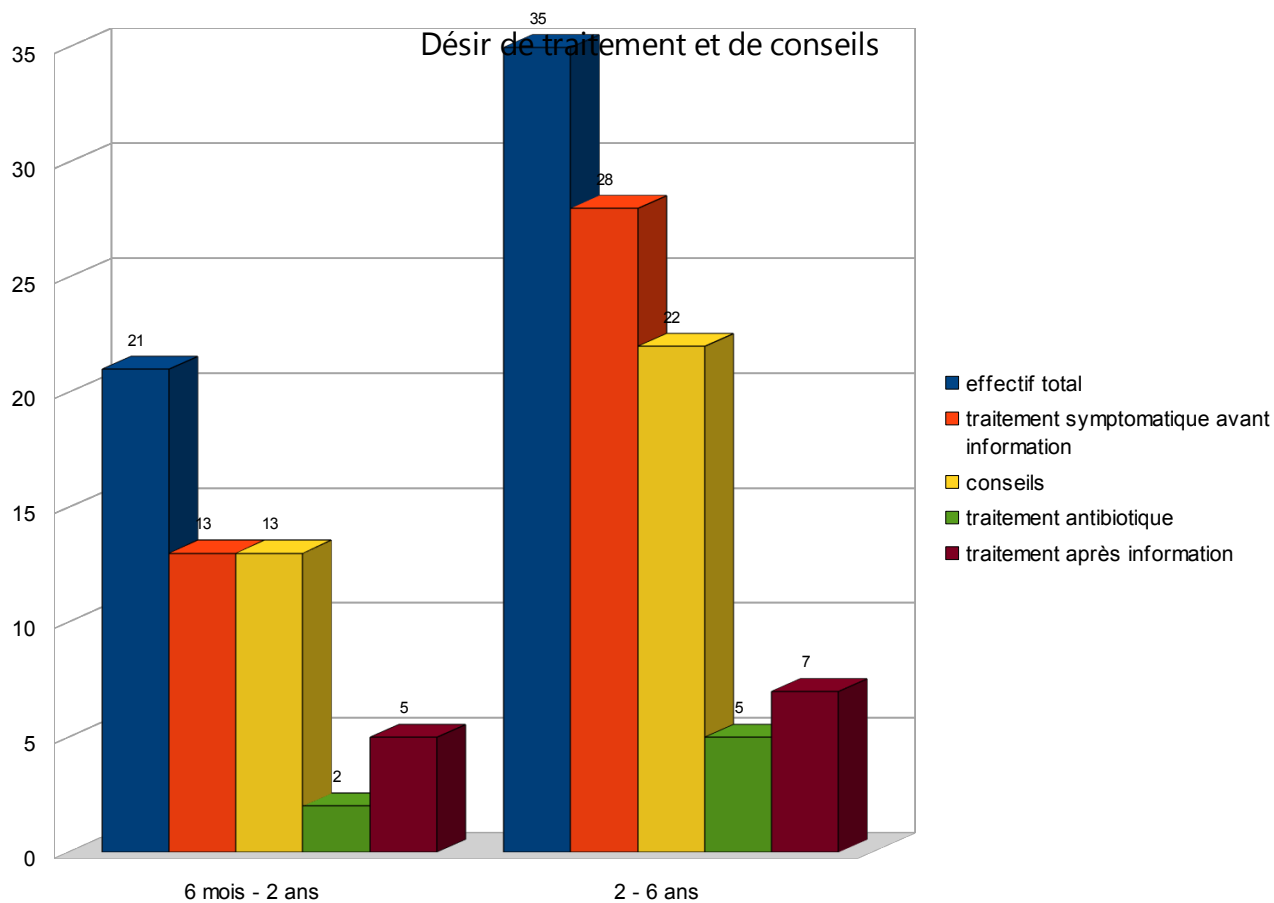


- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activités professionnelles

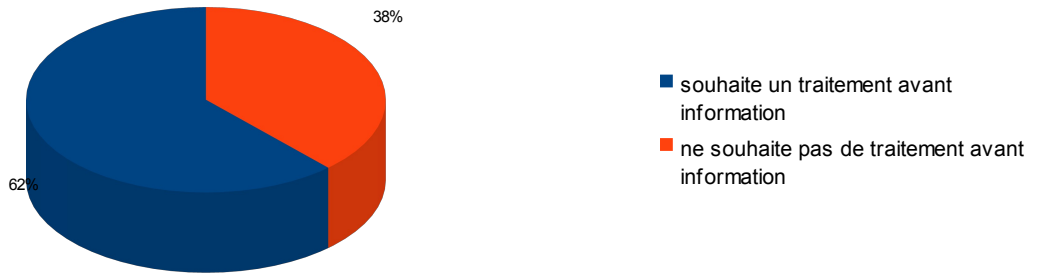
C En fonction des conseils attendus

Les parents désirant des conseils ont été la même proportion à désirer un traitement après information que les parents n'en désirant pas (environ 20%).

D En fonction de l'âge des enfants



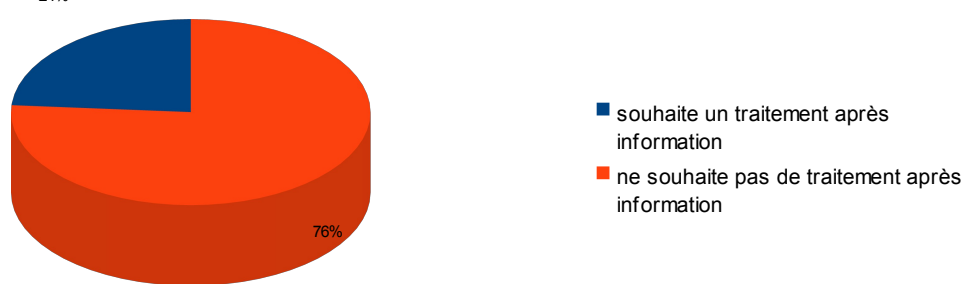
Désir de traitement avant information des parents d'enfants âgés de 6 mois à 2 ans



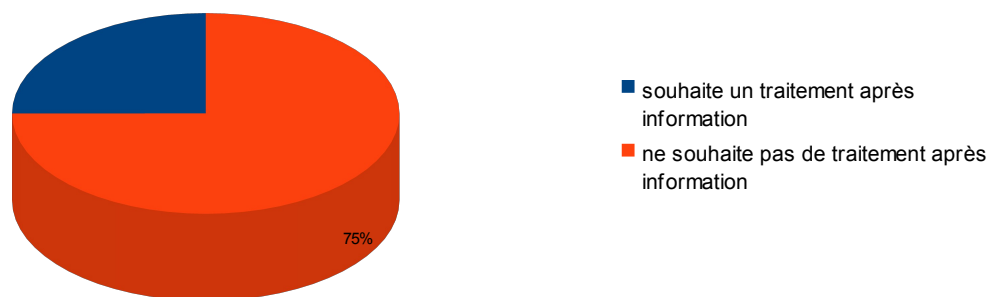
Désir de traitement avant information des parents d'enfants âgés de 2 à 6 ans



Désir de traitement après information des parents d'enfants âgés de 6 mois à 2 ans



Désir de traitement après information des parents d'enfant âgés de 2 à 6 ans



V Analyse

1 Méthode

L'enquête a été menée de manière prospective « en intention de traiter » lors de la consultation ce qui permet d'éliminer les biais liés aux oublis et à la différence observable entre les comportements et la déclaration de ces comportements a posteriori.

La période de recueil, initialement prévue pour durer 2 mois a été prolongée à 4 mois de la période hivernale 2010-2011, pour essayer de maximiser le nombre d'observations recueillies.

Cependant, malgré cette prolongation, seules 56 observations ont pu être recueillies limitant de manière importante la puissance de l'étude et rendant l'interprétation statistique difficile.

Seuls 11 internes en SASPAS sur les 18 sollicités ont envoyé des questionnaires. Le mode de contact des internes est peut-être en lien avec leur assez faible mobilisation: une réunion d'information les aurait peut-être plus impliqués. Une autre explication pourrait être l'avis personnel des internes vis à vis des traitements symptomatiques de la toux et du rhume. Les internes n'ayant pas participé prescrivaient peut-être habituellement ces traitements et ne jugeaient pas légitime de changer de pratique. Mais explorer les représentations des médecins n'était pas l'objectif de l'étude aussi n'avons-nous pas de réponse à cette question.

Le déroulement du questionnaire pendant la consultation allongeait automatiquement la durée de consultation, ce qui, pour des praticiens par définition encore novices, a pu poser un problème d'emploi du temps et limiter la réalisation du questionnaire.

Un autre biais identifiable a pu être que les parents n'ont peut-être pas osé aller à l'encontre de ce que leur avait expliqué le médecin qu'ils venaient de voir. Une interrogation à distance de la consultation aurait permis d'éliminer ce biais et de juger véritablement de la satisfaction des patients vis à vis de l'issue de la consultation, ainsi que de leur éventuelle prise de médicaments en vente libre en pharmacie.

Les internes n'étaient pas les médecins habituels de ces patients, rapporter les réponses des patients aux pratiques habituelles des médecins traitant aurait peut-être été intéressant.

2 Population

Dans une étude menée par Vinker portant sur les attentes des parents d'enfants atteints d'infection virale des voies aériennes supérieures, sur les 122 visites incluses, l'âge des enfants allait de 3 mois à 6 ans, avec une moyenne de 2.8 ans contre 2,76 ans dans notre étude. Cinquante-cinq pour cent des enfants étaient des garçons. Nous n'avons pas retrouvé cette discrète prédominance masculine dans notre étude.

Le nombre d'enfant dans la fratrie était réparti comme suit. ⁶¹

| | Etude Vinker et al. | Notre étude |
|---------------|---------------------|-------------|
| Enfant unique | 30,00% | 35,70% |
| Fratrie de 2 | 42,00% | 39,30% |
| Fratrie de 3 | 19,00% | 17,90% |
| Fratrie de 4 | 9,00% | 5,40% |
| Fratrie de 5 | 0,00% | 1,80% |

Les caractéristiques de l'échantillon étudié lors de notre étude nous paraissent comparables à ceux retrouvés dans la littérature.

3 Motif de consultation

A Symptômes

Dans une étude israélienne concernant la prescription antibiotique dans les viroses des voies aériennes supérieures, les symptômes motifs de consultation étaient la rhinorrhée dans 87% des cas, la toux dans 87% et la fièvre dans 67%.

En comparaison, les motifs de consultation évoqués lors de notre étude retrouvaient bien la toux comme principal facteur de consultation: dans 24 consultations sur 56, en revanche la rhinorrhée n'était que rarement citée -3 fois-. La fièvre était évoquée 14 fois sur les 56 consultations. ⁶¹

B Désir de traitement

Dans une étude assez ancienne portant sur les désirs de traitement antibiotique, la majorité des patients consultant pour une infection des voies aériennes supérieures venaient pour avoir un traitement afin de guérir plus vite. Soixante neuf pour cent venaient uniquement pour des médicaments pour la toux et le rhume.

Trente-six pour cent consultaient spécifiquement pour avoir des antibiotiques.

Nous n'avons absolument pas retrouvé ces motifs de consultation; en effet, un désir de traitement n'a été cité spontanément qu'une seule fois. ⁶²

C Réassurance

Dans notre étude, l'anxiété vis à vis des complications et la durée des symptômes jugée trop longue peuvent être rapprochées d'un désir de réassurance. En cumulant ces données, on peut estimer que 15 parents sur les 56 interrogés consultaient pour être rassurés quand à la maladie de leur enfant. En comparaison, toujours dans l'étude précédente, 73% des patients consultaient leur médecin pour être rassurés quant aux symptômes, la part des parents consultant pour leur enfant pour être rassurés était même de 85%. La peur des complications expliquait la consultation dans 73% des cas et dans 87% des parents amenant leur enfant. Soixante-sept pour cent consultaient car les symptômes étaient jugés comme durant trop longtemps ⁶². Dans une autre étude, deux tiers des patients consultant pour une pharyngite chez leur enfant venaient pour être rassurés ⁶³. Ces chiffres paraissent encore plus importants que ceux que nous avons retrouvés. Pareillement, chez les adultes, la réassurance quant à l'absence de problème grave (problème de cœur, cancer, asthme, bronchite chronique, emphysème,...) était cité spontanément de manière très importante lors d'une étude sur des patients atteints de toux aigüe ⁶⁴.

D Interférence avec le rôle social

Chez les adultes, le motif de consultation pour la toux est souvent son interférence avec le rôle social, que ce soit le travail, la garde des enfants. ⁶⁴ On aurait pu imaginer qu'un tel motif ressorte lors de notre étude compte tenu de la fatigue entraînée par la garde d'un enfant malade, mais cette occurrence n'est pas survenue.

4 Traitement symptomatique

A Niveau d'étude

La littérature comparant le désir de traitement symptomatique pour le rhume et la toux chez les parents et leur niveau d'étude ou leur classe socio-professionnelle est partagée. Ainsi, dans les années 90, selon une étude américaine, les mères qui donnaient des médicaments en vente libre à leurs enfants avaient un niveau d'étude plus haut et des revenus plus importants. L'odd-ratio des caractéristiques maternelles suivantes était plus souvent associé avec l'utilisation pour les enfants de produits en

vente libre: un haut niveau scolaire (OR: 1.40), la race blanche (OR: 1.22), des hauts revenus (OR: 1.26).¹⁴

En revanche, plus récemment, selon une autre étude américaine, les parents ayant un plus haut niveau d'étude donnaient moins fréquemment de médicaments contre la toux ou le rhume. Les parents bénéficiant de l'assurance « medicaid » étaient plus enclins à demander un médicament symptomatique de la toux et du rhume.¹⁶

Si la répartition de l'échantillon de parents étudié dans notre étude nous a semblé représentatif de la population active, il n'a pas été possible de mettre en évidence une relation causale entre la classe socioprofessionnelle et le désir de traitement exprimé; soit que l'échantillon était trop petit, ce qui est très vraisemblable, soit que cette différence n'existe pas.

Si l'on étend le sujet à la pression médicale ressentie, selon Stevenson et al., les patients les plus riches étaient plus susceptibles d'exercer une pression de prescription sur le médecin.⁶⁵ En revanche, dans une étude française sur les demandes des patients jugées non fondées par les médecins, près d'une personne sur deux avec une telle demande était inactive et les bénéficiaires de la CMU représentaient 20% de ces demandes.⁶⁶ Il n'est encore une fois pas possible de faire la part des choses à ce sujet.

B Représentations des parents vis à vis des traitements symptomatiques

a Connaissance des effets indésirables

La nécessité de concision du questionnaire ne nous a pas permis d'explorer en détail les connaissances des parents vis à vis des traitements symptomatiques, cependant, si l'on en croit la littérature, les connaissances des parents paraissent limitées dans ce domaine. Dans une étude menée suivant la méthode du focus group, les patients interrogés avaient une connaissance très pauvre des effets secondaires des médicaments en vente libre.⁶⁷

Aux États-Unis, lors d'une enquête publiée en 2010, 32% des parents étaient d'accord avec l'expression "ces produits peuvent causer des effets indésirables sérieux voire mortels".¹⁶

En France, selon une thèse de médecine générale récente, avant information, 20.8% des parents interrogés savaient que les médicaments de la toux et du rhume sont susceptibles de donner des effets indésirables graves à leurs enfants. Quatorze virgule quatre pour cent des parents pensaient que leurs enfants avaient déjà subi des effets indésirables de ces médicaments (vertiges, somnolence, nausées, vomissements, mal de tête, insomnie, boutons).⁶⁸

b Croyance en l'efficacité

Aux États-Unis toujours, 70% des parents croyaient que les produits contre la toux et le rhume seraient bénéfiques à leur enfant, 60% des parents pensaient que ces médicaments ne traitaient pas la cause de la maladie et 20% pensaient qu'ils allaient diminuer la durée de la maladie bien que 78% des personnes interrogées ne soient pas d'accord avec l'affirmation: "prendre de multiples médicaments signifie guérir plus vite".¹⁶

Selon la thèse de Guenaël Sevestre, 70.6% des patients interrogés pensaient que les médicaments traitaient les symptômes, 28.7% la cause de la maladie, et 62.6% pensaient qu'ils réduisaient la durée d'évolution de la maladie. L'opinion des patients interrogés sur l'efficacité des médicaments de la toux et du rhume chez l'enfant était que ceux-ci ont une efficacité bonne pour la toux grasse et la toux sèche pour environ 30% d'entre eux; environ 25% pensaient que leur efficacité est bonne pour l'obstruction nasale et l'écoulement nasal et un peu plus de 15% bonne sur la qualité du sommeil. Dans 45% des cas ils pensaient que l'efficacité est moyenne pour la toux grasse et sèche et pour l'obstruction nasale, 40% moyenne pour l'écoulement nasal et 37% moyenne sur la qualité du sommeil. Elle apparaissait faible ou nulle sur la qualité du sommeil et l'écoulement nasal pour 22% des participants, pour l'obstruction nasale pour 16%, pour la toux sèche pour 12% et pour la toux grasse pour 10%.⁶⁸

C Souhait de traitement symptomatique de la toux et du rhume

a Avant information

Selon une thèse de médecine générale, avant information quant à l'inefficacité des médicaments contre la toux et le rhume et aux potentiels effets secondaires, 11% des parents interrogés affirmaient donner toujours ces traitements à leurs enfants, 35% souvent et 49% parfois. Seuls 5% affirmaient ne jamais en donner. Ces consommations déclarées étaient plus importantes pour les enfants que pour les parents eux-mêmes.⁶⁸

Notre étude, réalisée en intention de traiter, montrait que 73% des parents interrogés souhaitaient, avant toute information, un traitement soit pour la toux, soit pour le nez qui coule ou le nez bouché; ce qui est difficilement comparable aux données précédentes mais qui paraît tout de même une proportion un peu moindre. La proportion en revanche était moindre dans une étude publiée en 1996, 57% des patients étaient d'accord avec l'affirmation "j'accepterai le conseil du médecin s'il ne me recommande aucun médicament après avoir fait le diagnostic". Soixante sept pour cent des patients qui connaissaient la nature virale de l'infection accepteraient

l'absence de prescription contre 53% de ceux qui n'étaient pas sûrs de l'étiologie virale ou bactérienne. ⁶²

***b* Après information**

Aux États-Unis, après information vis à vis de la dangerosité et de l'inutilité des médicaments symptomatiques de la toux et du rhume, 22% des parents déclaraient qu'ils utiliseraient tout de même ces médicaments pour leurs enfants. ¹⁶

Si on en croit les déclarations des patients interrogés par G Sevestre, 277 sur 306 seraient favorables à la prise de mesures pour limiter l'utilisation des médicaments de la toux et du rhume. Les types de mesures à prendre cités par les patients sont un communiqué de l'assurance maladie pour informer médecins et pharmaciens pour 158 patients, une communication de l'assurance maladie auprès des patients pour 138 d'entre eux, le déremboursement des médicaments pour 57, l'interdiction pour les enfants pour 181, une interdiction totale pour 99.

Interrogés sur leurs changements d'habitude après information, 63% déclaraient qu'ils allaient en donner probablement moins à leurs enfants, 12% déclaraient qu'ils allaient les utiliser comme avant, 13% n'en utilisaient pas et allaient continuer ainsi, 12% ne savaient pas. ⁶⁸

En comparaison, dans notre étude, 21,43% des parents (12 sur 56) souhaitaient tout de même un traitement après avoir été informés; ce qui confirme les chiffres observés aux États-Unis mais paraît plus que ceux décrits par G Sevestre, ce qui peut s'expliquer par un biais de déclaration lors de son étude, non retrouvé en intention de traiter.

5 Traitement antibiotique

De nombreux articles, plutôt anciens, ont trait à la prescription de traitement antibiotique et à ses déterminants. Les facteurs de prescription retrouvés étaient les suivants:

A Classe socioprofessionnelle

Selon Vinker, les parents d'une classe socioprofessionnelle plus élevée avaient une moindre demande d'antibiothérapie. ⁶¹

Ceci est contredit par un article de la revue du praticien médecine générale selon lequel les gens ayant un niveau socio-économique plus élevé étaient plus enclins à demander des changements au sein de la prescription. ⁶⁹

En revanche, après une campagne d'information autour des antibiotiques aux États-Unis, l'amélioration des connaissances évaluées a été plus importante chez les patients les plus modestes, ceux bénéficiaires du système de soins "medicaid". ⁷⁰

L'effectif modeste de notre étude ne nous a une fois de plus pas permis de mettre en évidence de différence de désir de traitement en fonction des classes professionnelles.

B Autres déterminants de la prescription antibiotique

Selon la littérature, un traitement antibiotique précédent était associé à une plus grande attente de traitement antibiotique (54% vs 19% sinon).

La gravité ressentie était de même un déterminant de la prescription, ainsi, les parents qui répondaient positivement à l'affirmation "les antibiotiques n'aident pas dans ce genre de maladie" et à l'affirmation "cette maladie est de gravité minimale" étaient moins en attente de traitement antibiotique (43% vs 15% pour la première et 35% vs 8% dans la seconde).⁶¹

C Avant information

Selon une étude, un tiers des patients consultant pour une pharyngite avait une attente clairement formulée d'antibiotiques.⁶³

La proportion dans notre étude était de 12,5% avant information.

D Après information

Après information quant à l'inutilité des antibiotiques, 26% des parents informés déclaraient qu'ils continueraient tout de même à souhaiter des antibiotiques pour leurs enfants dans ces situations¹⁶ ce qui est nettement plus que la part observée ici, puisqu'après information, sur les 7 parents souhaitant des antibiotiques, seuls 2 persistaient dans leur choix soit 3,5% de l'échantillon.

6 Connaissance du rhume

A Niveau de connaissance des parents

La moitié des parents de l'échantillon évoquaient le « bon » diagnostic d'emblée avant examen de leur enfant.

Le mode de contagion des infections virales était souvent précisément et justement décrit.

B Bactérie ou virus?

Dans les années 90, dans une étude publiée dans *family practice*, 54% des personnes interrogées pensaient que les infections des voies aériennes supérieures étaient causées par des bactéries. Seulement 28% pensaient qu'elles étaient dues à des virus; ce qui nous paraît très faible. ⁶²

Plus récemment, après une campagne d'éducation autour des antibiotiques et du rhume ayant duré 3 ans aux États-Unis, une étude a montré que, malgré, une amélioration des connaissances des parents, 30% des personnes interrogées pensaient toujours que les antibiotiques traitaient les infections virales, 70% pensaient que les antibiotiques étaient nécessaires pour les rhinorrhées purulentes, 90% pensaient que les antibiotiques étaient nécessaires pour traiter une toux. ⁷⁰

Dans notre étude, les parents paraissaient nettement mieux informés que ce que rapportent ces articles. En effet, 5 parents rapportaient spontanément l'absence de thérapeutique efficace pour limiter le rhume et 5 plus précisément insistaient sur l'inutilité d'un traitement antibiotique. Un parent uniquement faisait part de la nécessité de ce traitement antibiotique pour le rhume.

Il demeure néanmoins que nombreux étaient les parents sans opinion ou sans connaissances vis à vis de cette maladie: 6 ne savaient pas de qu'est une infection virale, un parent nous parlait de « quelque chose de mystérieux » et 13 ne développaient pas plus loin que le mot « virus » pour définir une infection virale.

Ce côté « mystérieux » décrit par les parents de cette infection virale impossible à matérialiser par un traitement spécifique est retrouvée dans plusieurs articles:

certain patients interrogés sur leur satisfaction vis à vis de la prise en charge d'une pharyngite pensaient que les médecins avaient tendance à dire que "tout était un virus".

Expliquer la différence entre une bactérie et un virus ne paraissait pas être aussi aidant qu'attendu pour limiter la prescription d'antibiotique. En revanche, expliquer le manque d'efficacité dans la pharyngite paraissait mieux entendu. ⁶³

Un patient consultant son médecin pour une toux d'origine virale témoignait: "nous rigolions car à chaque fois que vous allez voir un docteur, c'est un virus, tout semble être un virus, quand j'étais petit je n'ai jamais entendu parler de virus, maintenant, tout est un virus". ⁶⁴

C Coup de froid?

Cette notion de « coup de froid » est très présente dans notre société: « j'ai pris froid » nous paraît synonyme de « je suis malade ». Un parent évoque le « coup de froid » pour définir ce qu'est une infection virale.

Cependant, peu d'études ont été publiées à ce sujet. Selon une méta-analyse, l'incidence des infections virales des voies aériennes supérieures paraissait plus élevée dans les situations de basse température. Cette revue de seulement quelques études ne levait pas le doute quant à une association statistiquement significative. ⁷¹

D Bénignité

La bénignité, la durée limitée du rhume, la notion de « petit microbe », citées respectivement 9, 4 et 2 fois, sont en rapport avec l'absence de gravité ressentie du rhume. Cette notion semble bien intégrée chez les parents interrogés.

Ceci ne semblait pas le cas dans une étude puisque 69% des personnes interrogées n'étaient pas d'accord avec l'affirmation: "chez les adultes, les infections des voies aériennes supérieures se résolvent sans consulter un médecin". Seulement 1/3 savaient qu'il faudrait de 5 à 7 jours pour aller mieux. Et 90% pensaient que leur enfant ne guérirait pas sans consultation médicale. ⁶²

7 Traitement et conseils pour la fièvre

Le traitement par paracétamol à visée antalgique ou antipyrétique était globalement bien accepté. Vingt-deux parents souhaitaient qu'il leur soit prescrit. Dans une étude américaine, 76% des parents étaient d'accord pour donner si besoin un antalgique à leur enfant. ¹⁶

Des conseils pour la fièvre n'étaient souhaités que dans 15 cas sur 56, mais cela doit être relativisé par l'absence de fièvre fréquente dans ces infections virales et la meilleure information des parents vis à vis des mesures à prendre pour lutter contre la fièvre.

8 Règles hygiéno-diététiques

Les conseils pour la toux et le nez qui coule ou le nez bouché étaient souhaités respectivement par 29 et 19 des parents interrogés. L'accueil par les parents de conseils était très bien perçus.

En règle générale, dans les différents articles retrouvés, les parents interrogés étaient très sensibles à ces conseils, ainsi, dans une étude américaine, 78% des parents interrogés déclaraient, après information, qu'ils utiliseraient le miel et la soupe de poulet afin de diminuer la toux de leur enfant. Quatre-vingt six pour cent des parents étaient d'accord avec le fait d'humidifier l'air pour diminuer la toux et les symptômes du rhume pour leur enfant. Quatre-vingt dix-sept pour cent étaient d'accord après information pour donner à boire de manière répétée à leur enfant afin de soulager la toux. ¹⁶

9 Sources d'information

Dans notre étude, les sources d'information citées par les parents étaient principalement leur expérience personnelle, suivi des conseils de la famille ou d'amis. Les médias et les professionnels de santé n'étaient pas cités par les parents ce qui est notablement différent des données de la littérature; en effet, dans un focus group au sujet des effets indésirables des médicaments en vente libre, les patients citaient comme source d'informations les professionnels de santé, les amis et la famille, les livres, les média et internet. ⁶⁷

Sur 1265 parents interrogés aux États-Unis au sujet des recommandations de la FDA (Food and Drug Administration) à l'encontre des produits contre la toux et le rhume, 951 étaient au courant de ces recommandations. 70% par les médias, 32% par leur médecin ou infirmière, 14% par des amis ou parents et 5% par leur pharmacien. ¹⁶

En France, selon un article du Concours médical, les informations recueillies en dehors du cabinet médical par le patient motivaient entre un tiers et un quart des consultations. Comme sources d'informations en 2005, il apparaissait que les magazines médicaux, puis la télévision et enfin internet étaient les médias les plus consultés. ⁷²

Les sources d'information citées par les patients concernant le manque d'efficacité des traitements dans la thèse de Guenaël Sevestre ont été le médecin (11.1%) le pharmacien (5.5%) un autre professionnel de santé (16%), les médias (54%), l'entourage (67%). ⁶⁸

On retrouve dans cette thèse, la notion de l'importance de l'entourage dans l'information vis à vis des médicaments de la toux et du rhume.

VI Discussion

1 L'avis des médecins

A Connaissances

Il semble que les médicaments de la toux et du rhume soient encore largement prescrits, cela peut-il être mis sur le compte des médecins? Cent-cinq pédiatres ont répondu à une enquête leur demandant de choisir entre trois phrases correspondant le mieux aux conseils qu'ils donnent aux parents pour l'utilisation de médicaments contre la toux et le rhume chez les enfants de moins de deux ans. Six pour cent ont répondu "les médicaments de la toux et du rhume peuvent aider votre enfant à être plus à l'aise", 31% ont répondu "je ne vous recommande pas les médicaments contre la toux et le rhume car ils ne sont pas efficaces" et 63% "n'utilisez pas les médicaments de la toux et du rhume car ils ne sont pas efficaces et peuvent causer de sérieux et potentiellement mortels effets indésirables".¹⁶

Si cela semble être l'avis des pédiatres aux États-Unis, il serait intéressant de s'enquérir des connaissances des médecins généralistes français à ce sujet.

Nous n'avons pas trouvé de données sur les connaissances des médecins des médicaments pour la toux et le rhume. Les recommandations de prescription pour les enfants de moins de 2 ans ont changé récemment, l'application des recommandations est limitée par le fait que les recommandations professionnelles en médecine générale s'inscrivent dans un contexte bien particulier et leur acceptation par les médecins dépend de ce contexte. En effet, le généraliste est pris entre la réactivation automatique des savoirs appris sur les bancs de l'université et l'incorporation progressive des enseignements qu'il tire de sa pratique, raison pour laquelle il est possible que les changements de pratique n'aient pas encore eu lieu.⁷³

B Déterminants de la prescription

a Demande de traitements par les patients

Selon une étude espagnole publiée en 2008, la prescription de médicaments était effectivement corrélée aux attentes des patients, en revanche, il n'y avait pas d'association entre les attentes des patients et la perception de ces attentes par les médecins.⁷⁴

Dans une étude publiée en 2001 portant sur 287 consultations, il a été noté que quand les parents initiaient la discussion sur les antibiotiques, les médecins étaient 4 fois plus enclin à penser que ceux-ci en attendaient.⁷⁵

b Opinion des médecins sur le désir de traitement des patients

Selon des études menées dans les années 90 au sujet des prescriptions d'antibiotiques dans les infections virales des voies aériennes supérieures, il semblait que, plus que les attentes d'antibiothérapie des parents, c'était la perception -vraie ou fautive- de cette attente par le médecin qui était le véritable déterminant de la prescription. Selon une étude, les médecins surestiment la demande de prescription d'antibiotiques. En effet le souhait des patients d'échanger autour de la prescription ne semblait pas systématiquement correspondre à des desiderata ou à une attente particulière mais vraisemblablement plus à un souhait de participation, de compréhension et aussi d'appropriation de la décision thérapeutique.⁶⁹

Ainsi, les résultats d'une étude australienne montraient que, quand le médecin pensait que le patient attendait une prescription, elle avait 10 fois plus de chances de survenir que quand celui-ci pensait que le patient n'en attendait pas. En comparaison, les patients s'attendant à une prescription médicamenteuse avait 2,9 fois plus de chances d'en avoir une que ceux ne s'y attendant pas.⁷⁶

D'après une autre étude concernant les prescriptions jugées non nécessaires par les médecins, on notait que celles-ci occupaient une part non négligeable des prescriptions (15%). La pression ressentie par le médecin était, selon les auteurs, un puissant facteur indépendant de prescription.⁷⁷

Dans une autre étude, si les patients atteints d'une affection virale étaient perçus par le médecin comme attendant des antibiotiques, des antibiotiques étaient prescrits dans 48% des cas vs 10% si aucune attente n'était perçue.⁷⁵

c Mode de communication

Selon une étude sur la communication parent-médecin, il avait été noté que lorsque, à la question du motif de consultation, les parents répondaient par un diagnostic et non par des symptômes, les médecins percevaient un désir d'antibiotiques 5.23 fois plus souvent alors que les parents attendaient réellement des antibiotiques 1.48 fois plus souvent que quand des symptômes étaient mis en avant. Les explications données par les auteurs étaient que, effectivement, certains parents apportaient un diagnostic parce qu'ils pensaient que les antibiotiques étaient nécessaires, mais aussi pour montrer leur compétence en temps que parents, ou pour bien montrer leur préoccupation vis à vis de la maladie de leur enfant, ou bien encore pour justifier la consultation médicale afin qu'elle ne paraisse pas prématurée ou inutile.

Dans la même étude, quand les parents ne semblaient pas en accord avec le diagnostic fait par le médecin, les médecins pensaient 2.73 fois plus souvent que ceux-ci attendaient des antibiotiques alors qu'en réalité, les parents en souhaitaient moins souvent que ceux en accord avec les diagnostic (0.69fois).⁷⁸

2 Les outils pour moins prescrire

Dans notre recherche bibliographique, plusieurs points clés nous ont semblé être des outils intéressants pour limiter les prescriptions inutiles, au moins dans le domaine des viroses des voies aériennes supérieures:

A Expliciter les attentes

Il ressort de plusieurs articles, qu'explicitement les attentes des patients est source d'une meilleure relation médecin patient, et permet de mieux faire accepter une prise en charge inattendue par celui-ci.⁶³

Aux vues d'une précédente étude, Britten pense que les médecins prennent des décisions inappropriées dans l'optique de conserver une bonne relation médecin-patient sans prendre la peine de vérifier leur hypothèse quant à la volonté de prescription des patients. Il conseille donc aux médecins de s'enquérir auprès des patients de leurs désirs de prescription pour éviter de tels quiproquos.⁷⁹

Dans un autre article Britten met le point sur l'importance pour le praticien d'explorer les attentes de traitement des patients, leurs raisons de consulter, leurs préférences vis à vis du traitement. Il semble bien selon lui que mettre le patient au centre de la décision de prescription ne mènera pas forcément à un plus haut taux de prescriptions.⁸⁰

B « No problem commentary »

Dans une étude sur les commentaires apportés par les médecins en cours d'examen clinique, il a été noté que si les médecins n'utilisaient que des commentaires "no problem", à savoir décrivaient les résultats de leurs examens en termes non alarmants, ils étaient significativement moins susceptibles de prescrire des antibiotiques (45% vs 66%).

Dans les cas d'infection virale, quand les médecins pensaient que les parents attendaient des antibiotiques, ils en prescrivait dans 50% des cas. S'ils avaient utilisé des termes "no problem", la part de prescription descendait à 27%, en revanche si des termes "problem" étaient utilisés le taux de prescription d'antibiotique était de 91%.

Cet outil peut de manière adaptée être utilisé pour les traitements symptomatiques

de la toux et du rhume.⁸¹

C L'empathie

Être empathique nous semble une évidence au cours d'une consultation. Une étude publiée en 2009 explorait l'éventualité d'un lien entre l'empathie ressentie par le patient durant la consultation pour un rhume et la durée des symptômes de ce rhume. Il ressortait de l'étude auprès de 348 patients que les patients ayant un score optimal sur l'échelle évaluant l'empathie ressentie (soit 84 patients) avaient de manière statistiquement significative une durée des symptômes inférieure d'une journée et des taux nasaux d'interleukine 8 (qui augmente rapidement lors des infections virales) se normalisant plus rapidement. Les auteurs concluaient donc à une possible efficacité similaire de l'empathie et des traitements antitussifs.⁸²

D Temps de consultation

Selon plusieurs études, une durée plus longue de consultation était corrélée à une moindre prescription d'antibiotiques.⁸³ Une consultation plus longue était corrélée à une meilleure satisfaction vis à vis de la relation et du traitement prescrit.⁶⁹

Dans une relation ambiguë entre le médecin et le patient, le médicament est susceptible de remplacer les mots et le temps dans la communication.⁸⁴

Cependant, dans une étude de la DREES vis à vis de tous les motifs de consultation chez le généraliste, il était noté que la probabilité de prescription et le nombre de médicaments augmentaient avec la durée de consultation ce qui contredit en partie les études précédentes.¹⁸

E La répétition

Une étude montrait que si les patients ont vu leur médecin dans une circonstance sans avoir de prescription, ils s'attendent lors d'une circonstance identique à ne pas en avoir.⁷⁶

F La remise d'une feuille d'information

Dans une étude, la remise d'une feuille d'information aux patients consultant pour une toux a permis un changement de comportement des patients vis à vis de la consommation des médicaments et de la consultation ou non d'un médecin ou d'une infirmière. Le changement a été d'autant plus grand que le message a pu être répété à plusieurs reprises au patient.⁸⁵

G L'information par le médecin

Dans la thèse de médecine générale d'Amélie Biais soutenue en 2009 sur la bronchiolite du nourrisson, l'auteur montrait que les parents acceptaient bien l'absence de traitement médicamenteux quand la maladie et son évolution étaient bien expliquées et reformulées par le médecin. La tendance à éviter un recours médicamenteux pour toute pathologie était appréciée par les parents.

Dans cette thèse, un tiers des parents ayant reçu un traitement antitussif n'était pas d'accord avec cette prescription et la jugeait inutile voire délétère.

Toujours selon cette thèse, les parents n'ayant pas reçu le traitement conforme à leurs attentes n'en étaient pas moins satisfaits de la consultation. En effet, pour les parents ce qui semblait être important était:

- Des explications claires sur la maladie et le traitement
- La confiance qu'ils accordaient à leur médecin: son savoir, son expérience et la relation qu'ils entretenaient avec lui
- Les rassurer, écouter leurs inquiétudes
- La disponibilité du médecin
- L'efficacité de la prise en charge
- La confirmation de leurs attentes était peu citée spontanément.

Finalement, rarement, le motif de mécontentement était lié au traitement lui-même.

Les explications vis à vis de la maladie revenaient là encore en premier lieu. La confirmation de leurs attentes initiales médicamenteuses ne semblait pas être un facteur de satisfaction de la consultation.⁸⁶

3 Médicament et société

A Les antibiotiques

La route des infections virales des voies aériennes supérieures croise forcément celle des antibiotiques; en effet une tradition importante de prescription antibiotique s'attache à ces infections. La popularité des antibiotiques, selon Sjaak van der Geest et Susan Reynolds Whyte, tient à l'histoire. En effet, leur succès pour guérir les maladies contagieuses dans les années 50 et la guérison rapide qu'ils permettaient à une époque où la résistance n'existait pas encore a contribué à leur succès. L'augmentation de leur disponibilité en a fait une sorte de médecine populaire pour laquelle presque tout le monde avait acquis une expérience de première main.⁸⁴

B La prescription, une fatalité française?

Les traitements antibiotiques étaient en 2001 beaucoup plus prescrits en France que dans les pays alentours. Par comparaison, en France 36,5 doses quotidiennes d'antibiotiques pour 1000 personnes par jour étaient vendues contre 8,9 aux Pays-Bas. ^{87 88}

Les médecins ont plutôt tendance à en faire plus que moins d'où le moindre impact des recommandations limitant les prescriptions. ⁸⁹

Dans une comparaison entre prise en charge des rhumes entre la France et les Pays-Bas, il était noté que les médecins français avaient considérablement plus de consultations pour des viroses des voies aériennes supérieures que les médecins hollandais, ils prescrivaient 4 fois plus de traitements symptomatiques dans ces situations par patient et par an.

Les patients français avaient un besoin plus important de consulter pour des affections bénignes en général et pour les infections virales des voies aériennes supérieures en particulier. Aux Pays-Bas, des campagnes d'information et d'éducation à ce sujet ont été menées depuis une dizaine d'années.

Les Hollandais semblaient plus sceptiques vis à vis de l'utilisation de médicaments avec l'idée que ceux ci peuvent avoir des effets toxiques sur le corps. A l'inverse, en France, les médicaments étaient plus populaires. ⁹⁰

La fin de la consultation médicale en France est très fortement associée à un "rituel de prescription" lié très directement au mode de rémunération du paiement à l'acte qui tend à augmenter les prescriptions. En effet, quand le patient paie le médecin, ce dernier, généralement simultanément, donne une prescription en retour de son paiement. S'il n'y a pas d'indication à un traitement antibiotique, les traitements symptomatiques et analgésiques sont prescrits comme une sorte de "lot de consolation" ou comme une conséquence de l'insistance du patient. Des années de prescription ont créé un cycle de plaintes et de demandes et le briser nécessitera une éducation des patients de même qu'il faudra convaincre les médecins que la satisfaction des patients est principalement influencée par le temps passé à écouter et à expliquer la maladie. ⁹⁰

Cependant, un sondage téléphonique auprès de 3593 habitants des Midi-Pyrénées ayant trait au type de relation que les patients entretiennent avec leur médecin généraliste et revenant sur leur dernière consultation semblait en désaccord avec ce dernier article. Parmi les patients interrogés, 68% estimaient que la consultation ne doit pas systématiquement se conclure par la rédaction d'une ordonnance. La remise d'une ordonnance longue avait tendance à inquiéter 54% d'entre eux. Les patients qui considéraient que la rédaction finale d'une ordonnance n'était pas un passage obligé de la relation de soins semblaient entretenir une

meilleure relation avec leur médecin.

Le médicament peut représenter le transfert du pouvoir de guérir des mains du médecin aux mains du patient. La rédaction d'une ordonnance ponctue aussi la consultation en indiquant sa fin et permet parfois en cela d'éluder certaines questions en cas d'incertitude ou d'impuissance dans des situations complexes et mal codifiées. Le moment de la prescription est un temps privilégié d'échanges et d'éducation du patient. Cela renforce la relation médecin patient et semble améliorer l'acceptation et l'observance de la prescription.⁶⁹

C Popularité du médicament

La popularité des médicaments de la toux et du rhume reste grande en France. Selon Sjaak van der Geest et Susan Reynolds Whyte, l'utilisation des médicaments et leur popularité tient à cinq sphères.⁸⁴

a L'expérience pratique

L'expérience pratique expliquant la popularité d'un médicament se résume à une phrase: « un médicament fonctionne, donc je l'utilise ».

b La tangibilité

En tant que substances tangibles qui peuvent être avalées ou appliquées à une partie précise du corps, les médicaments aident à capter les expériences subjectives - se sentir malade- et à les transformer en expériences plus objectives. Les substances du monde matériel transforment les sensations insaisissables de douleur et de malaise en phénomène réel et facilitent l'explication, la communication et l'action thérapeutique. Ce pouvoir symbolique a été appelé « le charme » des médicaments par les auteurs. Le pouvoir explicatif des médicaments repose sur le fait qu'ils aident les patients et leur environnement à repérer et à comprendre intellectuellement la maladie et ses causes. Ils affectent la communication en ce que l'on peut déduire la maladie de quelqu'un à partir de son traitement. Cela peut même déboucher sur une légitimation, puisque la prescription d'un médicament "confirme" la maladie et justifie le comportement du patient.

D'où le désir persistant de traitement des patients malgré parfois leur peu d'efficacité.

c *La xénophilie*

L'origine exotique des médicaments est facilement perçue comme une promesse de supériorité.

Nous pouvons aussi comprendre l'importance primordiale de l'apparence et de l'emballage.

d *Les échanges symboliques*

Les médicaments facilitent, façonnent et renforcent les relations sociales, car ils expriment et confirment l'amitié, le dévouement et la sollicitude, particulièrement dans la rencontre entre un patient et son médecin. Selon les auteurs "Les médicaments sont imprégnés des qualités et des intentions du donneur".

Le médicament devient ainsi le médiateur entre les deux personnes.

L'ordonnance et le médicament sont la preuve matérielle que le médecin et le patient sont toujours connectés l'un à l'autre, et en même temps, la confiance que le docteur a éveillée chez le patient est matérialisée par l'ordonnance et le médicament.

Lorsque les médicaments sont considérés comme étant l'essence même de la pratique médicale, ce qui est le cas dans nos sociétés dites développées, la

prescription est l'élément principal que l'on attend du médecin. Ainsi, le refus de prescrire une ordonnance, bien que parfois souhaitable du point de vue biomédical, serait considéré comme une conduite irrationnelle selon les critères culturels locaux.

Dans de telles situations, les médecins sont incités à prescrire des ordonnances pour faire plaisir au patient et soigner leur réputation.

Cela explique en partie l'attitude et des patients et des médecins.

e *L'« empowerment »*

La maladie est une période propice à la dépendance et au contrôle social. Les médicaments peuvent ainsi devenir des facteurs d'individualisation dans la mesure où ils permettent à la personne d'échapper à un certain contrôle social ou à son éventuelle sujétion à des forces spirituelles.

D Les « non maladies » et les « non traitements »

La "médicamentation" de la société est le processus en cours de l'utilisation non médicale des médicaments. Cette utilisation paraît grandement encouragée par l'industrie pharmaceutique dont le premier but n'est pas la préservation de la santé

des populations mais bien le profit. L'apparition de médicaments censés traiter des "non-maladies" en est le reflet.⁹¹

Un classement de ces « non maladies » a été réalisé par le British Medical Journal.⁹²

E Acquisition du savoir par le patient

Pour contribuer à trouver une réponse à la difficile question que posent nos sociétés modernes, à savoir pourquoi les gens consomment tant de médicaments, ou pourquoi ils les consomment mal, ou bien au contraire pourquoi ils refusent de les consommer lorsqu'il le faut, on notera que nombreux sont les comportements qui, tout en faisant obstacle à ce que les professionnels de santé appellent le bon usage des médicaments, sont en réalité le résultat d'un savoir que les patients ont acquis (ou croient avoir acquis), le plus souvent à l'intérieur de la relation médecin malade, ou par le biais d'une information plus générale que les institutions sociales se chargent de diffuser. Ces savoirs proviennent également des médias, qui se font parfois l'écho de l'industrie pharmaceutique.

Le rapport que les malades entretiennent avec les médicaments se caractérise souvent par une réinterprétation de l'ordonnance, tout particulièrement au niveau de l'adéquation de la prescription avec le mal pour le quel ils ont consulté : ainsi, certains patients refusent de suivre un traitement s'il leur paraît non cohérent avec l'interprétation qu'ils ont de leur maladie, lorsque cette interprétation n'est pas conforme au diagnostic de leur médecin.

Le savoir transmis par le médecin reste parfois partiel, non seulement parce que les médecins sont peu enclins à consacrer du temps à la transmission de l'information, mais parce que cette information leur paraît parfois préjudiciable à la santé de leurs patients.

Les comportements à l'égard des médicaments ne sont pas liés exclusivement aux savoirs concernant ces substances. Ils sont indissociables des messages, parfois tacites, diffusés par la société tout entière sur ce que doit être le bon comportement d'un patient.

Les conduites individuelles mises en cause dans le domaine de la santé ne font parfois que résulter de la volonté des patients de se conformer aux valeurs sociales et culturelles diffusées.

Les conduites profanes condamnées par les professionnels de la santé s'avèrent donc être souvent en réalité le résultat inattendu de l'assimilation par les patients des discours et des savoirs transmis par le milieu médical.

Le malade effectue un repérage des symptômes comme outil de lecture du mal et de l'opportunité des médicaments.

Au contraire de la transmission du savoir (qui suppose de le faire connaître, de la communiquer de façon unilatérale), sa circulation implique un échange, un mouvement circulaire entre les protagonistes, aux termes duquel les savoirs sur le médicament deviennent un composé, résultant d'une élaboration plurielle, dont les auteurs ne sont pas les seuls producteurs, mais aussi les usagers.⁹³

VII Conclusion

Il semble donc se dégager de notre étude, malgré le faible nombre d'entretiens réalisés, que les parents sont tout à fait prêts à accepter pour toute prescription du sérum physiologique pour lavage nasal et du paracétamol pour la fièvre en traitement du rhume de leur enfant. Et ceci sous réserve que l'on ait pris le temps d'expliquer clairement la bénignité de cette pathologie et l'absence d'intérêt des médicaments symptomatiques.

Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation des parents est primordial. Ainsi, s'il paraît efficace et possible d'informer les parents lors du rhume de leur enfant, prendre les devants en en parlant en amont, lors des visites systématiques des nourrissons par exemple, permettrait probablement de réduire le nombre de consultations et de donner des outils aux parents pour gérer ces situations sans recours systématique à la consultation médicale.

Mais les médecins sont-ils prêts à cela? Les représentations que se font les médecins de ces consultations n'associent-elles pas systématiquement la rédaction d'une ordonnance à la fin de la rencontre médicale? Il serait intéressant en complément de notre étude d'interroger les médecins à ce sujet, car si les raisons de la prescription d'antibiotiques ont été largement explorées, c'est loin d'être le cas des médicaments de la toux et du rhume qui ont toujours l'image de médicaments anodins.

1. Herbert AP. Look Back and Laugh. House of Stratus Ltd; 2001.
2. Gwaltney JM. Viral respiratory infection therapy: historical perspectives and current trials. *Am. J. Med.* 2002 avr 22;112 Suppl 6A:33S-41S.
3. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé; 2005.
4. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *The Lancet.* 2003 janv;361(9351):51-59.
5. Observatoire de la médecine générale - Données [Internet]. [cité 2011 août 20]; Available from: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
6. Rhumes. *Prescrire.* 2008 nov;28:842-843.
7. Toux gênantes. *Prescrire.* 2008 sept;28:676-677.
8. Toux gênantes. *Prescrire.* 2011 aout;31(334):612-614.
9. Prise en charge de la toux chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans). Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé; 2010.
10. Le rhume de l'adulte. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé; 2008.
11. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. [cité 2011 août 22]; Available from: http://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=R05
12. ATC code R05 - Wikipédia [Internet]. [cité 2011 août 20]; Available from: http://fr.wikipedia.org/wiki/ATC_code_R05
13. Thériaque Infos Médicaments [Internet]. [cité 2011 sept 22]; Available from: <http://www.theriaque.org/InfoMedicaments/home.cfm?>
14. Kogan MD, Pappas G, Yu SM, Kotelchuck M. Over-the-counter Medication Use Among US Preschool-age Children. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1994 oct 5;272(13):1025 -1030.
15. Vernacchio L, Kelly JP, Kaufman DW, Mitchell AA. Cough and cold medication use by US children, 1999-2006: results from the slone survey. *Pediatrics.* 2008 août;122(2):e323-329.
16. Garbutt JM, Sterkel R, Banister C, Walbert C, Strunk RC. Physician and parent response to the FDA advisory about use of over-the-counter cough and cold medications. *Acad Pediatr.* 2010 févr;10(1):64-69.

17. Devaux M, Grandfils N, Sermet C. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants: quel impact sur la prescription des généralistes? IRDES; 2007.
18. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2005.
19. Bertino J. Cost burden of viral respiratory infections: issues for formulary decision makers. *The American Journal of Medicine*. 2002 avr;112(6):42-49.
20. Morice AH. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax*. 2006 sept;61(suppl_1):i1-i24.
21. Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1997 - 2007. afssaps; 2009.
22. Médicaments de la toux et du rhume: des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. *Prescrire*. 2009 oct;29(321):751-753.
23. Labbe A. Mucolytiques, antitussifs et autres médicaments. *Archives de Pédiatrie*. 2001 janv;8:98-99.
24. Woo T. Pharmacology of cough and cold medicines. *J Pediatr Health Care*. 2008 avr;22(2):73-79; quiz 80-82.
25. Bonnemaïson E, Diot P. Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement). *la Revue du Praticien*. 2007 mai 31;10:1115.
26. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N. Engl. J. Med*. 2000 déc 7;343(23):1715-1721.
27. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. *BMJ*. 2002 févr 9;324(7333):329.
28. Center for Drug Evaluation and Research. Public Health Advisories (Drugs) - Public Health Advisory: FDA Recommends that Over-the-Counter (OTC) Cough and Cold Products not be used for Infants and Children under 2 Years of Age.
29. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Dans: *The Cochrane Collaboration*, Smith SM, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
30. Kim S young, Chang Y-J, Cho HM, Hwang Y-won, Moon YS. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. Dans: *The Cochrane Collaboration*, Kim S young, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.

31. Schaefer MK, Shehab N, Cohen AL, Budnitz DS. Adverse events from cough and cold medications in children. *Pediatrics*. 2008 avr;121(4):783-787.
32. Enquête officielle relative aux effets indésirables neurologiques et cardiovasculaires des vasoconstricteurs utilisés comme décongestionnants de la sphère ORL (voie orale et nasale). Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé; 2008.
33. Chalumeau M, Cheron G, Assathiany R, Moulin F, Bavoux F, Breart G, et al. Fluidifiants bronchiques dans les infections respiratoires aiguës du nourrisson : un problème pharmacoépidémiologique ? Mucolytic agents for acute respiratory tract infections in infants: a pharmaco-epidemiological problem? *Archives de Pédiatrie*. 2002 nov;9(11):1128-1136.
34. Mucolytiques: allergies, troubles respiratoires. *Prescrire*. 2009 sept;29(311):666.
35. Commission nationale de pharmacovigilance du 24 mars 2009-Enquête officielle de pharmacovigilance sur les effets indésirables des spécialités mucolytiques chez le nourrisson de moins de deux ans. *afssaps*; 2009.
36. Maux de gorge. *Prescrire*. 2011 aout;31(334):614-616.
37. Prescriptions dangereuses à des enfants. *Prescrire*. 2008 avr;28(294):270.
38. Coenen S, Van Royen P, Van Poeck K, Michels J, Dieleman P, Lemoyne S, et al. La toux aiguë. *Société Scientifique de Médecine Générale*; 2002.
39. Common cold [Internet]. NHS Clinical Knowledge Summaries. 2011 dernière révision; Available from: http://www.cks.nhs.uk/common_cold#-257355
40. Marimbert J. Contre-indication, chez le nourrisson, des spécialités mucolytiques (carbocistéine, acétylcystéine), mucofluidifiantes (benzoate de méglumine) administrées par voie orale et de l'hélicidine. *afssaps*; 2010.
41. Gouvernement du Canada SC. Médicaments contre la toux et le rhume - Décision de Santé Canada [Internet]. [cité 2011 août 19]; Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2008/2008_184info1-fra.php
42. Zhang X, Wu T, Zhang J, Yan Q, Xie L, Liu GJ. Chinese medicinal herbs for the common cold. Dans: *The Cochrane Collaboration*, Wu T, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
43. Linde K, Barrett B, Bauer R, Melchart D, Woelkart K. Echinacea for preventing and treating the common cold. Dans: *The Cochrane Collaboration*, Linde K, éditeurs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006.

44. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. Dans: The Cochrane Collaboration, Lissiman E, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
45. AlBalawi ZH, Othman SS, AlFaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. Dans: The Cochrane Collaboration, AlBalawi ZH, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
46. Hemilä H, Chalker E, Douglas B. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Dans: The Cochrane Collaboration, Hemilä H, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
47. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. Dans: The Cochrane Collaboration, Singh M, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
48. Rhinopharyngite de l'enfant. Prescrire. 2009 sept;
49. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. Dans: The Cochrane Collaboration, Oduwole O, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
50. Prévention du botulisme chez les nourrissons. Prescrire. 2009 déc;29(313):929.
51. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. Dans: The Cochrane Collaboration, Singh M, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
52. Kassel JC, King D, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(3):CD006821.
53. Kack M, Debart A, Blanchard F. La relation médecin-malade. La revue du praticien. 2006;(56):1255-1262.
54. Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. BMJ. 1999 juin 5;318(7197):1532-1535.
55. Auger J, Puichaud J. Comment améliorer la relation médecin malade? La revue du praticien Médecine générale. 2004 sept 27;18(662/663):999-1001.
56. Chabot J-M. Décision médicale... partagée. La revue du praticien. 2006;56:1243-1244.
57. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract. 2000 nov;50(460):892-899.

58. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*. 2003 avr;12(2):93-99.
59. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung W, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*. 2005 mars 1;8(1):34-42.
60. Insee - Définitions et méthodes - PCS 2003 - Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées [Internet]. [cité 2011 août 24]; Available from: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm
61. Vinker S, Ron A, Kitai E. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection - a survey among parents attending the primary physician with their sick child. *BMC Family Practice*. 2003;4(1):20.
62. Chan CS. What do patients expect from consultations for upper respiratory tract infections? *Fam Pract*. 1996 juin;13(3):229-235.
63. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998 sept 5;317(7159):637-642.
64. Cornford CS. Why patients consult when they cough: a comparison of consulting and non-consulting patients. *Br J Gen Pract*. 1998 nov;48(436):1751-1754.
65. Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M, Nayak A, Bradley CP. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. *Fam Pract*. 1999 juin;16(3):255-261.
66. Levasseur G, Schweyer F-X. Les demandes des patients jugées « non fondées ». *La revue du praticien Médecine générale*. 2003 févr 24;17(603):246-250.
67. Hughes L, Whittlesea C, Luscombe D. Patients' knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. *J Clin Pharm Ther*. 2002 août;27(4):243-248.
68. Sevestre G. Balance bénéfices-risque des médicaments de la toux et du rhume: connaissances et opinions des patients. 2010 oct 14;
69. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *La revue du praticien Médecine générale*. 2006 mai 16;20(732/733):594-596.
70. Huang SS, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Kotch J, Schiff N, Stille CJ, et al. Parental Knowledge About Antibiotic Use: Results of a Cluster-Randomized, Multicommunity Intervention. *Pediatrics*. 2007 avr;119(4):698 -706.

71. Mourtzoukou EG, Falagas ME. Exposure to cold and respiratory tract infections [Review Article]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2007 sept;11:938-943.
72. Gargot F, Balagayrie A. Etude des facteurs influençant la demande des patients en consultation de médecine générale. *le concours médical*. 2005 mars 23;127(11-12):655-659.
73. Laure P, Trépos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé publique*. 2006 août 31;18(4):573-584.
74. Lado E, Vacariza M, Fernández-González C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *J Eval Clin Pract*. 2008 juin;14(3):453-459.
75. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, McDonald L, Franz CE, Kravitz RL. Parent Expectations for Antibiotics, Physician-Parent Communication, and Satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 juill 1;155(7):800-806.
76. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ*. 1997 août 30;315(7107):520-523.
77. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004 févr 21;328(7437):444.
78. Stivers T, Mangione-Smith R, Elliott MN, McDonald L, Heritage J. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. *J Fam Pract*. 2003 févr;52(2):140-148.
79. Britten N. Patients' expectations of consultations. *BMJ*. 2004 févr 21;328(7437):416-417.
80. Britten N. Patients' demands for prescriptions in primary care. *BMJ*. 1995 avr 29;310(6987):1084-1085.
81. Mangione-Smith R. Online commentary during the physical examination: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing? *Social Science & Medicine*. 2003 janv;56(2):313-320.
82. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009 août;41(7):494-501.

83. Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölsted S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract*. 2002 déc;19(6):638-640.
84. van der Geest S. Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments1. *Anthropologie et Sociétés*. 2003;27(2):97-117.
85. Rutten G, Van Eijk J, Beek M, Van der Velden H. Patient education about cough: effect on the consulting behaviour of general practice patients. *Br J Gen Pract*. 1991 juill;41(348):289-292.
86. Blais A. Croyances et attentes des parents à propos de la bronchiolite du nourrisson, un obstacle à l'application des recommandations? 2009 déc 17;
87. Turnidge J, Christiansen K. Antibiotic use and resistance—proving the obvious. *The Lancet*. 2005 févr;365(9459):548-549.
88. Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet*. 2001 juin 9;357(9271):1851-1853.
89. Bouvenot J. Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins. *Presse médicale*. 2002;31(39):1831-5.
90. Rosman S, Le Vaillant M, Schellevis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*. 2008 juin 1;18(3):312 -316.
91. Mbongue TBN, Sommet A, Pathak A, Montastruc JL. « Medicamentation » of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *Eur. J. Clin. Pharmacol*. 2005 juin;61(4):309-313.
92. Smith R. In search of « non-disease ». *BMJ*. 2002 avr 13;324(7342):883-885.
93. Fainzang S. transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin/malade. Dans: le médicament au coeur de la socialité contemporaine. Presses de l'université du Québec; 2006. p. 267-279.

VIII Documents annexes:

- Notice explicative envoyée aux internes/enquêteurs
- Questionnaire
- Fiche d'information remise aux parents

Bonjour,

Je me permets de te contacter pour te mettre à contribution pour ma thèse... sur un sujet qui te servira quotidiennement dans ton exercice futur!!!

Je travaille sur les médicaments de la toux et du rhume chez les enfants, et sur les représentations des parents vis à vis de ces traitements.

Je souhaiterais savoir si les parents acceptent qu'on ne prescrive à leurs enfants qu'un traitement antipyrétique/antalgique associé à des lavages du nez et à des conseils hygiéno-diététiques quand ceux-ci sont atteints d'infection virale des voies aériennes supérieures (rhume, rhinopharyngite, rhinite) c'est à dire en se passant de traitement symptomatique de la toux et du rhume (antitussifs, « fluidifiants » bronchiques, topiques nasaux autres que le sérum physiologique).

Il s'agit d'une enquête par questionnaire à remplir lors de la consultation.

1) La première partie renvoie à des informations « administratives ».

2) La méthode que je mets en place consiste à partager avec le patient, autant que possible, la décision de prescription ou non d'un traitement symptomatique de la toux et du rhume.

Pour ce faire, il convient d'**explorer a priori** (avant d'influencer son avis) **ce que le parent présent pense de la maladie de son enfant et des traitements qu'elle nécessite.**

D'où la première question: quelle est la maladie de votre enfant?

3) Suit lors de la consultation l'examen de l'enfant au terme duquel tu confirmes le diagnostic d'infection virale des voies aériennes supérieures.

4) Après avoir annoncé ce diagnostic, je souhaiterais que tu explores par les questions suivantes ce que souhaite le parent comme traitement et conseils avant toute discussion.

J'aimerais aussi savoir quelles représentations les parents ont d'une « infection virale » et si pour eux l'infection de leur enfant nécessite un traitement antibiotique.

5) Après avoir exploré les désirs et croyances des parents a priori, tu pourras prendre un temps d'explication vis à vis du rhume de l'enfant avec les messages principaux suivants:

- Les infections virales des voies aériennes supérieures (rhinopharyngite, pharyngite, rhinite) sont des affections bénignes.
- Elles provoquent généralement une obstruction nasale et/ou un écoulement du nez, une fièvre et une toux. Elles sont très fréquentes. Elles guérissent habituellement en moins de 10 jours.
- Les médicaments de la toux et du rhume sont au mieux peu efficaces. Ils peuvent s'avérer parfois dangereux.
- Des moyens simples sont possibles pour soulager l'enfant: se moucher, laver le nez au sérum physiologique, donner du paracétamol en cas de douleur ou de fièvre, les bonbons ou les boissons aident à soulager le mal de gorge.

Tu pourras **remettre au parent un exemplaire de la fiche d'informations** que je te mets en pièce jointe.

6) Après ces explications, il te restera à voir si l'avis du parent a changé, si un désir de prescription de médicament du rhume ou de la toux est toujours présent et pourquoi le cas échéant (quelques suggestions de réponse).

La décision de prescription reste bien entendu une négociation entre le patient et toi.

Si tu souhaites plus de renseignements, je peux te transmettre mon projet de recherche avec les références bibliographiques ayant trait au travail.

Je te rappellerai pour savoir si tu as des questions et si le questionnaire et les explications te semblent clairs.

Merci beaucoup de ton aide,

Thomas

Le rhume de l'enfant et son traitement: décision partagée avec les parents d'après un questionnaire.

1) Age des parents: Profession:
Nombre d'enfants:
Age de l'enfant: Sexe:

2) De quelle maladie est atteint votre enfant selon vous ?
Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter?

3) Conclusion de l'examen clinique de votre enfant par le médecin.

4) Après l'examen clinique :

Votre enfant a une infection virale des voies aériennes supérieures (rhume, rhinopharyngite, pharyngite), qu'attendez-vous comme traitement de la part de votre médecin ?

Un médicament ? Non
Oui lequel : Contre la toux ?
Contre la fièvre ?
Contre le nez qui coule ou le nez bouché ?
Autre ?

Des conseils ? Non
Oui: Pour la toux
Pour la fièvre
Pour le nez qui coule ou le nez bouché ?

Pensez-vous qu'un traitement antibiotique soit adapté ? Oui
Non
Pourquoi ?

Qu'est-ce que pour vous une infection virale ?

5) Information orale et écrite du parent.

6) Après les informations que vous a données votre médecin vis-à-vis de la maladie de votre enfant, souhaitez-vous une prescription médicamenteuse autre que le paracétamol (doliprane®, efferalgan®) et les solutions de lavage nasal (sérum physiologique) ?

Oui ?
Non ?
Pourquoi ?

Si la réponse à la question précédente est oui, qu'est-ce qui influence votre choix?

Votre expérience personnelle?
La publicité/les médias?
Les conseils de votre famille (parents,...)?
autres?

Rhinopharyngite de l'enfant

Fiche d'informations aux parents.

Une maladie bénigne et fréquente

La « rhino » est une inflammation du nez et de la gorge. Elle provoque généralement une obstruction et/ou un écoulement du nez, une fièvre et une toux. Elle est très fréquente. En France, elle touche chaque année plusieurs millions d'enfants, surtout lorsqu'ils sont âgés de 6 mois à 6 ans.

La « rhino » guérit en général sans traitement en moins de 10 jours.

Il est très souvent possible de traiter son enfant sans demander d'avis médical, en particulier si la fièvre demeure en dessous de 38,5°C et diminue dans les 48 heures, si l'enfant demeure normalement en forme et joueur (une fois la fièvre tombée), et si on n'observe pas d'anomalie inattendue.

Le meilleur traitement est souvent le plus simple

Les consignes de traitement sont simples.

Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains lorsqu'il est en âge de le faire.

Nettoyer le nez avec du sérum physiologique en gouttes (chlorure de sodium à 0,9%) lorsqu'il est utile de dégager les sécrétions ou croûtes nasales désagréables pour soulager l'enfant. Le mouche-bébé doit être utilisé avec beaucoup de douceur pour ne pas blesser l'enfant, et seulement s'il le soulage.

En cas de fièvre supérieure à 38,5°C, donner du paracétamol à dose adaptée au poids.

Des bonbons à sucer ou des boissons aident à apaiser le mal de gorge.

La toux de la « rhino » ne nécessite habituellement aucun traitement particulier.

Les médicaments à éviter

Il n'est pas raisonnable d'utiliser des médicaments ayant un risque d'effet indésirable grave pour une affection sans gravité et qui guérit le plus souvent sans traitement.

Chez le nourrisson, les pulvérisations sous pression (sprays) dans le nez peuvent entraîner un réflexe avec arrêt cardiaque.

Les vasoconstricteurs en gouttes ou sprays nasaux (qui « débouchent le nez ») font courir des risques de maux de tête, de troubles nerveux (convulsions, attaque cérébrale, etc.), d'hypertension, de troubles cardiaques et psychiques. Les antibiotiques et antiseptiques par voie nasale ne présentent aucun avantage et font courir un risque allergique. Les antiallergiques par voie nasale sont sans intérêt démontré dans les « rhinos ».

L'aspirine, l'ibuprofène (vendu sous de nombreux noms de marque: advil° et autres) et les autres anti-inflammatoires ne sont habituellement pas plus efficaces que le paracétamol pour lutter contre la fièvre ou la douleur et peuvent entraîner des effets indésirables parfois graves.

La cortisone et ses dérivés n'ont aucun intérêt dans les « rhinos ».

Les pommades à respirer et à passer sur la poitrine, qui ont une forte odeur, contiennent souvent des substances (menthol, camphre, etc.) qui peuvent provoquer des convulsions chez les enfants, en particulier avant l'âge de 12 ans.

Les « décongestionnants » contenus dans des médicaments destinés aux adultes (notamment la pseudoéphédrine) peuvent être mortels pour les enfants.

Mieux vaut éviter ces médicaments, même si certains sont en vente libre.

Le rhume de l'enfant et son traitement: décision partagée avec les parents d'après un questionnaire.

Introduction: Selon les données de la littérature, le rhume de l'enfant ne justifie pas l'utilisation de médicaments symptomatiques autres que le paracétamol et le lavage des fosses nasales au sérum physiologique. Il existe cependant une habitude forte d'utilisation de ces produits. Nous avons souhaité étudier, en tenant compte des principes de la décision médicale partagée, les représentations des parents vis à vis du rhume et de son traitement.

Méthode: Des internes en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ont rempli des questionnaires au cours d'une consultation d'enfants âgés de 6 mois à 6 ans amenés par leurs parents pour un rhume.

Résultats: Cinquante-six questionnaires ont été remplis. Avant toute information vis à vis des traitements symptomatiques, 41 parents souhaitaient que leur soit prescrit un traitement autre que le paracétamol et le lavage des fosses nasales au sérum physiologique. Après information, 12 souhaitaient un tel traitement. Il n'a pas été possible de mettre en évidence de différence entre les catégories socio-professionnelles des parents, l'âge et le sexe des enfants dans le désir de traitement du fait du faible effectif. Les parents, bien que très demandeurs de conseils pour soulager leur enfant, semblaient bien au fait des symptômes et des mesures hygiéno-diététiques recommandées.

Discussion: Les parents sont pour la plupart tout à fait prêts à se passer de médicaments autres que le paracétamol et le sérum physiologique. Il existe en France une grande habitude de prescription de ces traitements par les médecins généralistes. Il serait intéressant d'explorer les éventuelles réticences des médecins vis à vis de l'absence de prescription de ces médicaments.

Mots clés:

rhume, médicaments de la toux et du rhume, enfant, représentation, parents, décision médicale partagée.