

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 030

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

par

Olivier BENARD

né le 20/05/1980 à Longjumeau

présentée et soutenue publiquement le 4 avril 2013

LA PRATIQUE ANTITUSSIVE CHEZ LES PARENTS ET LES MEDECINS

ET LE RESSENTI DES MEDECINS

FACE A LA PRESCRIPTION NON MEDICAMENTEUSE

Etude sur 156 enfants et 34 médecins du Morbihan en 2012

Président :

Madame le Professeur C. Gras-Leguen

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur P. Jacob

Membres du jury :

Madame le Professeur V. Gournay

Le Professeur P. Pottier

SOMMAIRE

1. Généralités	6
2. La toux	7
2.1. Définition	7
2.2. Physiologie de la toux	8
2.2.1. Voies neuronales de la toux : une boucle réflexe	8
2.2.1.1. Les récepteurs.....	8
2.2.1.2. Voies nerveuses.....	8
2.2.2. Mécanique de la toux.....	9
3. Rappel des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) sur la prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de 2 ans	11
4. Les antitussifs	12
4.1. Historique des antitussifs.....	12
4.2. Pharmacologie des antitussifs.....	12
4.2.1. Classification internationale des antitussifs	12
4.2.2. Composition des antitussifs.....	13
4.2.3. Indications et efficacité.....	15
4.2.4. Contre indications.....	15
4.2.5. Effets indésirables.....	15
4.2.6. Surdosage	16
4.2.7. Pharmacodynamie	16
4.3. Autres traitements antitussifs.....	16
4.4. Les antitussifs dans les autres pays.....	17
5. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse.....	18
5.1. La consultation et la prescription en France.....	18
5.2. Attente des patients.....	18
5.3. Attitude des médecins.....	19
5.4. La prescription non médicamenteuse.....	20
6. Etude des pratiques antitussives chez les parents et les médecins. Ressenti des médecins de la prescription non médicamenteuse.....	22
6.1. Matériel et méthode.....	22
6.2. Résultats des questionnaires parents.....	24
6.2.1. Population.....	24
6.2.2. Médecins généralistes	25
6.2.3. Pédiatres	25
6.2.4. La toux : caractéristiques.....	25
6.2.4.1. Gravité de la toux.....	25
6.2.4.2. Terrain.....	26
6.2.4.3. Faut-il traiter la toux ?	26
6.2.4.4. Situations pour lesquelles il est nécessaire de traiter la toux.....	26

6.2.4.5. Episodes de toux	28
6.2.4.6. Durée de la toux (en jours)	29
6.2.4.7. Toux et insomnie.....	29
6.2.4.8. Toux et nyctémère.....	31
6.2.5. Traitement de la toux	31
6.2.5.1. Traitement de la toux en automédication	31
6.2.5.2. Traitement de la toux par le pharmacien	33
6.2.5.3. Traitement de la toux par le médecin traitant.....	35
6.2.5.4. Traitement de la toux par le pédiatre	38
6.2.5.5. Étiologies.....	39
6.3. Résultats des questionnaires médecins.....	40
6.3.1. Attitude des médecins généralistes devant une rhinopharyngite à la première consultation.....	40
6.3.1.1. Traitement médicamenteux.....	40
6.3.1.2. Traitement non médicamenteux et conseils	41
6.3.2. Attitude des médecins face à la persistance de la toux grasse 4 jours plus tard	41
6.3.2.1. Traitement médicamenteux.....	41
6.3.2.2. Traitements non médicamenteux et conseils	42
6.3.3. Attitude des médecins généralistes face à une toux sèche	42
6.3.4. Attitude thérapeutique des médecins généralistes face à un enfant asthmatique qui tousse.....	43
6.3.5. Attitude thérapeutique des médecins généralistes face à une toux secondaire à une pneumopathie.....	43
6.3.6. Ressenti des médecins généralistes face à la prescription non médicamenteuse ...	44
6.3.6.1. Opinion des médecins généralistes sur une extension des recommandations sur le traitement symptomatique de la toux chez les enfants de 0 à 2 ans aux enfants de 2 à 6 ans.....	44
6.3.6.2. Taux de satisfaction des médecins généralistes à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par une prescription médicamenteuse	45
6.3.6.3. Evaluation du sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par la rédaction d'une prescription médicamenteuse.....	46
6.3.6.4. Ressenti des médecins sur l'attente de prescription médicamenteuse des patients.....	47
6.3.6.5. La pression ressentie de patient oblige-t-elle les médecins à prescrire contre leur volonté ?.....	48
6.3.6.6. La prescription médicamenteuse renforce-t-elle la relation avec les patients ?	49
6.3.6.7. Le manque de temps nuit-il à la prescription non médicamenteuse ?	50
6.3.6.8. La prescription non médicamenteuse est-elle un acte assez valorisé ?.....	51
6.4. Résultats des questionnaires pédiatres	52
6.4.1. Attitude des pédiatres devant une rhinopharyngite à la première consultation	52
6.4.1.1. Traitement médicamenteux.....	52
6.4.1.2. Traitement non médicamenteux et conseils	52
6.4.2. Attitude des pédiatres face à la persistance de la toux grasse 4 jours plus tard.....	52
6.4.2.1. Traitement médicamenteux.....	52
6.4.2.2. Traitement non médicamenteux et conseils	53
6.4.3. Attitude des pédiatres face à une toux sèche.....	53
6.4.4. Attitude thérapeutique des pédiatres face à un enfant asthmatique qui tousse	53
6.4.5. Attitude thérapeutique des pédiatres face à une toux secondaire à une pneumopathie.....	53
6.4.6. Ressenti des pédiatres face à la prescription non médicamenteuse	54
6.4.6.1. Opinion des pédiatres sur une extension des recommandations sur le traitement symptomatique de la toux chez les enfants de 0 à 2 ans aux enfants de 2 à 6 ans.....	54

6.4.6.2. Taux de satisfaction des pédiatres à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par une prescription médicamenteuse	54
6.4.6.3. Evaluation du sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par la rédaction d'une prescription médicamenteuse.....	55
6.4.6.4. Ressenti des pédiatres sur l'attente de prescription médicamenteuse des patients.....	56
6.4.6.5. La pression ressentie des patients oblige-t-elle les pédiatres à prescrire contre leur volonté ?.....	57
6.4.6.6. La prescription médicamenteuse renforce-t-elle la relation avec les patients ?	58
6.4.6.7. Le manque de temps nuit-il à la prescription non médicamenteuse ?	59
6.4.6.8. La prescription non médicamenteuse est-elle un acte assez valorisé ?.....	60
7. Analyse des résultats.....	61
7.1. <i>Gravité de la toux</i>	61
7.1.1. Corrélation entre la perception de gravité de la toux et le terrain.....	61
7.1.2. Corrélation entre le terrain asthmatique et l'importance de traiter la toux	62
7.1.3. Corrélation entre la perception de gravité de la toux et l'importance de la traiter dans la population générale	62
7.1.4. Facteurs favorisant l'initiation d'un traitement de la toux chez l'enfant par les parents.....	63
7.2. <i>Les épisodes de toux durant la période hivernale</i>	63
7.3. <i>Toux et insomnie</i>	64
7.3.1. Insomnie de l'enfant.....	64
7.3.2. Insomnie familiale	64
7.3.3. Corrélation entre le type de toux et la gêne nocturne	64
7.3.4. Toux et nyctémère.....	65
7.4. <i>Traitement de la toux</i>	65
7.4.1. Traitement de la toux en automédication.....	65
7.4.2. Traitement de la toux par le pharmacien.....	66
7.4.3. Traitement de la toux par le médecin généraliste	67
7.4.4. Traitement de la toux par le pédiatre	67
7.5. <i>Étiologies</i>	68
7.6. <i>Attitude thérapeutique des généralistes et des pédiatres</i>	68
7.6.1. Attitude des médecins devant une rhinopharyngite à la première consultation	68
7.6.2. Attitude des médecins devant une toux grasse à 4 jours du début de la rhinopharyngite	68
7.6.3. Attitude des médecins devant une toux sèche.....	69
7.6.4. Attitude des médecins devant une toux chez un asthmatique.....	69
7.6.5. Attitude des médecins devant une toux en contexte de pneumopathie.....	69
7.7. <i>Extensions des recommandations selon les médecins</i>	69
8. Discussion	73

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ATC : Anatomical Therapeutic Chemical-code

DDD : Defined Daily Dose

DRP : Désobstruction RhinoPharyngée

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

NTS : Noyau du Tractus Solitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAR : Rapidly Adapting Receptors

SAR : Slowly Stretching Adapting Receptors

SNC : Système Nerveux Central

1. Généralités

L'idée de cette thèse est d'abord partie d'un constat personnel : les parents consultent beaucoup pour la toux de leur enfant. Qu'elle soit gênante ou pas, insomnante ou non, c'est un symptôme souvent confondu avec une maladie qu'il faut traiter et éradiquer.

La toux est un symptôme reflexe dont la physiopathologie est mal connue malgré sa grande banalité. La découverte des antitussifs s'est faite de façon empirique et de nombreux effets secondaires sont la source de recommandations par les différentes autorités sanitaires.

En France, des recommandations ont été établies par l'HAS en octobre 2010 pour les enfants de 0 à 2 ans. Mais qu'en est-il des enfants de 2 à 6 ans ? D'autres pays ont émis ou sont sur le point d'émettre des recommandations concernant cette population.

Nous avons voulu dans un premier temps réaliser une étude sur la représentation de la toux et les pratiques des parents dans cette population d'enfants, ainsi que les conseils et pratiques des médecins qui doivent adopter une attitude non orientée par les recommandations.

Dans un deuxième temps, et au vu de l'extension très probable des recommandations sur la prise en charge de la toux des enfants de 0 à 2 ans aux enfants de 2 à 6 ans, nous nous sommes intéressés au ressenti de la prescription non médicamenteuse chez les médecins généralistes et les pédiatres de ville.

2. La toux

2.1.Définition

La toux, du latin tussis¹, est une expiration brusque, saccadée et bruyante, tantôt volontaire, tantôt réflexe, et due le plus souvent à une irritation du nerf vague². C'est un phénomène naturel permettant d'expulser des sécrétions bronchiques anormales ou des corps étrangers irritant ou obstruant les voies respiratoires.

Il a été recensé différents types de toux : toux grasses et sèches sont les caractéristiques les plus connues, mais il existe aussi les toux bitonales en cas de compression tachéobronchiques, les toux émétisantes ou de Morton, toux férine lorsque elle est répétée et rauque, toux quinteuse et coqueluchoïde lorsque plusieurs quintes se suivent. Elle peut être superficielle ou profonde, sonore, retentissante, stridente, croupale, voilée, éteinte, éructante. Il était aussi décrit une toux hystérique lors des « manifestations convulsives de la grande névrose ». ³

Ce symptôme se présente dans un tel nombre de maladies et aussi dissemblables les unes que les autres, que les médecins ont, depuis des siècles, cherché à déterminer la cause ou au moins établir un pronostic de la maladie en la caractérisant.³

De nos jours, on distingue dans la pratique courante la toux grasse et sèche et éventuellement la toux quinteuse et la toux rauque.

La toux grasse est une toux permettant la remontée de sécrétions qui résultent de l'encombrement des voies respiratoires. Cette forme de toux est dite "productive".

La toux sèche, en revanche, ne provoque jamais d'expectoration. Elle traduit une irritation des voies respiratoires. Cette forme de toux "non productive" est une manifestation pénible (dans les quintes), souvent fatigante et qui survient fréquemment la nuit. Elle peut entraîner des complications telles qu'insomnie, vomissements ou incontinence. La toux sèche est inutile et gênante.

On caractérise aussi la toux en fonction du nycthémère :

Classiquement, une atteinte des voies aériennes supérieures entrainerait une toux nocturne, la toux des voies aériennes inférieures étant uniquement diurne ou à l'endormissement.⁴

Souvent une toux chronique peut être confondue avec des épisodes successifs de toux aiguë avec des rémissions courtes pouvant durer 24 heures seulement. Il peut donc en découler une mauvaise interprétation des parents, puis du médecin, entraînant des examens inutiles.⁴

La toux est le troisième motif de consultation le plus fréquent d'un médecin généraliste. Il s'agit dans ce contexte d'une toux aiguë le plus souvent secondaire à une rhinopharyngite. ²

2.2. Physiologie de la toux

2.2.1. Voies neuronales de la toux : une boucle réflexe

La toux est une réponse à une stimulation de récepteurs localisés principalement dans le larynx, la trachée et les bronches par des stimuli mécaniques, thermiques ou chimiques. Ces récepteurs sont situés sous ou entre les cellules épithéliales et innervent des fibres nerveuses vagales.

2.2.1.1. Les récepteurs

Il existe quatre types de récepteurs : les rapid adapting receptors, les slow adapting receptors, les fibres C et les autres (nocicepteurs, récepteurs distincts de la toux). L'existence de ces récepteurs chez l'homme a été prouvée récemment.^{5,6}

Les SARs (pour slowly stretching adapting receptors) sont situés dans la paroi du muscle bronchique.

Les RARs (pour rapidly adapting receptors) sont situés essentiellement au niveau du larynx et de la carène. Ils sont connectés aux fibres nerveuses A δ myélinisées répondant aux stimulations mécaniques essentiellement mais aussi chimiques pour certaines substances (capsaïcine et acide citrique). Le froid inhibe ces récepteurs.

Les récepteurs des fibres C (non myélinisées) répondant à tout type de stimulation sont situés dans tout l'arbre trachéobronchique. Ils entraînent la toux par l'intermédiaire de la substance P.⁷

Au niveau du larynx, la stimulation mécanique entraîne un réflexe expiratoire sans inspiration préalable. Au niveau trachéobronchique, la stimulation entraîne le réflexe complet de toux avec inspiration. Cette différence est expliquée par la nécessité d'une évacuation laryngée immédiate sans risque d'inhalation profonde dans le cadre d'inhalation de corps étrangers.⁷

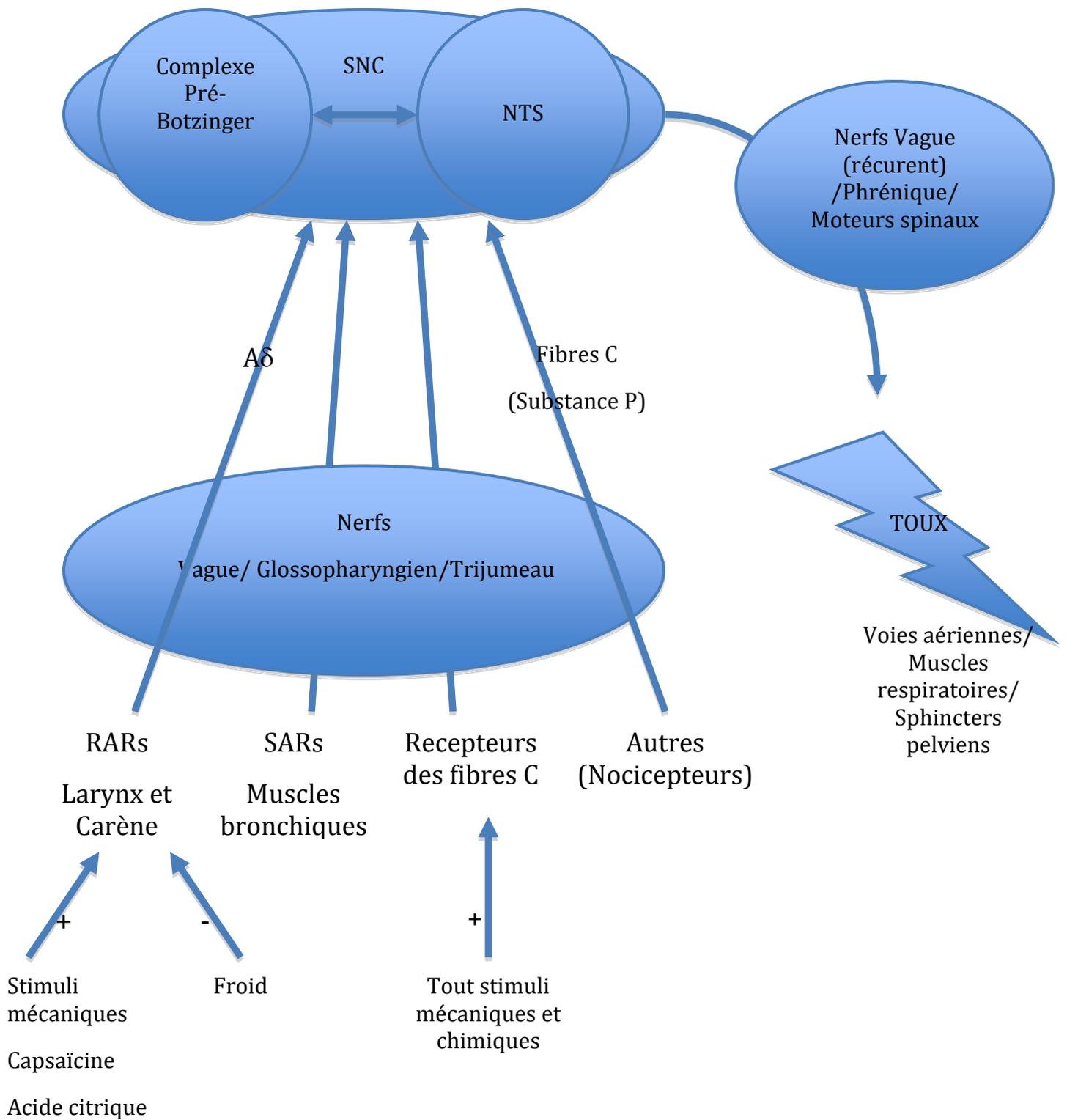
2.2.1.2. Voies nerveuses

La voie afférente est composée essentiellement du nerf vague innervant notamment le larynx par un rameau sensitif (nerf laryngé supérieur), mais aussi par les nerfs glossopharyngien et trijumeau⁸ et aboutit à un centre nerveux d'intégration de la toux (toux volontaire) : le nucleus tractus solitari ou noyau du tractus solitaire. Ce tractus posséderait des connections polysynaptiques avec un centre d'intégration du tronc cérébral sous contrôle cortical (le complexe préBotzinger). Cependant ce centre d'intégration est une hypothèse ancienne qui n'a encore jamais été vérifiée.⁷

La voie efférente, composée par les nerfs vague, phrénique et les nerfs moteurs spinaux, innerve les voies aériennes et les muscles respiratoires ainsi que les sphincters pelviens.

Le schéma page suivante résume les voies neuronales de la toux.

Les voies neuronales de la toux.



2.2.2. Mécanique de la toux.

On dénombre trois phases : l'inspiration, la compression et l'expulsion.

La phase inspiratoire consiste en une inspiration à glotte ouverte grâce à l'étirement des muscles expiratoires optimisant le rapport force-étirement du muscle.

La phase compressive se compose d'une fermeture de la glotte en 200 ms par le biais du nerf récurrent, branche du nerf vague, accompagnée d'une contraction des muscles expiratoires par le biais du nerf phrénique pour le diaphragme et des nerfs spinaux pour les muscles intercostaux, responsable d'une augmentation de la pression intra-thoracique (les pressions pleurales et intra-alvéolaires peuvent atteindre 300 mmHg chez l'adulte).

La phase expulsive débute par l'ouverture de la glotte avec expulsion brutale de l'air, accompagnée d'une vibration de la paroi postérieure du pharynx. La diminution de la section bronchique résultant de la compression de l'arbre trachéo-bronchique entraîne des vitesses linéaires élevées qui favorisent l'expulsion. La vitesse de l'air expulsé atteint alors une vitesse de 250 m/s, soit pratiquement la vitesse du son.⁷

3. Rappel des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) sur la prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de 2 ans ⁴

- La toux est un symptôme fréquent. C'est un réflexe de l'organisme et elle est à respecter
- La toux disparaît en 10 à 14 jours mais parfois peut atteindre 3 à 4 semaines
- La toux aiguë est le plus souvent secondaire à une infection virale (rhinopharyngite ou bronchite)
- Les mesures d'hygiène suffisent au traitement symptomatique de la toux des nourrissons de moins de 2 ans (arrêt du tabac dans la maison, température de la chambre à 19-20°C, désobstruction rhinopharyngée, hydratation régulière)
- Il doit s'y associer des informations auprès des parents sur l'évolution de la toux et des signes devant faire consulter
- Les antitussifs sont contre-indiqués chez le nourrisson de moins de 2 ans car ils n'ont pas démontré leur efficacité et parfois ont des effets indésirables
- La prise de miel n'est pas recommandée avant l'âge de 1 an. Celui-ci a démontré de façon empirique mais aussi expérimentale⁸ une efficacité temporaire sur la toux chronique
- Les mucolytiques, les mucofluidifiants et l'hélicidine sont contre-indiqués chez les nourrissons de moins de 2 ans depuis le 29/03/2010 car ils majorent le risque d'encombrement bronchique
- Les antitussifs antihistaminiques de première génération sont contre-indiqués
- Le fenspiride pour son effet sédatif, les suppositoires à base de dérivés terpéniques pour leur effet convulsivant et les antitussifs opiacés pour leur effet dépresseur respiratoire seront probablement prochainement contre-indiqués pour les moins de 30 mois
- Il n'y a pas lieu de prescrire des corticoïdes, des antibiotiques, des bronchodilatateurs, des anti sécrétoires gastriques devant une rhinopharyngite non compliquée, une pharyngite, une bronchite aiguë, une trachéite, une laryngite non dyspnéisante et une bronchiolite (1^{er} et 2^{ème} épisodes)

Ces recommandations de l'AFFSSAPS ont été éditées en octobre 2010.

4. Les antitussifs

4.1. Historique des antitussifs

La toux étant un symptôme gênant, on a tenté de plusieurs façons de la traiter.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, on utilisait la poudre de quinine ou de pin à dissoudre sur la langue.

En 1827, la morphine et la codéine ont été isolées et déjà utilisées en sirop comme le « Mrs Winslow's Soothing Syrup » délivré librement aux enfants au Royaume Uni⁹. On utilisait aussi la teinture d'opium, en badigeonnage du pharynx, ou la mouche de Milan, qui est en fait un coléoptère, et est décrit comme « faisant mieux et plus vite que tous les médicaments internes ».³

Il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour reconnaître les dangers des opiacés. On utilise alors de l'air surchauffé.

En 1898, on utilisait l'héroïne pour les sirops pour enfant en vente libre, mais l'addiction est reconnue en 1906. Il est seulement demandé au fabricant d'informer l'utilisateur et non de restreindre la vente de ses produits.¹⁰

Puis arrive, à partir de 1914, les nouvelles molécules, à commencer par le dextrométhorphan.

4.2. Pharmacologie des antitussifs.

4.2.1. Classification internationale des antitussifs

Les antitussifs correspondent à la classe R05 D du système ATC/DDD.

Mis au point par le centre collaborateur de l'OMS, le système ATC/DDD a pour but de servir d'outils pour la recherche sur l'utilisation des médicaments. Il permet notamment la présentation et la comparaison de statistiques sur la consommation des médicaments sur le plan international.

Le code ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical-code*) est un code en 7 éléments (lettres et chiffres) spécifique à un principe actif déterminé (ou à une association déterminée de principes actifs).

La DDD (*Defined Daily Dose*) est une estimation de la quantité de principe actif que reçoit un adulte d'un poids corporel d'environ 70 kg par jour (comme dose d'entretien en cas de traitement chronique) lorsque le médicament est prescrit pour son indication principale.¹¹

4.2.2. Composition des antitussifs.

On utilise plutôt, pour classer les antitussifs, leur composition pharmacologique, à savoir : les antitussifs opiacés, les antitussifs antihistaminiques, les antitussifs non opiacés et non antihistaminiques et les autres antitussifs.^{11,12}

Dans les antitussifs opiacés, on trouve le dextrométhorphan, la codéine, la pholcodine et la codéthyline.

Dans les antitussifs antihistaminiques, on trouve l'alimémazine, l'oxomémazine, la chlorphénamine, le piméthixène et la prométhazine.

Dans les antitussifs non opiacés non antihistaminiques, on range le clobutinol retiré du marché en 2007, l'oxéladine, l'epranizone, le clobutinol et la pentoxyvérine.

Enfin, les autres antitussifs regroupent l'hélicidine, le fenspiride et la clopérasatine.

Le tableau suivant classe les produits commerciaux en fonction de leur composition.

PRINCIPE ACTIF	NOM COMMERCIAL
Antitussifs opiacés	
Dextromethorphan	TUSSIDANE,VICKS TOUX SECHE
codéine	EUPHON, NEO-CODION, TUSSIPAX
pholcodine	BIOCALYPTOL, DIMETANE,HEXAPNEUMINE
codéthylène	TUSSIPAX
Noscapine	TUSSIEDAL
Antitussifs antihistaminiques	
alimémazine	THERALENE
Oxomémazine	TOPLEXIL
Chlorphenamine	HEXAPNEUMINE, HUMEX RHUME
Piméthylène	CALMIXENE
Prométhazine	RHINATHIOL
Antitussifs non opiacés non antihistaminiques	
Oxeladine	PAXELADINE
Clobutinol	SILOMAT
Epranizone	MUCITUX
Pentoxyverine	CODOTUSSYL,VICKS PECTORAL
Autres antitussifs	
Fenspiride	PNEUMOREL
Cloperastine	LYSOTOSYL
Helicidine	HELICIDINE

Fig.1 : classification des antitussifs

Tous les sirops antitussifs sont en vente libre, exceptée la pholcodine qui est soumise à prescription depuis la découverte récente d'un lien entre la prise de pholcodine et la sensibilisation aux curares.

4.2.3. Indications et efficacité

Bien entendu, l'indication des médicaments antitussifs est de lutter contre la toux. Cependant il est bien spécifié qu'uniquement la toux sèche est concernée.¹³

Les expectorants ne seront pas traités ici car leur but est de favoriser l'expulsion des sécrétions bronchiques et non de traiter directement la toux.

L'efficacité des antitussifs est encore un sujet de controverse et la plupart des études portent sur les médicaments en vente libre.

Pour certains auteurs, les sirops antitussifs sont justifiés dans le cadre de toux gênantes et non productives, si celles-ci durent plus de 3 semaines, précisant qu'ils sont formellement contre indiqués chez les enfants de moins de 2 ans.¹⁴

Depuis 1985 aux Etats Unis, les 6 études randomisées contre placebo sur l'utilisation des médicaments en vente libre contre la toux chez les enfants de moins de 12 ans n'ont montré aucune différence significative entre les principes actifs et le placebo.¹⁵

Cependant il faut signaler une étude Cochrane d'août 2012, dont la conclusion est qu'il n'y a pas d'élément confirmant ou infirmant l'efficacité des sirops antitussifs en vente libre.¹⁶

Concernant la pholcodine qui est donc soumise à prescription, et malgré le risque de choc anaphylactique par réaction croisée avec les curares, il est rappelé aux patients et aux professionnels de la santé que les bénéfices de la pholcodine restent supérieurs à ses risques pour le traitement de la toux non productive.¹⁷

4.2.4. Contre indications

Les antitussifs sont contre-indiqués chez les insuffisants respiratoires, en cas de toux productive et ne doivent pas être utilisés dans l'asthme, dont la toux est améliorée par les bronchodilatateurs.

Le dextrométhorphan est contre-indiqué chez l'insuffisant hépatique.

Le clobutinol est contre-indiqué dans l'épilepsie.

Les opiacés sont contre-indiqués dans le glaucome et l'adénome prostatique pour leur effet anti-cholinergique.¹²

4.2.5. Effets indésirables

Pour les opiacés, on recense les vertiges, la somnolence, la constipation, les nausées, les vomissements, les céphalées. Les allergies sont rares ainsi que les dépressions lors d'un usage normal. La pholcodine entraîne un risque accru d'anaphylaxie avec les curares.

La pentoxyvérine peut entraîner des dépressions respiratoires chez les jeunes enfants.

Parmi les appels du centre antipoison américain, on trouve des hallucinations avec les antihistaminiques et altération de la conscience et encéphalopathies pour les sirops antitussifs chez les enfants de moins de 6 ans. La *food and drugs administration* a identifié 123 cas de décès dans la population américaine sur une année.¹⁵

4.2.6. Surdosage

Les antitussifs opiacés à forte dose entraînent myosis, somnolence ou excitations, vomissements, convulsions, broncho-constriction jusqu'au laryngospasme.¹⁶

Le dextrométhorphan et la noscarpine entraînent, en cas de surdosage, un risque d'excitation, de confusion et de dépression respiratoire.¹⁷

La clopérasatine entraîne des effets anti-cholinergiques.

La pentoxyvérine peut entraîner une dépression respiratoire chez les jeunes enfants.

4.2.7. Pharmacodynamie

La physiologie de la toux étant un mécanisme mal connu la compréhension du mode d'action des antitussifs n'est que parcellaire.

Pour les antitussifs opiacés, le dextrométhorphan est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine. Cette propriété serait responsable de son action antitussive. La codéine et ses dérivés ont une action centrale par dépression des centres respiratoires¹⁸.

Les antihistaminiques agissent par antagonisme compétitif de l'histamine au niveau des récepteurs H2. Par conséquent, ils inhibent l'action de l'histamine sur les fibres lisses des bronches, ce qui diminue les phénomènes irritatifs et allergiques au niveau des voies respiratoires.¹⁹

Les antitussifs non opiacés non antihistaminiques agissent par dépression du centre de la toux et, selon les molécules, d'autres propriétés peuvent être associées. Par exemple, le clobutinol a une activité analeptique respiratoire et la pentoxyvérine a une activité anti-spasmodique.²⁰

Le mode d'action de l'hélicidine n'est pas élucidé. Cependant, il agit en périphérie et semblerait avoir un effet bronchorelaxant.²¹

4.3. Autres traitements antitussifs

A part, on peut signaler l'homéopathie antitussive et la phytothérapie antitussive à base de lierre grimpant (*Hedera hélix L*), de guimauve (*Althaea officinalis L*), de bouillon blanc (*Molène Thapsus L*), de marrube blanc (*marrubium vulgare L*), de thym (*Thymus vulgaris L*), de Tolu (*Myroxylon balsamum L*), d'Ipecacuanha (*Carapichea ipécacuanha*),

de Mauve (*Malva sylvestris*), de bourgeon de pin (*Pinnus L*). Ces plantes dérivées des pectoraux étaient utilisées dans les affections bronchiques au XVIème siècle.

Le miel pourrait être supérieur à l'absence de traitement, mais pas au dextrométhorphane, pour le soulagement symptomatique de la toux. Il n'y a aucun élément de preuve solide à l'appui ou à l'encontre de l'utilisation du miel. ²

4.4. Les antitussifs dans les autres pays

En Belgique, selon l'AFMPS ²² (Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé), les antitussifs à base de dextrométhorphane, de pentoxyvérine, de lévodropropizine, de noscapine, de clopérasatine, de pholcodine ou de codéine et ses dérivés (dihydrocodéine, éthylmorphine et thébacone) sont contre-indiqués chez les enfants en-dessous de 6 ans.

Au Canada, Santé Canada²³ a émis un avis contre-indiquant tous les sirops antitussifs chez les enfants de moins de 2 ans, sauf avis contraire d'un professionnel de santé, les antihistaminiques et le dextrométhorphane pour les enfants de moins de 6 ans et a obligé les fabricants à apposer une étiquette portant mention de la contre-indication.

En Suisse, l'Office Fédéral de la Santé Publique n'a émis aucune recommandation.

Aux Etats Unis, un article de 2007 paru dans le New England Journal of Medicine fustige les fabricants et la Food and Drug Administration et demande le retrait de ses produits pour les enfants de moins de 6 ans. Une réunion houleuse en octobre 2007 a abouti à la promesse de l'agence d'évaluer ses médicaments chez les enfants entre 2 et 11 ans « aussi vite que possible ». ²⁴ Depuis 2010, la vente de sirop antitussif est contre-indiquée chez les enfants de moins de 4 ans aux Etats Unis.

5. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse

5.1. La consultation et la prescription en France

La France n'est plus le plus gros consommateur de médicaments d'Europe et passe dans la moyenne européenne en 2011. Elle affiche le taux d'évolution le plus faible et une modération relative de sa consommation médicamenteuse.²⁵

Cependant encore 75 à 80 % des consultations d'un médecin généraliste en France se terminent par une prescription médicamenteuse.²⁶ La prescription médicamenteuse comprend en moyenne 3,7 médicaments par consultation. Elle demeure dans beaucoup d'esprits le service rendu du médecin généraliste et ponctue la consultation.²⁷

Plusieurs explications sont proposées pour expliquer l'importance de la prescription médicamenteuse par les médecins en France.

A la différence d'autres pays, la prescription reste en France le mode d'accès privilégié au médicament. Du fait du remboursement des médicaments, la prescription est un passage indispensable pour y accéder.²⁸

Par ailleurs, cet élément peut expliquer la pression ressentie par les médecins face à leurs patients, qu'ils pensent demandeurs de prescription médicamenteuse. Le recours au médecin généraliste pour des raisons autres que thérapeutique représente 9% des consultations. Il a un rôle préventif faible et un rôle important dans le suivi des maladies chroniques donnant lieu à une polymédication (49% des recours).²⁹

5.2. Attente des patients

Un rapport IPSOS pour la caisse d'assurance maladie²⁶ met en évidence que 83 % de la population française est d'accord avec l'idée selon laquelle « une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments ». Dans les mêmes proportions, elle ferait confiance à un médecin qui remplacerait certains médicaments par des conseils ou qui ne prescrirait pas de médicament à l'issue de la consultation. Il n'y aurait donc a priori pas de dégradation de la relation médecin-patient en l'absence de médicament.

D'autres études mettent en relief le fait que les patients attendent des informations plutôt que des prescriptions. L'information consiste d'abord dans la formulation d'un diagnostic, puis d'un pronostic sur la durée des symptômes,^{30,31} avant la rédaction d'une ordonnance.³² Les patients recherchent des explications, des conseils, une écoute, une réassurance, une relation de confiance et un examen clinique rigoureux avant une prescription médicamenteuse.³³

Une étude de 2005 s'est penchée sur les facteurs influençant la demande des patients.³⁴

D'abord, un élément marquant de la vie va inciter le patient à consulter et demander des examens supplémentaires ou des médicaments. Par exemple, un antécédent de pneumopathie infectieuse va inciter le patient à consulter et demander des antibiotiques pour toute toux fébrile. Chaque médecin a pu aussi vivre la demande d'examens complémentaires ou l'apparition de symptôme fonctionnel chez le patient dont un proche est décédé d'un infarctus du myocarde ou d'un cancer quelconque.

Ensuite l'attitude plus ou moins consciente face à la maladie est soulignée : le patient recherche à la fois un avis scientifique et des conseils, sans paternalisme. Aussi, les patients urbains consultent plus vite mais s'automédiquent plus.

Les informations recueillies en dehors du cabinet médical (magazines concernant la santé puis télévision et enfin l'internet) poussent le patient à consulter.

Enfin, le dernier facteur évoqué est la nécessité d'être en forme pour faire face aux obligations.

L'étude conclut que les patients se représenteraient la maladie comme un désordre corporel où la guérison par la relation tient une part importante, d'où la nécessité de reformulation de l'information par le médecin.

Cette notion est très encourageante et laisse entrevoir une possibilité de faire évoluer les comportements, comme adopter quand c'est possible des règles hygiéno-diététiques, se substituant à des prescriptions médicamenteuses.

5.3. Attitude des médecins

Il existe un décalage entre l'attente réelle des patients et la perception qu'ont les médecins de l'attente de leur patient. Finalement, les patients attendent moins de prescriptions médicamenteuses que les médecins ne le supposent. Les patients recherchent avant toute chose une écoute et des conseils.³⁵ D'autres études confirment cette tendance et révèlent qu'une partie des médicaments et la moitié des examens complémentaires étaient prescrits alors que le médecin pensait qu'ils n'étaient pas indispensables.^{36,37}

L'importance des prescriptions médicamenteuses en fréquence et en nombre de médicaments prescrits varie en fonction des pathologies : les problèmes cardiaques, respiratoires et les pathologies chroniques sont génératrices de prescriptions médicamenteuses.³⁸

Un autre déterminant est le patient lui-même : une femme de plus de 25 ans, inactive et vivant en milieu urbain est l'archétype du patient favorisant la prescription médicamenteuse.

Bien entendu, le médecin lui-même est un déterminant fort de la prescription médicamenteuse : plus la consultation est longue et plus le patient est âgé et plus la liste de médicaments s'allonge. De même, un médecin homme et de moins de 45 ans prescrit plus de médicaments. La zone géographique d'exercice (ouest, sud-ouest, méditerranée et bassin parisien) majore aussi le nombre de médicaments prescrits.

L'industrie pharmaceutique a aussi une grande influence sur les prescriptions, non seulement par le biais des visiteurs médicaux, mais aussi par leur participation financière dans les frais des FMC, des revues médicales et les médicaments distribués à l'hôpital et avec lesquels les patients ressortent³⁸. Or il faut souligner que lorsque les études sont financées par l'industrie, 51% sont en faveur du médicament expérimenté et 16 % pour les études indépendantes.³⁹

Le mode de prescription (ou de non prescription) est une décision partagée avec le patient, ce qui demande du temps. Comprendre les attentes du patient est une condition nécessaire à l'observance.³⁸

5.4.La prescription non médicamenteuse

La prescription non médicamenteuse est à distinguer de la non prescription où aucun acte à visée thérapeutique n'est effectué. Nous englobons sous ce terme les conseils oraux ou écrits (à la main ou en brochures) et l'orientation vers un professionnel de santé.

L'HAS a édité en avril 2011 un guide des « prescriptions non médicamenteuses validées »³⁷ qui met en relief les freins à la non prescription médicamenteuse et offre quelques pistes pour développer cette pratique.

D'abord, faire évoluer la notion de traitement dans l'imaginaire collectif avec une proposition d'inscrire, à l'instar des prescriptions médicamenteuses sur l'ordonnance, les thérapeutiques non médicamenteuses grâce à des logiciels d'aide à la prescription ou de brochures.

Ensuite, améliorer les conditions de rémunération de ces thérapeutiques chronophages. (Nous verrons plus tard que ce point de vue n'est pas particulièrement partagé par tous les médecins).

Elle propose aussi d'améliorer l'information des médecins et du grand public sur ce mode de prescription. La formation continue des médecins étant principalement financée par l'industrie pharmaceutique, leur attention est très fortement portée sur les thérapeutiques médicamenteuses. Dans la même idée, compte tenu du faible nombre d'études comparatives concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, les médecins et le grand public ont du mal à y adhérer. L'HAS désire encourager les publications scientifiques concernant ces pratiques, sans toutefois en préciser les modalités.

Enfin, le document précise que les prescriptions non médicamenteuses sont coûteuses et peu souvent remboursées par la sécurité sociale (psychologues, clubs de sport...). En effet, il semble peu pensable dans le contexte actuel de rembourser des cours de sport. Mais elles sont aussi coûteuses en terme de temps et d'effort à fournir, ce qui peut expliquer leur insuccès. Ici il n'y a, bien entendu, pas de proposition pour pallier à ces difficultés qui sortent du domaine sanitaire.

Enfin, il faut signaler qu'un item de l'internat (N°167), intitulé « thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses », sur le site de l'université médicale virtuelle francophone de l'université de Nantes⁴⁰ ne parle absolument pas des thérapeutiques non médicamenteuses et se concentre quasi exclusivement sur les pratiques médicamenteuses et leurs prescriptions...

A savoir que l'université de Nantes n'est pas un cas isolé :

Un exemple plus flagrant du désintérêt des pratiques non médicamenteuses est l'item 167, mentionné comme tel dans le programme des épreuves nationales classantes du concours de l'internat, sur le site du comité national des concours de l'internat (CNCI) :

N° 167. Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations. ⁴¹

- Argumenter une prescription thérapeutique en tenant compte du rapport bénéfice sur risque et des informations médicales et socio-économiques concernant le malade et des responsabilités légales et économiques.
- Expliquer les modalités d'élaboration des recommandations professionnelles et conférences de consensus, ainsi que leur niveau de preuve.
- Distinguer les différents cadres juridiques de prescription.
- Expliquer la prescription d'un médicament générique.

On peut remarquer que bien que le titre mentionne les thérapeutiques non médicamenteuses, celles-ci n'apparaissent plus dans la description des objectifs.

6. Etude des pratiques antitussives chez les parents et les médecins. Ressenti des médecins de la prescription non médicamenteuse

6.1. Matériel et méthode

Nous avons choisi, pour connaître l'attitude tenue par les parents et les professionnels de santé, de réaliser une étude descriptive transversale menée au moyen de deux types d'auto-questionnaires.

Le premier (questionnaire parents), a été remis aux parents dans deux écoles rurales morbihannaises (Bignan et Saint Jean Brévelay) et dans deux écoles urbaines (Vannes). L'échantillon ainsi retenu a donc été aléatoire. Ce questionnaire, strictement anonyme, a été distribué aux enseignants qui l'ont transmis aux parents. Les parents ont ensuite rendu le questionnaire aux enseignants. La plupart des questions étaient fermées avec, pour certaines d'entre elles, une ouverture afin d'affiner ou d'expliquer la réponse. Nous avons adopté cette solution afin de traiter les réponses plus rapidement, tout en gardant la possibilité d'affiner l'étude.

Après une note explicative se voulant le plus neutre possible, les questions ont été formulées de façon à ne pas influencer les parents dans leurs réponses. Nous demandions l'âge de l'enfant et le nom des médecins suivant l'enfant. Puis le questionnaire se découpait en 8 parties, à savoir la représentation du symptôme toux pour les parents, le terrain de l'enfant, l'importance de la toux et le retentissement sur le sommeil de la famille, puis les traitements donnés en automédication, par le pharmacien, par le médecin traitant, par le pédiatre, et enfin la cause retrouvée ou non de la toux.

Le questionnaire parents est consultable en annexe.

Au total, 156 questionnaires distribués ont été récupérés sur une période de 4 mois, de début février à mi-juin.

Le second questionnaire (questionnaire médecins), a été envoyé aux médecins traitants et aux pédiatres désignés dans les questionnaires parents. Celui-ci était découpé en deux parties.

La première partie, composée de questions ouvertes, était présentée comme un cas clinique afin de connaître l'attitude des médecins face à la toux chez les enfants de 2 à 6 ans. Ce cas clinique, découpé en quatre grandes questions, recherchait à connaître les propositions des professionnels de santé devant différentes situations, telles une toux grasse, une toux sèche, un terrain asthmatique et une pneumopathie. Le but était de comparer leurs attitudes, libres de toute recommandation de l'HAS, avec les recommandations des sociétés savantes.

La seconde partie, sous forme d'échelle de Lickert, a été utilisée afin de connaître le ressenti des médecins sur les prescriptions non médicamenteuses. Cette partie était découpée en 7 questions.

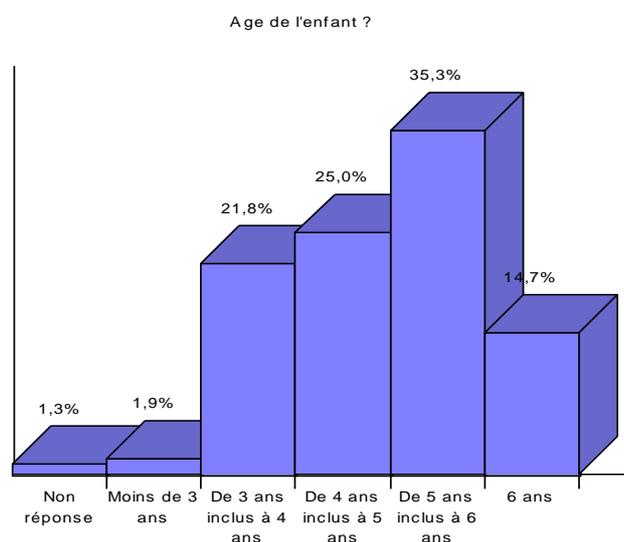
Le questionnaire remis aux médecins généralistes et pédiatres est inséré en annexe. Cette étude s'est déroulée durant le mois de septembre.

Au total 25 médecins généralistes ont répondu, ainsi que 9 pédiatres. Les questionnaires étant anonymes, les relances n'ont pas pu être effectuées.

Ni les médecins ni les parents n'ont été mis au courant de l'autre questionnaire afin de ne pas influencer leurs réponses.

6.2. Résultats des questionnaires parents

6.2.1. Population



Age de l'enfant	Nombre de citations	Fréquence
Non réponse	2	1,30%
Moins de 3 ans	3	1,90%
De 3 ans inclus à 4 ans	34	21,80%
De 4 ans inclus à 5 ans	39	25%
De 5 ans inclus à 6 ans	55	35,30%
6 ans	23	14,70%
Total des citations	156	100%

Figure 2: répartition par classe d'âge de l'échantillon.

La population étudiée se composait, pour les deux tiers, d'enfants de 3 à 6 ans non inclus. Les âges extrêmes étaient peu représentés.

Pour les enfants de 2 ans révolus, cela s'expliquait par le mode de sélection de la population passant par les écoles maternelles. Or peu d'enfants rentrent à l'école avant l'âge de 3 ans et seuls les enfants ayant eu 6 ans durant la grande section sont représentés, soit 4 à 5 douzièmes des enfants qui auront 6 ans en 2012 : la distribution des questionnaires s'est réalisée en avril ou mai, en fonction des écoles.

L'échantillon de notre étude était de 156 enfants âgés de 2 à 6 ans.

La population du Morbihan compte 716 182 habitants en 2009⁴² au dernier recensement, dont 35 000 enfants de 2 à 6 ans. Le taux de sondage était donc de 0,4 %.

Le taux d'erreur des résultats était de 7,85%.

6.2.2. Médecins généralistes

56 médecins ont été cités. Ils se répartissaient dans les communes de Vannes pour la plupart, mais aussi Saint Avé, Monterblanc, Meucon, Colpo, Locminé, Saint Jean Brévelay, Plaudren, Arradon, Locqueltas, Séné, Crach et Plescop.

Cette base a servi à désigner la population de médecins généralistes retenue pour le questionnaire médecin.

6.2.3. Pédiatres

15 pédiatres ont été cités. Ils se répartissaient sur les communes de Vannes et Pontivy. Cette base a servi à désigner la population de pédiatres retenue pour le questionnaire médecin.

6.2.4. La toux : caractéristiques

6.2.4.1. Gravité de la toux

Gravité de la toux	Nombre de citations	Fréquence
Grave	16	29,60%
Pas grave	38	70,40%
Total des citations	54	100%

Figure 3: Notion de gravité de la toux pour les parents.

Un tiers seulement des réponses ont été données. Néanmoins sur les 54 réponses, la majorité des parents considérait que la toux était un symptôme sans gravité et un tiers des parents s'inquiétaient devant un enfant qui tousse.

6.2.4.2. Terrain

Sur 151 réponses, 137 enfants (90,7%) ne présentaient pas de terrain particulier et 14 enfants (9,3 %) avaient un terrain asthmatique. Aucune autre pathologie n'a été mentionnée.

La prévalence de l'asthme en France est comparable, avec des chiffres allant de 8 à 10% chez les garçons et de 4,5 à 8 % chez les filles dans cette tranche d'âge. ⁴⁴

6.2.4.3. Faut-il traiter la toux ?

La toux doit être traitée	Nombre de citations	Fréquence
Absolument	56	35,90%
Parfois	92	59%
Jamais	1	0,60%
Total des citations	156	

Figure 4: répartition des avis sur la nécessité de traiter la toux.

Les parents, dans une forte proportion, considéraient qu'il fallait traiter la toux sous certaines conditions détaillées plus loin. Le fait marquant était l'importante minorité des parents considérant que la toux n'est jamais à traiter.

6.2.4.4. Situations pour lesquelles il est nécessaire de traiter la toux

Pour plus de clarté, les différentes situations évoquées par les parents, où il est nécessaire de traiter la toux, ont été classées dans le tableau ci-dessous.

Conditions estimées nécessaires au traitement de la toux (effectif répondant spontanément cet item)	Nombre de personne estimant qu'il faille traiter la toux absolument	Nombre de personne estimant qu'il faut traiter la toux parfois.
Si toux persistante (31)	2	29
Si toux fréquente (6)	1	5
Si la toux s'aggrave ou se complique (38)	25	13
- bronchite (4)	1	3
- infection respiratoire (2)	1	1
- dyspnée, cyanose (2)	0	2
- Otite (2)	2	1
- Asthme (2)	1	0
- Vomissement (1)	1	0
- Fièvre (1)	1	0
Si toux insomnante (6)	1	5
Si toux gênante (8)	1	8
En fonction du type de toux (26)	0	26
- Toux grasse (14)	0	14
- Toux sèche (7)	0	7
- Toux rauque (2)	0	2
En fonction du terrain (7)	5	2
- Asthme (5)	3	2
- Laryngite familiale (1)	1	0
- Angine récurrente (1)	1	0
En fonction de l'étiologie (2)	1	1
Car symptôme d'autre chose	1	0
Pneumopathie	0	1
En fonction des symptômes associés à la toux (27)		
Fièvre (19)	2	17
Sifflements (2)	0	2
Céphalée (2)	0	2
Diminution de l'appétit (1)	0	1
Douleur (1)	0	1
Vomissements (1)	0	1
Autre symptôme quelconque (1)	0	1

Figure 5 : Conditions nécessaires au traitement de la toux pour les parents.

6.2.4.5. *Episodes de toux*

Neuf enfants sur 10 ont toussé durant la période hivernale.

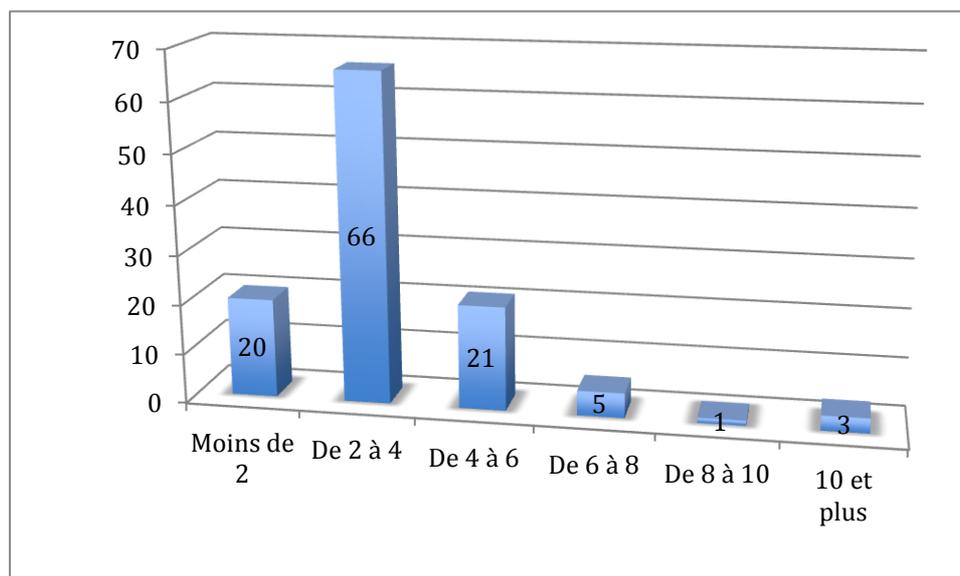


Figure 6 : Nombre d'épisodes de toux hivernale

Nombre d'épisodes de toux durant l'hiver	Nombre de citations	Fréquence
Moins de 2	20	17,20%
De 2 à 4	66	56,90%
De 4 à 6	21	18,10%
De 6 à 8	5	4,30%
De 8 à 10	1	0,90%
10 et plus	3	2,60%
Total des citations	116	100%

Minimum :1 Maximum :15 Moyenne : 2,91 Ecart type : 2,09

Figure 7: Distribution du nombre d'épisode de toux durant la période hivernale

Une très forte proportion des « enfants touseurs » (plus de la moitié) a eu entre 2 et 4 épisodes de toux cet hiver. En moyenne, les « touseurs » ont eu à peu près 3 épisodes de toux durant la période hivernale.

6.2.4.6. *Durée de la toux (en jours)*

Nombre de jours	Nombre de citations	Fréquence
Moins de 7	33	36,70%
De 7 à 14	15	16,70%
De 14 à 21	24	26,70%
De 21 à 27	4	4,40%
De 27 à 34	10	11,10%
De 34 à 40	1	1,10%
De 40 à 47	0	0%
De 47 à 53	1	1,10%
53 et plus	2,20%	2,20%
Total des citations	90	100%

Minimum: 1, Maximum: 60, Moyenne: 14,41, Écart type: 12,13

Figure 8 : Répartition du nombre total de jours de toux durant la période hivernale.

En moyenne le nombre de jours total de toux est de 14,41 jours.

6.2.4.7. *Toux et insomnie*

Nous nous sommes intéressés ici à la fréquence de l'insomnie chez l'enfant de 2 à 6 ans durant un épisode de toux.

Insomnie de l'enfant	Nombre de citations	Fréquence
Oui	57	39%
Non	89	61%
Total des citations	146	100%

Figure 9 : Fréquence d'insomnie chez l'enfant toussueur.

Dans la population étudiée, la toux était insomniente pour 4 enfants sur 10.

Nous nous sommes aussi intéressés à la conséquence de la toux de l'enfant chez les autres membres de la famille.

Insomnie de la famille	Nombre de citations	Fréquence
Oui	88	60,30%
Non	58	39,70%
Total des citations	146	100%

Figure 10 : Insomnie familiale

Cependant, la proportion d'insomnie familiale était élevée, avec près de 40% de la population étudiée.

Membre de la famille	Nombre de citations	Fréquence
Maman	48	59,3%
Papa	24	29,6%
Fratie	8	9,9%
Grand Parents	1	1,23%
TOTAL	81	100%

Figure 11 : Fréquence des insomnies en fonction du statut familial

La répartition des membres de la famille gênés par la toux de l'enfant est très inégale, avec en majorité un réveil des mères seulement et des pères loin derrière.

6.2.4.8. *Toux et nyctémère*

Nous nous sommes intéressés à la répartition des épisodes de toux au cours de la journée.

Période de la journée	Nombre de citations	Fréquence
Le jour	26	18,70%
La nuit	27	19,40%
le jour et la nuit	86	61,90%
Total des citations	139	100%

Figure 12 : répartition nyctémérale de la toux

La toux était donc dans deux tiers des cas un symptôme se déroulant durant tout le nyctémère.

6.2.5. Traitement de la toux

6.2.5.1. *Traitement de la toux en automédication*

a) *Proportion d'automédication chez les enfants de 2 à 6 ans*

Insomnie de l'enfant	Nombre de citations	Fréquence
Oui	95	60,90%
Non	61	39,10%
Total des citations	156	100%

Figure 13 : Fréquence de l'automédication.

L'automédication des traitements contre la toux concernait environ 3 enfants sur 5.

b) Traitement utilisé en automédication

Traitement	Effectif	Pourcentage
Oxoméazine	10	11,74%
Hélicidine	6	7,06%
Carbocistéine	9	10,59%
MAXILASE	3	3,53%
DIMETANE	1	1,18%
Acetylcystéine	2	2,35%
VENTOLINE	6	7,06%
PIVALONE	3	3,53%
Dérivé terpénique (Coquelusedal, Bronchorectine)	4	4,71%
Dextrométophane	1	1,18%
Pholcodine	2	2,35%
CALMIXENE	1	1,18%
Corticoïdes inhalés	2	2,35%
Corticoïdes per os	2	2,35%
Phytothérapie	8	9,41%
Désobstruction RhinoPharyngée	11	12,94%
Bain de vapeur	2	2,35%
Miel	7	8,24%
Gelée royale	1	1,18%
Position proclive	1	1,18%
Couvrir	1	1,18%
Boissons chaudes	1	1,18%
Chaleur humide	1	1,18%
TOTAL	85	100,00%

Figure 14 : traitements utilisés en automédication.

On peut remarquer que plus de la moitié des enfants a reçu un traitement médicamenteux contre la toux. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le paracétamol ont été volontairement exclus de l'étude.

Sur les 14 enfants asthmatiques de l'étude, 3 ont pris des sirops antitussifs, 7 n'ont pas été automédiqués et 4 ont utilisé de la Ventoline et/ou un corticoïde inhalé.

c) Efficacité ressentie du traitement en automédication

Efficacité du traitement selon les parents	Nombre de citations	Fréquence
Très efficace	48	49,50%
Moyennement efficace	34	35,10%
Peu efficace	11	11,30%
Pas efficace du tout	2	2,10%
Néfaste	2	2,10%
Total des citations	97	100%

Figure 15 : avis des parents sur l'efficacité du traitement.

Pour la moitié des parents, le traitement par automédication a été très efficace.

Les deux effets néfastes rapportés étaient une douleur musculaire au sevrage de la Ventoline et du Flixotide, et la complication d'une rhinite en bronchite suite à la prise d'Oxomémazine.

6.2.5.2. Traitement de la toux par le pharmacien

a) Recours au pharmacien

Recours au pharmacien	Nombre de citations	Fréquence
Non	116	74,40%
Oui	40	25,60%
Total des citations	156	100%

Pharmacien	Non	Oui	TOTAL
automédication			
Non	52	9	61
Oui	64	31	95
TOTAL	116	40	156

Figure 16 : Fréquence du recours au pharmacien

Peu de personnes ont eu recours au pharmacien, puisque un quart seulement des parents déclare avoir demandé conseil dans le cadre de la toux. En recoupant les parents qui ont traité leurs enfants par automédication et les parents ayant demandé conseil à leur pharmacien, nous nous sommes aperçu que les trois quarts ont commencé par automédiquer leurs enfants avant de voir le pharmacien et que seulement 14,7 % des enfants ont vu d'emblée le pharmacien.

b) Traitement et conseils du pharmacien

Traitement donné par le pharmacien	Nombre de citations	Fréquence
Sirop	27	42,90%
Comprimés	0	0%
Suppositoires	7	11,10%
Spray	2	3,20%
pastilles à sucer	5	7,90%
Fluidifiant bronchique	4	6,30%
Inhalations	0	0%
Homéopathie	6	9,50%
Traitement traditionnels	0	0%
Autres	3	4,80%
Conseils	9	14,40%
Total des citations	63	100%

Figure 17 : détail du type de traitement conseillé par le pharmacien

Les entretiens avec le pharmacien se terminaient souvent par la consommation d'un traitement médicamenteux. Cependant, il était laissé une grande place aux conseils et aux règles hygiéno-diététiques. Parmi ceux-ci, on trouvait (par ordre du nombre de citations) : voir son médecin traitant, faire une désobstruction rhinopharyngée, couvrir l'enfant lorsqu'il sort, humidifier l'air et le garder au chaud à la maison.

c) Efficacité du traitement du pharmacien

Les résultats étaient superposables à ceux retrouvés concernant la satisfaction des traitements en automédication. Ces résultats concordaient bien, vu que les différentes proportions de traitement entre automédication et traitement du pharmacien étaient identiques.

d) Dépense

La moyenne des sommes qu'étaient prêts à déboursier les parents était de 13,73 € par enfant. Cependant il existait de grands écarts, avec un minimum à 2€ et un maximum à 60€. La médiane était proche de la moyenne à 10€.

6.2.5.3. Traitement de la toux par le médecin traitant

a) Recours au médecin traitant

Médecin	Nombre de citations	Fréquence
Non	68	43,60%
Oui	88	56,40%
Total de citations	156	100%

Figure 19: Fréquence du recours au médecin traitant.

Un peu plus de la moitié des enfants ont vu leur médecin traitant.

Medecin	Non	Oui	TOTAL	Medecin	Non	Oui	TOTAL
automédication				Pharmacien			
Non	21	40	61	Non	50	66	116
Oui	47	48	95	Oui	18	22	40
TOTAL	68	88	156	TOTAL	68	88	156

Figure 20 : Tableau croisé du recours : automédication/médecin et pharmacien/médecin

La moitié des enfants automédiqués sont allés voir leur médecin. La proportion était quasi identique pour les enfants ayant consulté le pharmacien ; la répartition entre automédication et traitement conseillé par le pharmacien étant similaire, les résultats concordaient donc.

22,4 % des enfants ont consulté leur médecin traitant d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été automédiqués et sans avoir été conseillés par leur pharmacien.

b) Traitements du médecin traitant

Traitement	Effectif	Pourcentage
Hélicidine	10	11,10%
PIVALONE	10	11,10%
Corticoïdes per os	9	10,00%
Oxomémazine	8	8,90%
Corticoïdes inhalés	8	8,90%
VENTOLINE	7	7,80%
Antibiotique (clamoxy,orelox,josacyne)	7	7,80%
DRP	7	7,80%
Carbocistéine	6	6,70%
Matelas surélevé	6	6,70%
Dérivé terpénique	4	4,40%
MAXILASE	2	2,20%
Pholcodine	2	2,20%
Fenspiride	1	1,10%
Acétylcystéine	1	1,10%
Bain de vapeur	1	1,10%
Miel	1	1,10%
TOTAL	90	100,00%

Figure 21 : Détail des traitements proposés par les médecins.

La part de traitements médicamenteux demeurerait importante avec 92% des traitements, dont 26,7 % de traitements antitussifs contre-indiqués chez les enfants de 0 à 2 ans, soit 50,7% des prescriptions médicamenteuses.

A noter aussi que sur les 14 enfants asthmatiques, 6 ont reçu un sirop antitussif.

Les antibiotiques étaient peu donnés avec 7,8% toutes prescriptions confondues.

c) Efficacité du traitement du médecin traitant

Efficacité du traitement du médecin	Nombre de citations	Fréquence
Très efficace	37	49,30%
Moyennement efficace	34	45,30%
Peu efficace	4	5,40%
Pas efficace du tout	0	
Néfaste	0	
Total	75	100%

Figure 22 : Taux de satisfaction des parents au sujet du traitement proposé par les médecins

Les parents étaient dans la très large majorité satisfaits des traitements donnés par leur médecin, avec un taux de satisfaction de 94,6%. Aucun effet néfaste n'a été recensé.

6.2.5.4. Traitement de la toux par le pédiatre

a) Recours au pédiatre

Seulement 10,9% des enfants étudiés ont consulté leur pédiatre pour une toux.

1/3 des enfants ont vu leur pédiatre après avoir vu leur médecin traitant pour le motif de toux.

La répartition des traitements donnés ne différait pas des médecins traitants avec 25 % de sirops antitussifs. Le recours aux antibiotiques était un peu plus important dans l'étude avec 12,5% des prescriptions. Seulement, ce chiffre n'était pas significatif vu la faiblesse des réponses. Néanmoins les pratiques entre pédiatres libéraux et médecins généralistes semblaient rester similaires.

b) Efficacité du traitement du pédiatre

61,5% des parents considéraient le traitement proposé par les pédiatres comme très efficace, 30,7% comme efficace et 7,6 % comme peu efficace. Ici encore, le trop faible taux de réponses ne permettait pas de conclure. Cependant, le taux de satisfaction était proche de celui des médecins généralistes.

6.2.5.5. *Étiologies*

Etiologies	Fréquence
Rhinopharyngite	48,20%
Bronchite	14,80%
Virose	14,80%
Asthme	12,90%
Angine	3,70%
Pneumopathie infectieuse	3,70%
grippe	1,90%
Total	100,00%

Figure 23 : fréquence des étiologies déclarées par les parents.

La moitié des étiologies citées était représentée par le rhume puis les bronchites, les viroses et l'asthme.

6.3. Résultats des questionnaires médecins

6.3.1. Attitude des médecins généralistes devant une rhinopharyngite à la première consultation.

6.3.1.1. Traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux	Nombre d'évocations
Antipyrétiques	19
PIVALONE	8
Mucolytiques	4
Antitussifs	3
Corticothérapie locale	1
Homéopathie	1
RHINOTROPHYL	2
MAXILASE	1

Figure 24 : Traitement médicamenteux prescrit par les médecins généralistes dans le cadre d'une rhinopharyngite

La majorité des médecins (18 /25) ne prescrivait pas de traitement médicamenteux symptomatique de la toux.

Pour une toux grasse aiguë, 3 médecins généralistes prescrivait des antitussifs dont 2 de l'hélicidine. Le médecin n'ayant pas précisé l'antitussif prescrivait une corticothérapie inhalée associée.

4 médecins prescrivait des mucolytiques.

Les autres traitements médicamenteux évoqués étaient les antipyrétiques pour 14 des 25 praticiens, le Pivalone pour 8 d'entre eux, puis le Rhinotrophyl (2), l'homéopathie (2) et le Maxilase. (1)

Un médecin généraliste prescrivait des antibiotiques si la fièvre persistait. 4 médecins ne prescrivait aucun traitement médicamenteux.

6.3.1.2. *Traitement non médicamenteux et conseils*

Traitement non médicamenteux et conseils	Nombre d'évocations
Désobstruction rhinopharyngée	23
Hydratation	7
Surveillance de la température	11
Surveillance de l'alimentation	1
Surveillance du comportement	1
Apparition d'une otalgie	3
Ne pas couvrir l'enfant	2
Aérer la chambre	2
Réassurance des parents	2

Figure 25 : Traitement non médicamenteux prescrit par les médecins généralistes dans le cadre d'une rhinopharyngite.

La désobstruction rhinopharyngée était très largement utilisée puisque 23 médecins sur 25 la mentionnaient. La deuxième mesure la plus évoquée était l'hydratation (7). Puis venaient les mesures de surveillance : la température (11) et, pêle-mêle, l'apparition d'une otalgie, la surveillance de l'alimentation, du comportement de l'enfant, la persistance des symptômes. Enfin étaient évoquées les mesures antipyrétiques : découvrir l'enfant, aérer la chambre. 2 médecins évoquaient la réassurance des parents.

6.3.2. **Attitude des médecins face à la persistance de la toux grasse 4 jours plus tard**

6.3.2.1. *Traitement médicamenteux*

Traitement médicamenteux initial	Modification du traitement
Pivalone + Paracétamol	Introduction de Carbocystéine
Rien	Mucolytique
Pivalone + Paracétamol	Corticoïdes inhalés
Pivalone + Paracétamol + Hélicidine	Mucolytique si plainte familiale

Figure 26 : Traitement médicamenteux prescrit par les médecins généralistes dans le cadre d'une rhinopharyngite à 4 jours d'évolution.

La majorité des médecins (21) ne changeait pas son attitude face à la persistance des symptômes. Le tableau résume les modifications faites par les 4 médecins restants.

6.3.2.2. Traitements non médicamenteux et conseils

L'évocation de la réassurance des parents était une donnée qui devenait très présente lors d'une consultation dont le motif était la persistance des symptômes, puisqu'en plus des 2 médecins qui l'évoquaient dès le début se rajoutaient 5 médecins supplémentaires. Aucun médecin ne modifiait son attitude thérapeutique médicamenteuse, excepté un qui conseillait l'exercice physique pour expectorer.

6.3.3. Attitude des médecins généralistes face à une toux sèche

Nombre de médecins ne modifiant pas leur attitude thérapeutique	Toux grasse	Toux sèche
3	Antitussif	Antitussif
5	Pas d'antitussif	Pas d'antitussif
Total : 8		
Nombre de médecins modifiant leur attitude thérapeutique	Toux grasse	Toux sèche
12	Pas d'antitussif	Antitussif
4	Rien	Corticothérapie inhalée
1	Homéopathie	Modification du type d'homéopathie
Total : 17		

Figure 27 : Traitement proposé par les médecins généralistes dans le cadre d'une toux sèche.

Près des deux tiers (17/25) des médecins changeaient leur traitement médicamenteux. Parmi les médecins à ne pas changer leur traitement se trouvaient les 3 médecins prescrivant des antitussifs et 5 médecins déclaraient ne pas donner du tout de sirop antitussif dans une infection virale.

Les modifications les plus fréquentes étaient l'introduction d'antitussif pour 12 médecins, de corticoïdes locaux pour 4 d'entre eux et 1 médecin modifiait l'homéopathie introduite pour la toux grasse.

6.3.4. Attitude thérapeutique des médecins généralistes face à un enfant asthmatique qui tousse

9 médecins sur 10 modifiaient leur traitement en fonction du terrain.

Au final, 2 donnaient un sirop antitussif chez un enfant asthmatique, 8 médecins introduisaient des corticoïdes locaux seuls, 5 une association corticoïdes locaux et Beta-2-mimétiques, 3 des Bêta-2-mimétiques seuls. Trois médecins introduisaient des antihistaminiques. Trois médecins mettaient des antibiotiques d'emblée et 1 une antibiothérapie à discuter en fonction de la fièvre. Deux médecins ne donnaient rien.

6.3.5. Attitude thérapeutique des médecins généralistes face à une toux secondaire à une pneumopathie

Seulement 3 médecins donnaient des antitussifs, dont 2 si toux exténuante. Tous donnaient des antibiotiques.

6.3.6. Ressenti des médecins généralistes face à la prescription non médicamenteuse

6.3.6.1. *Opinion des médecins généralistes sur une extension des recommandations sur le traitement symptomatique de la toux chez les enfants de 0 à 2 ans aux enfants de 2 à 6 ans*

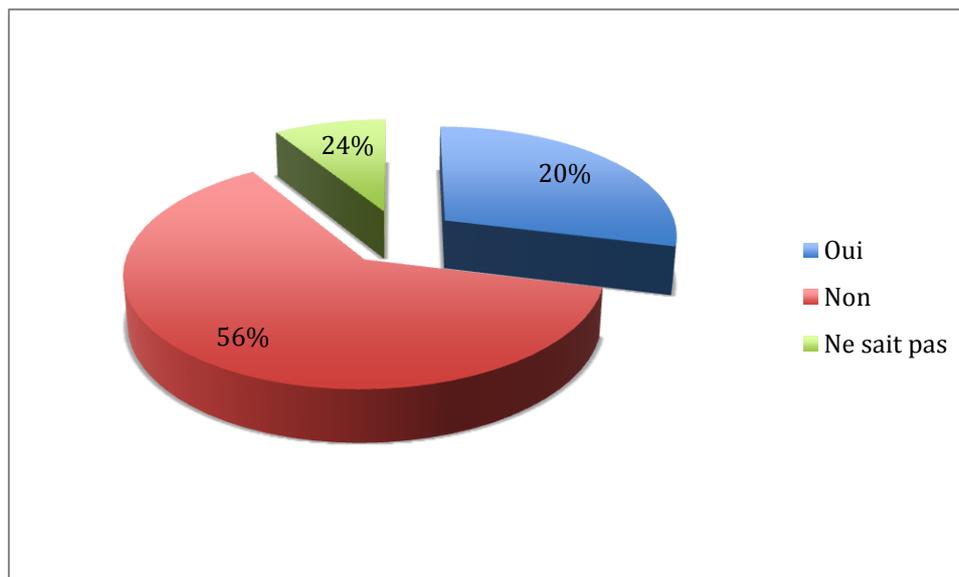


Figure 28 : Répartition des opinions des médecins généralistes sur une extension des recommandations.

La grande majorité des médecins considérait que l'extension des recommandations était inutile. Une part non négligeable ($\frac{1}{4}$) n'avait pas d'idée sur la question.

6.3.6.2. *Taux de satisfaction des médecins généralistes à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par une prescription médicamenteuse*

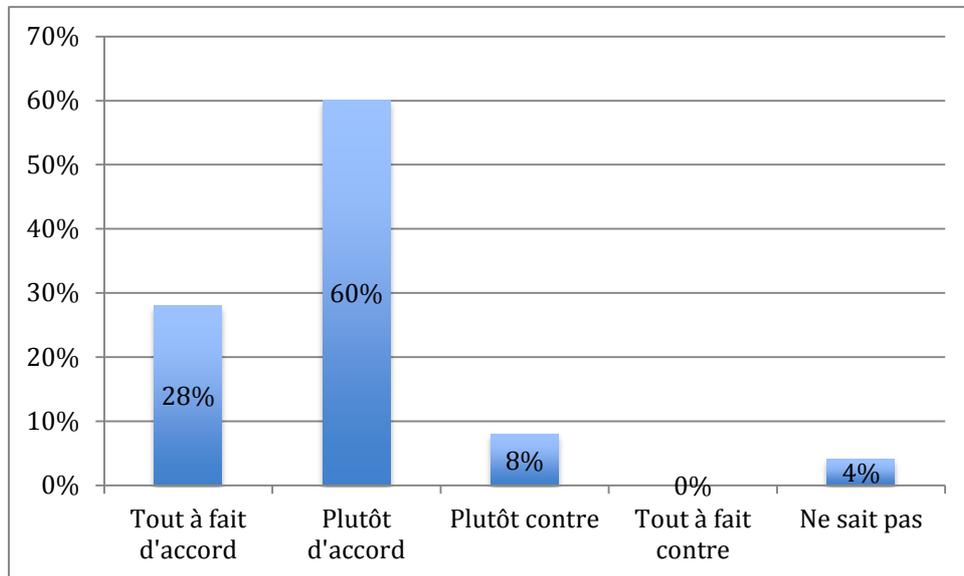


Figure 29 : Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, je suis satisfait à l'issue de la consultation.

La majorité des médecins (88%) se disait satisfait s'il ne prescrivait pas de traitement médicamenteux à l'issue de la consultation.

6.3.6.3. *Evaluation du sentiment d'inachevé à l'issu d'une consultation ne se terminant pas par la rédaction d'une prescription médicamenteuse*

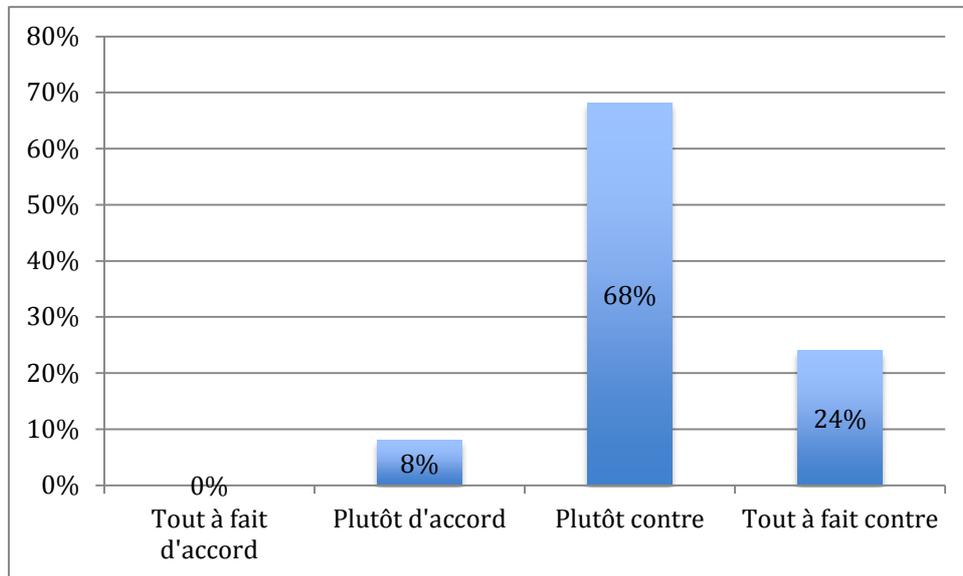


Figure 30 : Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, j'ai un sentiment d'inachevé à l'issue de la consultation.

Le tableau était exactement inverse du premier. Neuf médecins sur dix déclaraient ne pas avoir de sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation sans prescription de médicament.

6.3.6.4. *Ressenti des médecins sur l'attente de prescription
médicamenteuse des patients*

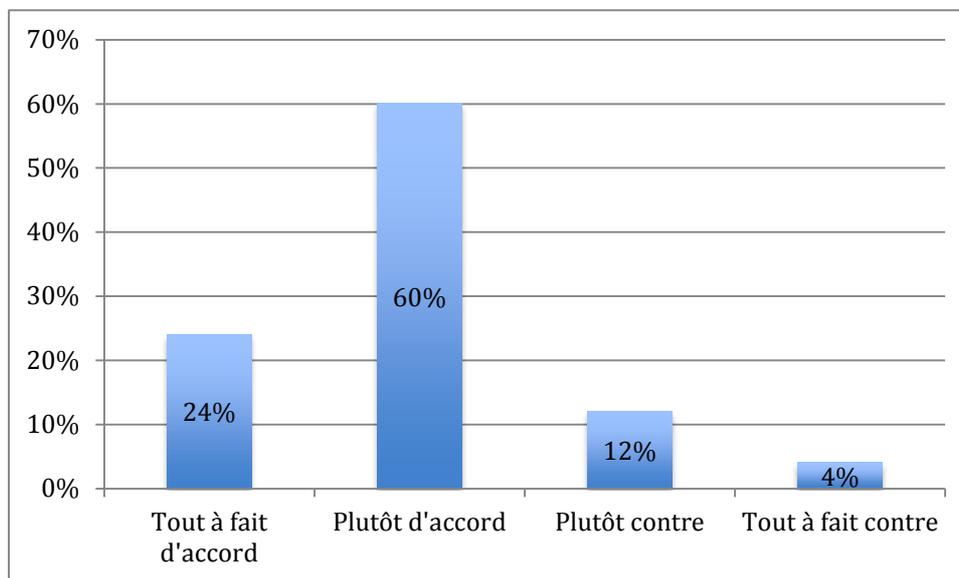


Figure 31 : Je pense que les patients attendent d'un médecin une prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation.

La grande majorité des médecins (84%) estimait que leurs patients désiraient un traitement médicamenteux à l'issue des consultations.

6.3.6.5. *La pression ressentie de patient oblige-t-elle les médecins à prescrire contre leur volonté ?*

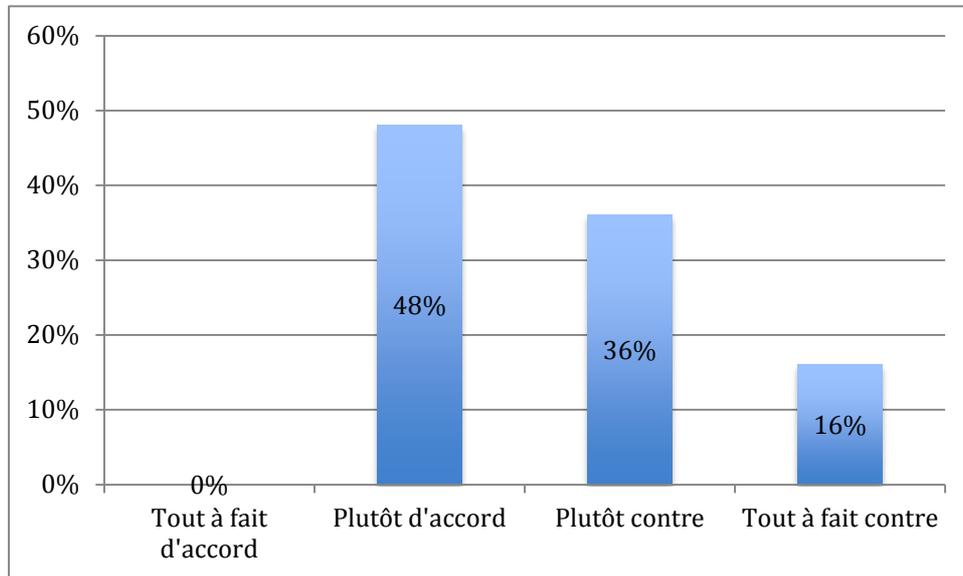


Figure 32 : Face à l'attente de prescription des patients, je prescris parfois des médicaments qui me semblent peu efficaces.

Les avis étaient très mitigés. Cependant, une forte proportion de médecins avouait prescrire du fait d'une pression ressentie du patient.

6.3.6.6. *La prescription médicamenteuse renforce-t-elle la relation avec les patients ?*

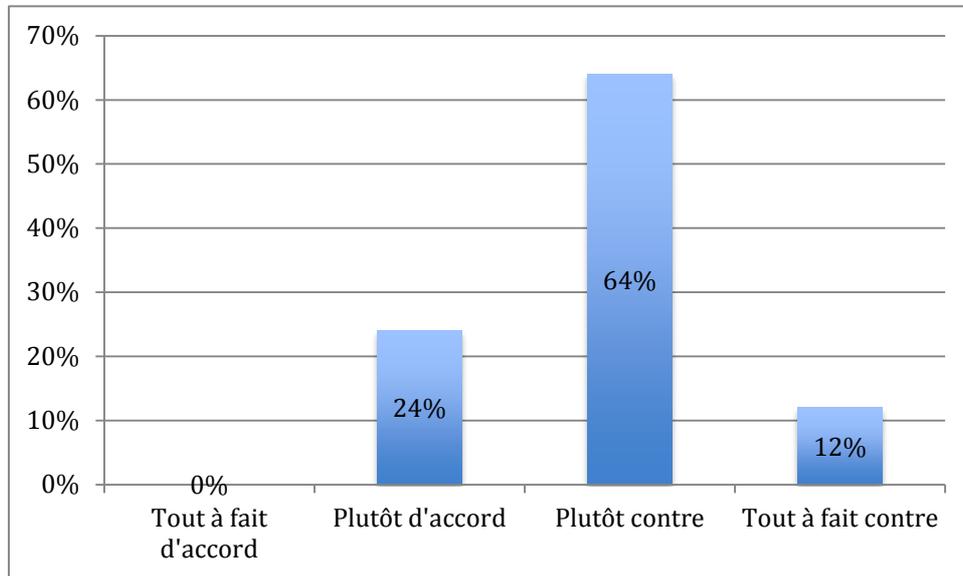


Figure 33 : Je pense que la relation avec mes patients est renforcée par la prescription médicamenteuse.

Une forte majorité des médecins généralistes (76%) pensait que la relation médecin-patient peut se passer de prescription médicamenteuse.

6.3.6.7. *Le manque de temps nuit-il à la prescription non médicamenteuse ?*

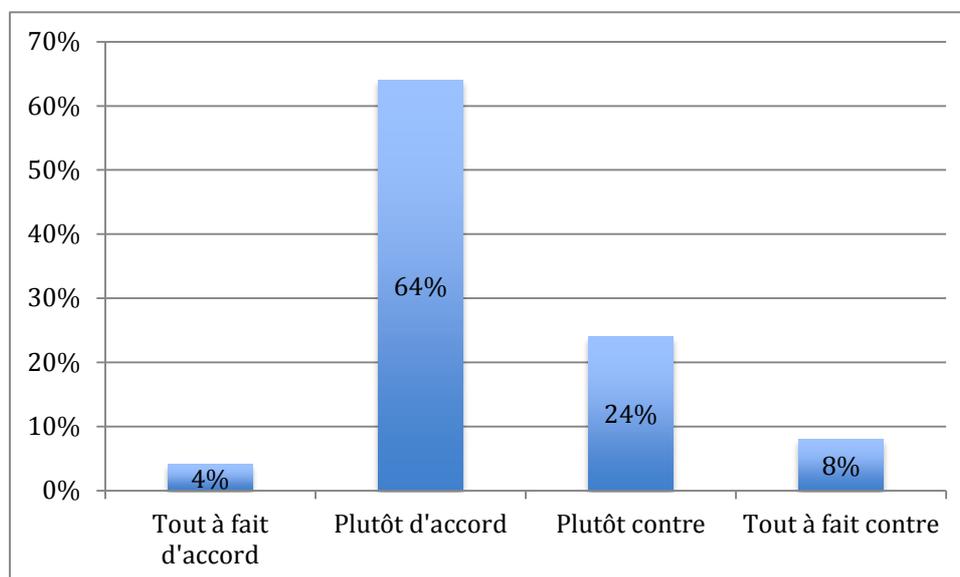


Figure 34 : Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais, par faute de temps.

La majorité des médecins interrogés pensait que le temps attribué à leurs patients ne leur permet pas de réaliser de prescriptions non médicamenteuses.

6.3.6.8. *La prescription non médicamenteuse est-elle un acte assez valorisé ?*

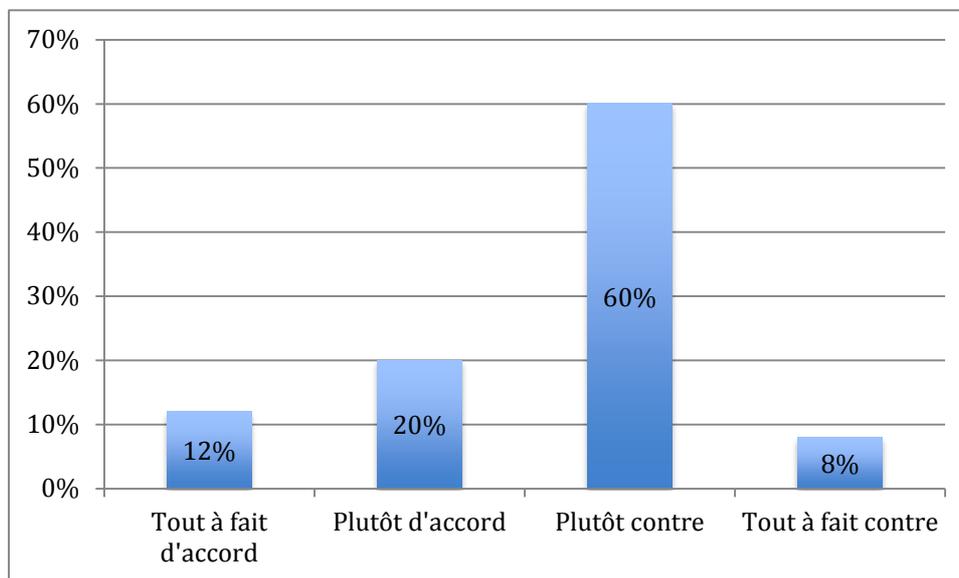


Figure 35 : Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais car cet acte n'est pas assez valorisé.

Les médecins généralistes ne pensaient pas qu'un tel acte nécessite une revalorisation des honoraires pour 68% d'entre eux.

6.4. Résultats des questionnaires pédiatres

6.4.1. Attitude des pédiatres devant une rhinopharyngite à la première consultation

6.4.1.1. Traitement médicamenteux

Sur les 9 pédiatres, trois seulement mentionnaient l'utilisation d'un traitement médicamenteux. Deux conseillaient l'utilisation du Pivalone et un utilisait l'amoxicilline d'emblée.

6.4.1.2. Traitement non médicamenteux et conseils

8 pédiatres conseillaient la désobstruction rhinopharyngée. 6 conseillaient de surveiller la température, 2 d'hydrater l'enfant, 1 conseillait la position proclive, 1 les bains de vapeur et 1 de tenir la poitrine au chaud malgré la fièvre, dont 1 y associait le bain de vapeur.

6.4.2. Attitude des pédiatres face à la persistance de la toux grasse 4 jours plus tard

6.4.2.1. Traitement médicamenteux

Pour une toux durant plus de 4 jours, 3 pédiatres ne changeaient rien au traitement médicamenteux.

Traitement au début de la rhinopharyngite	Traitement à 4 jours d'évolution
antipyrétique	coquelusedal, pneumorel ou prospan
aucun	acetylcystéine selon la tolérance parentale
Pivalone	carbocystéine
aucun	calmixene ou respilène
aucun	fluidifiant
aucun	pneumorel, mucomyst

Figure 36 : Traitement médicamenteux prescrit par les pédiatres dans le cadre d'une rhinopharyngite à 4 jours d'évolution.

Le tableau ci-dessus résume les modifications effectuées en cas de toux persistante.

6.4.2.2. *Traitement non médicamenteux et conseils*

Tous les pédiatres conservaient exactement les mêmes mesures non médicamenteuses qu'une rhinopharyngite soit à son début ou qu'elle persiste.

6.4.3. Attitude des pédiatres face à une toux sèche

Sept pédiatres modifiaient leur traitement médicamenteux en cas de toux sèche et 2 ne modifiaient rien.

Les 2 pédiatres ne changeant rien prescrivait pour l'un l'amoxicilline d'emblée et pour l'autre du Pivalone et un antiyrétique.

Cinq pédiatres sur 9 donnaient un sirop antitussif le soir, le seul mentionné est le Toplexil. Un donnait un sirop antitussif d'action périphérique quelque soit le moment de la journée et un associait un inhibiteur de la pompe à protons 6 jours, avec des corticoïdes oraux pendant 3 jours et du calmixène ou du respilène. Ce même pédiatre (le seul) associait une mesure non médicamenteuse (des bains de vapeur) et insistait dessus.

6.4.4. Attitude thérapeutique des pédiatres face à un enfant asthmatique qui tousse

Huit pédiatres sur 9 modifiaient leur attitude thérapeutique.

Le pédiatre qui ne modifiait pas son attitude recommandait aux parents de surveiller l'apparition des sibilants.

Sur les 8 pédiatres restants, tous utilisaient les corticoïdes inhalés, dont 2 parfois des corticoïdes per os. Sept pédiatres utilisaient les Béta-2-mimétiques. Deux pédiatres utilisaient les inhibiteurs de la pompe à protons de façon assez systématique.

6.4.5. Attitude thérapeutique des pédiatres face à une toux secondaire à une pneumopathie

Tous les pédiatres introduisaient des antibiotiques. Trois prescrivait de la kinésithérapie en cas de toux grasse et un pédiatre associait Ventoline, Bécotide et les inhibiteurs de la pompe à protons.

6.4.6. Ressenti des pédiatres face à la prescription non médicamenteuse

6.4.6.1. *Opinion des pédiatres sur une extension des recommandations sur le traitement symptomatique de la toux chez les enfants de 0 à 2 ans aux enfants de 2 à 6 ans*

Les pédiatres considéraient à 89,9 % que l'extension des recommandations est inutile.

6.4.6.2. *Taux de satisfaction des pédiatres à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par une prescription médicamenteuse*

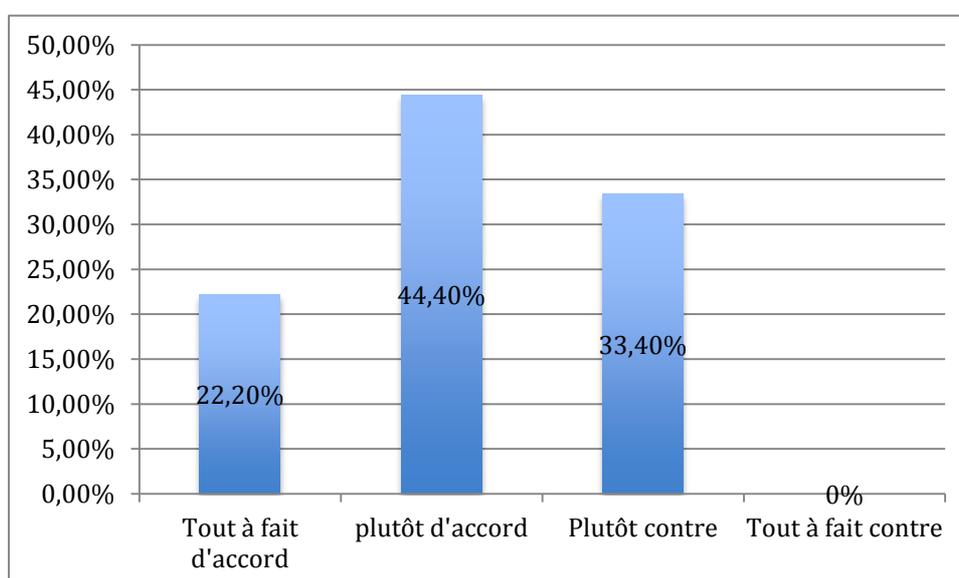


Figure 37 : Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, je suis satisfait à l'issue de la consultation.

Les 2/3 des pédiatres se satisfaisaient d'une consultation sans prescription médicamenteuse.

6.4.6.3. *Evaluation du sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation ne se terminant pas par la rédaction d'une prescription médicamenteuse*

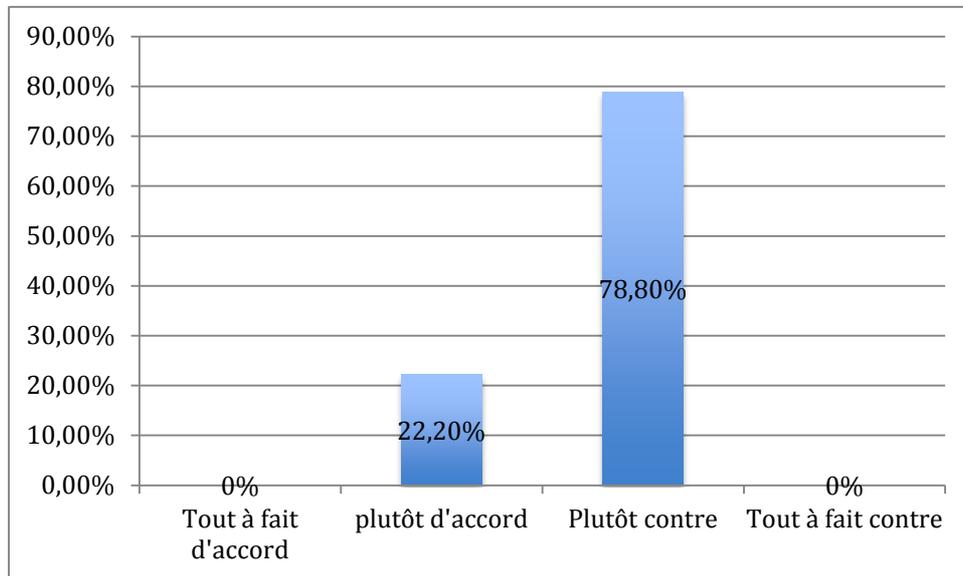


Figure 38 : Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, j'ai un sentiment d'inachevé à l'issue de la consultation.

Les avis n'étaient pas tranchés, cependant la majorité des pédiatres ne ressentaient plutôt pas de sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation sans prescription médicamenteuse.

6.4.6.4. *Ressenti des pédiatres sur l'attente de prescription
médicamenteuse des patients*

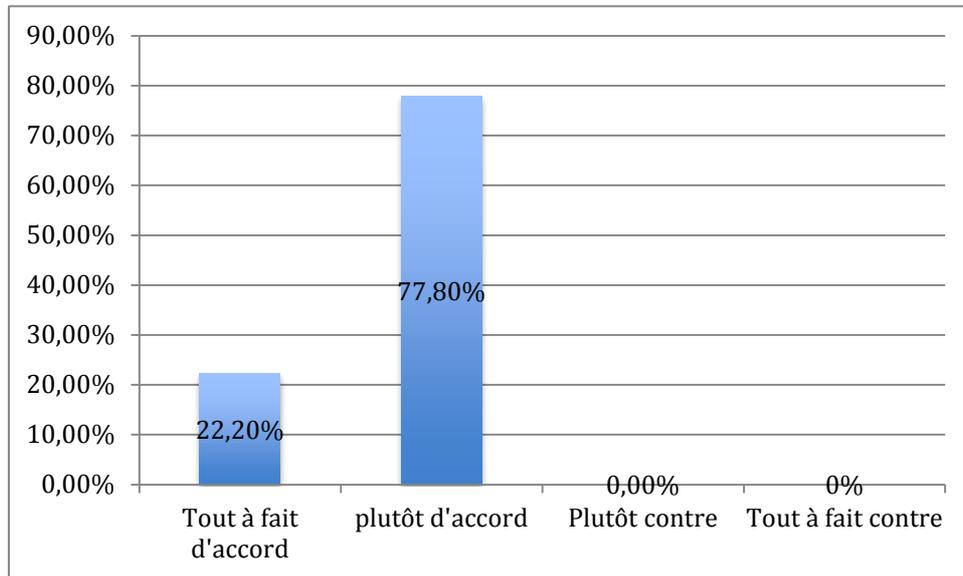


Figure 39 : Je pense que les patients attendent d'un médecin une prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation.

Les pédiatres considéraient dans l'ensemble que les patients sont en attente d'une prescription médicamenteuse.

6.4.6.5. *La pression ressentie des patients oblige-t-elle les pédiatres à prescrire contre leur volonté ?*

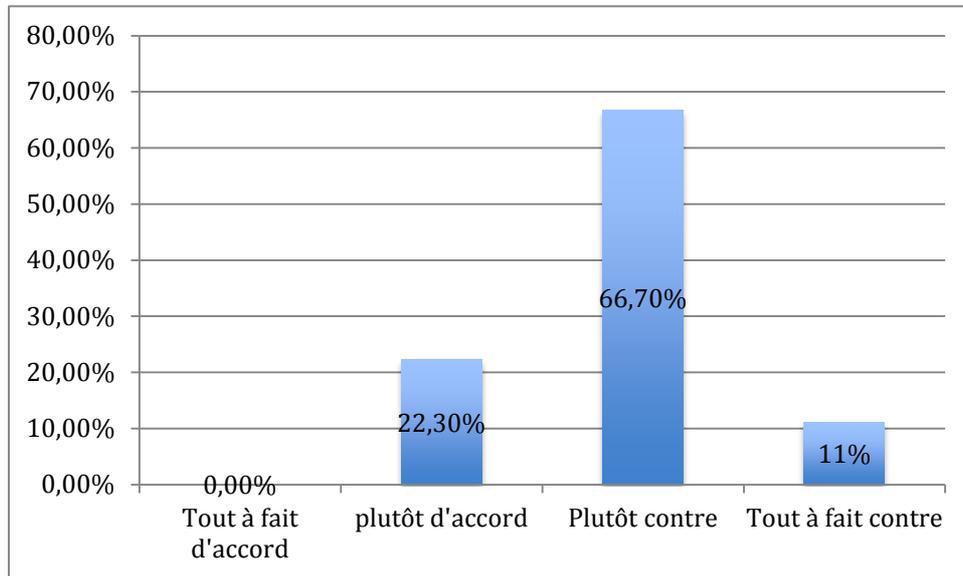


Figure 40 : Face à l'attente de prescription des patients, je prescris parfois des médicaments qui me semblent peu efficaces.

2/3 des pédiatres ne considéraient pas avoir de pression des patients concernant leurs prescriptions.

6.4.6.6. *La prescription médicamenteuse renforce-t-elle la relation avec les patients ?*

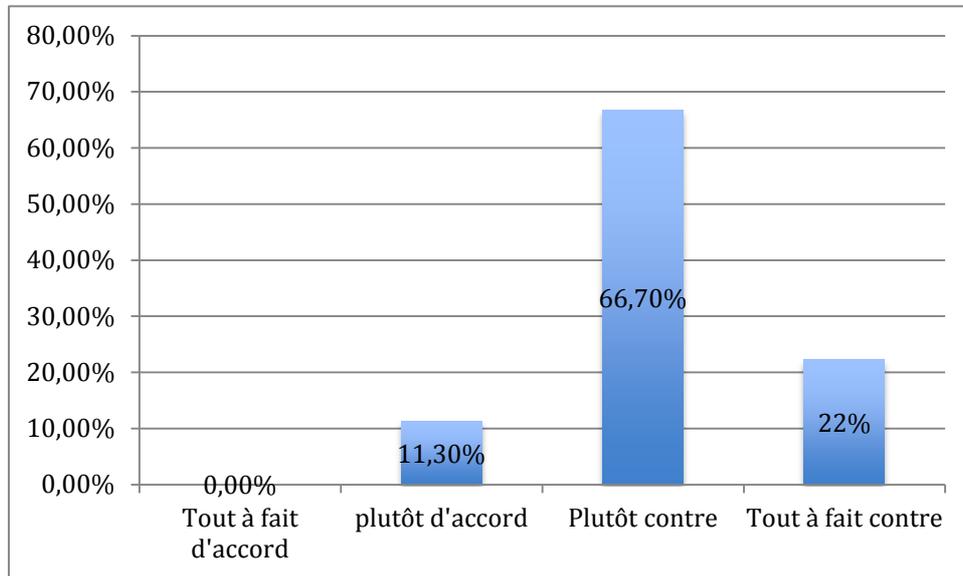


Figure 41 : Je pense que la relation avec mes patients est renforcée par la prescription médicamenteuse.

La grande majorité des pédiatres ne considèrent pas la prescription médicamenteuse comme déterminante dans la relation avec les patients.

6.4.6.7. *Le manque de temps nuit-il à la prescription non médicamenteuse ?*

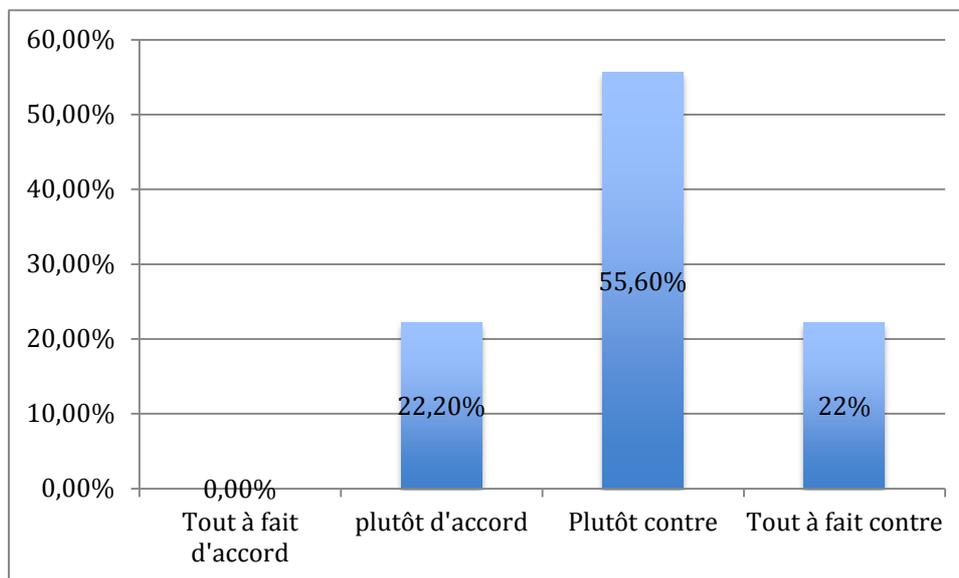


Figure 42 : Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais, par faute de temps.

Les avis étaient assez partagés. La tendance était en majorité de l'avis que la prescription non médicamenteuse n'est pas conditionnée par le temps.

6.4.6.8. *La prescription non médicamenteuse est-elle un acte assez valorisé ?*

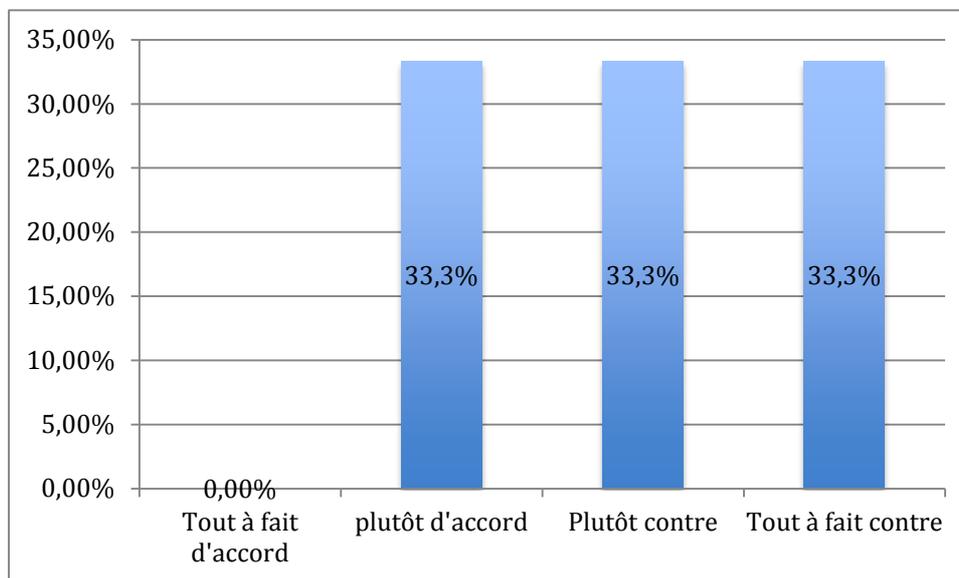


Figure 43 : Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais car cet acte n'est pas assez valorisé.

Les avis n'étaient pas tranchés : la plupart pensait que l'acte de non prescription médicamenteuse n'est pas à revaloriser, cependant 1/3 pensait que cet acte nécessite une revalorisation.

7. Analyse des résultats

7.1. Gravité de la toux

La notion de gravité de la toux était une notion difficile à percevoir et à appréhender par les parents car peu de réponses ont été apportées à cette question. La plupart des parents étaient restés indécis et n'avaient pas répondu à la question.

Cette indécision est probablement une des raisons du (trop?) grand nombre de consultations liées à la toux. La réponse est apportée par le médecin qui doit déterminer la notion de gravité et agir en conséquence. Cette notion est particulièrement bien mise en relief par le fait que tout de même un tiers des parents ayant répondu à la question de la gravité de la toux pense que c'est un symptôme grave pour des étiologies banales.

7.1.1. Corrélation entre la perception de gravité de la toux et le terrain

Nous avons réalisé un tableau croisé entre le terrain asthmatique et la notion de gravité de la toux ainsi qu'un test d'indépendance du χ^2 .

terrain	N _n	G _i	TOTAL
gravité de la toux			
G _{ae}	-3	-70	14
F _{ae} G _{ae}	+1	-26	33
TOTAL	50	2	52

$\chi^2=5,62$, ddl=1, 1-p=98,25%. Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel/ χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Figure 44: corrélation entre le sentiment de gravité de la toux et le terrain asthmatique de l'enfant.

Les résultats montrent qu'il existait donc une dépendance entre le sentiment de gravité de la toux et le terrain (asthme). Cependant, l'échantillonnage étant insuffisant, les résultats ne peuvent refléter qu'une tendance.

Nous pouvons remarquer que l'éducation des enfants asthmatiques et de leurs parents les sensibilise à la gravité potentielle de la toux chez un asthmatique et de la conduite à tenir en conséquence.

La proportion d'automédication chez les enfants asthmatiques était inversée par rapport à la population générale de l'étude, soit 60% d'automédication dans la population générale et 40% chez les enfants asthmatiques. Sur les enfants

automédiqués, plus de la moitié prenait des béta2mimétiques et les autres des sirops antitussifs. L'éducation thérapeutique liée à leur terrain les préparait donc à une meilleure appréhension de la toux et de son traitement.

7.1.2. Corrélation entre le terrain asthmatique et l'importance de traiter la toux

Nous avons ici réalisé un tableau croisé et un test d'indépendance du χ^2 entre l'importance de traiter la toux et le terrain asthmatique.

	terrain	Non	Oui	TOTAL
Importance du traitement de la toux				
Absolument		45	10	55
Parfois		85	4	89
Ne jamais traiter		1	0	1
TOTAL		131	14	145

$\chi^2 = 7,41$, ddl = 2, 1-p=97,54%

Figure 45: test d'indépendance entre le terrain asthmatique de l'enfant et le besoin des parents de traiter la toux de l'enfant.

Il existait aussi une dépendance significative entre le terrain de l'enfant (asthme) et l'importance de traiter la toux. Cet élément apportait une fois de plus un argument sur l'importance de l'éducation thérapeutique. Les parents d'enfants asthmatiques ayant eu, de par la maladie de leurs enfants, des conseils sur la conduite à tenir en cas de crises, restaient plus vigilants que les autres parents.

7.1.3. Corrélation entre la perception de gravité de la toux et l'importance de la traiter dans la population générale

	gravité de la toux	Grave	Pas Grave	TOTAL
Importance du traitement de la toux				
Absolument		9	3	12
Parfois		5	31	36
Ne jamais traiter		0	1	1
TOTAL		14	35	49

$\chi^2 = 16,88$, ddl= 2, 1-p= 99,98

Figure 46 : test d'indépendance entre la gravité de la toux et l'importance de la traiter

Comme nous pouvions nous y attendre, il existait une dépendance très significative entre la perception de gravité de la toux et l'importance de la traiter : les parents considéraient que la toux est grave et qu'il faut par conséquent absolument la traiter.

7.1.4. Facteurs favorisant l'initiation d'un traitement de la toux chez l'enfant par les parents

La donnée la plus marquante était que la peur d'aggravation de la toux imposait un traitement systématique de la toux pour 2/3 des parents. Si on observe les complications mentionnées, on s'aperçoit que la toux ne peut en entraîner aucune, exceptés les vomissements.

On rappelle que les complications retenues sont asthénie, nausées, vomissements, anorexie, céphalées, incontinence, fracture de côte, "déchirure musculaire", pneumothorax, pneumomédiastin, emphysème sous-cutané et perte de connaissance brutale.⁴⁵

Il semble donc que le symptôme toux est très largement confondu avec une maladie en soit.

Ensuite, selon les parents, la toux devait être traitée en fonction de la durée des symptômes accompagnateurs, de l'insomnie et du type de toux. Pour cette dernière donnée, les parents n'étaient pas d'accord : la majorité (2/3) considérait qu'il fallait traiter la toux grasse et 1/3 seulement une toux sèche.

Ici encore, il existe une contradiction entre le traitement désiré par les parents et les recommandations des autorités sanitaires selon lesquelles le traitement de la toux grasse ne doit pas passer par les antitussifs.⁴⁶ Par contre, les avis sont partagés pour la toux sèche, avec des avis favorables pour les enfants de 2 à 6 ans en France, au Canada et aux USA et défavorables en Belgique.

7.2. Les épisodes de toux durant la période hivernale

Sur la population étudiée, 9 enfants sur 10 ont eu au moins 1 épisode de toux durant la période hivernale avec en moyenne un peu moins de 3 épisodes de toux par enfant.

Le nombre total de « jours toussés » était en moyenne de 14,41 jours de toux.

Si on rapporte cette moyenne au nombre moyen d'épisodes de toux, on obtient la durée moyenne de la toux par épisode qui est de 4.95 jours. Cette valeur est en accord avec les différentes études sur la toux et son traitement chez l'enfant.^{47,48,49}

Il faut noter que tous les enfants toussés sans exception ont été traités de façon médicamenteuse ou non médicamenteuse. Cette moyenne ne peut donc pas refléter

l'histoire naturelle de la toux. Or la toux, dans le cadre d'une rhinopharyngite, dure environ une semaine avec dans certains cas une prolongation de la durée de ce symptôme de 2 à 3 semaines.⁴⁹

7.3. Toux et insomnie

7.3.1. Insomnie de l'enfant

Dans la population étudiée, 4 enfants sur 10 ne dormaient pas correctement durant un épisode de toux.

Ce symptôme doit donc être considéré comme gênant lorsque l'on sait l'importance du sommeil sur le développement physique et psychique de l'enfant. En effet, on décrit une sécrétion d'hormone de croissance lors du sommeil profond et une sécrétion de la prolactine au cours de cette même phase, qui aurait une action sur les défenses immunitaires. Le sommeil paradoxal, quant à lui, favoriserait l'acquisition (mémorisation et organisation des données acquises) ainsi que la résolution des tensions de la journée.⁵⁰

7.3.2. Insomnie familiale

Nous avons remarqué que la proportion d'insomnie familiale était à l'inverse de celle des enfants touseurs insomniaques soit 60% d'enfants insomniaques et 40 % pour les autres membres de la famille.

Comme nous pouvions nous y attendre, les mamans d'abord étaient réveillées dans une grande majorité. La fratrie semblait peu gênée par la toux de leur frère ou sœur.

Ces différentes données apportent un élément supplémentaire dans la compréhension de la fréquence des consultations concernant la toux. Les parents ne consultent finalement pas uniquement pour leur enfant mais aussi pour eux-mêmes dans une certaine mesure.

7.3.3. Corrélation entre le type de toux et la gêne nocturne

Ici nous nous sommes intéressés à savoir si le type de toux influençait le sommeil de l'enfant. L'hypothèse première était que la toux sèche, plus douloureuse, était plus insomniente que la toux grasse. On a donc réalisé un tableau croisé avec test d'indépendance.

type de toux	Grasse	Seche	TOTAL
Insomnie de l'enfant			
Oui	26	37	63
Non	45	47	92
TOTAL	71	84	155

Figure 47 : Test d'indépendance entre le type et de toux et l'insomnie de l'enfant

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2= 0,88$, ddl=1, 1-p= 65 ,18%.

Dans cette étude, on ne peut donc pas établir de relation entre le type de toux et la qualité du sommeil de l'enfant.

7.3.4. Toux et nyctémère

Si on rapporte la fréquence de la toux nocturne, soit toux nocturne stricte et « toux nyctémérale », à la fréquence d'insomnie chez l'enfant, on s'aperçoit que 75 % des enfants ayant toussé la nuit ont eu une insomnie. Le même calcul trouve un taux de 48,8% pour l'insomnie familiale.

Ces chiffres renforcent encore l'importance de la gêne que provoque la toux et donnent donc une explication de la fréquence de ce symptôme dans les motifs de recours en médecine générale.

7.4. Traitement de la toux

7.4.1. Traitement de la toux en automédication

Dans notre étude, trois enfants sur cinq sont d'abord traités par automédication.

L'automédication en France, toutes spécialités confondues, concerne seulement 6% des médicaments. ⁵¹

En 2010, un sondage révèle que 79% des personnes interrogées s'automédiquent dans le cadre de la toux et que la proportion de l'automédication est plus forte chez les jeunes enfants (sans précision)⁵². La toux est donc un symptôme favorisant l'automédication.

Il semble donc que la population étudiée s'automédiquait moins que la population française.

Nous remarquons que près de la moitié des enfants (49,6%) a reçu un traitement contre-indiqué chez l'enfant de 0 à 2 ans. Ceci n'est pas une erreur en soit car il n'existe pas de recommandation nationale.

Cependant les différentes études ne recommandent pas l'usage des médicaments en vente libre au vu de la balance bénéfico-risque qui penche très largement du côté du risque.^{15,16,23,24,25, 53,54,55}

Dans notre étude, la majorité des parents, soit 84,6 %, considéraient le traitement donné en automédication comme efficace. Celui-ci étant majoritairement médicamenteux, le ressenti de l'efficacité du traitement et l'efficacité réelle étaient discordants.

En effet, la majorité des études servant de référence pour cette thèse évoquent ou concluent à une équivalence entre placebo et antitussifs, ainsi que les différentes agences de santé des pays mentionnés antérieurement.^{15,16,23,24,25,53,54,55} Cependant, l'étude Cochrane d'août 2012, couvrant 26 essais dont 8 chez l'enfant (au total 616 enfants), suggère une absence de preuve confirmant ou infirmant l'efficacité des médicaments sans ordonnance contre la toux aiguë. Ces études concernaient les antitussifs en général, les antihistaminiques, les décongestionnants antihistaminiques et les combinaisons antitussifs/bronchodilatateurs.¹⁶

Il nous semble aussi intéressant de souligner que l'étude étant rétrospective, on déplore généralement le biais de mémorisation. Cependant, dans ce cas, ce biais est au contraire un avantage nous permettant de mettre en évidence que le souvenir de l'efficacité du traitement n'est pas en adéquation avec l'efficacité prouvée dans la majorité des études (nous rappelons que l'étude Cochrane ne couvre que les essais de 2012 mais, bien que non concluante, la majorité des études est en faveur d'une relative inefficacité des antitussifs en vente libre). Le « succès » des antitussifs en vente libre ne serait donc pas dû à l'efficacité du traitement, mais au souvenir de l'efficacité du traitement et de la volonté de faire face à un symptôme gênant pour les enfants et pour les parents.

7.4.2. Traitement de la toux par le pharmacien

Peu de personnes demandaient conseil au pharmacien avant de s'automédiquer parce que seulement un quart des enfants bénéficiait de leur conseil et que, parmi ce quart, 85,3% avaient déjà été automédiqués.

Notre étude montre que les traitements donnés et conseillés par les pharmaciens différaient très peu des traitements donnés aux enfants en automédication. Cependant les pharmaciens laissaient une part non négligeable aux conseils (14,8 %).

La satisfaction des traitements donnés par les pharmaciens était identique à celle des traitements en automédication. Ceci est cohérent car les traitements donnés par les pharmaciens sont identiques à l'automédication.

7.4.3. Traitement de la toux par le médecin généraliste

Le recours au médecin généraliste était fréquent car plus de la moitié des enfants étudiés avaient été vus en consultation.

Le quart des enfants automédiqués et la moitié des enfants conseillés par leur pharmacien étaient allés voir leur médecin traitant. Cette donnée contrarie l'efficacité des traitements donnés en automédication puisque les parents considéraient que leurs enfants doivent voir leur médecin traitant dans un deuxième temps.

Un enfant sur cinq de la population étudiée voyait son médecin d'emblée.

Les traitements donnés par les médecins étaient pour une grande part médicamenteux dont la moitié étaient contre-indiqués par les recommandations HAS pour les enfants de 0 à 2 ans.

Les antibiotiques étaient donnés dans 7,8 % des cas, toutes prescriptions confondues : 2,2% pour des infections bactériennes identifiées (pneumopathies), les autres dans le cadre de bronchites ou d'angines sans précision. Nous ne pouvons préjuger de l'intérêt des antibiotiques car ce n'était pas l'objet de l'étude. Néanmoins, la part d'utilisation des antibiotiques lorsque la toux est évoquée était assez faible.

Par contre, la part des sirops antitussifs chez les enfants asthmatiques était bien trop importante au vu des recommandations HAS et des contre-indications mentionnés dans le Vidal.

La satisfaction des parents était grande avec 94,6 % de taux de satisfaction, soit 10 points de plus que l'automédication et le traitement donné par le pharmacien.

7.4.4. Traitement de la toux par le pédiatre

Le faible nombre de consultations pour le motif de toux s'explique par le fait que le rôle du pédiatre en ville est plus un rôle de suivi programmé que de consultations non programmées, surtout pour ce genre de motif. Concernant les études réalisées sur la fréquence des consultations pédiatriques non programmées, on retrouve des chiffres très différents avec 35% des consultations non programmées chez les pédiatres en Ile de France⁵⁶, 50% chez les pédiatres contre 80% chez les généralistes à Lyon⁵⁷ et 20% chez les pédiatres dans les Côtes d'Armor.⁵⁸

Dans cette étude et selon les parents, les pratiques entre pédiatres libéraux et médecins généralistes semblaient rester similaires.

7.5.Étiologies

La plupart des étiologies tussigènes étaient les rhinopharyngites puis les bronchites et les viroses non déterminées.

Pour toutes ces étiologies, le traitement symptomatique de la toux n'est pas recommandé.^{59,60}

7.6.Attitude thérapeutique des généralistes et des pédiatres

7.6.1. Attitude des médecins devant une rhinopharyngite à la première consultation

Les médecins étaient, pour la grande majorité, d'avis de ne pas introduire de traitement symptomatique de la toux dans le cadre d'une toux grasse.

En effet, les recommandations HAS et les sociétés savantes recommandent la désobstruction rhinopharyngée et les antipyrétiques en cas de rhinopharyngite ^{5,16,23,24,25,53,54,55} Les antitussifs ne sont pas mentionnés dans ce cadre ce qui n'est donc pas une faute en soi. Cependant, dans le cadre de la toux grasse, les antitussifs étant contre-indiqués, ils ne se justifient pas ici. Il faut souligner qu'aucun pédiatre n'a proposé de traitement antitussif.

Les médecins, aussi bien généralistes que pédiatres, connaissaient bien les mesures non médicamenteuses et les conseils de surveillance étaient souvent donnés. La réassurance, qui est finalement ce que viennent chercher les patients, était par contre très peu évoquée par les généralistes, mais l'était par les pédiatres.

7.6.2. Attitude des médecins devant une toux grasse à 4 jours du début de la rhinopharyngite

Les médecins généralistes ne modifiaient par leur attitude, a contrario des pédiatres pour lesquels la prolongation de la toux favorisait la prescription de traitement médicamenteux.

Pourtant la persistance ou la récurrence de rhinopharyngite ne devrait pas modifier la prise en charge par rapport aux épisodes aigus. La plupart de rhinopharyngites qui se chronicisent sont en fait des réinfections de rhinopharyngites dans les collectivités.

La réassurance des patients était une donnée venant plus facilement à l'esprit du médecin lorsque les patients reconsultent. L'idée d'inquiétude des parents devient alors plus présente. Il n'y avait pas de modification chez les pédiatres, seulement la notion de réassurance qui avait déjà été mentionnée dès le début de la rhinopharyngite.

7.6.3. Attitude des médecins devant une toux sèche

Face à une toux sèche, la moitié des médecins (pédiatres et généralistes) introduisaient des antitussifs et quelques-uns une corticothérapie.

Donc malgré les nombreux effets secondaires et devant une toux qui peut devenir pénible, le choix d'un traitement médicamenteux pour une forte proportion de médecins généralistes est une attitude répandue. Il semble donc qu'en pratique courante il y ait un « consensus » sur l'utilisation des antitussifs chez l'enfant de 2 à 6 ans dans le cadre d'une toux sèche.

7.6.4. Attitude des médecins devant une toux chez un asthmatique

Une majorité de médecins (pédiatres et généralistes) avaient bien acquis le fait que les sirops antitussifs étaient contre-indiqués chez les asthmatiques. Leur traitement se basait essentiellement sur les Béta-2-mimétiques et les corticoïdes inhalés.

7.6.5. Attitude des médecins devant une toux en contexte de pneumopathie

La très grande majorité des médecins arrêtaient ou n'introduisaient pas d'antitussifs au cours d'une pneumopathie.

7.7. Extensions des recommandations selon les médecins

Les recommandations des bonnes pratiques divisent les médecins.

Pour les médecins généralistes de l'étude, l'extension des recommandations ne leur paraissait pas nécessaire, pour 56% d'entre eux.

Ceci peut s'expliquer par l'inadéquation entre la consultation réelle et individuelle et les données épidémiologiques fondant les recommandations⁵⁹. Les recommandations médicales ne prennent pas assez en compte les conditions locales d'exercice et l'avis des « spécialistes de terrains ». Elles ont aussi dans l'esprit des médecins un rôle coercitif⁶⁰, qui est réel, puisque sur le site de l'assurance maladie on peut lire qu'« elles ne constituent pas une réglementation, mais leur non-respect peut entraîner des conséquences juridiques (ex : pour qualifier une faute inexcusable) ».

D'un autre côté, un quart des médecins interrogés étaient prêts à suivre une extension des recommandations aux enfants de 2 à 6 ans. Pour eux, ces règles permettent aux médecins de légitimer leur pratique auprès des patients.⁶¹

Une étude de 2006 montre que 61 % des médecins généralistes désire une normalisation des pratiques ⁵⁹, qu'elle leur apporte une aide concrète dans leur exercice quotidien. ⁶²

Concernant les pédiatres, une grande majorité (90%) considérait l'extension de ces recommandations comme inutile pour les enfants de 2 à 6 ans. La différence avec les généralistes était très tranchée (voir virulente, avec des annotations sur les questionnaires).

Notre hypothèse est que les connaissances plus étendues des pédiatres dans leur domaine rendent plus difficile l'acceptation de règles régissant leur pratique. Malheureusement, si quelques études ont traité ce sujet sur les médecins généralistes, nous n'en n'avons trouvé aucune traitant de l'adhésion des spécialistes et a fortiori des pédiatres aux recommandations professionnelles.

Quelle que soit la spécialité, le taux de satisfaction à l'issue d'une consultation sans prescription médicamenteuse était important avec 88% des médecins généralistes et 66% des pédiatres. Les médecins dans leur globalité ne plaçaient donc pas le médicament au centre de leur thérapeutique et étaient satisfaits lorsque l'issue n'était pas médicamenteuse.

Les mentalités se sont bien modifiées depuis la toute puissance des antibiotiques et le succès de l'éradication de la variole. Peut-être aussi les récents coups médiatiques comme le Médiateur et le livre des Pr Debré et Even⁶³ participent à la diminution des attitudes « tout médicament ». Nous devons ajouter que les revues comme Prescrire, écornent l'image du médicament et sa place dans les traitements symptomatiques. Les médecins ne passent plus forcément par le médicament mais par les mesures associées, du moins en ce qui concerne les enfants.

Confirmant cette tendance, 92 % des médecins généralistes et 78,8 % des pédiatres interrogés estimaient ne pas avoir ou ne plutôt pas avoir de sentiment d'inachevé à l'issue d'une consultation sans prescription médicamenteuse. Cependant, il faut souligner que les médecins n'étaient pas complètement détendus à l'idée d'achever une consultation sans prescription médicamenteuse car, toutes spécialités confondues, 70,5% des médecins seulement se disaient plutôt satisfaits.

La transition des mentalités, même si elle va dans le sens de donner leur place aux thérapeutiques non médicamenteuses, n'est pas encore achevée. Ceci est bien compréhensible si on garde en tête que finalement le médecin est un prescripteur et que la prescription médicamenteuse est le principal « pouvoir » qui le distingue des professions paramédicales. Les prescriptions non médicamenteuses entrent dans les compétences des professions paramédicales et n'est-ce pas perdre un peu de ce pouvoir que de se contenter de règles hygiéno-diététiques ?

Les médecins, dans leur grande majorité et quelle que soit leur spécialité, pensaient que les patients attendaient d'eux une prescription médicamenteuse.

Ces données confirment la contradiction qu'il existe entre désir réel du patient, qui on l'a vu en première partie, désire plutôt de l'écoute, de la réassurance et des explications, et le désir du patient, supposé par le médecin. Cette donnée peut ici aussi expliquer pourquoi les médecins ne se sentaient pas entièrement satisfaits à l'issue d'une consultation sans prescription médicamenteuse, avec le sentiment que le patient n'avait pas obtenu ce qu'il cherchait.

Il est possible que la prise de conscience des praticiens de cette donnée faciliterait le développement des prescriptions non médicamenteuses et participerait à la diminution de la iatrogénie.

Cependant, cette perception ressentie par les médecins d'une attente des patients de médicaments ne se traduit pas de la même façon selon les spécialités. Dans leur majorité, les médecins généralistes avaient plutôt cédé à la pression ressentie et prescrire des médicaments qu'ils ne souhaitaient pas. Les pédiatres à l'inverse avaient malgré tout pu rester plus fermes et ne pas céder.

On pourrait supposer encore ici que le médecin généraliste, moins sûr de son fait, serait plus malléable aux opinions des tiers (HAS ou patient), et que le pédiatre en tant que spécialiste aurait plus d'assurance dans ses conduites à tenir.

L'opinion selon laquelle la relation médecin-patient est renforcée par la prescription médicamenteuse était rejetée par tous les médecins de cette étude. Les médecins ne s'y trompaient pas : la relation médecin-malade passe par une confiance mutuelle entre le médecin qui prodigue les soins, respecte la confidentialité des informations et le patient qui suit le traitement délivré et donne des indications permettant une meilleure prise en charge.⁶⁴

Un deuxième aspect de cette relation inverse la question de la relation médecin-malade renforcée par la prescription en prescription renforcée par la relation médecin-malade. En effet, le renforcement ou l'atténuation de l'action thérapeutique d'une molécule active ou non par la relation qu'entretient le médecin, bien qu'encore inexplicée, est réelle et souvent décrite. C'est cet effet placebo ou nocébo qu'on tente d'éliminer lors des essais en double aveugle afin de n'étudier que la participation de la substance active.

Les avis étaient radicalement opposés entre pédiatres et médecins généralistes concernant le défaut de temps pour expliquer la prescription non médicamenteuse. Les pédiatres estimaient avoir suffisamment de temps alors que les généralistes en manquaient.

L'explication selon laquelle la durée de consultation diffère du fait d'un plus grand nombre de patients chez le généraliste que le pédiatre libéral est vrai mais ne peut suffire. En moyenne, le temps de consultation d'un médecin généraliste se situe entre 14 et 19 minutes, selon les méthodes de mesure employées et baisse à près de 13 minutes lorsqu'il s'agit d'un enfant. Pour un pédiatre, cette moyenne se situe entre 15 et 25 minutes⁶⁵. Cependant, le temps imparti à la prévention et aux explications est de près de 70 % de la consultation pour les pédiatres. Nous n'avons pas trouvé de résultats permettant de comparer le temps accordé à la prescription non médicamenteuse chez

les médecins généralistes. Cependant une étude a déterminé que 4 consultations sur 10 de prévention et de vaccination chez le médecin généraliste durent entre 4 à 10 minutes. Donc les consultations à visée préventive sont moins longues que les consultations à visée curative.⁶⁶ Il semblerait donc que le temps pris aux prescriptions non médicamenteuses ne serait pas uniquement la résultante d'un manque de temps indépendant de la volonté du praticien.

Les pédiatres et les médecins généralistes se rejoignent sur le fait qu'il n'est pas nécessaire de revaloriser les prescriptions non médicamenteuses. Donc, contrairement aux propositions de l'HAS pour promouvoir les prescriptions non médicamenteuses, l'étude met en évidence que ce n'est pas un défaut de rémunération. On peut déplorer que cette proposition ne se fonde sur aucune étude. Et, même si la puissance de cette étude est faible, la tendance qui est retranscrite ici pose la question du bien-fondé de cette proposition.

8. Discussion

Dans cette étude, et malgré les biais de non-réponses et de mémorisation, nous avons soulevé de nombreux points.

D'abord, la notion de gravité de la toux est très commune dans la population étudiée devant des étiologies somme toute bénignes. Aussi une diminution des consultations pourrait être réalisable grâce à une éducation des parents par les médecins de façon individuelle mais aussi par le développement d'une campagne explicative auprès de la population.

La corrélation entre la notion de gravité de la toux, l'importance de la traiter dans le cadre de l'asthme, et la plus faible prise de sirop antitussif chez les patients asthmatiques montre que l'éducation thérapeutique incite à une moins grande prise de traitement médicamenteux. Cette notion, tout juste soulevée ici, mérite un approfondissement et pourrait être le sujet d'une autre thèse afin de savoir si l'éducation thérapeutique influe sur la baisse de l'automédication, une meilleure acceptation de la prescription non médicamenteuse et sur la fréquence des consultations.

L'importance de l'automédication en contexte de toux est liée au fait qu'elle apparaît comme un symptôme grave ou gênant. Le rôle du médecin est de préparer les parents à ce symptôme et de l'expliquer. Le temps passé à cette éducation devrait être du temps gagné par la suite par une réduction du nombre de consultations. Il faut pour cela donner des outils aux médecins car la délivrance d'un sirop antitussif est certes moins longue à court terme, mais une perte de temps si on cumule les consultations liées à ce symptôme. Il existe un imaginaire chez les parents sur la toux et ses éventuelles complications qui n'est pas justifié.

L'automédication est une pratique majoritaire lorsque cela concerne la toux. Les enfants du Morbihan semblent y avoir moins recours que le reste de la population. Cette pratique s'explique par la gêne et la peur souvent non fondée de complications qui ne peuvent arriver. La toux reste dans l'imaginaire une maladie en soi.

Notre étude montre aussi que dans la grande majorité des cas, les patients conservent un souvenir d'efficacité des traitements, contrairement aux données majoritairement publiées qui estiment que l'efficacité des traitements antitussifs est limitée, ce qui alimente l'automédication.

La moitié des enfants étudiés ont vu leur médecin pour des pathologies bénignes dans la plupart des cas et un quart ont été automédiqués avant. Les parents déclarent une forte délivrance médicamenteuse de la part des médecins généralistes ; cependant les médecins généralistes déclarent d'abord privilégier des conseils et des traitements médicamenteux. Bien qu'il existe certainement un biais de comportement des médecins dans l'étude, cela montre qu'ils connaissent bien la conduite à tenir mais que celle-ci

n'est pas forcément respectée, probablement liée à la pression ressentie par les médecins sur les exigences des patients qui, nous l'avons vu, n'est pas fondée, mais probablement aussi pour d'autres facteurs qu'il serait intéressant de soulever dans une étude ultérieure.

Il semblerait que cette attitude se retrouve aussi chez les pédiatres libéraux. Cependant le trop faible recrutement ne peut laisser présager qu'une tendance.

Concernant l'extension des recommandations aux enfants de 2 à 6 ans, la majorité des médecins ne semble pas la désirer et ce, de façon plus formelle chez les pédiatres. Pourtant les médecins se déclarent plutôt satisfaits à l'idée de prescrire des traitements non médicamenteux et à prodiguer des conseils. Les recommandations ne seraient que le renforcement d'acquis et un poids supplémentaire dans leur argumentaire à ne pas utiliser de traitement symptomatique.

Il semble qu'il existe une volonté des médecins à moins prescrire de médicaments et que nous soyons depuis les 10 dernières années dans une transition où la médecine toute puissante, ayant connu de nombreux succès au siècle passé avec par exemple l'éradication de la variole, l'arrivée de moyens diagnostiques biologiques et radiologiques extraordinaires, se remette en cause et que la notion de balance bénéfice risque devient une notion de plus en plus présente dans l'esprit des professionnels.

Des moyens seront nécessaires à la réalisation de ces objectifs car le temps demandé est plus long. Les professionnels ne demandent pas de revalorisation financière mais du temps, en ce qui concerne les médecins généralistes. Ceci doit passer par une réorganisation de la médecine générale et une augmentation du nombre de médecins.

Après les premiers pas d'une science et d'un art balbutiant qui ont duré des siècles et après une adolescence où tout devenait possible et où les découvertes et le succès ont été retentissants à partir du 17^{ème} siècle, la médecine atteindrait-elle l'âge adulte au 21^{ème} siècle avec une prise de conscience de ses responsabilités ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire illustré des termes de médecine, Garnier Delammare.
2. GOLDSOBEL AB. Cough in pediatric population. Journal of the Pediatric , 156, pp. 352-358.
3. LEREBoullet L., RICKLIN E. La toux. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Troisième édition de 1886. Tome 96; pp. 711-747.
4. COLLECTIF.(s.d.) HAS. Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans . Consulté le 01 11 2011 sur <http://www.sp2a.fr/pdf/documents/prise-en-charge-de-la-toux-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-deux-ans.pdf>
5. WIDDICOMBE JG. Sensory neurophysiology of the cough reflex. Journal of allergy and clinical immunology , 98, pp. S84-S90.
6. KORPA J, TOMORI Z. Cough and Other Respiratory Reflexes. Basel S. Karger, 12th edn.1979 ; pp. 1-356
7. MOINARD. J, MANIER. G. Physiologie de la toux. Rev Mal Respir, 2000,17, 24-28.
8. FULLER.RX, JACKSON. DM. Physiology and treatment of cough. Thorax 1990; 45 :425-30
9. Addiction resarch unit departement of psychology/University at Buffalo. (s.d.). Before prohibition : Images from the preprohibition era when many psychotropic substances were legaly available in America and Europe. Consulté le 02 2012, sur <http://wings.buffalo.edu/aru/preprohibition.htm#Mrs.%Winslow's>
10. How aspirin turned hero. Sunday times. Consulté en mars 2012 sur <http://www.opioids.com/heroin/bayerheroin.jpg>
11. COLLECTIF. Indication de l'esoméprazole. Bulletin d'information du contact avis pharmacologique et pharmaceutique. Octobre 2008 ; 51:1
12. Guide de pharmacologie. 7^{ème} édition. Ed. Lamarre.
13. Dictionnaire VIDAL. Edition 2012.
14. TERRIOUX P. Toux non productive gênante : le sirop d'hélicidine, un antitussif parmi d'autre. Revue du praticien. Sup les cahiers du médicament. 2011 ; 61 :S7
15. FDA : 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. Consulté le 28 juin 2012 sur : <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/drugsafetyinformationforheathcareprofessionals/publichealthadvisories/ucm051137.htm>

16. SMITH SM, SCHRODER K, FAHEY M. Over-the counter médicaments for acute cough in children and adults in ambulatory setting. Cochrane Database of Systematic Review. Art n° 10.1002/14651858.CD001831.pub4

17. DAVID V, SIRET D. les traitements symptomatiques de la toux chez l'enfant archive pédiatriques 2001 ; 8 suppl 3 : 655-8

18. Dextrométhorphan : pharmacodynamie consulté en mai 2012 sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Dextrométhorphan#Pharmacodynamie>

19. COLLON T, BERNARD L. Antitussif. EMC pneumologie. Consulté sur <http://www.em-consulte.com/article/10794/antitussifs>

20. PONS F and AL. L'effet bronchorelaxant de l'hélicidine, un extrait d'Helix pomatia, fait intervenir une libération de prostaglandine E₂. Pathologie et biologie. Elsevier 1999. vol. 47 ; n°1 : 73-80

21. ODUWOLE O, MEREMIKWU MM, OYO-ITA A, UDOH EE. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD007094. DOI: 10.1002/14651858.CD007094.pub3

22. AFMPS - Médicaments utilisés chez les enfants contre la toux et le rhume : révision de la balance bénéfices-risques et nouvelles mesures. (internet). Consulté le 19 mars 2012 sur http://www.fagg-afmps.be/fr/news/news_antitussifs.jsp

23. Santé Canada. Médicament contre la toux et le rhume décision de Santé Canada. Consulté le 19 mars 2012 sur http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2008/2008_184info1-fra.php

24. FDA : 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. Consulté le 28 juin 2012 sur <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders>

25. Etude européenne sur la consommation de médicaments. LIR avec la chaire Essec santé consulté le 18 juin 2012 sur http://www.lir.asso.fr/pdf/2012/SYNTHESE_ETUDE%20CONSOMMATION_LIR_JUILLET_2012_VF.pdf

26. IPSOS. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale. Paris IPSOS Santé: 2005.

27. GARNIER C, MARINACCI L. Les représentations de la prescription des médecins surprescripteurs et non surprescripteurs. Revue québécoise de psychologie 2001 ; 22 (2) : 1-17

28. AMALRIC F, LOOCK J. Caractériser le "modèle français de prescription", une évaluation critique des indicateurs utilisés. IMS Health, pour le LEEM. 18 septembre 2008.
29. JACKSON JL, KROENCKE K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med.* 2001 May 1; 134(9 Pt 2): 889-97.
30. MAURAIZIN G. La prescription médicamenteuse en médecine générale : attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. *Th. Méd. Toulouse 3* : 2007 : 3 1036.
31. 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; 317: 637-42.
32. CHARRA E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. *Th. Méd, Lyon* 2012
33. 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.
34. COLLECTIF. Attentes du patient et prescription médicale. *Bibliomed.* 1998:92.
35. LITTLE P et AL. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ.* 2004;328:444-6
36. COLLECTIF. La prescription des généralistes et ses déterminants. *Bibliomed.* 408.5 janvier 2006
37. HAS. Développement des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuse validée. Avril 2011.
38. GALLOIS P, VALLEE JP, LE NOC Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. *Médecine* 2007: 456-61.
39. ALS-NIELSEN B, CHEN W, GLUUD C, KJAERGARD LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials. *JAMA.* 2003;290:921-8.
40. COFER. Item 167 : Thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuse consulté en aout 2011 sur umvf.univ-nantes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato22/site/html/cours.pdf
41. Epreuves classantes nationales de médecine . Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales arrêté du 2-5_2007 JO du 10-5-2007: consulté en aout 2012 sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>

42. Insee. Recensements de la population. Consulté en septembre 2012 sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=18209
43. IRDES 'institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Ashtme en France en 2006 rapport de janvier 2011. Consulté en septembre 2012 sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1820.pdf>
44. L'asthme en France. Consulté en septembre 2012 sur : http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module12/Module336_LRD/texte.htm
45. HAS. Traitement de la toux et des expectorations dans les bronchites. Consulté en octobre 2012 sur : [http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/traitement_de_la_toux_e t_lexpectoration_dans_les_bronchites.pdf](http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/traitement_de_la_toux_et_lexpectoration_dans_les_bronchites.pdf)
46. DE BLASIO F et AL .An observational study on cough in children : epidemiology, impact on quality of sleep and treatment outcome. Cough 2012,8 :1
47. CHANG AB, LANDAU LI, VAN ASPEREN PP, et ALL. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics : ACCP Evidence-Base clinical Practice Guidelines. Chest 2006 ; 129 (1 suppl) : 260S-83S.
48. KUSEL MM, DE KN, HOLT PG, LANDAU LI, SLY PD. Occurrence and management of acute respiratory illnesses in earlu childhood. J Paediatr Child health 2007 ; 43 : 139-46
49. Toux gênantes. Prescrire. 2011 aout; 31(334):612-614.
50. DELORMAS F. Les sommeil et les rythmes de l'enfant. Consulté en octobre 2012 sur : <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/cfes/sante/rythmenf.ph>
51. L'automédication et l'Internet Santé, 10 ans après", étude d'Opinion Way, septembre 2010
52. IPSOS. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale. Paris IPSOS Santé: 2005.
53. Les infections ORL. 10e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse, 19 juin 1996. Méd Mal Infect. 1996 ; 26 : 1-7.
54. Infos-Patients Prescrire: Rhinopharyngite de l'enfant. La Revue Prescrire, septembre 2009.
55. AFFSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires haute de l'adulte et de l'enfant. Consulté en octobre 2012: <http://www.infectiologie.com/site/medias/ documents/consensus/2005-infVRH-recos-afssaps.pdf>

56. HUBINOIS S, LUBESKI L. L'exercice libéral en pédiatrie. Consulté en septembre 2012 sur : <http://www.soignereniledefrance.org/exercer-au-quotidien/les-specialites/pediatre/>
57. Enquête Courlygone. Prise en charge des consultations pédiatriques non programmées dans l'agglomération lyonnaise. Enquête en médecine libérale et dans les structures d'hospitalisation publiques et privées. Consulté en septembre 2012 sur : <http://www.urps-medra.fr/upload/armlra/urmetude/pj/priseenchargepediatrique.pdf>
58. COLLECTIF. Les pédiatres libéraux des cotes d'Armor. Une analyse de la permanence de soins assurée par les pédiatres libéraux dans le département des cotes d'Armor. Mai 2004. Consulté en octobre 2012 sur : http://www.urml-bretagne.fr/uploads/media/9047_01.pdf
59. LAURE P, TREPOS JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé publique. 2006 août 31;18(4):573-584.
60. BOUVENOT J. Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins. Presse médicale. 2002;31(39):1831-5.
61. Recommandations et textes de bonnes pratiques. Consulté en octobre 2012 sur : <http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/recommandations-textes-de-bonnes-pratiques.php>
62. CASTEL P, MERLE I. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins . Sociologie du travail. Volume 44, Issue 3. July–September 2002, pp 337–355
63. EVEN P, DEBRE B, Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Editions du Cherche Midi. 905 p.
64. SAN MARCO J. La relation médecin-malade L'annonce d'une maladie grave. La personnalisation de la prise en charge médicale. La formation du patient atteint de maladie chronique. La difficulté à suivre un traitement. Mars 2005. Consulté en novembre 2012 sur : <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item1/Item1.htm>
65. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale, Etudes et résultats n°704, Drees, 8p. Consulté en novembre 2012 sur : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er704.pdf
66. FRANC C, LE VAILLANTM, ROSMAN M, PELLTIER-FLEURY M. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale DREES septembre 2007 consulté en novembre 2012 sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf>

ANNEXES

Questionnaire parents

Merci de participer à cette étude réalisée dans le cadre d'un travail de thèse. L'objet de ce questionnaire n'est pas de contrôler vos connaissances sur la toux mais de connaître votre avis sur la toux et votre attitude face à celle-ci. Il concerne uniquement les enfants de l'âge de 2 à 6 ans inclus.

Bien entendu, ce questionnaire est anonyme et les données ne seront exploitées que dans le cadre de cette thèse.

Veillez à bien remplir les zones en pointillé et ne pas cocher uniquement les cases pour affiner le plus possible l'étude.

Nom du médecin traitant :

Nom du pédiatre éventuel :

Age de l'enfant :

Quelle importance la toux a-t-elle pour vous ? C'est :

- Grave Pas grave
- A traiter absolument Pourquoi ?.....
- A traiter parfois Dans quelles circonstances ?.....
-
- A ne jamais traiter Pourquoi ?.....

Votre enfant est-il atteint de maladie affectant la respiration ? (maladie cardiaque, pulmonaire, neurologique ou autre)

- OUI Laquelle ?..... NON

Votre enfant a-t-il eu des épisodes de toux cet hiver ?

- OUI Nombre d'épisodes : NON

S'agissait-il de toux : Grasse (avec expectoration) Sèche

Votre enfant toussait-il : le jour la nuit le jour et la nuit

Avez vous donné à votre enfant un traitement en automédication (sans consulter de médecin ou de pharmacien) ? OUI NON

Si OUI, lequel : Un sirop Des comprimés Des suppositoires Un spray

Des pastilles à sucer Un fluidifiant bronchique Des inhalations

De l'homéopathie Des traitements familiaux ou traditionnels

Vu le kinésithérapeute Vu l'ostéopathe Vu le rebouteux

Autres mesures prises :.....

Si des produits ou ingrédients ont été utilisés, quel est leur nom ?.....

.....

Selon vous le traitement a-t-il été efficace ?

- Très efficace Moyennement efficace Peu efficace Pas efficace du tout Néfaste Si le traitement a été néfaste, qu'a-t-il provoqué ?

Avez-vous demandé conseil à votre pharmacien (à la suite de l'automédication ou d'emblée) ? OUI NON

Si OUI, que vous a-t-il donné : Un sirop Des comprimés Des suppositoires

Un spray Des pastilles à sucer Un fluidifiant bronchique Des inhalations

De l'homéopathie Des traitements familiaux ou traditionnels

Si des produits ou ingrédients ont été utilisés, quel est leur nom ?.....
.....

Autres mesures prises :.....

Selon vous le traitement a-t-il été efficace ?

Très efficace Moyennement efficace Peu efficace Pas efficace du tout Néfaste Si le traitement à été néfaste, qu'a-t-il provoqué ?.....

Avez vous consulté votre médecin traitant ? OUI NON

Si OUI, que vous a-t-il donné : Un sirop Des comprimés Des suppositoires

Un spray Des pastilles à sucer Un fluidifiant bronchique Des inhalations

De l'homéopathie Des traitements familiaux ou traditionnels

Kinésithérapie Ostéopathie

Si des produits ou ingrédients ont été utilisés, quel est leur nom ?.....
.....

Autres mesures conseillées :.....

Selon vous le traitement a-t-il été efficace ?

Très efficace Moyennement efficace Peu efficace Pas efficace du tout Néfaste Si le traitement à été néfaste, qu'a-t-il provoqué ?

Avez vous consulté votre pédiatre? OUI NON

Si OUI, que vous a-t-il donné : Un sirop Des comprimés Des suppositoires

Un spray Des pastilles à sucer Un fluidifiant bronchique Des inhalations

De l'homéopathie Des traitements familiaux ou traditionnels

Kinésithérapie Ostéopathie

Si des produits ou ingrédients ont été utilisés, quel est leur nom ?

Autres mesures conseillées :.....

Selon vous le traitement a-t-il été efficace ?

Très efficace Moyennement efficace Peu efficace Pas efficace du tout Néfaste Si le traitement a été néfaste, qu'a-t-il provoqué ?

A-t-on identifié une cause à l'origine de la toux ? OUI NON

Si OUI, laquelle ?.....

Merci beaucoup pour le temps consacré à remplir ce questionnaire.

N'hésitez pas à émettre vos remarques sur les lignes suivantes :

.....
.....
.....
.....

Questionnaire Médecin

Merci de participer à cette étude réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. Elle concerne **uniquement les enfants de l'âge de 2 à 6 ans inclus**, aucune recommandation n'ayant été publiée à ce jour, en France, pour cette population.

On s'intéresse ici uniquement au **traitement symptomatique** de la toux.

- 1) Un enfant de 2 à 6 ans, sans antécédent particulier, se présente à votre cabinet avec une toux grasse et un fébricule. Votre examen clinique retrouve une rhinopharyngite. Dans votre pratique, quelle est votre attitude face à cette toux ?**

Traitement médicamenteux :

Traitement non médicamenteux :

Conseils donnés aux parents :

Il revient 4 jours plus tard pour une toux grasse. Il est apyrétique. L'examen clinique reste inchangé. Que faites-vous ?

Traitement médicamenteux :

Traitement non médicamenteux :

Conseils donnés aux parents :

- 2) Modifiez-vous votre attitude thérapeutique (toujours concernant le traitement symptomatique de la toux) en cas de toux sèche ?**

OUI NON

Si oui, quelle modification faites-vous ?

- 3) Modifiez-vous votre attitude thérapeutique (toujours concernant le traitement symptomatique de la toux) en cas d'antécédent d'asthme ?**

OUI NON

Si oui, quelle modification faites-vous ?

- 4) Modifiez-vous votre attitude thérapeutique (toujours concernant le traitement symptomatique de la toux) en cas de découverte de pneumopathie chez un enfant sans antécédent particulier ?**

OUI NON

Si oui, quelle modification faites-vous ?

5) Des recommandations HAS sont déjà éditées pour les enfants de 0 à 2 ans concernant l'interdiction de l'emploi de médicament antitussif. Selon votre expérience, pensez vous qu'une extension de ces recommandations chez l'enfant de 2 à 6 ans est justifiée ?

OUI NON

Compte tenu de l'évolution probable des recommandations sur la toux chez l'enfant, la suite du questionnaire est axée sur la prescription non médicamenteuse et votre ressenti concernant celle-ci.

6) Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, je suis satisfait à l'issue de la consultation.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

7) Lorsque je ne prescris pas de traitement médicamenteux, j'ai un sentiment d'inachevé à l'issue de la consultation.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

8) Je pense que les patients attendent d'un médecin une prescription médicamenteuse à l'issue de la consultation.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

9) Face à l'attente de prescription des patients, je prescris parfois des médicaments qui me semblent peu efficaces.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

10) Je pense que la relation avec mes patients est renforcée par la prescription médicamenteuse.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

11) Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais, par faute de temps.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

12) Je ne peux pas faire autant de consultations sans prescription médicamenteuse que je le voudrais car cet acte n'est pas assez valorisé.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt contre Tout à fait contre

Cher confrère, chère consœur,

Je prépare ma thèse de médecine générale portant sur la prise en charge de la toux chez les enfants de 2 à 6 ans et sur le ressenti des médecins généralistes sur la prescription non médicamenteuse.

Des recommandations de l'HAS ont été établies concernant le traitement symptomatique de la toux chez les enfants de 0 à 2 ans, à savoir des mesures hygiénodététiques et l'éviction des sirops antitussifs. Aussi me suis-je intéressé aux enfants de 2 à 6 ans car dans certains pays, les recommandations ont été étendues à cette classe d'âge.

Par extension, je m'intéresse aussi dans cette thèse au ressenti des médecins généralistes face à la prescription non médicamenteuse.

Le questionnaire, anonyme, se découpe donc en deux parties :

- La première, sous forme de cas clinique, me permettra de connaître les habitudes de prescription des médecins généralistes. N'ayant pas de recommandations, il n'existe donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. Le but est de savoir ce qui se fait actuellement sans jugement de valeur.

- La deuxième partie, sous forme de questions à choix unique, cherche à percevoir votre ressenti face aux prescriptions non médicamenteuses en général. J'entends par prescription non médicamenteuse toute prescription orale ou écrite ne comportant pas de médicament.

Ce questionnaire, je l'espère, ne vous prendra pas trop de temps. Veuillez me le renvoyer dans l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien me porter.

Cordialement,

Olivier BENARD

NOM : **BENARD**

Prénom : **Olivier**

TITRE DE THESE

LA PRATIQUE ANTITUSSIVE CHEZ LES PARENTS ET LES MEDECINS

ET LE RESSENTI DES MEDECINS

FACE A LA PRESCRIPTION NON MEDICAMENTEUSE

Etude sur 156 enfants et 34 médecins du Morbihan en 2012

RESUME

La toux chez l'enfant est la troisième cause de consultation en médecine générale. Des recommandations ont été émises en 2010 sur l'utilisation des sirops antitussifs chez les enfants de 0 à 2 ans mais aucune chez les enfants de 2 à 6 ans. Pour la plupart des sociétés savantes ainsi que dans certains pays, il est recommandé de prendre en charge la toux à l'aide de traitements non médicamenteux. Cette étude descriptive transversale propose de faire l'état des lieux des pratiques antitussives chez les parents et les médecins (pédiatres et médecins généralistes), ainsi que sur le ressenti des médecins face à la prescription non médicamenteuse. Elle a été réalisée auprès de 156 enfants, 25 médecins généralistes et 9 pédiatres dans le Morbihan en 2012 à l'aide d'auto-questionnaires. Les résultats montrent que la toux est un symptôme considéré comme grave, confondu avec une maladie en soi. Il existe une contradiction entre l'efficacité réelle et estimée des antitussifs. La seconde partie de l'étude montre que les médecins sont prêts à développer les prescriptions non médicamenteuses et que l'ère du tout médicament semblerait révolue.

MOTS-CLES

Toux

Enfant de 2 à 6 ans

Prescription non médicamenteuse

Antitussif

Médecin généraliste

Pédiatre