



**HAL**  
open science

# Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ? État des lieux en 2013

Carole Fontaine

► **To cite this version:**

Carole Fontaine. Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ? État des lieux en 2013. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-00960903

**HAL Id: dumas-00960903**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960903>**

Submitted on 19 Mar 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## 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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER  
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2014

N°

**Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise  
en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ?  
Etat des lieux en 2013**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN  
PHARMACIE DIPLÔME D'ÉTAT

**Carole FONTAINE**

Née le 02 Mai 1989

A Sallanches

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 10 Mars 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

**Président du jury :**

Dr Marie Joyeux-Faure, Docteur en pharmacie et Maître de Conférences en Physiologie-  
Pharmacologie (Directeur de Thèse)

**Membres :**

Dr Béatrice Bellet, Docteur en pharmacie, Professeur Associé en Pharmacie clinique

Dr Corinne Charroin, Docteur en pharmacie

Dr Didier Martinez, Docteur en pharmacie

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

**Année 2013-2014**

## ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES (n=11)

<b>BAKRI</b>	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
<b>BOUMENDJEL</b>	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
<b>BURMEISTER</b>	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
<b>DECOUT</b>	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
<b>DROUET</b>	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
<b>DROUET</b>	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
<b>GODIN-RIBUOT</b>	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
<b>LENORMAND</b>	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
<b>PEYRIN</b>	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
<b>RIBUOT</b>	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
<b>WOUESSIDJEW</b>	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=6)

<b>CALOP</b>	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
<b>CORNET</b>	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
<b>DANEL</b>	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
<b>FAURE</b>	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
<b>MOSSUZ</b>	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
<b>SEVE</b>	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

### PROFESSEUR EMERITE (n=1)

<b>GRILLOT</b>	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (L.A.P.M)
----------------	-------	--

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (n=31)

<b>ALDEBERT</b>	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
<b>BATANDIER</b>	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
<b>BELAIDI-CORSAT</b>	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
<b>BOURGOIN</b>	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
<b>BRETON</b>	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
<b>BRIANCON-MARJOLLET</b>	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
<b>BUDAYOVA SPANO</b>	Monika	Biophysique (I.B.S)

<b>CAVAILLES</b>	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
<b>CHOISNARD</b>	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
<b>DELETRAZ-DELPORTE</b>	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
<b>DEMEILLIERS</b>	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
<b>DURMORT-MEUNIER</b>	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
<b>GEZE</b>	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
<b>GILLY</b>	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
<b>GROSSET</b>	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
<b>GUIEU</b>	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
<b>HININGER-FAVIER</b>	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
<b>JOYEUX-FAURE</b>	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
<b>KHALEF</b>	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
<b>KRIVOBOK</b>	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
<b>MOUHAMADOU</b>	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
<b>MORAND</b>	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
<b>MELO DE LIMA</b>	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
<b>NICOLLE</b>	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
<b>PERES</b>	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
<b>PEUCHMAUR</b>	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
<b>RACHIDI</b>	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
<b>RAVEL</b>	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
<b>RAVELET</b>	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
<b>SOUARD</b>	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
<b>TARBOURIECH</b>	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
<b>VANHAVERBEKE</b>	Cécile	Chimie (D.P.M)

## **MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=3)**

<b>ALLENET</b>	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
<b>BUSSER</b>	Benoît	Pharmacie (MCU-PH-IAB-INSERM)
<b>GERMI</b>	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I/MCU-PH)

## **PROFESSEUR CERTIFIE (PRCE) (n=2)**

<b>FITE</b>	Andrée	P.R.C.E
<b>GOUBIER</b>	Laurence	P.R.C.E

## PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

<b>BELLET</b>	Béatrice	Pharmacie Clinique
<b>RIEU</b>	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
<b>TROUILLER</b>	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)
<b>DON</b>	Martin	Laboratoire TIMC-IMAG

## PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (n=1)

<b>GAUCHARD</b>	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

## ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

<b>SUEUR</b>	Charlotte	Virologie (U.V.H.C.I)
<b>VAN NOOLEN</b>	Laetitia	Biochimie Toxicologie (HP2-DBTP-BGM)

## ATER (n= 6)

<b>DAYDE David</b>	ATER	Parasitologie Mycologie (J.R)
<b>FAVIER Mathieu</b>	ATER	Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
<b>HADDAD-AMAMOU Anis</b>	ATER	Laboratoire de Pharmacie Galénique
<b>HENRI Marion</b>	ATER	Physiologie – Laboratoire HP2 (JR)
<b>LEHMANN Sylvia</b>	ATER	Biochimie Biotechnologie (JR)
<b>REGENT-KLOEKNER Myriam</b>	ATER	Biochimie (LECA-UJF)

## MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=9)

<b>CAVAREC</b>	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
<b>GRAS</b>	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
<b>LESART</b>	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Laboratoire (TIMC-IMAG)
<b>MELAINE</b>	Feriel	(01-10-2011 au 30-09.2014)	Laboratoire HP2(JR)
<b>NASRALLAH</b>	Chady	(01-10-2011 au 30-09.2014)	Laboratoire HP2(JR)
<b>THOMAS</b>	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
<b>LECERF-SHMIDT</b>	Florine	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Pharmacochimie (DPM)
<b>BERTHOIN</b>	Lionel	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire (TIMC-IMAG- THEREX)
<b>MORAND</b>	Jessica	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire HP2 (JR)

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIB** : Centre d'Innovation en Biologie

**DPM** : Département de Pharmacochimie Moléculaire

**HP2** : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

**IAB** : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »

**IBS** : Institut de Biologie Structurale

**LAPM** : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

**LBFA** : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

**LCBM** : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

**LCIB** : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

**LECA** : Laboratoire d'Ecologie Alpine

**LR** : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

**TIMC-IMAG** : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition

**UVHCI** : Unit of Virus Host Cell Interactions

## **REMERCIEMENTS**

### **A Madame Marie Joyeux-Faure ;**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Merci pour votre patience, votre disponibilité, votre réactivité et vos encouragements.

### **A Madame Corinne Charroin et à Monsieur Stéphane Vincent ;**

Vous m'avez donné beaucoup de votre temps.

Merci de m'avoir fait partager vos connaissances en homéopathie, merci pour votre aide si précieuse, votre disponibilité et vos encouragements.

### **Aux autres membres du jury : Madame Béatrice Bellet et Monsieur Didier Martinez ;**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

### **A mes parents, à toute ma famille, à Cyril ;**

Merci pour votre patience et votre soutien durant toutes ces années d'études.

Je vous dois beaucoup.

### **A mes amis ;**

Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

### **A l'équipe de la Pharmacie du Progrès : Delphina, Maria, Marie-Odile et Patrick ;**

Merci de m'avoir accueillie au sein de votre équipe.



## TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES .....	1
LISTE DES TABLEAUX .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
LISTE DES ABREVIATIONS .....	3
INTRODUCTION .....	4
PREMIERE PARTIE : La rhinopharyngite, généralités .....	5
1. Rappel d'anatomie et de physiologie : les voies aériennes supérieures : .....	6
1.1. Fosses nasales et muqueuse nasale .....	6
1.2. Pharynx .....	7
1.3. Larynx .....	8
2. Définition de la rhinopharyngite .....	8
3. Epidémiologie .....	8
4. Etiologies .....	10
5. Physiopathologie .....	10
5.1. Généralités .....	10
5.2. Immunité innée .....	11
5.3. Immunité adaptative .....	12
5.4. Cas particulier du jeune enfant .....	12
6. Facteurs favorisants .....	13
6.1. Facteurs liés à l'âge .....	13
6.2. Facteurs liés aux carences de l'organisme .....	13
6.3. Facteurs liés au climat et à l'environnement .....	13
6.4. Autres .....	14
7. Clinique et diagnostic .....	14
7.1. Rhinopharyngites .....	14
7.2. Diagnostic différentiel .....	14
7.2.1. En cas de rhinorrhée .....	14
7.2.2. En cas d'obstruction nasale .....	15
7.2.3. Rhinopharyngite chronique récidivante allergique .....	15
8. Evolution .....	15
8.1. Evolution normale .....	15
8.2. Complications .....	16

8.2.1.	Hyperthermie .....	16
8.2.2.	Otites .....	16
8.2.3.	Sinusites aiguës .....	17
8.2.4.	Autres complications .....	17
9.	Recommandations des autorités de santé et des sociétés savantes pour la prise en charge des rhinopharyngites .....	18
9.1.	Elaboration des recommandations de bonnes pratiques .....	18
9.2.	Place de l'antibiothérapie .....	19
9.3.	Traitements recommandés en 2013 .....	20
10.	Traitements de la rhinopharyngite disponibles en 2013 .....	22
10.1.	Traitements allopathiques .....	22
10.2.	Traitements homéopathiques .....	24
10.2.1.	Coryzalia® .....	24
10.2.2.	Mercur Sol® complexe N°39 .....	26
10.3.	Autres traitements .....	27
10.3.1.	Echinacea .....	27
10.3.2.	Vitamine C .....	27
DEUXIEME PARTIE : L'homéopathie, généralités .....		29
1.	Origines de l'homéopathie .....	30
1.1.	Samuel Hahnemann .....	31
1.2.	Officialisation de la pratique en France .....	32
2.	Principes de l'homéopathie .....	32
2.1.	Similitude et pathogénésies .....	32
2.2.	Infinitésimalité .....	34
2.3.	Globalité .....	34
3.	Préparations des médicaments homéopathiques .....	34
3.1.	Préparation de la solution de base .....	34
3.2.	Dilutions hahnemanniennes .....	35
3.3.	Dilutions korsakoviennes .....	37
3.4.	Dynamisation .....	37
3.5.	Les différentes présentations .....	37
3.6.	L'imprégnation des granules et des globules .....	38
4.	Place de l'homéopathie .....	38

4.1. Champs d'utilisation.....	39
4.2. Consultations et prescriptions homéopathiques .....	40
4.2.1. Interrogatoire et clinique.....	40
4.2.2. Choix du médicament .....	41
TROISIEME PARTIE : Place de l'homéopathie .....	42
1. Méthode.....	43
1.1. Recherches sur l'homéopathie dans la prise en charge des rhinopharyngites .....	43
1.2. Recherches concernant les autres traitements .....	44
2. Résultats .....	45
2.1. Allopathie .....	45
2.1.1. Combinaison Antihistaminique-décongestionnant par voie orale .....	45
2.1.2. Ipratropium bromure par voie nasale .....	45
2.2. Echinacea.....	48
2.3. Vitamine C.....	50
2.4. Homéopathie.....	52
2.4.1. Etude N°1 .....	52
2.4.2. Etude N°2.....	54
2.4.3. Etude N°3.....	56
2.4.4. Etude N°4.....	58
2.4.5. Etude N°5.....	60
3. Discussion.....	62
CONCLUSION .....	66
BIBLIOGRAPHIE .....	68
GLOSSAIRE .....	72
ANNEXES .....	73
SERMENT DES APOTHICAIRES .....	77

## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Anatomie des voies aériennes supérieures</i> .....	6
<i>Figure 2 : Evolution temporelle du nombre moyen hebdomadaire estimé de consultations pour une affection ORL en France métropolitaine (saisons 2005-2006 et 2006-2007)</i> .....	9
<i>Figure 3 : Immunité innée antivirale</i> .....	11
<i>Figure 4 : Evolution naturelle de la rhinopharyngite</i> .....	16
<i>Figure 5 : Gradation des recommandations</i> .....	19
<i>Figure 6 : Rhinopharyngite aiguë : attitude pratique</i> .....	21
<i>Figure 7 : Hippocrate 460av JC – 370av JC</i> .....	30
<i>Figure 8 : Christian Friedrich Samuel Hahnemann 1755-1843</i> .....	30
<i>Figure 9 : Elaboration d'une pathogénésie</i> .....	33
<i>Figure 10 : La méthode de dilution hahnemannienne au 100<sup>ème</sup></i> .....	36
<i>Figure 11 : Rapport des dilutions et des concentrations</i> .....	36
<i>Figure 12 : Fabrication des globules et granules homéopathiques</i> .....	38
<i>Figure 13 : Note sur 10 accordée aux médicaments homéopathiques et aux autres médicaments par item</i> .....	39
<i>Figure 14 : Schéma de Hering</i> .....	41

## **LISTE DES TABLEAUX**

<i>Tableau 1 : Les médicaments allopathiques du rhume par voie orale.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 2 : Les médicaments allopathiques du rhume par voie locale .....</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion .....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 4 : Résultats pour la revue Albalawi et al (2013) .....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 5 : Combinaisons de traitements analysées .....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 6 : Résultats pour la revue De Sutter et al (2012).....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 7 : Code utilisé pour le classement des résultats .....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 8 : Résultats pour la revue Linde et al (2006).....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 9 : Résultats pour la méta-analyse Hamilä et al (2013) .....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 10 : Résultats pour l'étude Trichard et al (2004) .....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau 11 : Résultats pour l'étude Steinsbekk et al (2005) .....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 12 : Résultats pour l'étude Steinsbekk et al (2005) .....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 13 : Résultats pour l'étude Trichard et al (2005) .....</i>	<i>59</i>
<i>Tableau 14 : Résultats pour l'étude Haidvogl et al (2007) .....</i>	<i>61</i>

## LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
BDSP	Base de Données en Santé Publique
CH	Centésimale Hahnemanienne
DCI	Dénomination Commune Internationale
DH	Décimale Hahnemanienne
EBM	Evidence-Based Medicine
IFN	Interféron
IgA	Immunoglobuline A
IgG	Immunoglobuline G
IL-2	Interleukine 2
N <sub>A</sub>	Nombre d'Avogadro
NK	Natural Killer
OMA	Otite Moyenne Aigue
ORL	Oto-Rhino-Laryngologique
OSM	Otite Séro Muqueuse
OTC	Over The Counter
SFORL	Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie de la face et du cou
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
TNF	Tumor Necrosis Factor
VAS	Voies Aériennes Supérieures
VRS	Virus Respiratoire Syncytial
X	Décimale hahnemanienne

## INTRODUCTION

La rhinopharyngite aiguë est une pathologie commune très répandue notamment lors des saisons froides. Touchant toutes les tranches d'âge et plus particulièrement les jeunes enfants elle représente un véritable problème de santé publique en France.

Pour la prise en charge de cette pathologie, bénigne qui évolue favorablement et spontanément en quelques jours, il existe de très nombreuses spécialités sur le marché français. Allopathie, phytothérapie, homéopathie,... En 2011, et suite aux signalements de nombreux effets indésirables, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, renommée ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament, en 2012) émettait un document sur le bon usage des vasoconstricteurs utilisés dans le rhume (1). Molécules très utilisées dans la prise en charge de la rhinopharyngite, les vasoconstricteurs sont associés à de très nombreux effets indésirables.

Quelle est donc la bonne solution dans la prise en charge de la rhinopharyngite? Tous les médicaments sont-ils efficaces, lesquels sont les plus sûrs, les moins coûteux ?

L'idée de départ de cette thèse est de comprendre qu'elle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë grâce à une analyse critique de la littérature.

Au cours de ce travail nous avons choisi de comparer différents médicaments pour la prise en charge de la rhinopharyngite : les combinaisons antihistaminiques/décongestionnants par voie orale, un décongestionnant par voie nasale, l'*Echinacea*, la vitamine C et l'homéopathie. Entre effets indésirables, efficacité, coût du traitement, l'homéopathie représente-elle une bonne alternative ?

PREMIERE PARTIE :  
La rhinopharyngite,  
généralités



## 1. Rappel d'anatomie et de physiologie : les voies aériennes supérieures :

En anatomie humaine, les voies aériennes supérieures (VAS) permettent le passage de l'air depuis le nez et la bouche vers les poumons (figure 1).

Les voies aériennes supérieures sont extra-thoraciques et comprennent :

- les fosses nasales
- le pharynx
- le larynx

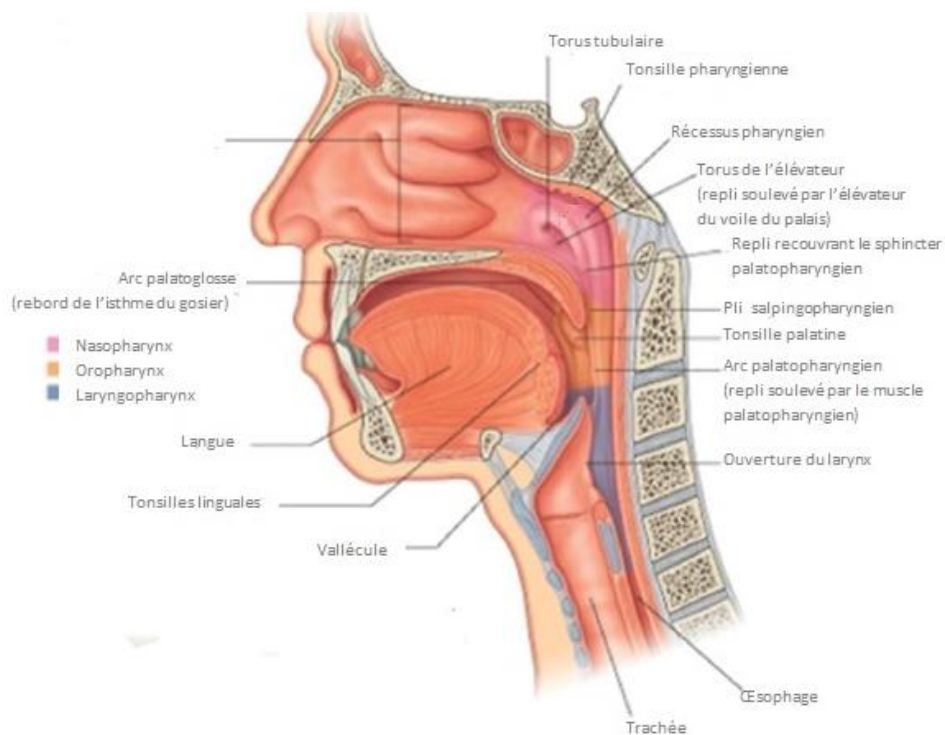


Figure 1 : Anatomie des voies aériennes supérieures (2)

### 1.1. Fosses nasales et muqueuse nasale

Les fosses nasales ont deux fonctions essentielles :

- une fonction respiratoire en acheminant l'air vers l'arbre trachéo-bronchique.
- une fonction sensorielle en conduisant les particules olfactives vers la muqueuse olfactive.

Les fosses nasales sont recouvertes par une muqueuse. A l'entrée des voies aériennes, cette muqueuse joue un rôle physiologique capital en assurant le filtrage, le conditionnement thermique et hygrométrique de l'air inspiré et en participant aux mécanismes de défense contre les agents infectieux respiratoires.

La muqueuse nasale est composée de différents types de cellules qui assurent des fonctions propres :

- les cellules ciliées qui permettent l'élimination des particules inhalées.
- les cellules calciformes et les glandes exocrines qui assurent le renouvellement de la couche de mucus, lui-même indispensable au battement ciliaire.
- les cellules à bordure en brosse qui jouent un rôle dans l'excrétion et la réabsorption des sécrétions de la muqueuse nasale.

La muqueuse nasale est également le siège de réactions vasomotrices rapides.

## **1.2. Pharynx**

Le pharynx représente le carrefour aérodigestif. Il intervient donc dans les phénomènes de déglutition, phonation, olfaction, audition et respiration.

Selon qu'il doit exercer une action digestive ou respiratoire, le pharynx entre en contact avec la bouche et l'œsophage d'une part ou avec le nez (ou la bouche) et les voies respiratoires inférieures d'autre part.

Le pharynx est constitué de trois étages : le nasopharynx, l'oropharynx et le laryngopharynx.

Tout comme les fosses nasales, le pharynx est recouvert sur sa face interne par une muqueuse qui comprend un épithélium. Cet épithélium est cilié essentiellement au niveau du nasopharynx.

Il existe également un tissu lymphoïde associé à la muqueuse pharyngienne : l'anneau de Waldeyer qui comprend les amygdales (ou tonsilles) pharyngiennes, palatines et linguales.

Le tissu lymphoïde associé aux muqueuses assure 3 fonctions essentielles :

- protection de la muqueuse contre la colonisation et l'invasion par les agents pathogènes

- contrôle du passage du matériel antigénique non dégradé provenant de l'air inhalé
- prévention du développement de réponses immunes agressives quand les germes pathogènes franchissent les barrières épithéliales.

### **1.3. Larynx**

Le larynx joue un rôle d'intermédiaire entre le pharynx et la trachée et assure trois fonctions physiologiques :

- la respiration
- la déglutition (rôle important car en se fermant il protège les voies aériennes inférieures)
- la phonation (il abrite les cordes vocales)

## **2. Définition de la rhinopharyngite**

La rhinopharyngite est une atteinte inflammatoire aiguë de l'étage supérieur du pharynx (le nasopharynx) associée à une atteinte des fosses nasales (3).

## **3. Epidémiologie**

Les données sur l'incidence de la rhinopharyngite et des pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) en général sont rares et peu précises, que ce soit au niveau national ou international (4).

L'incidence varie en fonction des saisons avec une prédominance durant les saisons d'automne et d'hiver. La rhinopharyngite aiguë reste très fréquente surtout chez les jeunes enfants de 6 mois à 7 ans. Dans cette tranche d'âge, les enfants présentent en moyenne six à huit épisodes par an contre deux à quatre chez les adultes (3,5,6).

L'Observatoire national « Hivern@le-Khiobs » a été le premier à lancer une surveillance épidémiologique des pathologies ORL chez l'enfant (de 6 mois à 15 ans) en France métropolitaine durant les saisons hivernales 2005-2006 et 2006-2007 (figure 2), (4).

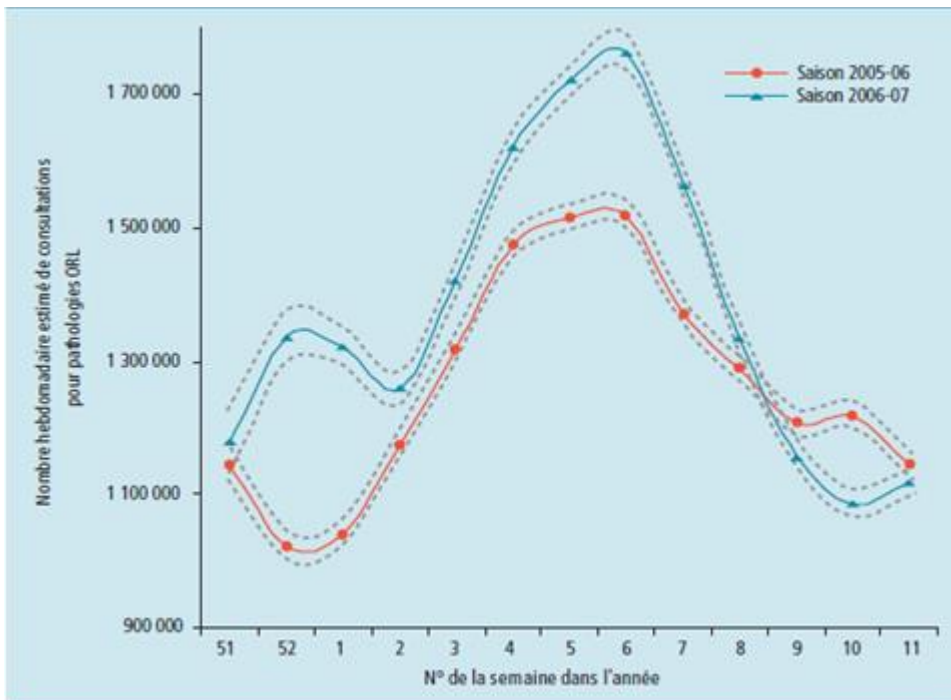


Figure 2 : Evolution temporelle du nombre moyen hebdomadaire estimé de consultations pour une affection ORL en France métropolitaine (saisons 2005-2006 et 2006-2007)(4)

Suite à cette enquête, Toubiana et al (4) ont estimé le nombre moyen de consultations pour pathologies ORL de l'enfant en France à près de 20 millions au cours d'une saison hivernale soit 1,65 consultation par enfant par saison hivernale.

Les rhinopharyngites arrivent largement en tête avec 11,9 millions de consultations puis viennent les otites moyennes aiguës (2,9 millions), les angines (2,6 millions), les laryngites (1,5million) et les sinusites (0,8 million), (4).

La rhinopharyngite est donc un problème de santé publique de par :

- son impact individuel (complications possibles, problème des traitements antibiotiques,...)
- son impact social (absentéisme scolaire, arrêts de travail)
- son impact économique.

D'après les travaux de l'Observatoire national « Hivern@le-Khiobs », les affections ORL représenteraient une charge pour la société française de plus de 1 milliard d'euros par an, en ne prenant en compte que les coûts directs (prix de la consultation, montant moyen d'une ordonnance,...), (4).

Aux Etats-Unis également la rhinopharyngite est un problème de santé publique et reste la maladie humaine la plus commune.

Chaque année elle est responsable d'approximativement 75 à 100 millions de visites chez le médecin. Il est estimé que les enfants manquent entre 22 et 189 millions de journées d'école ce qui affecte également la présence parentale au travail : annuellement environ 126 millions de journées sont non travaillées du fait des enfants malades. A cela il faut ajouter les quelques 150 millions de journées d'absentéisme engendrées lorsque les employés eux-mêmes sont atteints de rhinopharyngites (7). On peut noter que 2 à 3 milliards de dollars sont consacrés chaque année aux Etats-Unis à l'achat de médicaments OTC afin de soulager les symptômes de la rhinopharyngite, (8,9) auxquels il faut ajouter les 400 millions de dollars de médicaments prescrits (9).

#### **4. Etiologies**

Les virus sont les principaux agents pathogènes responsables de rhinopharyngites aiguës. Plus de 200 virus sont susceptibles de provoquer une rhinopharyngite.

Les rhinovirus sont très fréquents (agent causal dans au moins 30% des cas). On retrouve ensuite les coronavirus (10% des cas). Puis viennent par ordre décroissant le virus respiratoire syncytial (VRS), les virus *influenzae* et *para-influenzae*, les adénovirus et les entérovirus (3,5).

#### **5. Physiopathologie**

##### **5.1. Généralités**

La rhinopharyngite est une maladie infectieuse bénigne d'origine virale essentiellement.

La transmission interhumaine du virus peut avoir lieu de 2 façons différentes :

- par aérosols générés lors d'une toux ou d'un éternuement
- par contact direct avec des sécrétions contaminées (salive, sécrétion nasale)

Suite à l'inoculation, il faut attendre 24 heures pour repérer le virus dans les sécrétions nasales. Il atteint un titre maximal en deux à trois jours et persiste jusqu'au cinquième/septième jour de l'infection (5).

Dès l'inoculation, le système immunitaire va s'activer pour protéger l'organisme contre le pathogène grâce à une réaction innée et une réaction adaptative (10).

## 5.2. Immunité innée (10)

Elle fait entrer en jeu des mécanismes précoces et non-spécifiques de défense grâce aux interférons (IFN), aux cellules NK (natural killer) et aux macrophages.

Les interférons exercent une action antivirale directe. L'infection d'une cellule par un virus induit la production d'IFN $\alpha$  et  $\beta$  qui activent les mécanismes antiviraux des cellules avoisinantes afin de limiter la progression virale.

Les cellules NK prolifèrent suite à la présence d'IFN. Elles sont cytotoxiques pour les cellules infectées par le virus.

Enfin, les macrophages, sortes de « sentinelles » car toujours présents dans les tissus, vont quant à eux phagocyter les particules virales et les cellules infectées et produire des molécules antivirales comme le TNF $\alpha$  (tumor necrosis factor alpha), l'oxyde nitrique et l'INF $\alpha$ . (figure 3)

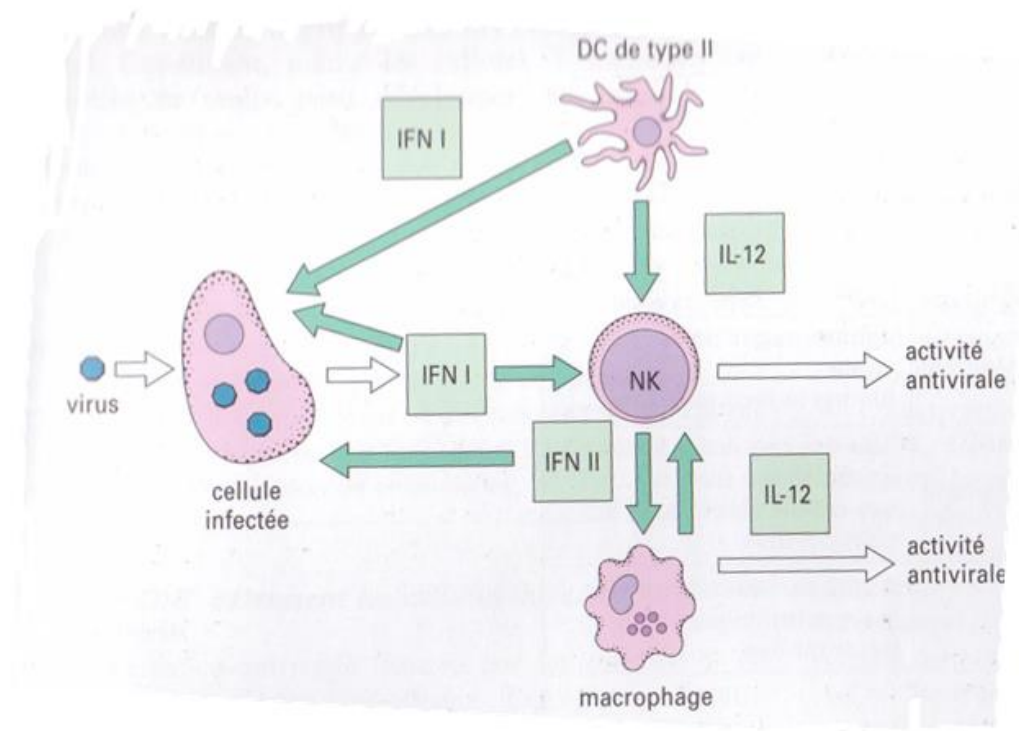


Figure 3 : Immunité innée antivirale (10)

### **5.3. Immunité adaptative (10)**

En parallèle à la progression de l'infection virale et aux réponses innées, l'immunité adaptative se met en place. Les antigènes sont transportés jusqu'aux organes lymphoïdes locaux : l'anneau de Waldeyer, comprenant les amygdales pharyngées, palatines et linguales (voir la figure 1 page 6). Ces organes lymphoïdes locaux sont le centre de la synthèse immunitaire via les lymphocytes B et T et la production d'anticorps. Lors d'une stimulation par un antigène, le centre germinatif va augmenter de volume et provoquer une hypertrophie de l'amygdale concernée. (Exemple : hypertrophie de l'amygdale pharyngée encore appelée végétations adénoïdes), (11). Au niveau des muqueuses on observe surtout une production d'immunoglobulines A (IgA) qui jouent un rôle important de protection de ces interfaces.

Le contact avec les agents infectieux entraîne donc une réaction immunitaire et inflammatoire locale conduisant à une hypersécrétion de la muqueuse nasale ainsi qu'à une hypertrophie des muqueuses naso-pharyngées.

Il faut noter que les virus induisent une immunité locale et de courte durée, ne permettant pas une protection immunitaire au long court. De plus une multitude de sérotypes viraux sont présents. Ceci explique la fréquence des épisodes de rhinopharyngite aiguë dans la population générale (3,12).

### **5.4. Cas particulier du jeune enfant**

Chez le jeune enfant, la rhinopharyngite est une maladie d'adaptation immunitaire.

En effet, à la naissance, l'enfant ne possède aucun moyen de défense immunitaire anti-infectieuse hormis les immunoglobulines G (IgG) maternelles transmises tout au long de la grossesse. Cette protection maternelle tend à disparaître entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de vie. C'est donc notamment grâce aux multiples infections rhinopharyngées que la maturation immunitaire va avoir lieu chez l'enfant qui sera alors en mesure de produire ses propres anticorps (5).

## **6. Facteurs favorisants**

### **6.1. Facteurs liés à l'âge**

Comme vu précédemment (en partie 5.4), à la naissance, l'enfant est protégé par les immunoglobulines maternelles. Cette protection va progressivement disparaître et parallèlement l'enfant va développer son propre système de défense immunitaire. Tout au long de la vie, l'immunité devient de plus en plus large vis-à-vis des virus à rhinopharyngites. Le nombre annuel d'épisodes de rhinopharyngites diminue donc avec l'âge (5).

### **6.2. Facteurs liés aux carences de l'organisme**

Une carence en vitamine C peut diminuer la résistance vis-à-vis des virus par diminution de la stimulation lymphocytaire et de l'activité cytotoxique de certaines cellules.

Une carence en fer va quant à elle être à l'origine d'une altération des fonctions des polynucléaires neutrophiles (ayant un rôle primordial dans la phagocytose des cellules infectées ou étrangères) et de l'immunité cellulaire (5).

### **6.3. Facteurs liés au climat et à l'environnement**

Selon le type de virus, le caractère épidémique est plus important durant les saisons chaudes ou froides.

Pour les rhinovirus, c'est durant la période chaude que le caractère épidémique est le plus important tandis que la période hivernale est plus propice aux adénovirus, VRS et virus grippaux (5).

Les modifications de l'environnement ambiant jouent aussi un rôle important dans la survenue de rhinopharyngites.

Le tabac et la pollution sont à l'origine de lésions de l'épithélium de l'appareil respiratoire notamment au niveau de la muqueuse nasale. Ils entraînent des phénomènes irritants et perturbent le transport mucociliaire favorisant ainsi l'infection virale.

Il faut également noter que différents gaz tels que l'ozone, le dioxyde d'azote, le dioxyde de soufre peuvent favoriser une infection (5).



## **6.4. Autres**

Le sommeil peut également jouer un rôle dans la survenue de rhinopharyngites. Un sommeil de mauvaise qualité ou une durée de sommeil trop courte (inférieure à 7 heures par nuit) sont associés à une sensibilité accrue aux infections et aux rhinopharyngites. En effet il a été démontré qu'un trouble du sommeil pouvait engendrer un dérèglement des fonctions immunitaires : diminution de l'activité des cellules NK, diminution de la production d'interleukine 2 (IL-2), augmentation du taux de cytokines pro-inflammatoires circulantes (13). L'IL-2 permet entre autre la synthèse des cellules T, cellules majeures dans la défense immunitaire contre les virus.

## **7. Clinique et diagnostic**

### **7.1. Rhinopharyngites**

Les rhinopharyngites aiguës prédominent durant la période hivernale. La plainte fonctionnelle associe : une rhinorrhée bilatérale, associée à une obstruction nasale bilatérale, des douleurs pharyngées, une toux (dans 30% des cas) et des éternuements. Il peut également y avoir une fièvre modérée, rarement supérieure à 38,5°C. A l'examen clinique on relève, une inflammation des muqueuses naso-pharyngées, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure catarrhale ou purulente. A l'otoscopie les tympons apparaissent congestifs (11,14).

### **7.2. Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel se pose rarement, comme illustré ci-dessous (15).

#### **7.2.1. En cas de rhinorrhée**

Une rhinorrhée unilatérale chez un enfant doit faire suspecter la présence d'un corps étranger dans la fosse nasale (11).

Une rhinite chronique échappant aux traitements classiques doit faire rechercher toutes causes médicamenteuses comme l'utilisation abusive de vasoconstricteurs locaux (5).

### **7.2.2. En cas d'obstruction nasale (11)**

En cas d'obstruction nasale il faut rechercher une présence d'imperforation choanale. Cette imperforation peut être bilatérale, elle se manifeste alors par une obstruction nasale néonatale totale. Le diagnostic est relativement facile : aucune buée n'apparaît lorsque l'on place un miroir devant les fosses nasales du nouveau-né et si l'on introduit une sonde dans l'une ou l'autre des fosses nasales, cette dernière va buter après quelques centimètres.

Le traitement chirurgical doit être précoce car cette malformation peut aboutir à de graves troubles respiratoires chez le nouveau-né.

L'imperforation choanale peut, par ailleurs, être unilatérale, engendrant alors des troubles beaucoup moins importants.

Après avoir écarté une éventuelle imperforation, il faut rechercher la présence de tumeur bénigne (le fibrome nasopharyngien) pouvant entraîner une obstruction nasale progressive avec rhinorrhée et épistaxis à répétition ou la présence de tumeur maligne.

### **7.2.3. Rhinopharyngite chronique récidivante allergique**

Les patients présentent une obstruction nasale chronique avec rhinorrhée chronique le plus souvent claire. Le diagnostic de rhinopharyngite allergique peut être posé à la suite d'examens complémentaires (hyper éosinophilie, tests cutanés, tests de provocations nasales,...), (11).

## **8. Evolution**

### **8.1. Evolution normale**

Cette pathologie est bénigne.

La période d'incubation de la rhinopharyngite est courte : 48 à 72 heures (3).

Les symptômes atteignent généralement leur paroxysme au bout de 2 à 3 jours, les douleurs pharyngées disparaissent rapidement alors que la rhinorrhée initialement claire devient plus épaisse et purulente. L'évolution tend spontanément en une guérison en 7 à 10 jours (figure 4).

Il faut noter que « la présence de fièvre et de sécrétions nasales purulentes (dans les délais

normaux d'évolution de la maladie) ne prédisent pas un risque d'infection ou de surinfection bactérienne », (16).

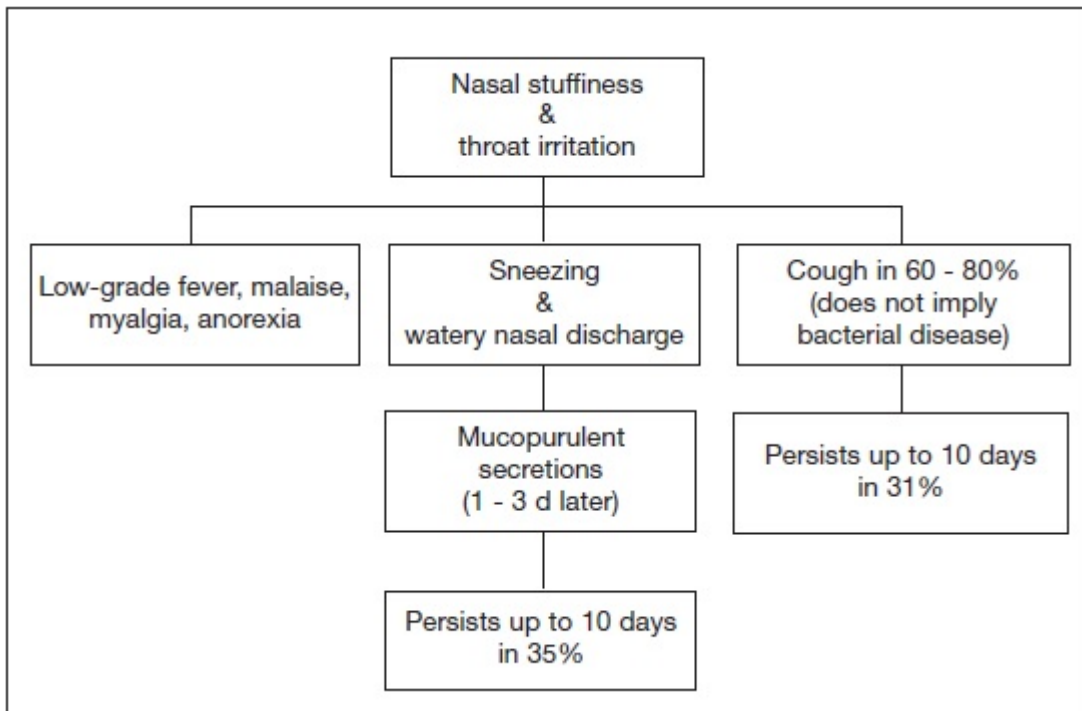


Figure 4 : Evolution naturelle de la rhinopharyngite (17)

## 8.2. Complications

### 8.2.1. Hyperthermie

Certaines rhinorrhées peuvent s'accompagner de fièvre supérieure à 38,5°C. Chez le jeune enfant, cette hyperthermie est à surveiller car elle peut être responsable de complications graves : convulsions hyperthermiques et déshydratation principalement (11).

### 8.2.2. Otites

L'inflammation et/ou l'infection peuvent se propager via la trompe d'Eustache et entraîner des otites.

L'otite congestive. C'est la plus habituelle au cours des rhinopharyngites. Il n'y a pas de surinfection (18).

L'otite moyenne aiguë (OMA) représente la complication la plus fréquente chez le petit

enfant, notamment avant 3 ans. Le plus souvent cette complication est de nature bactérienne. L'OMA représente 50% des complications de rhinopharyngites.

Le pourcentage de survenue d'une OMA suite à une rhinopharyngite est estimé à environ 10% (3).

Enfin, l'otite séromuqueuse (OSM), apparaissant suite à un épanchement liquidien rétro tympanique dû à un œdème de la muqueuse tubaire ou à un obstacle rhinopharyngé (18).

### **8.2.3. Sinusites aiguës**

La localisation d'une sinusite post rhinopharyngite est généralement fonction de l'âge.

Chez le jeune enfant, on observera essentiellement des sinusites ethmoïdales. Rares mais graves elles nécessitent une hospitalisation avec antibiothérapie intraveineuse (18).

Par la suite (généralement après 6 ans), la complication la plus fréquente est la sinusite maxillaire qui reste le plus souvent bénigne (11,17).

### **8.2.4. Autres complications (18)**

D'autres complications peuvent apparaître :

- laryngite : aiguë sous-glottique ou striduleuse (ou spasmodique)
- conjonctivite purulente du nourrisson, le plus souvent d'origine bactérienne
- atteinte broncho-pulmonaire : par surinfection bactérienne des VAS ou par extension de l'infection virale primaire.
- adénite : cervicale, parapharyngée ou rétropharyngée
- hypertrophie des végétations adénoïdes (généralement chez l'enfant)

L'hypertrophie des végétations adénoïdes est une augmentation anormale de la taille de l'amygdale pharyngée en réaction à la maturation immunitaire. Cette hypertrophie est responsable d'épisodes de rhinopharyngites à répétition. Les végétations adénoïdes atteignent leur maximum de développement entre les âges de 4 et 7 ans puis décroissent spontanément à la puberté. Des reliquats peuvent persister à l'âge adulte et être à l'origine de certaines rhinopharyngites à répétition de l'adulte.

Une adénoïdectomie peut s'avérer nécessaire lorsque la gêne est trop importante ou que les rhinopharyngites s'accompagnent de complications fréquentes (otites, laryngites, trachéobronchites), (15).

En pratique chez l'enfant, les signes pouvant évoquer une complication supposée d'origine bactérienne sont les suivants (12) :

- gêne respiratoire
- fièvre supérieure à 38,5°C persistant plus de 72 heures ou d'apparition tardive
- persistance sans amélioration après 10 jours de symptômes tels que : toux, rhinorrhée, obstruction nasale,...
- irritabilité, réveils nocturnes, otalgie, otorrhée
- conjonctivite purulente
- troubles digestifs tels que diarrhées, vomissements
- anorexie
- éruption cutanée

La survenue d'une infection respiratoire basse (bronchite, bronchiolite, pneumopathie) n'est quant à elle pas considérée comme une complication : dans ce cas, la rhinopharyngite est considérée comme un « prodrome » ou un « signe d'accompagnement », (12).

## **9. Recommandations des autorités de santé et des sociétés savantes pour la prise en charge des rhinopharyngites**

### **9.1. Elaboration des recommandations de bonnes pratiques**

Lorsque des recommandations sont rédigées, un grade leur est associé. Les autorités de santé et les sociétés savantes tiennent compte du niveau d'évidence scientifique des publications utilisées pour établir les recommandations et attribuer ce grade (figure 5).

Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
<p><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li> <li>• Études de cohorte</li> </ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique</p>
<p><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études cas-témoins</li> </ul>	<p><b>C</b></p> <p>Faible niveau de preuve</p>
<p><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études comparatives comportant des biais importants</li> <li>• Études rétrospectives</li> <li>• Séries de cas</li> </ul>	

Figure 5 : Gradation des recommandations (19)

## 9.2. Place de l'antibiothérapie

D'après la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) (20) et d'après le rapport de l'AFSSAPS de 2005 (renommée ANSM en 2012) (12), l'antibiothérapie n'a pas sa place dans la prise en charge de la rhinopharyngite que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant (Grade B). Les études antibiotiques versus un placebo ne montrent pas d'efficacité des antibiotiques sur l'évolution de la maladie ni sur la survenue de complications d'origine bactérienne.

L'utilisation d'antibiotique dans cette indication n'est donc d'aucune utilité et présente au contraire deux inconvénients majeurs :

- nombreux effets indésirables liés à cette classe (allergie, troubles digestifs,...)
- impact écologique avec développement de résistances vis-à-vis des antibiotiques

L'antibiothérapie n'est donc justifiée qu'en cas de surinfection bactérienne avérée : OMA, sinusite bactérienne,... (Grade A). La conjonctivite purulente simple ne nécessite qu'une antibiothérapie par voie locale.

Malgré ces recommandations, le recours aux antibiotiques lors d'une rhinopharyngite non compliquée reste important en France. Ainsi une consultation sur deux donnait lieu à une

antibiothérapie en 2001 ce qui représenterait 9,6% de l'ensemble de la consommation d'antibiotiques prescrits annuellement par les médecins généralistes (16,21).

### **9.3. Traitements recommandés en 2013**

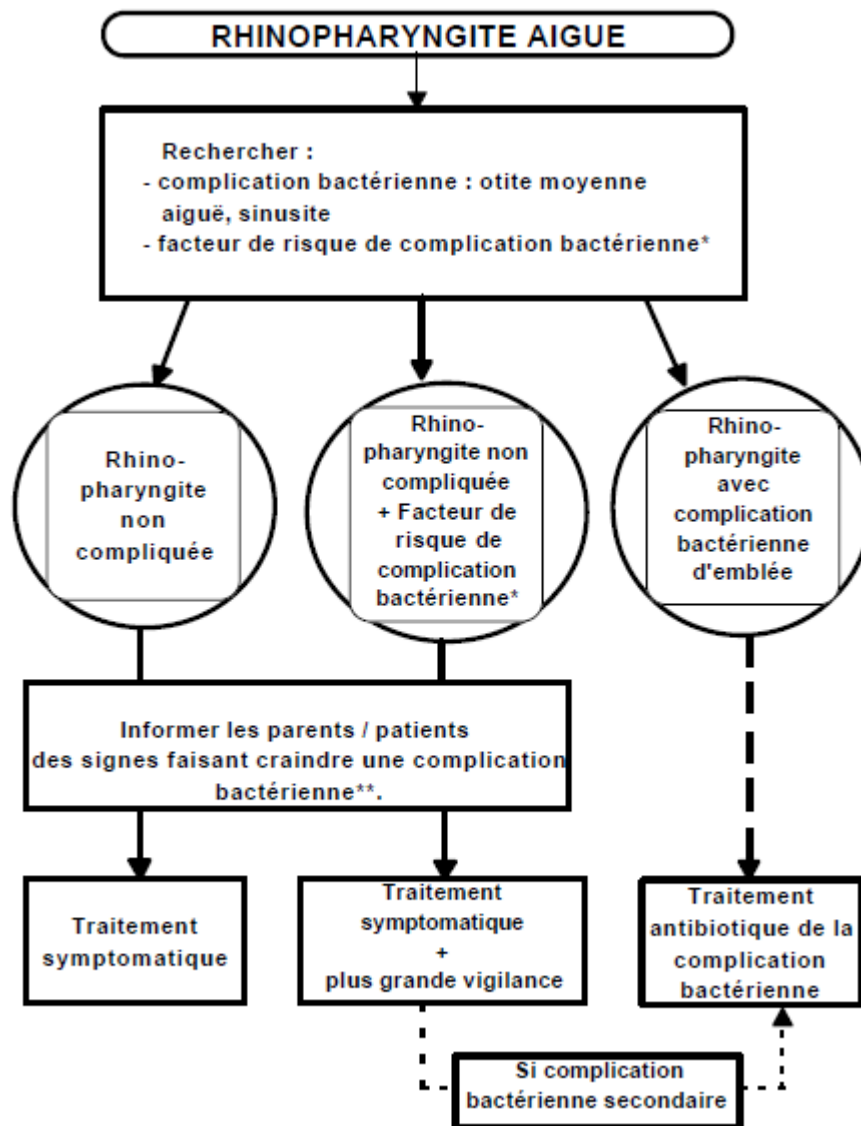
Lors d'une rhinopharyngite aiguë non compliquée, la prise en charge est essentiellement symptomatique et peut associer (12) :

- un lavage des fosses nasales. Des solutés isotoniques ou hypertoniques peuvent être utilisés associés au mouchage du nez et/ou aspiration au mouche bébé,
- un antipyrétique en cas de fièvre,
- un vasoconstricteur.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes par voie générale ne sont quant à eux pas recommandés.

La SFORL (Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie de la face et du cou) et l'AFSSAPS publiaient en 2011 des recommandations concernant l'utilisation des vasoconstricteurs en rhinologie (22,1) . Ces recommandations indiquent qu'il est préférable d'utiliser des vasoconstricteurs locaux plutôt que des vasoconstricteurs oraux (moins d'effets indésirables et moins de mésusages). Les vasoconstricteurs par voies générales sont réservés à l'adulte pour une courte durée d'utilisation.

La figure 6 résume la démarche à suivre devant une rhinopharyngite.



\* Antécédents d'otites moyennes aiguës (OMA) récidivantes (> 3 OMA / 6 mois) ou présence d'otite séreuse ; immunodépression.

\*\* une gêne respiratoire, une fièvre persistante au-delà de 3 jours, ou d'apparition secondaire après ce délai, la persistance, sans tendance à l'amélioration, des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au delà de 10 jours, une irritabilité, des réveils nocturnes, une otalgie, une otorrhée, une conjonctivite purulente, un oedème palpébral, des troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée), une éruption cutanée.

Figure 6 : Rhinopharyngite aiguë : attitude pratique (23)



## **10. Traitements de la rhinopharyngite disponibles en 2013**

Actuellement, la prise en charge d'épisodes aigus de rhinopharyngite est uniquement basée sur des traitements symptomatiques. Des traitements préventifs peuvent également être mis en place.

### **10.1. Traitements allopathiques**

Il existe de très nombreuses spécialités allopathiques sur le marché pour prendre en charge les épisodes aigus de rhinopharyngite. Voici une liste non exhaustive des différents traitements oraux (tableau 1) et locaux (tableau 2) que l'on trouve en vente dans les officines françaises (24).

VASOCONSTRICTEURS	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Pseudo-éphédrine + Paracétamol	Dolirhume®
	Pseudo-éphédrine + Ibuprofène	Rhinadvil®
ANTI-HISTAMINIQUES	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Phéniramine + Paracétamol + Acide ascorbique	Fervex®
	Chlorphénamine + Paracétamol + Acide ascorbique	Humex état grippaux®
VASOCONSTRICTEURS + ANTIHISTAMINIQUES	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Paracétamol + Pseudo-éphédrine + Tripolidine	Actifed rhume®
	Comprimé jour : Pseudo-éphédrine + Paracétamol Comprimé nuit : Diphénhydramine + Paracétamol	Actifed jour et nuit®
	Comprimé jour : Pseudo-éphédrine + Paracétamol Comprimé nuit : Chlorphénamine + Paracétamol	Humex rhume®
	Comprimé jour : Pseudo-éphédrine + Paracétamol Comprimé nuit : Doxylamine + Paracétamol	Dolirhumepro®

Tableau 1 : Les médicaments allopathiques du rhume par voie orale

VASOCONSTRICTEURS

	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Oxymétazoline	Aturgyl®
+ CORTICOÏDE	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Oxymétazoline + Prednisolone	Déturgylone®
	Naphazoline + Prednisolone	Derinox®
+ MUCOLYTIQUE + ANTISEPTIQUE	<i>DCI (Dénomination Commune Internationale)</i>	<i>Spécialités</i>
	Tuaminoheptane + N-acétylcystéine + Benzalkonium	Rhinofluimucil®

Tableau 2 : Les médicaments allopathiques du rhume par voie locale

## 10.2. Traitements homéopathiques

Il existe une multitude de souches en homéopathie pouvant prendre en charge une rhinopharyngite. On trouve également sur le marché français diverses spécialités homéopathiques associant de manière fixe plusieurs substances homéopathiques actives. Ces spécialités homéopathiques sont adaptées aux traitements des affections locales aiguës de courte durée comme une rhinopharyngite. Elles sont standardisées et permettent de traiter de manière simple le plus grand nombre d'individus. Nous avons choisi de présenter deux de ces spécialités : Coryzalia® des laboratoires Boiron et Mercur Sol® complexe N°39 des laboratoires Lehning.

### 10.2.1. Coryzalia®

Présentée sous forme de comprimés orodispersibles, cette spécialité homéopathique, qui bénéficie d'une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) depuis 2012, associe cinq

médicaments homéopathiques :

- *Allium Cepa* 3CH,
- *Belladonna* 3CH,
- *Gelsemium* 3CH,
- *Kalium Bichromicum* 3CH,
- *Sabadilla* 3CH.

Ce médicament, réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois, est indiqué dans la prise en charge des rhumes et rhinites. La posologie recommandée est de un comprimé six à huit fois par jour en espaçant les prises selon l'amélioration. La durée du traitement ne doit pas dépasser une semaine.

D'après les matières médicales homéopathiques (25,26), chacun des composants a une indication dans la prise en charge de la rhinopharyngite.

- *Allium cepa* est traditionnellement utilisé en cas de rhinorrhée aqueuse irritante, d'éternuements et de larmoiements,
- *Belladonna* est traditionnellement utilisé en cas de congestion locale, de sécheresse des muqueuses ou de fièvre d'installation rapide,
- *Gelsemium* est traditionnellement utilisé en cas de rhinite irritante, de congestion céphalique et/ou de fièvre,
- *Kalium bichromicum* est traditionnellement utilisé en cas d'inflammation avec sécrétions nasales abondantes, visqueuses, épaisses de couleur jaune-verdâtre,
- *Sabadilla* est traditionnellement utilisé en cas de rhinorrhée abondante peu irritante associée à des larmoiements et à une sensation d'obstruction des narines.

Avant l'obtention de l'AMM, Coryzalia® associait une sixième substance homéopathique active : *Pulsatilla* 3CH traditionnellement utilisé en cas d'inflammation des muqueuses avec rhinorrhée épaisse de couleur jaune. Cette souche a été retirée de la nouvelle formule car de rares cas d'aggravation d'otites ou de sinusites ont été décrits lors de l'utilisation de *Pulsatilla* en basse dilution. (27)

### 10.2.2. Mercur Sol® complexe N°39

Présentée sous forme de comprimés, cette spécialité homéopathique bénéficie également d'une AMM. Elle associe six médicaments homéopathiques :

- *Aurum muriaticum natronatum* 8 DH,
- *Kalium iodatum* 4 DH,
- *Kalium phosphoricum* 3 DH,
- *Mercurius solubilis* 8 DH,
- *Natrum nitricum* 3 DH,
- *Natrum sulfuricum* 2 DH.

Les faibles dilutions au dixième font que cette spécialité est à la limite de l'homéopathie (surtout avec la souche *Natrum sulfuricum* diluée au 1/100<sup>ème</sup> seulement soit 1 CH).

Ce médicament, réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans, est indiqué dans la prise en charge des rhinopharyngites et des maux de gorge. La posologie recommandée est de deux comprimés deux à trois fois par jour chez l'adulte (chez l'enfant la posologie est divisée par deux).

Tout comme pour la spécialité Coryzalia®, les matières médicales homéopathiques (25,26) justifient l'utilisation de ces souches.

- *Kalium iodatum* est traditionnellement utilisé en cas de rhinorrhée brûlante, aqueuse accompagnée de larmoiements et d'éternuements. C'est l'équivalent d'*Allium cepa* dans Coryzalia®
- *Kalium phosphoricum* est traditionnellement utilisé en cas d'éternuements avec écoulement épais jaunâtre, d'asthénie et pour la convalescence de maladies infectieuses.
- *Mercurius solubilis* est traditionnellement utilisé en cas de rhinorrhée aqueuse, corrosive pouvant être verdâtre et associée à de nombreux éternuements.
- *Natrum nitricum* est traditionnellement utilisé en cas d'état congestif infectieux aigu
- *Natrum sulfuricum* est traditionnellement utilisé en cas d'inflammation des muqueuses avec rhinorrhée épaisse jaunâtre ou verdâtre souvent irritante.

*Aurum muriaticum natronatum* est quant à elle traditionnellement utilisée en gynécologie. Nous avons contacté le laboratoire Lehning pour connaître les raisons de la présence de

cette souche dans leur spécialité. Les observations ont montré qu'*Aurum muriaticum natronatum* présente des effets similaires à la souche *Aurum muriaticum* traditionnellement utilisée dans les rhinites et sinusites chroniques avec douleurs osseuses frontales ou de l'os propre au nez. Les laboratoires Lehning utilisent *Aurum muriaticum natronatum* car cette souche est plus stable en solution et moins chère qu'*Aurum muriaticum*.

### **10.3. Autres traitements**

Il existe une multitude d'autres traitements préventifs ou curatifs sur le marché français : aromathérapie, phytothérapie, oligothérapie, vitaminothérapie,...

Pour cette thèse nous avons choisi de nous pencher plus particulièrement sur l'utilisation de l'*Echinacea* en phytothérapie et sur celle de la vitamine C.

#### **10.3.1. Echinacea**

Les 3 espèces d'*Echinacea* les plus couramment utilisées, car ayant fait preuve d'efficacité, sont : *E. pallida*, *E. angustifolia* et *E. purpurea*. Différentes parties de la plante sont exploitées : la fleur, la tige ou encore la racine. Présente sous forme de comprimés, jus, teinture, infusions,...et utilisée à la fois en prévention ou lors d'épisodes aigus, cette plante est douée de propriétés immunostimulantes mais le mécanisme d'action exact n'est pas complètement élucidé.

Une même espèce d'*Echinacea* peut contenir différentes concentrations en principe actif selon la saison de récolte, le lieu de pousse, la partie utilisée,... Bien que l'OMS, la German Commission E et la Canadian Natural Health Products Directorate recommandent l'utilisation de l'*Echinacea* en cas de rhinopharyngite, la controverse sur l'efficacité de cette plante en prévention et en traitement reste d'actualité (28) .

#### **10.3.2. Vitamine C**

La vitamine C, isolée dans les années 1930, joue un rôle dans les fonctions immunitaires. Elle devient très populaire pour la prise en charge de la rhinopharyngite à partir des années 1970. Synthétisée ou retrouvée en grande quantité dans de nombreux produits (acérola,

gogi, extrait de pépins de pamplemousse,...), on la trouve sous de très nombreuses formes galéniques (comprimés effervescents ou à croquer, ampoules, gouttes,...) (29) .

DEUXIEME PARTIE :

L'homéopathie,  
généralités



## 1. Origines de l'homéopathie (30)

Le terme « homéopathie » provient du grec : *omion*, analogue ou semblable et *pathos*, souffrance ou maladie. L'homéopathie est donc une thérapeutique de la similitude. Elle diffère de la thérapeutique « traditionnelle » : l'allopathie (*allos* = autre).

La notion de semblable est déjà présente dans un ouvrage d'Hippocrate (figure 7) « Les lieux dans l'Homme ». Ce concept réapparaît bien plus tard dans les travaux du fondateur de l'homéopathie Christian Friedrich Samuel Hahnemann (figure 8).



*Figure 7 : Hippocrate 460av JC – 370av JC(31)*



*Figure 8 : Christian Friedrich Samuel Hahnemann 1755-1843 (32)*

## 1.1. Samuel Hahnemann (30,33)

Hahnemann naît en 1755 en Saxe. Après des études secondaires pendant lesquelles il apprend aussi bien les mathématiques, les sciences naturelles que les langues étrangères et classiques, il entreprend des études de médecine en 1775 à la Faculté de Leipzig. L'enseignement lui semblant trop théorique, il rejoint la Faculté de Vienne en 1777 où l'apprentissage se fait « au lit du malade ».

Hahnemann soutient sa thèse de médecine en latin en 1779. Souvent insatisfait de son exercice de médecin et de la médecine de son temps, il vit davantage de ses traductions de livres médicaux et de chimie ainsi que des différents livres qu'il écrit lui-même.

En 1790, il est amené à traduire le « Treatise of the materia medica » de William Cullen et à réfléchir sur les propriétés du quinquina (*China rubra*) utilisé à l'époque pour traiter la fièvre intermittente. Cullen cite dans son ouvrage des résultats paradoxaux obtenus selon la dose de quinquina utilisée.

Hahnemann multiplie les expériences sur lui-même et sur d'autres sujets. Dans un premier temps il constate que le quinquina provoque certains signes cliniques de fièvre intermittente analogues à ceux qu'il est censé guérir. Puis, poursuivant son expérimentation et diminuant les doses administrées afin de limiter les effets toxiques du quinquina, il se rend compte que l'activité de la substance, utilisée à plus faible dose, se trouve renforcée.

Hahnemann énonce le principe : « *Similia similibus curantur* », les semblables sont guéris par les semblables.

Après avoir testé de manière identique d'autres substances (mercure, belladone,...), il publie en 1796 l'essai fondateur de l'homéopathie : *Essai sur un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des substances médicinales, suivi de quelques aperçus sur les principes admis jusqu'à nos jours*.

A partir de cette date, Hahnemann consacre la plupart de ses travaux au développement de cette nouvelle thérapeutique qu'il nomme en 1807 « Homéopathie ». En 1810, il publie un deuxième texte fondamental, l'*Organon de l'art de guérir*, dans lequel apparaît sa théorie homéopathique, ses conceptions des maladies, des symptômes, des médicaments, du suivi individuel,... Au cours de sa vie il reverra constamment ce texte et publiera cinq éditions

entre 1810 et 1833. Il existe une sixième édition, posthume, parue en 1921, publiée par Richard Haehl (homéopathe allemand), d'après le manuscrit de Hahnemann.

En 1835, il fait la rencontre d'une jeune française, Mélanie d'Hervilly, l'épouse et déménage à Paris où il continue sa carrière médicale. Le mouvement homéopathique se répand alors de manière fulgurante en France et dans toute l'Europe. Hahnemann décède en 1843 à Paris.

## **1.2. Officialisation de la pratique en France (34)**

C'est en 1965, suite au développement du médicament homéopathique par Lise Wurmser et par Jean et Henri Boiron, que se fera l'inscription officielle de l'homéopathie à la Pharmacopée française.

Il faudra attendre 1997 et le rapport Lebartard-Sartre de la commission d'étude sur l'Homéopathie, pour que le Conseil National de l'Ordre des Médecins reconnaisse officiellement la pratique. Dans ce rapport, l'homéopathie est définie ainsi :

« L'homéopathie est une méthode thérapeutique basée sur le trépied conceptuel d'Hahnemann : similitude, globalité, infinitésimalité – Administration à des doses très faibles ou infinitésimales de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes chez l'homme en bonne santé (pathogénésie), des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade. »

## **2. Principes de l'homéopathie (35)**

L'homéopathie est basée sur trois postulats :

- principe de similitude
- principe de la dose infinitésimale
- principe de la globalité

### **2.1. Similitude et pathogénésies (35, 36)**

Samuel Hahnemann a énoncé : « *Similia similibus curantur* » ou « les semblables sont guéris par les semblables ».

Dans son ouvrage sur l'homéopathie, Guernonprez (35) écrit « Toute substance capable d'induire à dose pondérable des symptômes pathologiques chez le sujet sain est susceptible, à dose très faible spécialement préparée, de faire disparaître des symptômes semblables chez un patient qui les présente. »

L'homéopathie compare donc un tableau toxicologique à un tableau clinique (figure 9). Ainsi le médecin homéopathe ne prescrit pas à partir d'un symptôme unique mais cherche la substance qui couvre l'ensemble des symptômes du patient.

La loi de similitude formule le parallélisme d'action entre le pouvoir toxicologique d'une substance et son action thérapeutique. Cette loi implique, pour la mise en application de la thérapeutique, la connaissance de l'action sur l'homme sain des différentes substances pharmacologiquement actives. C'est ce que l'on appelle les pathogénésies.(37)

L'ensemble des pathogénésies des substances actives, décrites d'Hahnemann à nos jours, constitue la Matière médicale homéopathique.

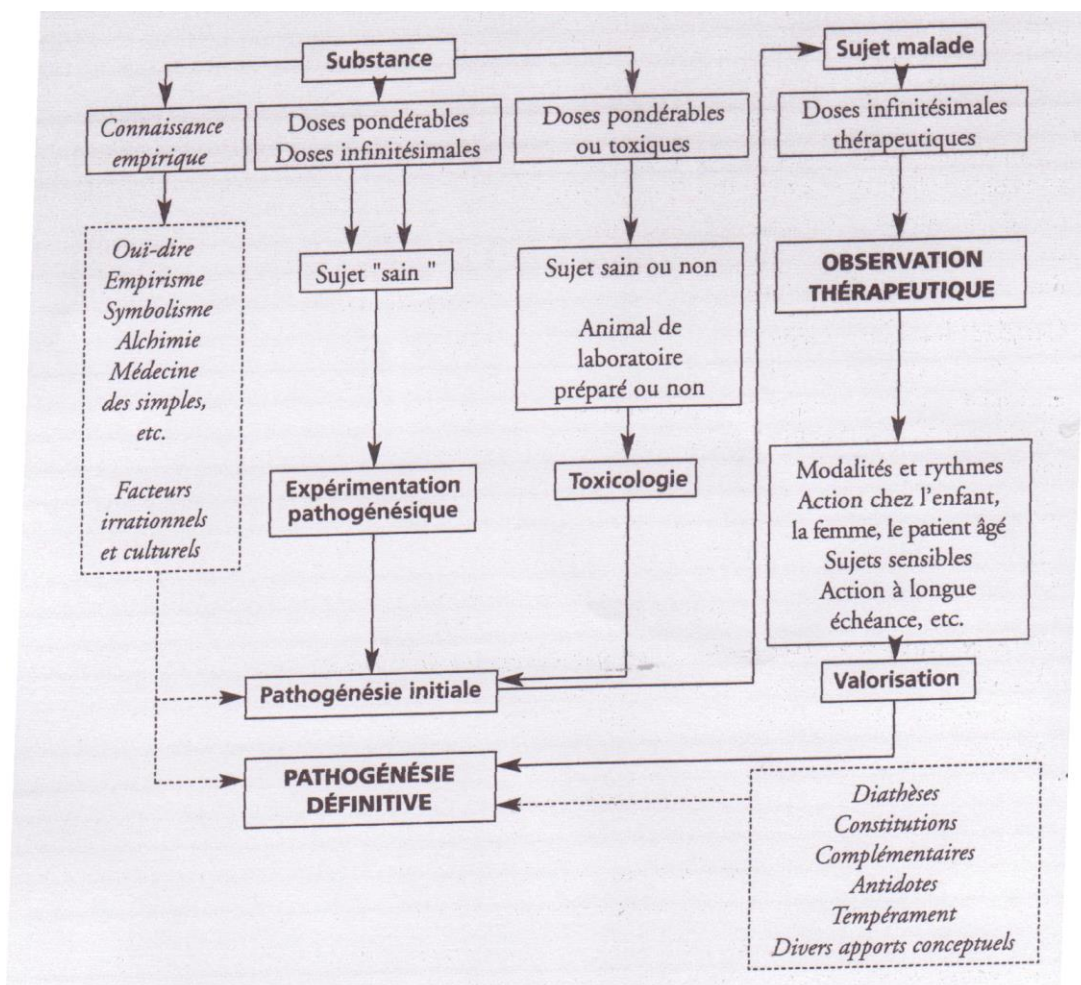


Figure 9 : Elaboration d'une pathogénésie (35)

## **2.2. Infinitésimalité**

Les dilutions infinitésimales sont le corollaire de la loi de similitude. La dilution consiste en une série d'opérations successives permettant de diviser la substance de base. Pour que la dilution infinitésimale soit active homéopathiquement elle doit subir des succussions, c'est-à-dire être secouée fortement à chaque palier de dilution.(38)

Deux types de dilutions sont autorisées en France : les dilutions hahnemanniennes et les dilutions korsakoviennes (voir paragraphe 3 – préparations des médicaments homéopathiques).

## **2.3. Globalité (35)**

La prescription homéopathique est fondée sur la globalité des signes. Lors d'une situation pathologique, c'est l'organisme entier qui est impliqué.

En homéopathie, la description du symptôme doit être complétée par la prise en compte des modalités, des causes, des réactions générales et psychiques du patient. Bien que le diagnostic soit basé sur la clinique, l'histoire de la maladie, sa localisation, les réactions du malade au climat, à l'environnement physique et social doivent également être prises en compte pour orienter le choix du médicament.

Ainsi pour traiter une même maladie chez deux patients différents on peut être amené à utiliser deux traitements différents.

# **3. Préparations des médicaments homéopathiques**

## **3.1. Préparation de la solution de base (36)**

La préparation des dilutions homéopathiques varie selon la substance de base utilisée :

- les substances d'origine végétale sont mises en contact, à l'état frais, avec un véhicule alcoolique au titre approprié, généralement de l'alcool à 70°. Après macération, décantation et filtration on obtient une teinture mère. La teinture mère sera la souche de base pour les dilutions.
- pour les substances animales ou les venins, tout dépend de leur solubilité dans l'alcool. Lorsque la solubilité le permet, une teinture mère est réalisée. Dans les

autres cas il faut passer par une déconcentration de solide à solide via une trituration (les substances sont mélangées à du lactose).

- pour les substances chimiques ou minérales, on utilise soit la méthode de la trituration, soit un passage direct aux dilutions homéopathiques si la souche est soluble.

A noter que des médicaments homéopathiques peuvent également être obtenus à partir :

- de produits non chimiquement définis : vaccins, toxines, virus
- de sécrétions ou excréctions pathologiques
- de cultures microbiennes

### **3.2. Dilutions hahnemanniennes (30)**

Le principe est de réaliser des dilutions successives au 10<sup>ème</sup> (dixième hahnemanniennes, notée DH ou X) ou au 100<sup>ème</sup> (centésimale hahnemanniennes, notée CH) dans des flacons successifs. Pour les CH on prélève une goutte de la souche (la teinture mère par exemple) et on ajoute 99 gouttes de solvant puis on secoue ce mélange pour obtenir la première dilution centésimale : 1 CH (figure 10).

Pour obtenir la dilution 2 CH, on répète la même opération en partant d'une goutte de la solution à 1 CH à laquelle on ajoute 99 gouttes de solvant et ainsi de suite.

Pour les substances non solubles dans l'eau et l'alcool, on divise la substance par triturations successives au centième jusqu'à la 3 CH généralement (1 partie de substance avec 99 parties de lactose). A partir de la trituration en 3 CH il est possible d'obtenir une dilution 4 CH liquide en ajoutant 99 parties de solvant à 1 partie de trituration 3 CH.



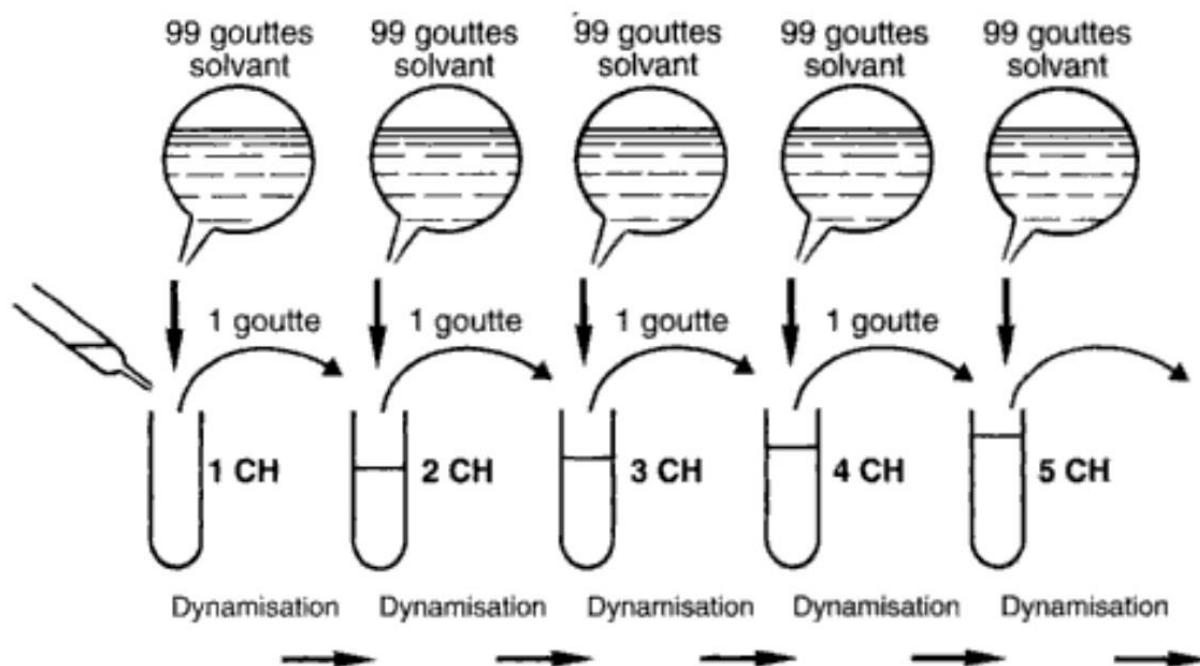


Figure 10 : La méthode de dilution hahnemannienne au 100<sup>ème</sup> (30)

La figure 11 résume les rapports de dilutions et de concentrations entre l'échelle décimale et l'échelle centésimale.

Dilution	Concentration	Échelle décimale	Échelle centésimale
1/10	10 % - $10^{-1}$	1 DH (ou 1X)	
1/100	1 % - $10^{-2}$	2 DH (ou 2X)	1 CH
1/1000	0,1 % - $10^{-3}$	3 DH (ou 3X)	
1/10 000	0,01 % - $10^{-4}$	4 DH (ou 4X)	2 CH
1/100 000	0,001 % - $10^{-5}$	5 DH (ou 5X)	
1/1 000 000	0,0001 % - $10^{-6}$	6 DH (ou 6X)	3 CH
1/1(18 zéros)	0,000 000 000 000 000 001 % ( $-10^{-18}$ )	18 DH (ou 18X)	9 CH
1/1(60 zéros)	$10^{-60}$	60 DH (ou 60X)	30 CH

Figure 11 : Rapport des dilutions et des concentrations (30)

Les dilutions 3, 4 et 5 CH sont qualifiées de « dilutions basses », prescrites en cas de symptômes aigus et localisés. Les dilutions 7 et 9 CH ou « dilutions moyennes » sont utilisées en cas de symptômes généraux. Enfin, les dilutions 12, 15 et 30 CH ou « dilutions hautes » sont intéressantes pour la prise en charge des pathologies chroniques ou des symptômes psychiques ou nerveux.

La plus haute dilution sur le marché homéopathique français est la 30 CH.

D'après le nombre d'Avogadro noté  $N_A$  (nombre d'entités élémentaires contenues par mole de ces mêmes entités ;  $N_A = 6,022 \cdot 10^{23} \text{ mol}^{-1}$ ), à partir de la dilution 12 CH (soit une concentration de  $10^{-24}$ ), il n'est plus possible de retrouver une seule entité élémentaire dans la solution.

### **3.3. Dilutions korsakoviennes (30)**

Contrairement à la technique hahnemannienne, on utilise ici un même flacon pour toutes les opérations de dilution. Il s'agit de dilutions au centième.

Dans ce flacon unique on mélange tout d'abord 1 goutte de la souche à 99 gouttes de solvant. Après dynamisation, on obtient la dilution 1K. Afin d'obtenir la deuxième dilution il suffit de vider totalement le flacon (il reste du liquide sur les parois), d'ajouter 99 gouttes de solvant, et de dynamiser. Ainsi de suite pour les autres dilutions.

### **3.4. Dynamisation (36)**

La dynamisation est une étape capitale dans la préparation des médicaments homéopathiques. Elle consiste en des secousses vives après chaque dilution et permet non seulement d'obtenir un mélange ou une solution homogène mais surtout de conserver voire améliorer les effets de la substance hautement diluée.

### **3.5. Les différentes présentations (36)**

Les formes galéniques les plus couramment rencontrées sont les tubes de granules et les doses de globules mais on trouve également sur le marché des comprimés, des triturations, des formes liquides, pâteuses,...



### 3.6. L'imprégnation des granules et des globules (36)

Le grain utilisé est composé de lactose et de saccharose. Ce support neutre est imprégné de dilution homéopathique. (figure 12).

Les granules se présentent en tube de 4 grammes soit environ 80 granules. Les globules quant à eux sont de plus petites sphères que les granules et sont conditionnés en tube dose de 1 gramme soit environ 200 globules. Les globules doivent être absorbés en une seule fois contrairement aux granules qui permettent des prises répétées.

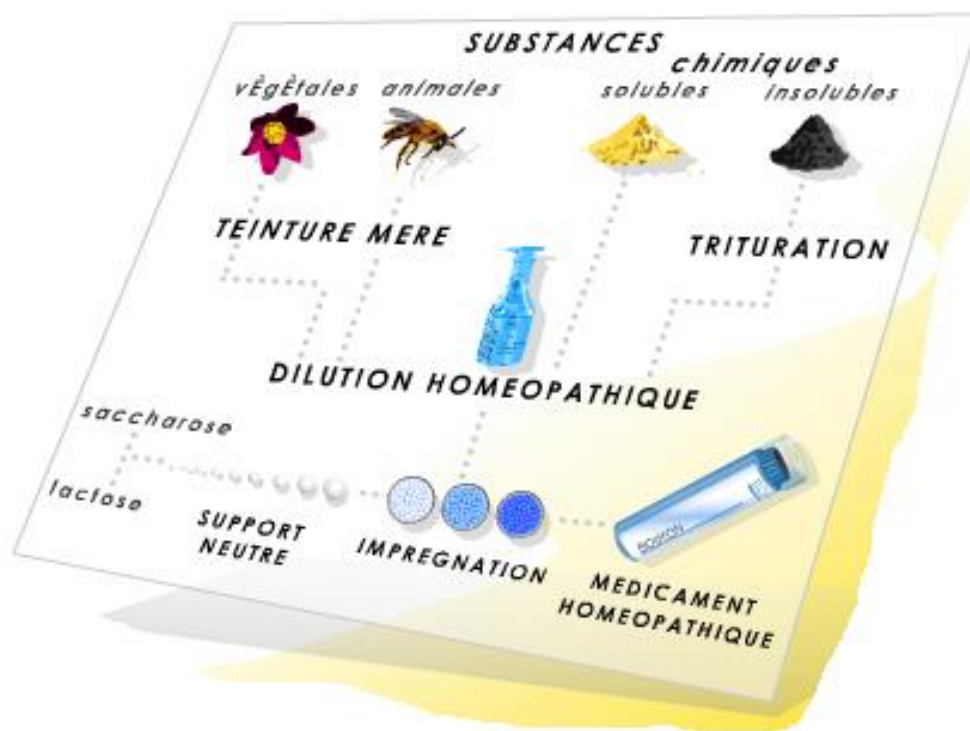


Figure 12 : Fabrication des globules et granules homéopathiques (39)

## 4. Place de l'homéopathie

En 2012, 56% des français affirment avoir déjà consommé des médicaments homéopathiques contre 39% en 2004 et 36% des personnes interrogées se déclarent utilisateurs réguliers.

Le médicament homéopathique est particulièrement apprécié pour son innocuité (reconnue par 39% des interrogés) et son efficacité (19% des interrogés), (40).

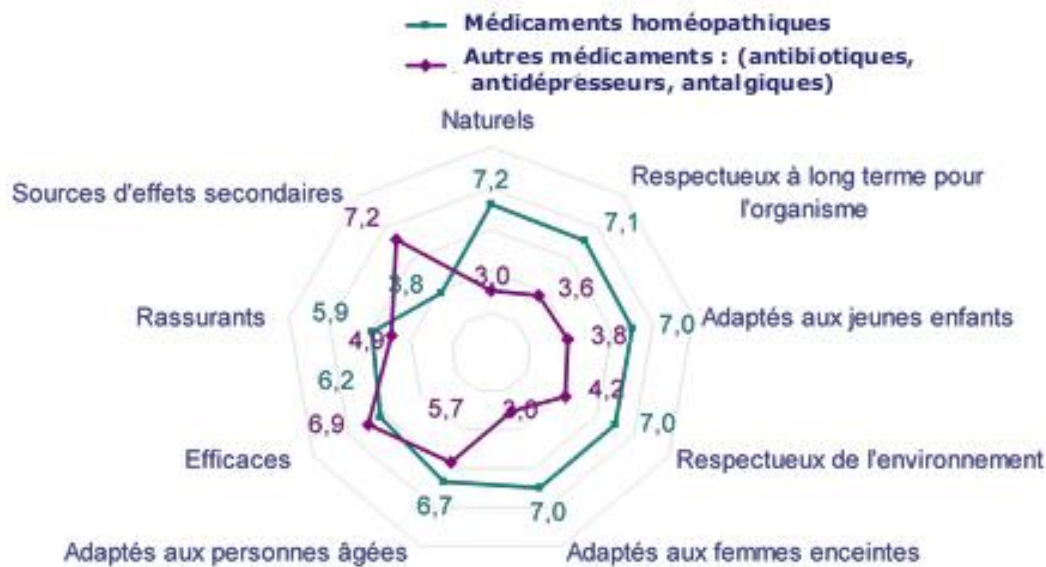


Figure 13 : Note sur 10 accordée aux médicaments homéopathiques et aux autres médicaments par item (40)

L'homéopathie gagne grandement en crédibilité auprès du grand public ces dernières années. D'après la figure 13, on remarque que la note accordée pour l'efficacité des médicaments homéopathiques se rapproche de celle accordée aux autres médicaments : respectivement 6,2 versus 6,9 (40).

#### 4.1. Champs d'utilisation (41)

L'homéopathie est une médecine globale qui peut être utilisée à la fois en préventif et en curatif. Elle peut être utilisée seule ou en association à l'allopathie.

Dans tous les cas, elle a pour but de traiter les malades et non pas seulement la maladie.

Ses indications sont celles de la médecine générale. Il faut noter que dans certaines pathologies le recours à l'homéopathie seule ne doit pas être envisagé :

- les urgences chirurgicales
- les pathologies lésionnelles des systèmes vitaux (insuffisance coronarienne,...)
- les désordres cellulaires (tumeurs malignes,...)
- les maladies infectieuses sévères (méningites,...)

- les états psychiatriques (psychose,...)
- les affections morbides hormonales (diabète insulino-dépendant,...)

L'homéopathie peut cependant être utilisée en tant que thérapie adjuvante aux traitements « standards » de ces pathologies. Ainsi elle est par exemple de plus en plus employée en soin de support en cancérologie par exemple.

L'homéopathie présente de nombreux avantages. Prescrite sur ordonnance ou accessible en vente libre elle n'engendre pas d'effets indésirables et ne présente pas de contre-indications.

Elle trouve notamment sa place dans la prise en charge :

- des pathologies récurrentes (herpes, eczéma, lucite estivale,...),
- des personnes poly-médicamentées (allègement de la prescription allopathique, pas d'effet indésirable, pas de contre-indication,...)
- des mauvais répondeurs sous allopathie (rhinite allergique,...)
- en prévention (état grippal, allergies,...)

Utilisable dès le plus jeune âge, l'homéopathie est donc tout particulièrement indiquée dans les affections ORL et notamment dans la prise en charge de la rhinopharyngite que ce soit pour la prévention des affections récidivantes ou pour la prise en charge des états aigus (41).

## **4.2. Consultations et prescriptions homéopathiques**

### **4.2.1. Interrogatoire et clinique (30,33,35)**

Comme lors de toute consultation, l'objectif principal est d'établir un diagnostic complet. Le médecin doit établir un dialogue avec le patient pour réaliser un véritable « portrait-robot de la maladie ».

L'homéopathe doit ainsi se concentrer sur les réactions du patient, les symptômes concomitants tout autant que sur les signes généraux de la maladie.

Ainsi au cours du diagnostic, tout symptôme est enrichi et prend de la valeur par son association à une sensation, une localisation, des modalités (aggravation ou amélioration), des signes concomitants.

C'est l'application du schéma de « Hering », illustré par la figure 14.

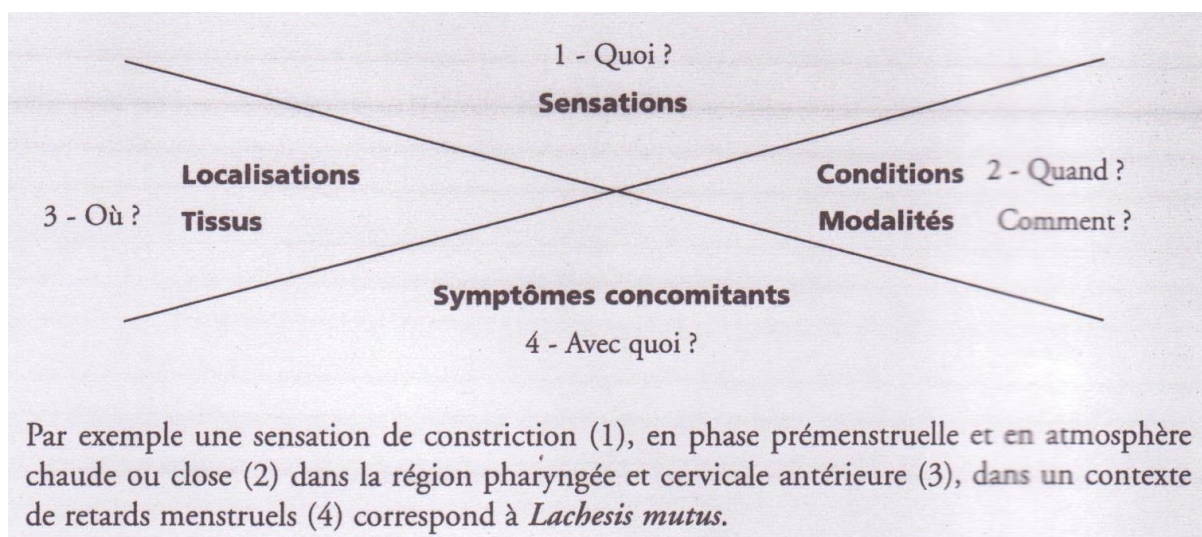


Figure 14 : Schéma de Hering (35)

#### 4.2.2. Choix du médicament (33)

Le choix du médicament est fondé sur la similitude en faisant coïncider la pathogénésie issue de l'expérimentation au tableau symptomatique du patient.

Les basses dilutions (4 et 5 CH) sont utilisées pour des signes locaux, les prises sont répétées et espacées dès l'amélioration.

Les dilutions moyennes (7 et 9 CH) sont prescrites en cas de signes fonctionnels et généraux, la posologie est de 2 à 4 fois par jour.

Enfin, les hautes dilutions (12 à 30 CH) sont réservées aux signes psychiques, nerveux et comportementaux et les prises sont espacées, 1 fois par semaine.

Ainsi en cas de maladie aiguë, les médicaments utilisés sont symptomatiques et fonctionnels. On utilise des dilutions basses ou moyennes en prises répétées tout au long de la journée jusqu'à amélioration.

Lors d'une maladie chronique ou pour une utilisation en prévention, le médecin utilise un traitement de fond avec des moyennes et hautes dilutions. Les prises sont espacées (une prise par semaine, par mois,...).

**TROISIEME PARTIE :**  
**Place de l'homéopathie**

## 1. Méthode

L'objet de ce travail est de faire un état des lieux des connaissances sur les différents traitements de la rhinopharyngite actuellement disponibles sur le marché français afin d'appréhender la place de l'homéopathie dans la prise en charge de cette infection.

L'utilisation de l'homéopathie dans la prise en charge des rhinopharyngites est analysée et comparée à d'autres thérapeutiques couramment utilisées : traitements allopathiques oraux ou locaux, *Echinacea*, et vitamine C.

Le point de départ de cette thèse est une recherche documentaire via les bases de données disponibles sur Internet.

### 1.1. Recherches sur l'homéopathie dans la prise en charge des rhinopharyngites

Dans un premier temps les recherches sont basées sur l'homéopathie dans la prise en charge des rhinopharyngites en général puis sur des publications portant sur les souches les plus largement prescrites ou conseillées dans cette pathologie : *allium cepa*, *belladonna*, *gelsemium sempervirens*, *kalium bichromicum*, *pulsatilla* et *sabadilla*.

La recherche par souche n'a donné aucun résultat. On peut expliquer cela par le fait que l'utilisation de ces souches est issue de la Matière médicale homéopathique, la prescription est individualisée et le plus souvent multiple. Il est donc très difficile de faire des études cliniques sur une souche en particulier.

Nous avons utilisé plusieurs bases de données pour les recherches portant sur l'homéopathie : voir Annexe 1 page 73.

Le tableau 3 regroupe les critères d'inclusion et d'exclusion des publications.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>- articles en français ou en anglais.</li> <li>- études portant sur la rhinopharyngite aigue récurrente ou non, sur les infections respiratoires hautes.</li> <li>- articles postérieurs à 1990</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- articles étudiant l'Engystol®, complexe homéopathique non utilisé en France</li> <li>- rapports de cas ou série de cas</li> </ul>

*Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion*

Nous avons inclus les articles portant sur les infections respiratoires hautes uniquement lorsqu'ils comportaient des cas de rhinopharyngites. Les études non réalisées en France ont été incluses lorsque les souches utilisées étaient celles que l'on retrouve dans la pratique quotidienne française.

Ces recherches ont été complétées par l'analyse des bibliographies des articles identifiés dans la première étape.

## **1.2. Recherches concernant les autres traitements**

Les recherches concernant les autres traitements sont basées uniquement sur des revues qui présentent une synthèse des connaissances sur un sujet donné à un instant « t ». Nous avons concentré nos recherches sur la base de données de la Cochrane Library spécialisée dans le domaine de la santé. Cette bibliothèque en ligne est une des ressources clé de la médecine basée sur les preuves.

Les résultats de cette recherche sont regroupés dans l'annexe 2 page 74.

## 2. Résultats

### 2.1. Allopathie

#### 2.1.1. Ipratropium bromure par voie nasale

Albalawi *et al* (2013) (43)

##### Objectifs:

Déterminer l'effet de l'ipratropium bromure intranasal sur la sévérité des symptômes de la rhinorrhée et de la congestion nasale en cas de rhinopharyngite. Evaluer ses effets indésirables.

##### Méthode :

Cette revue regroupe des études randomisées, versus placebo ou absence de traitement, chez l'adulte et/ou l'enfant à partir de 5 ans.

##### Résultats :

Sept études portant sur 2144 patients ont été analysées. Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant (tableau 4).

Critère évalué	Nombre d'études	Résultats
Rhinorrhée	4	Amélioration, statistiquement significative, dose dépendante
Congestion nasale	4	Pas de différence significative
Amélioration globale	2	Amélioration statistiquement significative
Effets indésirables	7	Augmentation du nombre d'effets indésirables statistiquement significative

Tableau 4 : Résultats pour la revue Albalawi *et al* (2013)

Aucun conflit d'intérêt n'est à noter pour les sept études analysées. Il apparaît peu de biais au sein des études incluses.



### 2.1.2. Combinaison Antihistaminique-décongestionnant par voie orale

De Sutter *et al* (2012) (42)

#### Objectifs :

Evaluer l'efficacité des thérapies combinant antihistaminique et/ou décongestionnant et/ou analgésique dans la réduction de la durée et de l'intensité des symptômes de la rhinopharyngite. Evaluer les rapports bénéfice-risque de ces traitements.

#### Méthode :

Cette revue porte sur des études randomisées, contrôlées ou non, réalisées chez l'adulte et/ou l'enfant. Lorsqu'il existe, le groupe contrôle est soit un placebo, soit une molécule active hors antibiotique.

Quatre combinaisons de traitement sont analysées (tableau 5):

Groupe	Combinaison	Nombres d'études	
1	antihistaminique + décongestionnant	12	14
	antihistaminique + décongestionnant + antitussif	2	
2	antihistaminique + analgésique	2	
3	décongestionnant + analgésique	6	
4	analgésique + décongestionnant + antihistaminique	5	

*Tableau 5 : Combinaisons de traitements analysées*

A noter qu'une des études porte sur 2 combinaisons différentes : un analgésique-décongestionnant pour le jour et un analgésique-antihistaminique pour la nuit. La formule jour est incluse au sein du groupe 3, la formule nuit au sein du groupe 2.

#### Résultats :

Vingt-sept études sont incluses dans cette revue. Les résultats sont présentés dans le tableau 6.

Groupe	Efficacité globale (résultat subjectif)	Amélioration des symptômes		Effets indésirables
		Résultats subjectifs	Résultats objectifs	
1	résultat positif	<b>Obstruction nasale :</b> Effets limités, pertinence clinique ?	<b>Obstruction nasale :</b> Probablement NON	Nombreux
		<b>Rhinorrhée :</b> Effets limités, pertinence clinique ?		
		<b>Eternuements :</b> Effets limités, pertinence clinique ?		
		<b>Toux :</b> Conclusion impossible		
2	résultat positif	<b>Symptômes nasaux et toux :</b> NON		Nombreux
3	résultat positif	<b>Obstruction nasale :</b> Probablement OUI	<b>Obstruction nasale :</b> OUI	Nombreux
		<b>Rhinorrhée :</b> NON		
		<b>Eternuements :</b> NON		
		<b>Toux :</b> NON		
4	résultat positif	<b>Obstruction nasale :</b> OUI		Nombreux
		<b>Rhinorrhée :</b> - OUI chez l'adulte - Résultats équivoques chez l'enfant		
		<b>Eternuements :</b> NON		
		<b>Toux :</b> OUI		

Tableau 6 : Résultats pour la revue De Sutter et al (2012)

Malgré le très grand nombre de médicaments oraux disponibles sur le marché, le nombre d'études portant sur ces combinaisons est limité notamment chez l'enfant.

Les études diffèrent en tous points : définition de la rhinopharyngite, critères d'inclusion et d'exclusion, cadre de l'étude, mode d'infection, critères évalués,... Le pooling des résultats a donc été impossible dans cette revue et les conclusions sont basées sur une évaluation globale des résultats de chaque étude.

La qualité des études est bonne, toutes les combinaisons utilisées sont courantes, les résultats paraissent donc généralisables.

## **2.2. Echinacea**

Linde *et al* (2009) (28)

### Objectifs :

Evaluer, l'efficacité de préparations à base d'*Echinacea* selon les termes suivants :

- efficacité versus absence de traitement
- efficacité versus placebo
- efficacité versus autre traitement en prévention
- efficacité versus autre traitement en curatif

### Méthode :

Cette revue porte uniquement sur des études randomisées, contrôlées et réalisées chez l'adulte et/ou l'enfant. Les études dans lesquelles les épisodes de rhinopharyngites ont été induits artificiellement sont exclues de cette revue.

Un code est utilisé pour classer les résultats (Tableau 7).

+	Les résultats du groupe <i>Echinacea</i> sont significativement meilleurs que ceux du groupe contrôle.
(+)	Les résultats du groupe <i>Echinacea</i> sont meilleurs que ceux du groupe contrôle mais les différences ne sont pas ou pas toujours significatives.
0	Aucune différence entre les deux groupes.
(-)	Le groupe contrôle présente de meilleurs résultats que le groupe <i>Echinacea</i> mais les différences ne sont pas ou pas toujours significatives.
-	Les résultats du groupe contrôle sont significativement meilleurs que ceux du groupe <i>Echinacea</i> .

Tableau 7 : Code utilisé pour le classement des résultats

#### Résultats :

Seize études ont été analysées dans cette revue. Elles regroupent un total de 22 comparaisons entre des préparations à base d'*Echinacea* et des préparations contrôles (19 placebos, 2 absences de traitement, 1 autre traitement de phytothérapie).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau suivant (tableau 8) :

Critère évalué	Nombre d'études	Résultat
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en prévention versus absence de traitement	0	
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en prévention versus placebo	2	0
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en prévention versus autre traitement	0	
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en curatif versus absence de traitement	2	1 étude : (+)
		1 étude : 0
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en curatif versus placebo	16	9 études : +
		1 étude : (+)
		6 études : 0
Efficacité de l' <i>Echinacea</i> en curatif versus autre traitement de phytothérapie ( <i>Andrographis paniculata</i> + <i>Eleutherococcus senticosus</i> )	1	-

Tableau 8 : Résultats pour la revue Linde et al (2006)

Les auteurs se sont également intéressés aux effets indésirables rapportés dans les différentes études. Ils concluent qu'ils sont rares, mineurs et la plupart du temps similaires à ceux rencontrés dans le groupe placebo.

Les résultats qui découlent de cette revue ne sont pas simples à interpréter et ce pour plusieurs raisons :

- les préparations d'*Echinacea* testées dans les différentes études incluses sont très hétérogènes
- il existe quelques études non publiées dans le domaine. Ces études pourraient comporter des résultats négatifs
- la plupart des études incluses montrent des résultats clairement négatifs ou au contraire clairement positifs (présence de biais ?, manque d'étude en aveugle ?,...)

### **2.3. Vitamine C**

Hemilä *et al* (2013) (29)

#### Objectifs :

Evaluer l'impact de la vitamine C sur la réduction de l'incidence de la rhinopharyngite ainsi que la durée et la sévérité de ses symptômes, que ce soit par une supplémentation régulière continue ou à l'apparition des premiers symptômes.

#### Méthode :

Cette méta-analyse porte sur des études contrôlées (randomisées ou non), la supplémentation quotidienne doit être supérieure ou égale à 0,2 gramme de vitamine C.

#### Résultats :

Quarante-quatre études ont été analysées dans cette méta-analyse. Elles regroupent un total de 66 comparaisons entre groupe vitamine C et groupe placebo.

Les résultats sont synthétisés dans le tableau suivant (tableau 9) :

PREVENTION	
Critère évalué	Résultats
Incidence des rhinopharyngites	Population générale et sportifs : Pas de différence versus placebo.
Diminution de la durée des symptômes	Statistiquement significative pour le groupe vitamine C versus placebo
Diminution de la sévérité des symptômes	Statistiquement significative pour le groupe vitamine C versus placebo
CURATIF	
Critère évalué	Résultat
Diminution de la durée des symptômes	Pas de différence versus placebo. Dose unique de 8 grammes immédiatement à l'instauration des symptômes pourrait être efficace (nécessite nouvelles études)
Diminution de la sévérité des symptômes	Pas de différence versus placebo

*Tableau 9 : Résultats pour la méta-analyse Hamilä et al (2013)*

Les auteurs se sont également intéressés aux effets indésirables rapportés dans les différentes études. Ils concluent qu'ils sont mineurs et qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative versus placebo dans la survenue de ces effets indésirables.

Cette méta-analyse regroupe des résultats significativement hétérogènes. Ceci pourrait indiquer que la vitamine C présente des effets positifs sur la rhinopharyngite sous certaines conditions.

Une supplémentation régulière en vitamine C supérieure à 0,2 gramme par jour semble bénéfique pour réduire la durée et la sévérité des symptômes de manière statistiquement significative. Cependant les auteurs précisent que ces résultats n'ont pas forcément de pertinence dans la pratique quotidienne et se demandent si le bénéfice justifie une supplémentation à long terme.

## **2.4. Homéopathie**

Cinq études ont été incluses pour cette analyse. Un résumé de ces études, classées par ordre chronologique, est disponible en Annexe 3 page 75.

### **2.4.1. Etude N°1**

Trichard *et al.* (2004) (44)

Objectifs : Comparer les stratégies homéopathiques et non-homéopathiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite de l'enfant en termes d'efficacité médicale, de qualité de vie et de coûts.

Méthode : Cette étude, réalisée en France entre septembre 1999 et mars 2000, porte sur des enfants de 18 mois à 4 ans ayant des antécédents de rhinopharyngite.

L'étude est prospective. Les enfants sont divisés en deux groupes :

- groupe H : prise en charge homéopathique - suivi par un médecin homéopathe
- groupe C : prise en charge « conventionnelle » - suivi par un médecin non-homéopathe

Résultats : Les résultats, reportés dans le tableau 10, portent sur 499 enfants suivis durant une période de six mois (les médecins et les parents des patients décident de la fréquence des consultations).

Critère évalué	Résultats
<i>EFFICACITE MEDICALE</i>	
Nombre total d'épisodes de rhinopharyngites	Significativement inférieur dans le groupe H
Nombre total de complications	Pas de différence entre les deux groupes
Nombre moyen de complications	Significativement inférieur dans le groupe H
Nombre de patients présentant des effets indésirables	Pas de différence entre les deux groupes
<i>COÛTS MEDICAUX DIRECTS ET INDIRECTS ENGENDRES</i>	
Coûts totaux pour la sécurité sociale	Pas de différence entre les deux groupes
Coûts des consultations et examens complémentaires	Significativement inférieur dans le groupe H
Coût total à la charge du patient ou de sa complémentaire santé	Significativement inférieur dans le groupe C
Coûts des consultations et examens complémentaires à la charge du patient ou de sa complémentaire santé	Pas de différence entre les deux groupes
Coût total pour la société	Significativement inférieur dans le groupe C
Nombre d'absence des parents au travail pour s'occuper d'un enfant malade	Significativement inférieur dans le groupe H
Durée des absences des parents au travail	Pas de différence entre les deux groupes
<i>QUALITE DE VIE DES PARENTS</i>	
Score obtenu au test Par-Ent-Qol®	Significativement supérieur dans le groupe C

NB : plus le score au Par-Ent-Qol® est élevé, plus la qualité de vie est faible

Tableau 10 : Résultats pour l'étude Trichard et al (2004)

Les auteurs concluent que :

- le traitement homéopathique s'accompagne de meilleurs résultats en terme d'efficacité médicale et de qualité de vie pour les parents. Il n'y a pas de différence en termes d'effets indésirables entre les deux groupes.

- le coût global pour l'assurance maladie est comparable dans les deux groupes



- le coût global pour le patient et/ou sa complémentaire santé est plus élevé dans le groupe recevant une prise en charge homéopathique. Ceci peut s'expliquer par le fait que beaucoup de médecins homéopathes français exercent en secteur 2. Mais aussi par le fait qu'un certain pourcentage de médicaments homéopathiques prescrits au cours de cette étude n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Commentaires : l'étude de Trichard *et al*, est observationnelle et prospective. Elle compare donc de manière très pragmatique deux prises en charge différentes de la même pathologie. Néanmoins cette étude comporte de nombreux biais.

Tout d'abord elle fait intervenir deux groupes de médecins, homéopathes et non – homéopathes, choisis de manière randomisée grâce à deux sources différentes. Ces deux groupes sont comparables en termes de région d'exercice et de sexe. Il y a significativement plus de médecins homéopathes affiliés au secteur 2.

Deuxièmement, il y a des différences entre les enfants des deux groupes. En effet, les enfants suivis par les médecins non homéopathes sont plus exposés au tabagisme passif que les autres, ils reçoivent également moins de traitements préventifs. Les médecins homéopathes voient également plus d'enfants de parents ayant un statut socio-professionnel élevé.

Il est à noter que M. Trichard travaillait aux Laboratoires Boiron en 2004.

#### **2.4.2. Etude N°2**

Steinsbekk *et al* (2005) (45)

Objectifs : Evaluer l'efficacité des traitements homéopathiques individualisés dans la prévention des infections respiratoires hautes chez l'enfant.

Méthode : Cette étude norvégienne prospective porte sur des enfants, de moins de 10 ans, randomisés en deux groupes:

- groupe H « homéopathie » : rendez-vous immédiat chez un homéopathe après l'inclusion
- groupe ø « liste-d'attente » : rendez-vous chez l'homéopathe 12 semaines après l'inclusion

Tous les participants ont le droit d'utiliser à n'importe quel moment d'autres traitements excepté les traitements homéopathiques.

Résultats : Les résultats, reportés dans le tableau 11, portent sur 142 enfants suivis durant deux périodes : de septembre 2002 à juin 2003 et de janvier à juin 2004.

Critères évalués	Résultats : différence entre le groupe H et le groupe Ø
Médiane du « total symptom score » calculé sur 12 semaines	Différence statistiquement significative en faveur du groupe H (p= 0,026)
Nombre médian de jours durant lesquels les enfants présentent des symptômes d'infection respiratoire haute	Différence statistiquement significative en faveur du groupe H (p= 0,006)
Nombre d'enfants présentant une infection respiratoire haute	Significativement inférieur dans le groupe H (p=0,016)
Nombre d'enfants ayant reçu un traitement antibiotique	Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes
Nombre d'enfants ayant reçu un traitement antipyrétiques/analgésiques	Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes
Nombre d'enfants ayant consulté un médecin	Pas de différence e statistiquement significative entre les deux groupes
Nombre d'enfants ayant un parent absent du travail	Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes

*Tableau 11 : Résultats pour l'étude Steinsbekk et al (2005)*

Les auteurs concluent que la prise en charge homéopathique avec un traitement individualisé montre des bénéfices cliniques statistiquement significatifs dans la prévention des infections respiratoires hautes.

Commentaires : Les deux groupes de cette étude sont comparables (démographiquement et de par leur histoire médicale). La puissance de l'étude a été calculée à 80% avec un risque alpha de 5% pour un effectif minimal de 63 enfants par groupe. Les effectifs atteints sont supérieurs : 68 enfants pour le groupe homéopathie et 74 pour le groupe liste d'attente.

Les résultats des deux principaux critères évalués sont présentés sous forme de médianes. Il est légitime de se demander si ces résultats ont une réelle pertinence. En effet, une même

médiane peut correspondre à une distribution de valeurs très disparate : dans cette étude, nous n'avons aucune idée de l'étendue des valeurs. Pour être plus précis ces résultats pourraient être complétés par d'autres valeurs statistiques : étendue des valeurs, caractère de la distribution (uni ou multimodale,...)

Cette étude est le reflet de la vie réelle et de la prise en charge que les enfants et leurs parents peuvent attendre d'une consultation homéopathique.

N'étant pas réalisée de manière aveugle, des biais peuvent être attendus au moment du scoring.

Afin de limiter les biais dus à l'absence de double aveugle, les formulaires remplis par les parents ont été retournés directement aux équipes de recherches et non aux médecins.

### **2.4.3. Etude N°3**

Steinsbekk *et al* (2005) (46)

Objectifs : Evaluer l'efficacité d'un traitement homéopathique choisi parmi les 3 souches les plus prescrites par les homéopathes norvégiens versus placebo dans la prévention des infections respiratoires hautes chez l'enfant.

Méthode : Cette étude norvégienne, prospective, randomisée, en double aveugle, en intention de traiter et versus placebo, porte sur des enfants de moins de 10 ans.

Trois souches sont utilisées en dilution 30CH pour cette étude : *Calcarea carbonica*, *Pulsatilla* et *Sulphur*. Les enfants sont randomisés et reçoivent soit la souche homéopathique (groupe H) soit un placebo (groupe C). La posologie est la même pour tous les enfants : 2 comprimés deux fois par jour pendant 12 semaines. En cas d'épisodes aigus, les enfants reçoivent en plus un comprimé toutes les heures.

Tous les participants ont le droit d'utiliser à n'importe quel moment d'autres traitements excepté des traitements homéopathiques.

Résultats : Les résultats (tableau 12) portent sur 199 enfants. L'étude s'étend sur deux périodes hivernales : de septembre 2002 à juin 2003 et de janvier à juin 2004.

Critères évalués	Résultats : différence entre le groupe H et le groupe C
Médiane du « daily symptom score »	Pas de différence statistiquement significative
Nombre médian de jours où les enfants présentent des symptômes d'infection respiratoire haute	Pas de différence statistiquement significative
Nombre médian d'épisodes d'infection respiratoire haute ayant perduré 3 jours ou plus	Pas de différence statistiquement significative
Nombre d'enfants présentant une infection respiratoire haute	Pas de différence statistiquement significative
Nombre d'enfants sous antibiotiques	Pas de différence statistiquement significative
Nombre d'enfants sous antipyrétiques/analgésiques	Pas de différence statistiquement significative
Nombre d'enfants ayant consultés un médecin	Pas de différence statistiquement significative
Nombre d'enfant ayant un parent absent du travail	Pas de différence statistiquement significative

Tableau 12 : Résultats pour l'étude Steinsbekk et al (2005)

Les auteurs concluent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre le groupe homéopathie et le groupe placebo. Les « symptom score », l'utilisation d'antibiotiques et d'analgésiques, le nombre d'effets indésirables sont similaires au sein des deux groupes.

Commentaires : Les deux groupes de cette étude sont comparables (démographiquement et de par leur histoire médicale). La puissance de l'étude a été calculée à 80% avec un risque alpha de 5% pour un effectif minimal de 63 enfants par groupe. Les effectifs atteints sont supérieurs : 97 enfants pour le groupe homéopathie et 102 pour le groupe placebo.

Cette étude nous amène à la même réflexion que l'étude précédente Steinsbekk *et al* (2005) (45) concernant les résultats présentés sous forme de médiane.

Au cours de cette étude, ce sont les parents qui choisissent le traitement de leurs enfants parmi les trois souches proposées et grâce à un document décrivant exhaustivement les indications de chaque souche. Le processus de la consultation homéopathique ne rentre donc pas en jeu dans les résultats de cette étude, seule l'efficacité intrinsèque du médicament homéopathique est observée. Cette étude n'est toutefois pas totalement déconnectée des prescriptions homéopathiques. En effet, les trois souches proposées sont celles utilisées à 60% dans les infections respiratoires hautes de l'enfant et une précédente étude menée par Steinsbekk et al en 2004 montre que la plupart du temps les parents choisissent les mêmes souches que les homéopathes.

Outre le choix des souches utilisées, on peut également se demander si la dilution et si la posologie choisie sont pertinentes.

#### **2.4.4. Etude N°4**

Trichard et al (2005) (47)

Objectifs : Comparer en termes d'efficacité médicale, de qualité de vie et de coût deux stratégies thérapeutiques différentes dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë de l'enfant : stratégie homéopathique versus stratégie antibiotique.

Méthode : Cette étude est non randomisée et rétrospective. Elle porte sur des enfants âgés de 18 mois à 4 ans inclus dans une précédente étude réalisée en France (Vainchtock 2002).

Deux groupes différents sont définis :

- le groupe H ayant reçu au moins un traitement homéopathique et aucun antibiotique
- le groupe A ayant reçu au moins un antibiotique et aucun traitement homéopathique

Dans les deux groupes, les patients ont pu se voir prescrire d'autres médicaments.

Résultats : Cette étude, réalisée sur 6 mois, analyse les résultats de 431 enfants. Le suivi de chaque patient est déterminé par les médecins.

Les résultats sont présentés ci-dessous (tableau 13).

Critère évalué	Résultats
<i>EFFICACITE MEDICALE</i>	
Nombre d'épisodes aigus de rhinopharyngite	Significativement inférieur dans le groupe H
Nombre de complications	Significativement inférieur dans le groupe H
Nombre de consultations intermédiaires	Significativement inférieur dans le groupe H
Nombre de patients présentant des effets indésirables	Pas de différence entre les deux groupes
<i>COÛTS MEDICAUX DIRECTS ET INDIRECTS ENGENDRES</i>	
Coûts directs totaux pour la sécurité sociale	Significativement inférieur dans le groupe H
Coûts pour la sécurité sociale dus aux médicaments et aux examens complémentaires	Pas de différence entre les deux groupes
Coûts pour la sécurité sociale dus aux consultations	Significativement inférieur dans le groupe H
Coûts médicaux directs totaux pour le patient	Significativement inférieur dans le groupe A
Nombre de jours d'absence des parents au travail pour s'occuper d'un enfant malade	Significativement inférieur dans le groupe H
Durée des absences des parents au travail	Pas de différence entre les deux groupes
<i>QUALITE DE VIE DES PARENTS</i>	
Score obtenu au test Par-Ent-Qol®	Significativement supérieur dans le groupe C

NB : plus le score au Par-Ent-Qol® est élevé, plus la qualité de vie est faible

*Tableau 13 : Résultats pour l'étude Trichard et al (2005)*

Les auteurs concluent que :

- la stratégie « homéopathie » est globalement plus efficace que la stratégie « antibiotique »
- la qualité de vie est significativement meilleure dans le groupe homéopathie
- les coûts médicaux directs pour la sécurité sociale sont globalement moins importants pour la stratégie homéopathique par contre ceux à la charge du patient

sont inférieurs pour la stratégie « antibiotique ». Ce résultat nous amène à la même réflexion que l'étude précédente du même auteur : Trichard *et al.* (2004) (44).

Commentaires : Cette étude reflète bien la prise en charge homéopathique quotidienne mais comporte des limites importantes. D'une part, on note que les deux groupes de patients pouvaient recevoir d'autres médicaments. Aucune statistique qualitative et quantitative n'est proposée sur ce point. D'autre part il existe des différences entre les deux groupes notamment en termes de critères cliniques (nombre de traitements préventifs, complications,...) et de culture, de style de vie (mode de garde des enfants, tabagisme passif,...). Malgré ces différences, les experts en statistique ont conclu que les deux groupes étaient comparables.

Cette étude est également rétrospective, elle n'avait pas été prévue au départ. Elle n'est pas randomisée, et le fait qu'il y ait des différences entre les deux groupes a pu influencer les résultats.

Il faut également noter que le principal auteur travaillait à l'époque pour les Laboratoires Boiron.

#### **2.4.5. Etude N°5**

Haidvogel et al (2007) (48)

Objectifs : Etudier l'efficacité de l'homéopathie versus celle des traitements conventionnels dans les troubles respiratoires aigus.

Méthode : Cette étude internationale prospective porte sur des patients âgés de plus d'un mois. Les patients sont randomisés en deux groupes :

- traitement homéopathique (groupe H)
- traitement conventionnel (groupe C)

Le traitement homéopathique est individualisé, un total de 62 médicaments différents ont été prescrits. Pour la stratégie conventionnelle, 190 médicaments différents ont été utilisés, la plupart d'entre eux sont des antibiotiques, suivis par les préparations nasales et les analgésiques.

Résultats : Les résultats de 1577 patients sont analysés, et présentés ci-dessous (tableau 14).

Critère évalué	Résultats
% de patients complètement guéris ou présentant une nette amélioration après : - 7 jours - 14 jours - 28 jours	Pas de différence entre les deux groupes
% de patients complètement guéris ou présentant une nette amélioration pendant la première semaine	Significativement plus important dans le groupe H que ce soit pour les enfants ou les adultes
% de patients présentant des effets indésirables	Enfants : pas de différences entre les deux groupes Adultes : significativement plus important dans le groupe C
Satisfaction des patients	Pas de différence entre les deux groupes

*Tableau 14 : Résultats pour l'étude Haidvogl et al (2007)*

Les auteurs concluent que la stratégie homéopathique n'est pas inférieure aux traitements conventionnels dans la prise en charge des troubles respiratoires aigus, elle semble plus bénéfique pour les enfants que pour les adultes.

Commentaires : Cette étude comporte plusieurs biais.

Il existe des différences démographiques au sein des deux groupes (plus d'enfants et indice de masse corporelle moins important dans le groupe homéopathie) et des différences en termes de symptomatologie initiale. Ces différences sont faibles.

Les patients ne sont pas randomisés et les principaux critères d'étude sont jugés par les patients eux-mêmes. Néanmoins les formulaires remplis par les patients ne sont pas collectés par les médecins (risque d'influencer les résultats de l'étude) mais par des personnes extérieures.



Les traitements concomitants sont acceptés. L'utilisation de traitements concomitants est quantitativement identique dans les deux groupes. Aucune donnée qualitative n'est disponible.

### **3. Discussion**

Les rhinopharyngites sont le plus souvent d'origine virale, elles guérissent spontanément en quelques jours.

Les traitements conventionnels (antihistaminiques, vasoconstricteurs, analgésiques) offrent plusieurs possibilités avec des prises par voie orale ou locale. Ces traitements semblent bénéfiques notamment chez l'adolescent et l'adulte. Cependant ils présentent de nombreux effets indésirables. Les deux revues analysées (42,43) font part de l'existence de ces effets indésirables.

En 2008, la revue Prescrire a fait un point sur l'utilisation des vasoconstricteurs dans la prise en charge de la rhinopharyngite (49). Les auteurs indiquent qu'il vaut mieux « éviter les médicaments associant plusieurs substances qui multiplient les risques d'effets indésirables sans gain d'efficacité ». Il est également rappelé que les médicaments oraux ou locaux contenant des vasoconstricteurs peuvent être à l'origine de graves effets indésirables, notamment des accidents vasculaires cérébraux. Les médicaments à base d'antihistaminiques ne sont quant à eux pas en reste et peuvent provoquer des effets atropiniques à type de sécheresse des muqueuses, constipation, confusion,... ainsi qu'une somnolence pour certains. En 2011, l'AFSSAPS met elle aussi en garde les patients vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de ces traitements (1).

Ainsi les traitements dits conventionnels exposeraient à des effets indésirables inacceptables au vue de la bénignité des symptômes d'une rhinopharyngite.

De plus il faut noter que ces médicaments ne peuvent pas être utilisés dans toute la population. Des contre-indications existent pour le jeune enfant, la femme enceinte ou allaitante, les personnes poly-médicamentées.

Mais alors, les autres thérapeutiques apportent-elle une réelle alternative efficace et sans danger ?

D'après la revue de Linde *et al* publiée en 2009 (28), il existe des preuves de l'efficacité de certaines préparations à base de parties aériennes d'*Echinacea purpurea* dans le traitement précoce de la rhinopharyngite chez l'adulte. Cependant de nouvelles études réalisées avec des préparations standardisées de plante seraient nécessaires afin d'apporter plus de preuves.

Les préparations à base d'Echinacea semblent bien tolérées. La German Drug Regulatory Authority recommande néanmoins par principe de précaution de limiter l'utilisation de préparations à base d'Echinacea à une période inférieure à 8 semaines (28). Concernant les effets indésirables, des réactions allergiques ne sont pas à exclure.

En prévention, l'Echinacea ne semble pas plus efficace qu'un placebo (28).

En ce qui concerne la vitamine C, il n'y a pas de preuve de son efficacité en curatif (29). Prise en prévention elle permettrait de diminuer la durée et la sévérité des symptômes mais la pertinence clinique des résultats est remise en cause : la vitamine C permettrait de réduire de seulement quelques heures la durée des symptômes par exemple.

L'utilité d'une supplémentation à long terme dans la population générale reste donc entièrement discutable. Une telle supplémentation paraît plus bénéfique chez certaines populations en situation de stress (sportifs de haut niveau, exposition à des conditions extrêmes,...) (29).

La vitamine C est par contre associée à une très bonne sécurité en ne présentant pas d'effet indésirable particulier.

Les résultats concernant les préparations à base d'Echinacea ou de vitamine C présentent moins de risques que les traitements conventionnels mais leur efficacité est encore très discutée.

L'homéopathie est-elle la solution alternative pour la prise en charge de la rhinopharyngite ?

Au cours de ce travail nous avons été amenés à décrypter cinq études. Il est difficile d'évaluer l'efficacité clinique de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë. En effet, les études sont peu nombreuses et très hétérogènes pour conclure sur ce critère d'évaluation.

Cependant on peut noter que l'homéopathie ne présente pas d'effet indésirable contrairement aux médicaments allopathiques.

La qualité de vie semble meilleure chez les patients traités par homéopathie (44,47). Ce résultat est à interpréter avec précaution car les deux études concernées étant non randomisées, les populations comparées ne sont pas forcément identiques (environnement culturel, social et économique différent).

Enfin le coût à la charge du patient et/ou de la complémentaire santé apparaît plus important suite à une prise en charge homéopathique (44,47). Ce résultat est également à nuancer. De plus en plus de spécialités allopathiques pour la prise en charge de la rhinopharyngite sont déremboursées et une grande partie des patients viennent directement chercher conseil auprès du pharmacien sans passer par une consultation médicale. Dans les deux cas, avec ou sans prescription, les médicaments OTC (Over The Counter) ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

Il existe très peu d'études publiées dans le domaine de la rhinopharyngite en homéopathie. Les études sont très hétérogènes en termes de critères évalués, et surtout de cadre d'étude (prospective ou non, randomisées ou non, en double aveugle ou non, versus placebo/traitements conventionnels...). Il est donc difficile de les comparer.

Ce manque d'études peut s'expliquer par le fait de la difficulté de mettre en œuvre des études cliniques dans le domaine de l'homéopathie.

De nos jours, la médecine est basée sur les preuves. Toute stratégie thérapeutique, qu'elle soit médicamenteuse ou non, doit être validée scientifiquement. C'est l'Evidence-Based Medicine (EBM) ou « médecine basée sur les preuves ». En pratique, pour la mise sur le marché d'un médicament, on attend des études cliniques rigoureuses prospectives, contrôlées, en double aveugle, ... bref des analyses chiffrées pointues et censées être neutres dans leur interprétation.

Ces études sont difficiles à mettre en œuvre dans le domaine de l'homéopathie. L'homéopathie est une thérapeutique particulière qui traite un symptôme, une maladie tout en prenant en compte l'individu dans sa totalité. Or chaque individu est unique : les environnements sont différents, l'évolution de la maladie dans le temps est différente et il est bien souvent nécessaire de faire succéder les médicaments homéopathiques au cours d'un épisode de rhinopharyngite.

Dans ce contexte, il est compréhensible qu'il est difficile de mener une étude standardisée, randomisée, en aveugle où tous les individus sont pris en charge de manière identique et anonyme.

Malgré le manque de preuves définitives sur son efficacité clinique, les médicaments homéopathiques peuvent être une bonne alternative dans la prise en charge des rhinopharyngites aiguës : dénués d'effets indésirables, utilisables dès le plus jeune âge, chez la femme enceinte, la femme allaitante, la personne poly-médicamentée, sur prescriptions ou en vente libre à l'officine, ils peuvent être utilisés en préventif comme en curatif.

**THESE SOUTENUE PAR** : Carole FONTAINE

**TITRE** : Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ? Etat des lieux en 2013

## **CONCLUSION**

La rhinopharyngite aiguë est une pathologie très fréquente en France. Le plus souvent hivernale, elle affecte toutes les tranches d'âge et toutes les catégories de la population. Bénigne et évoluant spontanément vers la guérison en quelques jours, elle reste, en 2013, un problème de santé publique majeur.

Le marché du médicament français regorge de médicaments pour la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë. Sur prescription ou en vente libre, ces médicaments n'ont pas tous montré leur efficacité ni leur innocuité. On assiste également, encore trop souvent, à un mésusage de l'antibiothérapie pourtant inutile contre cette pathologie d'origine virale.

Face à l'efficacité relative des médicaments conventionnels allopathiques, à leur balance bénéfice-risque souvent bien négative, à leurs contre-indications, face aux doutes quant à l'efficacité de médicaments alternatifs comme l'*Echinacea* ou la vitamine C, ce travail tente d'évaluer la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë grâce à une analyse critique de la littérature.

Au cours de ce travail nous avons analysé les données actuelles sur l'efficacité, l'innocuité, le coût, de différents médicaments utilisés en prévention ou en curatif dans la rhinopharyngite aiguë (combinaisons de décongestionnant-antihistaminiques par voie orale, décongestionnant par voie locale, préparation à base d'*Echinacea*, vitamine C et homéopathie).

A ce jour il est difficile de répondre précisément à la question posée par ce travail en se basant uniquement sur une démarche type EBM : si l'efficacité clinique de l'homéopathie

dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë existe bien, les preuves de cette efficacité manquent encore. En prenant en compte les résultats disponibles et en étudiant la Matière médicale, on peut conclure que l'homéopathie a sa place dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë. Tous les médicaments non homéopathiques disponibles sur le marché dans ce domaine n'ont pas prouvés leur efficacité clinique. Certains sont associés à de nombreux effets indésirables. L'homéopathie représente une alternative dont la balance bénéfice risque est très favorable, sans engendrer de surcoût pour le patient et la société. Elle représente une alternative encore plus favorable pour la prise en charge de la rhinopharyngite chez certaines catégories de la population : enfants, femmes enceintes ou allaitantes, personnes polymédicamentées,...

Disponible avec ou sans prescription, en doses globules ou en tubes de granules ou sous forme de spécialités, l'homéopathie offre un large choix dans la prise en charge de la rhinopharyngite et permet ainsi de s'adapter à chaque individu.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/2/2014

LE DOYEN



Professeur Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

A handwritten signature in blue ink, followed by the date 'le 19/02/2014' written in blue ink.

Docteur Marie JOYEUX-FAURE

## BIBLIOGRAPHIE

1. AFSSAPS. Information pour les patients - Rappel sur le bon usage des médicaments vasoconstricteurs utilisés dans le rhume. 2011 [consulté le 20 août 2013]. Disponible en ligne: <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Decongestionnants-de-la-sphere-ORL-renfermant-un-vasoconstricteur-administres-par-voie-orale-ou-nasale-information-importante-sur-la-securite-d-emploi-et-l-usage-Point-d-information>
2. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. Anatomie pour les étudiants. Issy les moulineaux : Elsevier; 2006.
3. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. Maladies Infectieuses et Tropicales. 23<sup>ème</sup> ed. Paris: Vivactis plus; 2012.
4. Toubiana L, Clarisse T, N'Guyen TT, Landais P. Observatoire Hivern@le – KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. 2009 [consulté le 12 juin 2013]. Disponible en ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2009/01/beh\\_01\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/01/beh_01_2009.pdf)
5. Gilain L, Guichard C. Rhinites aiguës. Oto-Rhino-Laryngol. 1998;([20-335-A-10]):1-8.
6. Mauffrey V. Rhinopharyngite aiguë en médecine générale : pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses ? Etude qualitative explorant les motifs de cette surprescription et les remèdes proposés par les médecins. 2012 [consulté le 11 juin 2013]. Disponible en ligne : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2012\\_MAUFFREY\\_VIOLAINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_MAUFFREY_VIOLAINE.pdf)
7. Loyd V. Colds and Cough. Int J Pharm Compd. 2012;16(6):480-3.
8. West JV. Acute upper airway infections. Br Med Bull. 2002;61:215-30.
9. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:CD001364.
10. Male D, Brostoff J, Roth DB, Roitt IM. Immunologie. 7<sup>ème</sup> ed. Issy-les-moulineaux: Elsevier; 2007.
11. Ayache D, Bonfils P. ORL. 4<sup>ème</sup> ed. Paris: MED-LINE; 2006.
12. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. 2005 [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible en ligne : [http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/irh\\_reco.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/irh_reco.pdf)
13. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. Arch Intern Med. 2009 Jan 12;169(1):62-7.

14. Turner RB. The treatment of rhinovirus infections: progress and potential. *Antiviral Res.* 2001 Jan;49(1):1–14.
15. Collège Français d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale. *ORL*. 2<sup>ème</sup> ed. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
16. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, Hickner JM, Hoffman JR, Sande MA, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults: background. *Ann Intern Med.* 2001 Mar 20;134(6):490–4.
17. Brink AJ, Cotton MF, Feldman C, Geffen L, Henderson W, Hockman MH, et al. Guideline for the management of upper respiratory tract infections. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 2004 Jun;94(6 Pt 2):475–83.
18. Benzakin S. *ORL*. 1<sup>ère</sup> ed. Paris: Maloine; 2011.
19. HAS. Elaboration de recommandations de bonne pratique. 2010 [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible en ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/bat\\_fs\\_redaction\\_rpc\\_cv\\_050111.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/bat_fs_redaction_rpc_cv_050111.pdf)
20. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant, recommandations. 2011 [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible en ligne: <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
21. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Questions d'économie de santé. 2003 Aug. Report No.: 70.
22. SFORL. Utilisation des vasoconstricteurs en rhinologie. 2011 [consulté le 10 juillet 2013] Disponible en ligne : <http://www.orlfrance.org/article.php?id=20>
23. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses- Rhinopharyngite aiguë. 1999 [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible en ligne : <http://www.unaformec.org/lemantibio/recos/rhincomp.pdf>
24. Le moniteur des pharmaciens. Rhume, toux et maux de gorge. Cahier 2 du n°2952.13 octobre 2012.
25. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. *Pharmacologie et matière médicale homéopathique*. 3<sup>ème</sup> ed. Paris: CEDH; 2003.
26. Vannier L, Poirier J. *Précis de matière médicale homéopathique*. 8<sup>ème</sup> ed. Paris: CEDH; 1962.
27. Jouanny J, Crapane J., Dancer H, Masson J. *Thérapeutique homéopathique, TOME1 possibilité en pathologie aiguë*. 3<sup>ème</sup> ed. Paris: CDEH; 2000.
28. Linde K, Barrett B, Wölkart K, Bauer R, Melchart D. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD000530.



29. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD000980.
30. Sarembaud A, Poitevin B. *Homéopathie pratique et bases scientifiques*. 3<sup>ème</sup> ed. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
31. Encyclopédie Larousse en ligne - Hippocrate. [consulté le 27 août 2013]. Disponible en ligne : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hippocrate/123966>
32. Encyclopédie de L'Agora | Hahnemann Samuel. Encyclopédie de L'Agora. [consulté le 27 août 2013]. Disponible en ligne : [http://agora.qc.ca/dossiers/Samuel\\_Hahnemann](http://agora.qc.ca/dossiers/Samuel_Hahnemann)
33. Horvilleur A, Pigeot C-A, Rérolle F. *Homéopathie, connaissances et perspectives*. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
34. Lebartard-Sartre R. *Rapport de la commission d'étude sur l'homéopathie*. 1997 [consulté le 30 août 2013] Disponible en ligne: <http://www.homeopathieurope.org/regulatory-status/national-regulations/france-statutory-regulation-documents/OrdreMedFrahomeopathy.pdf>
35. Guermonprez M. *Homéopathie, principes, clinique, technique*. Paris: CDEH; 2006.
36. Boiron M, Payre-Ficot A. *Homéopathie le conseil au quotidien*. Paris: CDEH; 2005.
37. Jouanny J. *Notions essentielles de thérapeutique homéopathique*. Sainte-Foy-Lès-Lyon: Boiron; 1979.
38. Demarque D. *Termes médicaux homéopathiques*. Neuilly: SNPM; 1976.
39. Boiron. *Un savoir-faire pharmaceutique, vidéo fabrication du médicament, nos process de fabrication*. 2013 [consulté le 27 août 2013]. Disponible en ligne: <http://www.boiron.fr/Boiron/Un-savoir-faire-pharmaceutique>
40. *L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes - Ipsos Marketing*. [consulté le 27 août 2013]. Disponible en ligne : <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/2012-02-23-l-homeopathie-fait-plus-en-plus-d-adeptes>
41. Sarembaud A. *L'homéopathie*. Paris: PUF; 1999.
42. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD004976.
43. AlBalawi ZH, Othman SS, Alfaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6:CD008231.
44. Trichard M, Chaufferin G, Dubreuil C, Nicoloyannis N, Duru G. Effectiveness, Quality of Life, and Cost of Caring for Children in France with Recurrent Acute Rhinopharyngitis Managed by Homeopathic or Non-Homeopathic General Practitioners: A Pragmatic, Prospective Observational Study. *Dis Manag Heal Outcomes.* 2004 [consulté le 2 décembre 2013];12(6):419–27. Disponible en ligne: <http://ideas.repec.org/a/wkh/dmhout/v12y2004i6p419-427.html>

45. Steinsbekk A, Fønnebø V, Lewith G, Bentzen N. Homeopathic care for the prevention of upper respiratory tract infections in children: a pragmatic, randomised, controlled trial comparing individualised homeopathic care and waiting-list controls. *Complement Ther Med*. 2005 Dec;13(4):231–8.
46. Steinsbekk A, Bentzen N, Fønnebø V, Lewith G. Self treatment with one of three self selected, ultramolecular homeopathic medicines for the prevention of upper respiratory tract infections in children. A double-blind randomized placebo controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2005 Apr;59(4):447–55.
47. Trichard M, Chaufferin G, Nicoloyannis N. Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. *Homeopat J Fac Homeopat*. 2005 Jan;94(1):3–9.
48. Haidvogel M, Riley DS, Heger M, Brien S, Jong M, Fischer M, et al. Homeopathic and conventional treatment for acute respiratory and ear complaints: A comparative study on outcome in the primary care setting. *Bmc Complement Altern Med*. 2007 [consulté le 2 décembre 2013];7(1):7. Disponible en ligne : <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/7/7/abstract>
49. Prescrire Rédaction. Rhumes. 2008 Nov;28(301):842–3.
50. Quevauvilliers J, Somogyi A, Fingerhut A. Dictionnaire médical. 6<sup>ème</sup> ed. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2009.

## **GLOSSAIRE (50)**

**Catarrhale** : qui s'accompagne de sécrétions abondantes séromuqueuses

**Dragéification** : méthode d'enrobage des comprimés

**Imperforation choanale** : imperforation des orifices postérieurs des fosses nasales qui s'ouvrent dans le rhinopharynx

**Macération** : opération pharmaceutique qui consiste à soumettre une substance organique à l'action d'un liquide pendant une période plus ou moins longue

**Otorrhée** : écoulement par le méat acoustique externe

**Placebo** : substance dénuée de toute efficacité pharmacologique, mais pouvant agir par un mécanisme psychologique chez certains patients

**Prodrome** : signe ou symptôme indiquant le début d'une maladie

**Randomisation** : méthode utilisant le hasard appliquée aux essais thérapeutiques

**Rhinite** : inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse des fosses nasales

**Rhinorrhée** : écoulement de liquide par le nez

**Spécialité** (pharmaceutique) : Tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et portant une dénomination propre

**Trituration** : Réduction d'une substance en poudre par écrasement dans un mortier

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Détail de la recherche bibliographique pour l'utilisation de l'homéopathie dans les rhinopharyngites

Date de la recherche	Base de données utilisée	Mots clés utilisés	Nombre de résultats	Nombre de références retenues
21/01/2013	Refdoc	homeopat* AND rhinit*	63	1
		homeopat * AND rhinopharyng*	7	2
		homeopat* AND common cold*	16	1
		homeopat* AND rhume*	22	0
		homeopat* AND cough	15	0
		homeopat* AND sore throat	2	0
09/03/13	Refdoc	homeopat* AND cory*	2	1
23/01/13	BDSP (Base de Données en Santé Publique)	homeopat* AND rhinit*	2	1
		homeopat* AND rhinopharyng*	2	0
		homeopat* AND common cold*	1	0
		homeopat* AND rhume*	0	0
		homeopat*AND cory*	0	0
24/01/2013	MEDLINE	homeopat* AND common cold	128	4
		homeopat* AND rhinit*	74	1
		homeopat* AND rhinopharyng*	1	1
		homeopat* AND cough	23	2
		homeopat*AND sore throat	12	3
09/03/13	MEDLINE	homeopat* AND coryz*	3	0
04/02/13	La revue d'homéopathie	Recherche parmi tous les articles		2
19/08/13	Research gate	homeopat* AND common cold	20	1
		homeopat* AND rhinopharyng*	3	2
		homeopath* AND rhinit*	40	1
		homeopat* AND rhume	0	0
		homeopat* AND cough	25	2
		homeopat* AND sore throat	5	1

ANNEXE 2 : Détail de la recherche bibliographique dans la Cochrane Library

COCHRANE LIBRARY consultée le 15/08/2013	
Browse by topic	
Acute respiratory Infection	
Coryza (common cold)	
Sous-groupe treatment	Nombre de références retenues
Complementary medicine	2
Other therapies	6
Sous-groupe prevention	Nombre de références retenues
Other therapies	2

ANNEXE 3 : Résumé des études homéopathiques analysées

N°	Référence et année	Condition (diagnostic)	Type d'étude	Nombre de patients	Type d'intervention	Critères étudiés
1	Trichard et al (2004) (44)	Rhinopharyngite aigue récurrente	Prospective	499 enfants	Stratégie homéopathie versus stratégie allopathique	- efficacité médicale - sécurité - qualité de vie - coûts
2	Steinsbekk et al. (2005) (45)	Infections respiratoires hautes	Prospective Randomisée	142 enfants	Traitement homéopathique préventif individualisé versus absence de traitement	- symptoms scores - utilisation antibiotiques/ analgésiques/antipyrétiques - jours d'absence des parents au travail
3	Steinsbekk et al. (2005) (46)	Infections respiratoires hautes	Prospective Randomisée Double aveugle Versus placebo En intention de traiter	199 enfants	Traitement homéopathique préventif versus placebo	- symptoms scores - utilisation antibiotiques/ analgésiques - effets indésirables
4	Trichard et al	Rhinopharyngite aigue	Rétrospective	431 enfants	Stratégie	- efficacité clinique

	(2005) (47)	récurrente			homéopathie versus stratégie antibiothérapie	- qualité de vie - coûts médicaux directs et indirects
5	Haidvogel et al (2007) (48)	Infections respiratoires hautes	Prospective	1577 patients	Stratégie homéopathie versus stratégie allopathique	- efficacité clinique - satisfaction - effets indésirables



# **Serment de Galien**



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».



## **FONTAINE Carole**

Quelle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France ? Etat des lieux en 2013

### **RESUME**

La rhinopharyngite aiguë est une pathologie très fréquente en France.

Le marché du médicament français regorge de médicaments pour la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë. Sur prescription ou en vente libre, ces médicaments n'ont pas tous montré leur efficacité ni leur innocuité.

Ce mémoire fait un état des lieux des données concernant l'efficacité, l'innocuité et le coût, de différents médicaments utilisés en prévention ou en curatif dans la rhinopharyngite aiguë (combinaisons de décongestionnant-antihistaminiques par voie orale, décongestionnant par voie locale, préparation à base d'*Echinacea*, vitamine C et homéopathie) afin de comprendre qu'elle est la place de l'homéopathie dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë en France

### **MOTS-CLES**

Rhinopharyngite, homéopathie, allopathie, vitamine C, *Echinacea*

### **COMPOSITION DU JURY**

Dr Marie Joyeux-Faure, Docteur en pharmacie et Maître de Conférences en Physiologie-Pharmacologie (Directeur de Thèse)

Dr Béatrice Bellet, Docteur en pharmacie, Professeur Associé en Pharmacie clinique

Dr Corinne Charroin, Docteur en pharmacie

Dr Didier Martinez, Docteur en pharmacie

### **DATE DE LA SOUTENANCE**

10 Mars 2014