AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

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

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2015

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

GAELLE VENTAJA

Le 9 juin 2015

REPRESENTATIONS DES PARENTS DE LA TOUX DU NOURRISSON, LEURS ATTENTES SUR SA PRISE EN CHARGE.

Enquête d'opinion auprès des parents de nourrisson de moins de 24 mois.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président
Mme. le Professeur Eliane ALBUISSON	Juge
Mme. la Docteure Elisabeth STEYER	Directrice et Juge
M. le Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE	Juge
M. le Professeur Alain AUBREGE	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

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

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

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

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN – Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*
Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

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

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire)*

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

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Pour votre disponibilité et votre accompagnement lors de l'élaboration de ce travail,

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A NOS JUGES

Madame la Docteure Elisabeth STEYER

Médecin généraliste

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger de cette thèse.

Pour votre disponibilité et votre accompagnement lors de l'élaboration de ce travail,

Recevez l'expression de toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Alexis HAUTEMANIERE

Docteur en Médecine, Spécialiste en Santé Publique et Médecine Communautaire,

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Médecin généraliste, Professeur honoraire

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A MA FAMILLE ET MES AMIS

A Thomas.

A Papa, Maman, Isabelle et Antoine.

A mes neveux chéris, Pablo et Lisandro.

A Xavier.

A Marie, Joseph, Sophie, Arnaud, Cécile, Caroline, Lucie, Marie, Géraldine, Caroline, Sarah, Marie, Camille, Julien.

A Philippe et Bernadette.

A Jean-Loup Machu, pour son travail de biostatisticien, qui a su être patient et très pédagogue.

Merci à vous et à tous ceux que j’ai oubliés.

AUX CRECHES

Des villes de : Epinal, Docelles, Thaon-les-Vosges, Deyvillers, Remiremont, Pouxeux, Nancy, Vandoeuvre-les-Nancy, Villers-les-Nancy, Heillecourt, Laneuveville-devant-Nancy, Art-sur-Meurthe, Saulxures-les-Nancy, Essey-les-Nancy, Saint-Max, Lunéville, Blainville-sur-l'eau,Varangéville, Bayon, Vézelise, Benney, Ceintrey, Bruyères, Rambervillers, Rosières-aux-Salines, Seichamps, Dommartemont, Maxéville, Baccarat, Raon-l'étape, Toul, Tomblaine, Pulnoy, Neuves-Maisons, Chaligny, Ville-en-Vermois, Golbey, Ville-sur-Illon, Flavigny-sur-Moselle, Malzéville, Richardménil, Laxou.

Merci pour votre collaboration.

Et aux parents qui ont bien voulu participer à notre étude.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 15
PREAMBULE 16
ARTICLE SOUMIS AUX ARCHIVES DE PEDIATRIE 23
RESUME 24
I. INTRODUCTION 26
II. METHODES 27
1. Contenu du questionnaire 27
2. Méthode de recueil 27
3. Méthode d'analyse statistique 27
III. RESULTATS 28
1. Effectifs et caractéristiques de la population 28
2. Analyse descriptive de l'échantillon 28
3. Analyse croisée par test du Chi 2 et régression logistique 28
IV. DISCUSSION 29
1. Représentations de la toux 29
2. Attentes vis-à-vis de la prescription du médecin 29
3. Automédication 30
4. Lavage de nez 30
V. CONCLUSION 31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 32
ANNEXES 34
QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX PARENTS 36
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PREAMBULE ET CONCLUSIONS 41

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CIC-P : Centre d'Investigation Clinique Plurithématique

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Inserm : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PREAMBULE

I. RAPPELS.

La toux chez le nourrisson est un problème fréquent en médecine générale. Bien que souvent bénin, ce symptôme requiert une attention particulière. En effet, elle peut être source d'inconfort et d'insomnie chez l'enfant mais aussi d'insomnie et d'anxiété chez les parents [1].

Chez le nourrisson, la toux est liée le plus souvent à une simple infection virale (rhinopharyngite, bronchite, bronchiolite). C'est un réflexe naturel et indispensable de défense de l'organisme, qu'il convient de respecter [1,2].

Au cours de leurs deux premières années de vie, les nourrissons en bonne santé feront 7 à 10 épisodes d'infection des voies respiratoires par année, pouvant provoquer une toux [1,3]. Dans la majorité des cas, la toux va s'amender en 10 à 14 jours maximum, avec une diminution progressive du nombre d'accès de toux de jour en jour. Chez certains d'entre eux, elle pourra mettre 3 à 4 semaines à régresser sans que cela signe l'existence d'une complication. Environ un quart des enfants ayant présenté une infection des voies aériennes supérieures toussent encore après 2 semaines d'évolution [1,4].

Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont vu conjointement un pédiatre et un médecin généraliste.

Les parents consultent le médecin lorsque leurs nourrissons toussent, par crainte de les voir se fatiguer, s'étouffer, voire même mourir [5]. De ce fait, ils sont souvent demandeurs de traitements, de soins, pour soulager la toux, surtout lorsqu'elle est nocturne, affectant alors le sommeil des enfants, mais aussi celui des parents [6,7,8].

Selon les données de IMS-Health, en France en 2009-2010, il y a eu environ 9 millions de prescriptions annuelles de médicament visant à calmer la toux, avec 1,7 millions chez les nourrissons de moins de 2 ans, 2,5 millions chez les enfants de 2 à 6 ans, et 3,7 millions chez les adultes et plus de 18 ans [9].

Cette attitude est internationale.

Aux Etats-Unis, selon l'Enquête Slone (1999-2006), pour une semaine donnée, 10% des enfants ont consommé un médicament contre la toux [10].

Au Royaume-Uni, d'après PAGB (Propriety Association of Great Britain), on estime à 55 millions le nombre de médicament contre la toux vendus pour les enfants de moins de 12 ans, et 12 millions pour les enfants de moins de 6 ans, chaque année [11].

L'AFSSAPS a mené une réévaluation des médicaments destinés à soigner la toux chez l'enfant de moins de 2 ans, à partir de 2010, conduisant à proposer de nouvelles recommandations, modifiant en profondeur les modalités de cette prise en charge.

En effet, ces médicaments étaient largement utilisés dans cette population sans que, pour autant, leur efficacité n'ait été établie clairement, et malgré leur toxicité potentielle.

Aucune étude ne met en évidence une efficacité significative des diverses spécialités antitussives par rapport à un placebo, dans la population pédiatrique, sur la réduction de la durée, ou de l'intensité des épisodes de toux, ou encore sur l'amélioration de la qualité de sommeil du nourrisson [7,12].

Devant une balance bénéfice-risque défavorable, avec des effets indésirables rares mais graves et parfois mortels, des mesures réglementaires ont été prises.

Aux Etat-Unis en 2008, la FDA (Food and Drug Administration) contre-indique l'utilisation des décongestionnants nasaux, expectorants, antihistaminiques et antitussifs opioïdes, chez les nourrissons de moins de 2 ans. L'enquête de pharmacovigilance se poursuit chez les enfants de 2 à 11 ans [13].

Au Royaume-Uni en 2008, la MHRA (Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency), déconseille leur utilisation chez les nourrissons de moins de 2 ans et informe les parents quant à la nécessité de demander un avis médical pour les enfants de 2 à 6 ans [14].

Santé Canada décide même d'élargir cette contre-indication aux enfants de moins de 6 ans [15].

En France, en 2010, l'AFSSAPS décide de contre-indiquer l'utilisation des spécialités mucofluidifiantes, mucolytiques et Hélicidine® chez le nourrisson de moins de 2 ans. En 2011, les spécialités antihistaminiques de type H1, fenspiride et les dérivés terpéniques suppositoires sont elles aussi contre-indiquées dans le traitement de la toux et des troubles de la sécrétion bronchique chez le nourrisson de moins de 2 ans.

Il devient alors indispensable d'expliquer aux parents que seules des mesures simples sont nécessaires pour la prise en charge de la toux du nourrisson.

Sont préconisées des mesures hygiéno-diététiques, telles que la désobstruction rhinopharyngée pluriquotidienne au sérum physiologique, l'éviction stricte de l'exposition au tabac, l'hydratation du nourrisson et la limitation de la température à 19-20° dans la chambre.

L'AFSSAPS rappelle que [1]:

- les antipyrétiques peuvent être éventuellement prescrits en cas de fièvre,
- les bronchodilatateurs inhalés ne sont pas recommandés chez un nourrisson non asthmatique,
- les antibiotiques sont sans effet, inefficaces sur la durée de la toux, mais aussi susceptibles de favoriser le développement des résistances microbiennes,
- les corticoïdes par voie générale ou voie inhalée ne sont pas recommandés en cas de toux aiguë en rapport à une rhinopharyngite, une laryngite non dyspnéïsante, une trachéite, une bronchite, et au cours du premier ou deuxième épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson,
- les antisécrétoires gastriques sont sans effet en l'absence d'un RGO identifié,
- en cas de coqueluche, les macrolides doivent être instaurés rapidement,
- les médicaments par voie inhalée ou nasale (en plus de la voie orale) contenant des dérivés terpéniques (camphre, eucalyptol,...) sont contre-indiqués chez le nourrisson de moins de 30 mois en raison de leur risque neurologique,
- les sirops antitussifs centraux à base d'opiacés sont contre-indiqués chez le nourrisson en raison de leur effet dépresseur respiratoire.

II. JUSTIFICATION.

La rhinopharyngite/rhume, la bronchite et la toux représentent 40% des motifs de recours au médecin généraliste pour les nourrissons [16].

Depuis quelques années, les médecins sont régulièrement informés de la suppression de la disponibilité sur le marché de médicaments ou de leur non remboursement. Les patients ont parfois du mal à comprendre pourquoi, du jour au lendemain, ils sont privés d'un traitement qu'ils jugeaient efficaces et sans danger. Actuellement, un grand nombre de médicaments pédiatriques ont été retirés de la vente, dont les médicaments contre la toux, car ils n'ont jamais fait preuve d'efficacité, et ont été la cause de cas, certes rares, mais graves et parfois mortels.

Il devient difficile de répondre à la demande des parents de traitement rapide et efficace.

D'après un article de 2007, en moyenne, "2,9 médicaments sont prescrits par consultation. Le niveau élevé de consommation de médicaments date de quelques années, sans aucune explication thérapeutique. Cette singularité nationale repose plutôt sur des habitudes de prescription, comme de consommation. La prescription pharmaceutique unit le médecin au patient" [17].

Devant l'inquiétude parentale, le besoin de diagnostic et de traitement, et le retrait de médicaments contre la toux, nous pouvons nous interroger sur le risque de report de prescription vers d'autres classes thérapeutiques.

Notre étude est partie de l'observation au cours de notre pratique de report de prescription vers des médicaments non indiqués dans le traitement de la toux simple du nourrisson, et remboursés, face à l'absence d'alternative thérapeutique et parfois la pression parentale.

Cette tendance de report de prescription vers des médicaments remboursés a déjà été observée en 2006. Selon l'étude et les données de l'IMS Health (Source IRDES), suite à la vague de déremboursement du 1er mars 2006, les médecins généralistes ont réduit de moitié la prescription de mucolytiques et expectorants (spécialités concernées par le déremboursement), mais ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques. Ainsi, les prescriptions d'antitussifs et de bronchodilatateurs ont augmenté pour les bronchites, la toux et la grippe ; celles des analgésiques et antipyrétiques pour les bronchites, l'asthme, la grippe et la toux ; celles des antibiotiques pour les affections aiguës des voies respiratoires supérieures et la toux ; celles des corticoïdes pour tous les diagnostics sauf pour la toux. Le nombre moyen de médicaments différents prescrits par consultation est identique avant et après le déremboursement, soit respectivement 3,4 et 3,3. Ces augmentations peuvent être interprétées de plusieurs manières. Il peut s'agir soit d'une augmentation tendancielle de la prescription pharmaceutique, soit d'un report de prescription vers d'autres classes thérapeutiques en lien avec les déremboursements, soit plus probablement d'une conjugaison des deux effets [18].

Dans notre première démarche, nous voulions comparer le volume de prescription des médecins généralistes des spécialités « corticoïdes », « bronchodilatateurs », et « antibiotiques », chez le nourrisson, pour l'hiver 2011-2012 (après l'interdiction des

médicaments antitussifs) avec celui de l'hiver 2008-2009 (avant l'interdiction des médicaments antitussifs), en Lorraine (entre ces deux hivers, le profil de prévalence des infections respiratoires aiguës est proche, selon les données du GROG), puis au niveau national.

Nous voulions nous intéresser aux corticoïdes, bronchodilatateurs et antibiotiques car le report de prescription vers ces spécialités aurait des conséquences de Santé Publique et économiques. Elles ne sont en effet pas indiquées dans le traitement de la toux en première intention chez le nourrisson, leur efficacité dans cette indication reste floue, et aussi ne sont pas dénuées d'effets secondaires.

Concernant les corticoïdes, plusieurs études ont montré leur absence d'efficacité significative, que ce soit en inhalation ou per os, sur la toux du nourrisson relative à une infection respiratoire virale banale, et même dans la bronchiolite [19], et mettent aussi en avant les effets indésirables potentiellement graves. Nous connaissons les risques des corticoïdes (troubles du comportement avec agitation et difficulté d'endormissement, un ralentissement voire une suppression de la croissance, et une dépression immunitaire transitoire) [20,21]. L'administration de petites doses sur 2 jours (<0,5mg/kg/jour) n'influe pas sur la croissance [22]. Les effets secondaires paraissent rares en cas de prise unique et de traitement de courte durée (moins d'une semaine), et peu d'essais en ont évalué le risque. Toutefois, lors de l'administration de doses élevées de corticoïdes pendant une courte période, de rares cas de varicelle grave et d'ostéonécrose de la tête fémorale ont été rapportés. Les risques d'une corticothérapie de courte durée et répétée, en terme infectieux, restent flous, mais l'utilisation répétée de corticoïdes s'apparente à un apport important et prolongé de corticoïdes, et peut exposer le nourrisson aux risques d'une corticothérapie de longue durée [23].

Concernant les bronchodilatateurs, de nombreuses études ont montré leur absence d'efficacité significative sur l'évolution de la toux simple du nourrisson. En effet, si nous comparons un groupe de nourrisson ayant une bronchiolite, recevant un traitement par bronchodilatateur, avec un groupe recevant un placebo, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (pas de diminution du risque d'hospitalisation et de la durée des symptômes) [24]. De plus, ce traitement n'est pas exempt d'effets secondaires, avec risque de réactions paradoxales (hypoxie par vasoconstriction pulmonaire), irritabilité, tremblements, et tachycardie [25].

Concernant les antibiotiques, ils ne sont pas indiqués dans le traitement de la toux du nourrisson, celle-ci étant le plus souvent virale. Utilisés à tort, ils sont susceptibles de favoriser le développement de résistances bactériennes. Les enfants de moins de 5 ans sont ceux qui consomment le plus d'antibiotiques, d'après les données de l'IRDES en 2002. Après la campagne en 2002, « les antibiotiques, c'est pas automatique » le taux de prescription a diminué de près de 20 % chez les moins de 5 ans, mais reste excessif dans les infections respiratoires virales. De plus, un traitement par antibiotique n'influe ni sur l'évolution et la guérison de la maladie, ni sur les risques de complications. Il n'y a pas de différence d'efficacité significative entre un antibiotique et un placebo, sur la toux des infections respiratoires virales [26].

Pour débuter notre étude, nous avons pris contact avec l'Echelon Régional du Service Médical Nord-Est de l'Assurance Maladie, puis avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pour communiquer nos données de recherche

Malheureusement, nous avions dû renoncer à cet objectif car il a été impossible pour nous d'accéder à ces données.

Nous voulions poursuivre notre réflexion dans ce domaine car cela nous semblait important et intéressant d'apporter des réponses à ces interrogations, en explorant d'autres facettes de ce problème.

Nous nous sommes dirigés alors vers les parents de nourrissons de moins de 24 mois (âge pour lequel les médicaments antitussifs ont été contre-indiqués), pour étudier leurs attentes du médecin généraliste, leurs craintes et la représentation qu'ils ont de la toux de leur nourrisson. Face aux nouvelles recommandations qui se basent essentiellement sur des mesures hygiéno-diététiques, nous avons cherché à savoir quel était le sentiment des parents, et s'il existait un risque de report de prescription face à leur éventuelle pression. Les spécialités « corticoïdes, antibiotiques et bronchodilatateurs » faisaient partie des questions.

Cette enquête d'opinion a aboutit à l'écriture d'un article scientifique, qui sera soumis aux archives de pédiatrie en vue d'une publication.

ARTICLE SOUMIS AUX ARCHIVES

DE PEDIATRIE

Elsevier Editorial System(tm) for Archives de Pédiatrie
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: REPRESENTATIONS DES PARENTS DE LA TOUX DU NOURRISSON, LEURS ATTENTES SUR SA PRISE EN CHARGE. Enquête d'opinion auprès des parents de nourrissons de moins de 24 mois.

Article Type: Memoires originaux / Original Article

Section/Category: Article pour numéro courant

Corresponding Author: Mrs. Gaelle Ventaja, medicine student

Corresponding Author's Institution: Université de Lorraine

First Author: Gaelle Ventaja, medicine student

Order of Authors: Gaelle Ventaja, medicine student; Elisabeth Steyer; Jean-Loup Machu; Jean-Marc Boivin

Abstract: Introduction. L'offre des médications dans la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson de moins de 24 mois, motif fréquent de recours des parents au médecin, s'est réduite avec la contre-indication par l'Afssaps, en 2010 et 2011, des diverses spécialités antitussives.
Objectifs. Notre objectif était d'évaluer les attentes et craintes des parents de nourrissons tousseurs, de préciser leurs représentations de la toux, de quantifier le recours à l'automédication et le risque de demande de report de prescription vers d'autres classes médicamenteuses.
Méthodes. Une enquête d'opinion, transversale, a été réalisée auprès des parents de nourrissons de moins de 24 mois. Un questionnaire à choix multiples leur a été proposé dans des crèches et PMI. Les données recueillies ont été analysées de façon descriptive, puis par le test du chi2. La régression logistique nous a permis d'interpréter certains résultats obtenus.
Résultats. Soixante-quatre pour cent des parents attendent du médecin un traitement pour faire cesser la toux. Pour la majorité des parents, les mesures hygiéno-diététiques sont bien intégrées (lavage de nez- considéré comme efficace pour le soulagement de la toux par 77% des parents, hydratation, éviction du tabac). Pour 33% des parents, les corticoïdes restent une alternative thérapeutique à visée antitussive. Prés de la moitié (43%) des parents ont déjà demandé un traitement à leur médecin, le plus souvent suspensions nasales, corticoïdes et sérum physiologique. Concernant l'automédication, 30% des parents ont déjà donné un sirop ou un suppositoire antitussif sans ordonnance, dans le but de faire cesser la toux rapidement pour 66%. Ces parents paraissent plus inquiétés par la toux que les autres parents (p=0,0110, IC: 0.217 ; 1.751), comme ceux qui n'ont qu'un enfant (p=0.0029, IC : 0.120 ; 0.582).
Conclusions. Notre étude suggère qu'une grande majorité des parents ont compris et acceptent les nouvelles recommandations. Mais environ un tiers des parents restent inquiets, démunis face à l'absence de traitement prescrit, ce qui les amènent à donner des sirops antitussifs sans ordonnance et à demander des traitements non indiqués. Il paraît indispensable d'informer les parents sur l'évolution naturelle de la toux du nourrisson, et de les éduquer sur les règles hygiéno-diététiques, pour diminuer le risque de report de prescription.

Suggested Reviewers: François Feillet professor
CHU Brabois Enfant NANCY

f.feillet@chu-nancy.fr

REPRESENTATIONS OF PARENTS OF INFANTS'S COUGH, EXPECTATIONS ON ITS MANAGEMENT.

Opinion Survey of parents of infants under 24 months.

VENTAJA G [1], STEYER E [2], MACHU J-L [3], BOIVIN JM [4].

Abstract.

Background. The supply of medications in the management of acute cough in infants under 24 months, frequent reason for parental use the doctor, was reduced with various specialties antitussives contraindication by Afssaps, in 2010 and 2011.
Objectives. Our objective was to assess the expectations and fears of infants coughing parents, to specify their representations of cough, to quantify the use of self-medication and the risk of prescribing deferral request to other drug classes.
Methods. An opinion and cross survey was carried out with parents of infants under 24 months. A multiple choice questionnaire was proposed to them in nursery and Mother and Infant Welfare centers. The collected data were analyzed descriptively and by the Chi 2 test. Logistic regression enabled us to interpret some results.
Results. Sixty-four percent of parents expect from the doctor an antitussive treatment. For most parents, lifestyle modifications are well integrate (saine nasal irrigation- considered effective cough relief, hydratation, smoking eviction). For 33% of parents, corticosteroids are an alternative therapy to stop cough. Nearly half (43%) of parents have sought treatment their doctor, usually nasal suspensions, corticosteroids and saline irrigation. Regarding self-medications, 30% of parents have already given coug syrup or suppository with nonprescription, in order to stop cough effectively to 66%. These parents seem more worried by coughing than other parents (p=0,0110, IC : 0,217 ; 1,751) as those who have a child (p=0,0029, IC : 0,120 ; 0,582).
Conclusions. Our study suggests that a large majority of parents understand and accept the new recommendations. But a third of parents are still worried, clueless about the absence of prescribed medications, which led them to give non-prescription cough syrups and ask unappropriate treatments. It seems essential to inform parents about the natural history of infant cough, and educate them on lifestyle rules, to reduce the risk of deferral prescription.

Mots clés : cough – infants – expectations parents – deferral prescription – self-medication.

[1] Étudiante en Médecine Générale - Faculté de médecine de Nancy - Université de Lorraine
[2] Maître de conférence des Universités de Médecine générale - Département de Médecine Générale - Université de Lorraine
[3] Biostatisticien - CIC-P Inserm CHU de Nancy
[4] Professeur des Universités de Médecine générale – Université de Lorraine – CIC-P Inserm de Nancy.

Correspondance : Pr Jean-Marc Boivin, Professeur des Université de Médecine Générale, Université de Lorraine : jmarc-boivin@orange.fr

I. Introduction.

La toux chez le nourrisson est un problème courant en médecine générale. Les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés à cet âge de la vie concernent les affections des voies aériennes supérieures, affections pouvant être à l'origine d'une toux [1].

La toux constitue une préoccupation majeure pour les parents, avec la crainte que leur enfant se fatigue, s'étouffe voire même en décède [2]. Les parents sont souvent demandeurs de traitements, surtout lorsque la toux est nocturne, affectant le sommeil des enfants (et des parents) [3,4,5].

L'offre des médications disponibles dans la prise en charge de la toux du nourrisson s'est considérablement limitée ces dernières années, avec la contre-indication par l'ANSM (ancienne AFSSAPS) des mucolytiques, mucofluidifiants et Hélicidine® en 2010, des antitussifs antihistaminiques, fenspiride et dérivés terpéniques en 2011. Le traitement de la toux aiguë du nourrisson repose désormais essentiellement sur des mesures hygiéno-diététiques.

Il devient difficile de répondre à la demande des parents de traitement soulageant la toux rapidement, et améliorant le confort de l'enfant [4]. Une étude de la MHRA (Medicines and Health care Regulatory Agency's) de 2011 décrit une anxiété parentale quand leur enfant tousse, accentuée par le fait de le laisser tousser sans donner de médicament [6].

En France, selon une enquête de 2005, 75 à 80% des consultations en France se soldent par une ordonnance (83% en Espagne, 72% en Allemagne, 43% aux Pays-Bas), avec en moyenne, 3,7 médicaments prescrits par consultation [7]. Le niveau élevé de consommation de médicaments en France peut s'expliquer par une tendance à surmédicaliser les maux bénins et courants ainsi que par une représentation positive du médicament, selon Anne VEGA, socioanthropologue (ref). Les médecins sont amenés à des logiques culturelles de réparation instantanée [8]. Dans ce contexte, la prescription devient un élément déterminant de la relation médecin/malade. Selon une étude d'Ipsos Santé, 46% des médecins français déclarent faire l'objet de pression de la part des patients, se traduisant dans 10% des cas par une prescription contre leur gré [7]. Par ailleurs, dans cette même étude, huit patients sur dix sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation médicale ne doit pas forcément se terminer par une prescription médicamenteuse, et déclarent avoir confiance en un médecin ne dispensant que des conseils.

Les demandes des parents pouvant être un facteur puissant d'influence des prescripteurs, nous avons choisi pour objectif de notre étude de préciser les attentes des parents et leur représentation de la toux du nourrisson, et de quantifier le risque d'automédication et de report de prescription, suite à la limitation thérapeutique à de simples mesures hygiéno-diététiques.

II. Méthodes.

1. Contenu du questionnaire.

Notre étude était une enquête d'opinion, transversale. Un questionnaire a été proposé aux parents de nourrissons de moins de 24 mois, dans des crèches et des centres de PMI. Le questionnaire était à choix multiples, anonyme et accompagné d'une lettre explicative. Notre étude ne présentait pas de conflit d'intérêt.

Le questionnaire portait sur les attentes des parents et leur perception des médicaments antitussifs et sur les dernières recommandations.

2. Méthode de recueil.

Nous avons déposé le questionnaire au responsable de chaque crèche et centre de PMI après accord téléphonique. Une affichette a été apposée pour informer les parents du travail en cours et les y sensibiliser. La distribution des questionnaires était assurée par le personnel des établissements avec un délai de récupération de deux à trois semaines.

3. Méthode d'analyse statistique.

Les données recueillies ont été analysées par le CIC-P INSERM du CHU de Nancy de façon descriptive dans un premier temps, puis par le test du Chi2, pour identifier un lien entre la variable « représentation anxiogène de la toux nocturne » (parents plus ou moins inquiets), et les variables « automédication » , « corticoïdes » dans les moyens antitussifs, « lavage de nez inutile » et « nombre d'enfant » (seuil α=5%). Pour approfondir l'interprétation des résultats (lien entre les variables « représentation anxiogène de la toux nocturne » et « automédication » et entre « représentation anxiogène de la toux nocturne » et « nombre d' enfants »), nous avons utilisé la régression logistique avec le test global de significativité de X et le test de proportionnalité des côtes.

III. Résultats.

1. Effectifs et caractéristiques de la population.

Sur les 2223 questionnaires déposées, 1007 ont été récupérés, soit 45,30% de participation. La moyenne d'âge des parents était de 32,7 ans. Quarante-neuf pour cent d'entre eux avaient un enfant et 51% deux enfants et plus. Le suivi du nourrisson était assuré par un pédiatre à 65%, par un médecin généraliste à 32% et par la PMI à deux pour cent.

2. Analyse descriptive de l'échantillon.

Soixante-dix-sept pour cent des parents déclaraient ne pas consulter systématiquement leur médecin quand leur bébé toussait. Une grande majorité (86,8%) ne consultait que lorsque la toux était associée à des difficultés respiratoires ou alimentaires, ou après 48 heures de fièvre pour 67,5%. Le tableau 1 résume les facteurs qui, associés à la toux, amenaient les parents à consulter le médecin. Pour un tiers des parents, la toux nocturne représentait pour le bébé un risque d'étouffement, et dans la majorité des cas (82,5%) un mauvais sommeil. Les parents attendaient de leur médecin un traitement dans 63,9% des cas.

Concernant les médicaments antitussifs, 65,3% des parents les jugeaient à ce jour efficaces et/ou utiles. Un tiers des parents de notre étude en avaient déjà donné sans prescription médicale dans le but de faire cesser la toux rapidement pour 66,7% d'entre eux.
Les mesures hygiéno-diététiques étaient bien intégrées (hydratation, éviction du tabac, lavage de nez). Soixante-seize pour cent des parents trouvaient que le lavage de nez était efficace contre la toux. Pour un tiers des parents les corticoïdes restaient une alternative thérapeutique
Le tableau 2 résume les moyens pouvant calmer la toux, selon les parents.

3. Analyse croisée par test du Chi2 et régression logistique.

Notre étude suggère que les parents qui pensent les corticoïdes efficaces contre la toux, ne sont pas plus inquiets que les autres (p=0,1618). De même pour ceux qui pensent que le lavage de nez ne sert à rien (p=0,5377). Par contre, la représentation de la toux nocturne n'est pas la même entre ceux qui s'automédiquent et ceux qui ne le font pas (tableau 3). Les parents qui avaient déjà donné des médicaments antitussifs sans prescription semblaient plus inquiets que les autres (p=0.0110, IC: 0.217 ; 1.751) (tableau 4). Les parents qui avaient deux enfants ou plus semblaient moins inquiets vis-à-vis de la toux que les parents n'ayant qu'un enfant (p=0.0029, IC: 0.120 ; 0.582) (tableau 5).

IV. Discussion.

L'originalité de cette étude réside dans le fait qu'elle est la première à notre connaissance à explorer le sentiment des parents devant la toux du nourrisson, et le risque d'automédication et d'incitation au report de prescription sur un échantillon aussi large.

1. Représentations de la toux.

Notre étude montre que la toux chez le nourrisson reste un symptôme préoccupant pour les parents. Une autre enquête suggère que l'anxiété des parents lorsque leur enfant tousse est liée à leur perception des conséquences pour l'enfant : la douleur, des problèmes respiratoires ou éventuellement une maladie grave (asthme, mort subite, infection) [9]. Cette anxiété est majorée par le fait de le laisser tousser sans donner de médicament [6]. Cela rejoint nos observations car la toux représente un risque d'étouffement pour un tiers des parents de notre étude et une douleur pour 28% d'entre eux. Seuls 13,7% des parents ne sont pas inquiets lorsque leur bébé tousse la nuit. Nous constatons que les parents n'ayant qu'un enfant sont plus inquiets. Il paraît donc nécessaire de prendre le temps de rassurer cette population, et de l'informer sur la physiopathologie et l'évolution naturelle de la toux.

2. Attentes vis-à-vis de la prescription du médecin.

Depuis les nouvelles recommandations concernant la prise en charge de la toux du nourrisson, des médecins ont ressenti des difficultés d'adaptation, avec le sentiment d'être démunis face à l'absence d'alternative thérapeutique [10]. Nous constatons par notre étude que 63,9% des parents attendent en effet un traitement lors d'une consultation chez leur médecin. Aux États-Unis, une étude montre que 21% des parents étaient susceptibles de demander un antibiotique à leur médecin [11]. Selon une enquête d'Ipsos Santé de 2005, 46% des médecins déclarent faire l'objet de pression de la part de leurs patients [7] (contre 36% des médecins en Allemagne et en Espagne, et 20% aux Pays-Bas), pression qui se traduit par une prescription contre leur gré dans 10% des cas. Dans notre étude, parmi les moyens pouvant calmer la toux, les mesures hygiéno-diététiques apparaissent au premier rang. Parmi les médicaments, les parents ont désigné les corticoïdes à 33,2% d'entre eux, les bronchodilatateurs pour 19,8% et les antibiotiques pour 17,1%. Quarante-trois pour cent des parents ont déjà demandé un traitement à leur médecin, principalement du sérum physiologique, des sirops antitussifs mais aussi des corticoïdes.

La prise en charge financière est également un déterminant de la prescription. Une enquête auprès des médecins généralistes a révélé une tendance à prescrire des traitements remboursés comme les corticoïdes, les antibiotiques ou la kinésithérapie [10]. Ce phénomène a déjà été constaté après le déremboursement des mucolytiques, mucofluidifiants et expectorants en 2006, avec la constatation d'une augmentation des prescriptions des antitussifs et bronchodilatateurs, et corticoïdes, spécialités n'ayant pas la même indication, mais restant remboursées [12]. Notre étude ne permet pas de conclure sur les réels reports de prescription des médecins, mais objective une tendance chez une partie des parents à demander au médecin et à vouloir donner à leur nourrisson un traitement, et à ne pas se satisfaire de mesures simples.

3. Automédication.

Notre étude montre que 65,3% des parents jugent les médicaments antitussifs efficaces et utiles. Trente pour cent des parents en ont déjà donné sans prescription médicale, dans le but de faire cesser la toux rapidement (66,7%). Il apparaît que ces parents sont plus inquiets (p=0,0110), ce qui peut les amener à vouloir à tout prix cesser la toux.

La toux est un symptôme favorisant l'automédication d'autant plus si elle touche le jeune enfant [13]. En 2011, 28% des français déclaraient acheter, souvent ou très souvent, des médicaments sans ordonnance [14]. Les parents achètent un médicament pour obtenir un soulagement rapide [15].

Nous rencontrons des résultats similaires à l'étranger. Aux États-Unis, malgré les recommandations de la FDA (Food and Drug Administration), 70% des parents pensent que les médicaments antitussifs sont efficaces et la moitié continue à en donner à leur enfant [11,16]. Suite au retrait volontaire de ces spécialités en vente libre, les consultations dues à leurs effets indésirables ont diminué de moitié [17]. L'automédication par ces produits n'est pas anodine et il ne faudrait pas qu'elle se banalise au sein des familles.

4. Lavage de nez.

Le lavage de nez a une place essentielle dans le traitement de la toux du nourrisson mais ne paraît pas satisfaire la totalité des parents. Soixante-dix sept pour cent des parents de notre échantillon trouvent que cela soulage, 23,5% voudraient faire plus et 6,8% trouvent le lavage de nez inutile, n'apportant pas le confort attendu. Les parents ont une bonne connaissance de la technique de référence (décubitus dorsal, tête latéralisée) [18] mais il paraît important de montrer aux parents comment le faire [19] et de s'assurer de la bonne

réalisation [20]. Plusieurs études ont montré que le lavage de nez était un traitement efficace, simple, peu coûteux, ayant peu d'effets secondaires et qui diminuait l'administration d'autres médicaments [21,22].

V. Conclusion.

Notre étude suggère qu'une grande majorité des parents ont compris et acceptent les nouvelles recommandations. Mais environ un tiers des parents restent inquiets, démunis face à l'absence de traitement, ce qui les amènent à donner des sirops antitussifs sans ordonnance et à demander des traitements non indiqués. Il paraît indispensable d'informer les parents sur l'évolution naturelle de la toux du nourrisson, et de les éduquer sur les règles hygiéno-diététiques et leur intérêt pour diminuer le risque de demande inadéquate de médicaments en report de prescription. Il est aussi nécessaire de les informer sur la balance bénéfice/risque défavorable des médicaments antitussifs pour modifier leur perception et en diminuer le risque d'automédication [23].

Conflits d’intérêt : aucun.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Franc C., LeVaillant M. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Études et résultats. DREES. Août 2007;n°588.

2. Cornford CS, Morgan M and Ridsdale L. Why do mothers consult when their children cough ? Family Practice. 1993;10(2):193-6.

3. Kelley LK, Allen PJ. Managing acute cough in children: evidence-based guidelines. Pediatr Nurs. 2007 déc;33(6):515–24.

4. Paul IM, Yoder KE, Crowell KR et al. Effect of Dextromethorphan, Diphenhydramine, and Placebo on Nocturnal Cough and Sleep Quality for Coughing Children and Their Parents. Pediatrics. 2004 Jan;114(1):e85–e90.

5. Sharfstein J, North M, Serwint JR. Over the counter but no longer under the radar. Pediatric cough and cold medications. NEJM. 2007;357:2321-2324.

6. Mawji G, Rivers P. Attitudes of parents and pharmacy staff to the Medicines and Health Care Regulatory Agency's (MHRA) guidance on the treatment of children aged under six with cough medicines. International journal of pharmacy practice. 2011;49.

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

8. Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Rapport final [En ligne]. CERMES3-Cnamts;2011 Août [Consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur: http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf.

9. Kai, What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why : a qualitative study. BMJ : British Medical Journal 313, N°.7063(octobre 19,1996):983-986.
10. Declercq F. Impact du retrait des antitussifs pour l'enfant de moins de 2 ans chez les médecins généralistes. Thèse de doctorat de Médecine. Lille:Université Lille 2;2013. 76p.

11. Garbutt JM, Sterkel R, Banister C et al. Physician and Parent Response to the FDA Advisory About Use of Over-the-Counter Cough and Cold Medications. Academic Pediatrics. Janv 2010;10(1):64-69.

12. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants:quel impact sur la prescription des généralistes. Question d'Economie de la Santé;n°128-Décembre 2007.

13. L'automédication et l'Internet Santé, 10 ans après, étude d'Opinion Way, septembre 2010.

14. Observatoire sociétal du médicament. LEEM, mai 2011.

15. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. HAS, avril 2011.

16. NPR, Kaiser Family Foundation, Harvard School of Public Health. Children's OTC Cold Medicines : The Public, and Parents, Weigh In [Internet]. 2007. Disponible sur : https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7725.pdf

17. Hampton LM, Nguyen DB, Edwards JR et al. Cough and cold medication adverse events after market withdrawal and labeling revision. Pediatrics. 2013 Dec;132(6):1047-54. doi: 10.1542/peds.2013-2236. Epub 2013 Nov 11.

18. Amahmoud H. Education au lavage des fosses nasales dans le cadre de la rhinite aiguë infectieuse chez le nourrisson (rôle du médecin généraliste). Thèse de doctorat de Médecine. Paris:Université Paris-Nord;2012.

19. Marchisio P, Picca M, Toretta S et al. Nasal saline irrigation in preschool children: a survey of attitudes and prescribing habits of primary care pediatricians working in northern Italy. Ital J Pediatr. 2014;40: 47.

20. Brown CL, Graham SM. Nasal irrigations : good or bad? Curr Opin Otolaryngol HeadNeck Surg. 2004 Feb;12(1):9-13.

21. Slapak I, Skoupá J, Strnad P et al. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(1):67–74.

22. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. Can Fam Physician. 2003;49:168–173.

23. Kinyon Munch K. What do you tell parents when their child is sick with the common cold. J Spec Pediatr Nurs. 2011 Jan;16(1):8-15.

ANNEXES.

TABLEAU 1 : Facteurs amenant les parents à consulter quand leur nourrisson tousse.

	Fièvre dès le premier jour	Fièvre après 48 heures	Difficultés respiratoires ou alimentaires	Tousse surtout la nuit	Tousse depuis plus de 2 jours	Tousse depuis plus de 7 jours
OUI	28%	67,5%	86,8%	26,3%	42,9%	41%
NON	72%	32,4%	13,2%	73,7%	57,1%	59%

TABLEAU 2 : Moyens pouvant calmer la toux selon les parents

Spray contre l'asthme	CTCD	ATB	Kiné respi	Gouttes nasales	Lavage de nez	Hydratation	Eviction du tabac	Phyto,homéo huiles essentielles
19,8%	33,2%	17,1 %	45,4%	39,4%	82,9%	67,8%	64%	31,2%

CTCD : corticoïdes ; ATB : antibiotiques : Kiné respi : kinésithérapie respiratoire ;
Phyto : phytothérapie ; Homéo : homéopathie ;

TABLEAU 3 : Test du Chi2

	Pour vous, la toux nocturne signifie :				
Le parent:	Ce n'est pas inquiétant	Le bébé dort mal	Le bébé a mal	Le bébé risque de s'étouffer	p-valeur
A déjà utilisé des antitussifs sans prescription (n=998)	15%	33%	38%	26%	0,0022
Pense que les corticoïdes peuvent calmer la toux (n=999)	20%	33%	35%	35%	0,1618
Pense que le lavage de nez est inutile (n=903)	6%	7%	4%	8%	0,5377
A au moins 2 enfants (n=993)	58%	56%	42%	47%	0,0048

TABLEAU 4 : Régression logistique, modèle sans proportionnalité des côtes. Relation entre la variable « donner des sirops sans prescription » et le degré d'inquiétude sur la toux nocturne

Sans prescription vs Avec prescription	Beta (CI)	p	
Global		-	0.0042
	Réponse (4)* vs (3,2,1)*	-0.292 (-0.585 ; 0.0004)	0.0504
	Réponse (4,3)* vs (2,1)*	-0.005 (-0.275 ; 0.265)	0.9710
	Réponse (4,3,2)* vs (1)*	0.989 (0.227 ; 1.751)	0.0110
p-valeur du test de proportionnalité des côtes : 0.0015			

***Réponse 1** (pas inquiétant) **< Réponse 2** (le bébé dort mal) **< Réponse 3** (le bébé a mal) **< Réponse 4** (lé bébé risque de s'étouffer)

TABLEAU 5 : Régression logistique, modèle à côte proportionnelle. Relation entre nombre d'enfant et inquiétude sur la toux nocturne

Au moins 2 enfants vs 1 seul enfant	Beta (CI)	p-value
Inquiet versus Pas inquiet	-0.351 (0.120 ; 0.582)	0.0029
p-valeur du test de proportionnalité des côtes : 0.1179		

QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX PARENTS.

Si votre bébé tousse... (enfant de moins de 24 mois)

1. Consultez-vous votre médecin si votre bébé présente une toux sans autres symptômes?

   Oui □ Non □

2. Si non, consultez-vous lorsque votre bébé (plusieurs réponses possibles) :

- a de la fièvre : dés le premier jour □ après 48 heures □
- a du mal à respirer ou à manger □
- tousse surtout la nuit □
- tousse : depuis plus de 2 jours □ depuis plus de 7 jours □

3. Pour vous, la toux nocturne signifie (plusieurs réponses possibles ; soulignez le plus important) :

- le bébé a mal □
- le bébé dort mal □
- le bébé risque de s'étouffer □
- ce n'est pas inquiétant □

4. Lorsque vous consultez un médecin pour une toux chez votre bébé, vous attendez (plusieurs réponses possibles ; soulignez le plus important) :

- un diagnostic □
- un traitement pour faire cesser la toux □
- des conseils □
- qu'il vous rassure □

5. Pensez-vous que les sirops ou suppositoires antitussifs sont utiles ou efficaces ?

   Oui □ Non □

6. En avez-vous déjà donné à votre bébé, sans une prescription médicale ?

   Oui □ Non □

7. Si oui, pourquoi (plusieurs réponses) ?

- pour qu'il dorme □
- pour faire cesser la toux rapidement □

- pour lui apporter mon aide □

8. Selon vous, quels sont les moyens qui peuvent calmer la toux (plusieurs réponses possibles) ?

- spray contre l'asthme : exemple ventoline □
- corticoïdes (cortisone) en goutte, sirop (exemple Célestène) □
- corticoïdes (cortisone) en spray (exemple Flixotide) □
- antibiotiques □
- kinésithérapie respiratoire □
- gouttes nasales (exemple : Pivalone, Rhinofluimicil, Rhinotrophyl) □
- lavage de nez □
- hydratation (humidifier l'air, augmenter les boissons) □
- éviction du tabac dans la maison □
- phytothérapie, homéopathie, huiles essentielles (si oui, soulignez votre réponse) □

9. Avez-vous déjà demandé un de ces traitements à votre médecin ?

   Oui □ Non □

   Si oui, le(s)quel(s) ?

10. Que pensez-vous du conseil "Lavage de nez au sérum physiologique" ?

- je voudrais faire plus □
- je trouve que cela soulage □
- je trouve que cela ne sert à rien □

Quelques renseignements complémentaires sur la famille et les soins de votre bébé :

- Age et profession des parents :

- Père :
- Mère :
- Nombre d'enfants dans la famille et leur âge :
- Qui assure le suivi médical du bébé?

  Pédiatre □ Médecin généraliste □ PMI □

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.

Notre étude portait sur les sentiments des parents de nourrissons de moins de 24 mois sur les nouvelles recommandations de prise en charge de la toux du nourrisson, 4 ans après les contre-indications des diverses spécialités antitussives pour cette population.

La plupart des parents ont bien compris et acceptent les nouvelles modalités qui reposent essentiellement sur des mesures hygiéno-diététiques. Mais il existe une population qui reste inquiète, qui continue à donner des sirops antitussifs à leur nourrisson, sans ordonnance, et qui jugent les spécialités telles que les corticoïdes, les bronchodilatateurs et les antibiotiques efficaces contre la toux, et souhaite un recours à la kinésithérapie prés d'une fois sur deux.

L'ANSM a mis à disposition, sur son site, un dépliant et une fiche questions/réponses pour répondre aux principales interrogations des parents sur la toux chez leur enfant et les mesures qui permettent d'améliorer leur confort mais aussi les situations qui requièrent un avis médical. L'INPES a diffusé des affiches destinées aux salles d'attente des médecins généralistes et pédiatres.

Ces outils d'information peuvent être utiles face à des parents inquiets et qui se sentent démunis face à l'absence de traitement médicamenteux, malgré les explications du médecin.

Des études ont recherché des alternatives thérapeutiques à la toux du nourrisson.

Aux Etats-Unis, il a été démontré que le VAPOR RUB (à base de camphre, d'eucalyptus et de menthe) appliqué sur le torse était efficace sur l'intensité de la toux et la qualité du sommeil de l'enfant et des parents. Mais l'étude portait sur des enfants de 2 à 11 ans [27].

L’utilisation du sulfate de zinc aurait montré une diminution des symptômes du rhume s'il est pris dans les 24 premières heures. L'étude portait sur les enfants à partir de 1 an [27].

L'extrait de géranium pourrait être efficace sur la toux et les troubles de la sécrétion bronchique, et ce à partir de 1 ans [27].

La prise de miel a montré une supériorité par rapport au placebo sur la fréquence et l'intensité de la toux, et sur la qualité de sommeil. Il est à noter que le miel ne doit pas être utilisé avant 1 an, du fait du risque de botulisme, et que la dose efficace n'a pas été encore établie [27].

Mais une analyse Cochrane a montré des données insuffisantes quant à la preuve certaine d'efficacité de ces substances, qui ne doivent donc pas être indiquées en l'état actuel [28].

Une autre enquête s'est intéressée au sirop d'agave, un nectar naturel qui aurait des

effets anti-inflammatoires. Son efficacité n'a pas été prouvée par rapport au placebo, mais il semblerait que le placebo est plus efficace que l'absence de traitement [29].

Il semble primordial de prendre le temps d'éduquer et d'informer les parents sur l'évolution naturelle de la toux chez le nourrisson, et sur les mesures hygiéno-diététiques, en particulier le lavage de nez au sérum physiologique. Cela permettrait de diminuer le risque d'automédication, et donc diminuer le risque d'exposition des nourrissons à des effets indésirables, et éviter aussi un report de prescription, en rassurant les parents.

Notre étude ne permet pas de conclure sur les réelles prescriptions des médecins généralistes, l'étude se basant sur les ressentis des parents, mais nous donne plutôt une idée sur leurs attentes du médecin. L'attente peut être influencée par leur observation des prescriptions des médecins et de la symbolique attachée à certains produits (traitement « fort » comme les corticoïdes, ou sans danger comme la phytothérapie, aromathérapie ou homéopathie, ou cathartique comme la kinésithérapie).

Il serait alors intéressant, d'un point de vue de santé publique et économique, d'étudier les prescriptions des médecins généralistes pour la toux du nourrisson, et évaluer le report de prescription vers d'autres classes médicamenteuses, ce qui pourrait faire l'objet d'un travail de thèse si les données chiffrées des années charnières restent conservées et deviennent accessibles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DU 'PREAMBULE' ET 'CONCLUSION ET PERSPECTIVES' :

1. Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans (27/10/2010)-AFSSAPS.

2. Leconte S.,Paulus D. et Degryse J. La toux prolongée de l'enfant. SSMG 2007 – www.ssmg.be/new/files/RBP_TouxEnfant.pdf (consulté le 30 mars 2012).

3. Shields MD et al. BTS guidelines:Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax* 2008;63 (suppl 3) iii5-iii15.

4. Hay AD, Wilson AD. The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care:a systematic review. Br J Gen Pract. 2002 mai;52(478):401–9.

5. Cornford CS, Morgan M and Ridsdale L. Why do mothers consult when their children cough ? Family Practice. 1993 juin;10(2):193-6.

6. Kelley LK, Allen PJ. Managing acute cough in children: evidence-based guidelines. Pediatr Nurs. 2007 déc;33(6):515–24.

7. Paul IM, Yoder KE, Crowell KR, Shaffer ML and al. Effect of Dextromethorphan, Diphenhydramine, and Placebo on Nocturnal Cough and Sleep Quality for Coughing Children and Their Parents. Pediatrics. 2004 janv 7;114(1):e85–e90.

8. Sharfstein J, North M, Serwint JR. Over the counter but no longer under the radar. Pediatric cough and cold medications. NEJM 2007;357:2321-2324.

9. Données IMS-Base EPPM-Période Mars 2009-Février 2010.

10. Vernacchio L, Kelly JP, Kaufman DW, Mitchell AA. Cough and cold medication use by US children, 1999-2006: results from the slone survey. Pediatrics. 2008 août;122(2):e323–329.

11. Overview-Risk : Benefit of OTC cough and cold medicines in children-http://www.mhra.gov.uk/home/groups/plp/documents/websitersources/con041374.pdf.

12. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Use of Codeine and Dextromethorphan-Containing Cough Remedies in Children. Pediatrics. 1997;99(6):918–20.

13. US Food and Drug Administration. FDA releases recommandations regarding use of over-the-counter cough and cold products. 17/01/2008. http://www.fda.gov/NewsEvents/Neuwsroom/PressAnnouncements/2008/ucm116839.htm (consulté le 31 mai 2012).

14. MHRA and CMH . Updated advice over-the-counter cough and cold medicines for children. Drug safety update, Volume1, 2008 april. http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/DrugSafetyUpdate/CON084891 (consulté le 12 juin 2012).

15. Santé Canada : médicaments contre la toux et le rhume pour les enfants contre-indiqués chez les enfants de moins de six ans. http://www.hc.sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/res/cough-toux-fra.php. (consulté le 4 juin 2012).

16. Observatoire de la Médecine Générale, 2009. omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php (consulté le 15 juin 2012).

17. Prescription : les médecins jouent-ils le jeu ? www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq144_19_actualites.pdf

18. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? Question d'Economie de la Santé ; n°128-Décembre 2007 ; http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf (consulté le 26 mars 2012).

19. Kupperman et al. A multicenter, randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. N Engl J Med 2007;357;331-9.

20. Allen DB. Growth suppression by glucocorticoid therapy. Endocrinol Metab Clin North Am. 1996;25(3):699-717.

21. Marieke JJ Ermers, Maroeska M Rovers, and al. The effect of high dose inhaled corticosteroids on wheeze in infants after respiratory syncitial virus infection : randomised double blind placebo controlled trial. BMJ 2009;338:b897.

22. Deshmukh CT. Minimizing side effects of systemic corticosteroids in children. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2007;73:218-21.

23. Corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL. Folia Pharmacotherapeutica 29;fevrier 2002 ; http://www.cbip.be/PDF/folia/2002/P29F02B.pdf (consulté le 4 juin 2012).

24. Tregoning J.S, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants ; causes, clinical symptoms virology and immunology. Clin Microbiol. Rev 2010 Jan;23(1):74-98.

25. Gadomski AM, Brower. Bronchodiatators for bronchiolitis. Cochrane Database of systematic reviews 2010 ; issue12. Art n° : CD001266.DOI : 10.1002/14651858.CD001266.pub3

26. Fahey T, Nigel S. Systematic review of the treatment of upper repiratory tract infection. Arch Dis Child 1998;79:225-230 doi:10,1136/adc.79.3.225.

27. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. Am Fam Physician. 2012 Jul 15 ;86(2) :153-159.

28. Le traitement de la toux et du rhume : des conseils pour ceux qui s'occupent d'enfants et d'adolescents. 2011. http://www.cps.ca/fr/documents/position/traitement-toux-rhume.

29. Paul IM, Beiler J.S, Vallati J.R and al. Placebo effect in the treatment of acute caough in infants and toodlers :a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014 ;168 :1107-13

RESUME DE LA THESE

Introduction. L'offre des médications dans la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson de moins de 24 mois, motif fréquent de recours des parents au médecin, s'est réduite avec la contre-indication par l'Afssaps, en 2010 et 2011, des diverses spécialités antitussives.

Objectifs. Notre objectif était d'évaluer les attentes et craintes des parents de nourrissons tousseurs, de préciser leurs représentations de la toux, de quantifier le recours à l'automédication et le risque de demande de report de prescription vers d'autres classes médicamenteuses.

Méthodes. Une enquête d'opinion, transversale, a été réalisée auprès des parents de nourrissons de moins de 24 mois. Un questionnaire à choix multiples leur a été proposé dans des crèches et centres de PMI. Les données recueillies ont été analysées de façon descriptive, puis par le test du chi2. La régression logistique nous a permis d'interpréter certains résultats obtenus.

Résultats. Soixante-quatre pour cent des parents attendent du médecin un traitement pour faire cesser la toux. Pour la majorité des parents, les mesures hygiéno-diététiques sont bien intégrées (lavage de nez- considéré comme efficace pour le soulagement de la toux par 77% des parents, hydratation, éviction du tabac). Pour 33% des parents, les corticoïdes restent une alternative thérapeutique à visée antitussive. Prés de la moitié (43%) des parents ont déjà demandé un traitement à leur médecin, le plus souvent suspensions nasales, corticoïdes et sérum physiologique. Concernant l'automédication, 30% des parents ont déjà donné un sirop ou un suppositoire antitussif sans ordonnance, dans le but de faire cesser la toux rapidement pour 66%. Ces parents paraissent plus inquiétés par la toux que les autres parents (p=0,0110, IC: 0.217 ; 1.751), comme ceux qui n'ont qu'un enfant (p=0.0029, IC : 0.120 ; 0.582).

Conclusions. Notre étude suggère qu'une grande majorité des parents ont compris et acceptent les nouvelles recommandations. Mais environ un tiers des parents restent inquiets, démunis face à l'absence de traitement prescrit, ce qui les amènent à donner des sirops antitussifs sans ordonnance et à demander des traitements non indiqués. Il paraît indispensable d'informer les parents sur l'évolution naturelle de la toux du nourrisson, et de les éduquer sur les règles hygiéno-diététiques, pour diminuer le risque de report de prescription.

TITRE EN ANGLAIS : Representations of parents of infants's cough, expectations on its management. Opinion survey of parents of infant under 24 months.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2015

MOTS-CLES : toux – nourrisson – attente des parents – report de prescription – automédication

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex