

**Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les  
médecins généralistes et les pédiatres suite à  
l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de  
deux ans**

Benjamin Brisson, Gaël Cambon

► **To cite this version:**

Benjamin Brisson, Gaël Cambon. Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les médecins généralistes et les pédiatres suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00864142

**HAL Id: dumas-00864142**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00864142>**

Submitted on 20 Sep 2013

**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>

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER**  
**FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2013

**Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les  
médecins généralistes et les pédiatres suite à l'interdiction  
des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans**

Etude qualitative portant sur quatorze entretiens semi-dirigés

Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine  
(Diplôme d'état)

Benjamin BRISSON, né le 23 avril 1984 à Paris (14e)

&

Gaël CAMBON, né le 15 février 1984 à Tassin la Demi-lune

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble\*

Le 18 septembre 2013

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Pr. Dominique PLANTAZ

Membres : Monsieur le Pr. Christophe PISON

Monsieur le Pr. Christian RIGHINI

Madame le Dr. Isabelle PIN

Monsieur le Dr. Jean-Pierre JACQUET (Directeur de Thèse)

\* La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses, ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE – REANIMATION
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CHIRURGIE GENERALE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
BERGER	François	BIOLOGIE CELLULAIRE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
BONAZ	Bruno	GASTRO- ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE, ADDICTOLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES
BOUILLET	Laurence	MEDECINE INTERNE
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRICAULT	Ivan	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CAHN	Jean-Yves	HEMATOLOGIE
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE, MEDECINE D'URGENCE
CARPENTIER	Patrick	CHIRURGIE VASCULAIRE, MEDECINE VASCULAIRE
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
CHAFFANJON	Philippe	ANATOMIE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE, ET CARDIOVASCULAIRE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE

CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
COHEN	Olivier	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE, PHARMACOLOGIE CLINIQUE
DE GAUDEMARI	Régis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	ADDICTOLOGIE
DEMONGEOT	Jacques	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLAIRE
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE GENERALE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE
FONTAINE	Eric	NUTRITION
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
GARBAN	Frédéric	HEMATOLOGIE, TRANFUSION
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAVAZZI	Gaëtan	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	NUTRITION
HENNEBICQ	Sylviane	GENETIQUE ET PROCREATION
HOFFMANN	Pascale	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	PHYSIOLOGIE

KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
LABARRE	José	DEPARTEMENT DE VEILLE SANITAIRE
LANTUEJOU	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEBEAU	Jacques	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
LEROUX	Dominique	GENETIQUE
LEROY	Vincent	GASTRO- ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE, ADDICTOLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE GENERALE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE
MAITRE	Anne	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE
MERLOZ	Philippe	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
MORO	Elena	NEUROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE, BRULOGIE
PALOMBI	Olivier	ANATOMIE
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLACK	Benoit	HEMATOLOGIE

PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RIGHINI	Christian	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ROMANET	Jean-Paul	OPHTALMOLOGIE
SARAGAGLIA	Dominique	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
SCHWEBEL	Carole	REANIMATION MEDICALE
SERGENT	Fabrice	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SESSA	Carmine	CHIRURGIE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES, MALADIES TROPICALES
STANKE	Françoise	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION
TONETTI	Jérôme	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
WEIL	Georges	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE, ADDICTOLOGIE

## MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

APEL	Florent	OPHTALMOLOGIE
BOISSET	Sandrine	AGENTS INFECTIEUX
BONNETERRE	Vincent	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
BOTTARI	Serge	BIOLOGIE CELLULAIRE
BOUTONNAT	Jean	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUZAT	Pierre	REANIMATION
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BRIOT	Raphaël	THERAPEUTIQUE, MEDECINE D'URGENCE
CALLANAN-WILSON	Mary	HEMATOLOGIE, TRANSFUSION
DERANSART	Colin	PHYSIOLOGIE
DETANTE	Olivier	NEUROLOGIE
DIETERICH	Klaus	GENETIQUE ET PROCREATION
DUMESTRE-PERARD	Chantal	IMMUNOLOGIE
EYSSERIC	Hélène	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
FAURE	Julien	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
GILLOIS	Pierre	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION
GRAND	Sylvie	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GUZUN	Rita	ENDOCRINOLOGIE, DIABETOLOGIE, NUTRITION, EDUCATION THERAPEUTIQUE
LAPORTE	François	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LARDY	Bernard	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LARRAT	Sylvie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	PHYSIOLOGIE
MALLARET	Marie-Reine	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAUBON	Danièle	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MC LEER (FLORIN)	Anne	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION
MOUCHET	Patrick	PHYSIOLOGIE
PACLET	Marie-Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE



PAYSANT	François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PELLETIER	Laurent	BIOLOGIE CELLULAIRE
RAY	Pierre	GENETIQUE
RIALLE	Vincent	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION
ROUX-BUISSON	Nathalie	BIOCHIMIE, TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE
SATRE	Véronique	GENETIQUE
STASIA	Marie-Josée	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TAMISIER	Renaud	PHYSIOLOGIE

## REMERCIEMENTS

---

A **Monsieur le Professeur Dominique PLANTAZ** pour avoir accepté de présider ce jury. Nous vous présentons nos sincères remerciements et notre plus profond respect.

A **Monsieur le Professeur Christophe PISON** pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A **Monsieur le Professeur Christian RIGHINI** pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A **Madame le Docteur Isabelle PIN** pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Jean-Pierre Jacquet** pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour vos conseils et votre soutien dans la réalisation de cette étude.

A **tous les médecins généralistes et pédiatres** qui ont acceptés de participer à cette étude et qui nous ont permis de réaliser ce travail.

A **Madame le Docteur Claire DELEPOULLE**. Ton expérience de l'analyse thématique a été une aide précieuse.

### Remerciements de Benjamin.

Merci à mes parents, pour leur soutien constant tout au long de mes études,  
Merci à mon frère, Timothée, pour les heures passées au téléphone,  
Merci à mes sœurs, Morgane et Agathe, pour leurs relectures attentives et leurs encouragements,

Merci à tous mes maîtres de stage qui m'ont permis de m'épanouir en tant que médecin,

Merci à tous mes amis, d'externat, d'internat ou d'ailleurs, pour tous les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir : Amélie, Julie, Julien, Delphine, Christine et Antoine, Julien et Laurence, Caroline, Claire et Baptiste, François, Cathy, Myriam...

Merci à Marie-Jo et André, Delphine et JC, Xavier et Silvia,

Merci à Gaël de m'avoir accompagné dans ce travail de longue haleine,

Merci à Cécile d'être chaque jour à mes côtés.

### Remerciements de Gaël,

A ma famille pour vos encouragements,

Ma mère et mon père,

Mes sœurs Audrey et Mathilde,

Mes beaux-frères Benoit et Antoine,

Et mes neveux Corentin et Domitille.

A mes amis pour tous les bons moments passés ensemble.

Et tout particulièrement à Alban et Gilles pour vos conseils avisés.

A Benjamin de m'avoir invité à faire cette thèse il y a maintenant plus d'un an. Ce travail est le témoin de la richesse de nos échanges.

A ma chérie Claire pour ton soutien sans cesse renouvelé.

# SOMMAIRE

<b>RESUME .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
1. Etat actuel des connaissances sur les antitussifs chez l'enfant et leurs indications .....	17
2. Automédication : un risque particulier d'erreur d'utilisation .....	23
3. Conséquences du déremboursement des mucolytiques-expectorants et expériences professionnelles.....	25
4. Déterminants de la prescription et moyens de lutte contre la sur-prescription d'antibiotiques : l'étude PAAIR .....	28
5. Objectifs.....	29
<b>II. METHODE.....</b>	<b>30</b>
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>36</b>
1. Description de la population .....	36
2. Analyse des résultats.....	38
2.1. Avis des médecins sur les traitements antitussifs avant l'interdiction.....	38
2.2. Vécu des médecins .....	42
2.3. Pression des parents et stratégies en rapport.....	50
2.4. Acceptation de la non-prescription par les parents : Analyse des stratégies mises en place par les médecins .....	61

2.5. Acceptation de la non-prescription par les parents : Mesures alternatives aux antitussifs employées par les médecins .....	76
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>88</b>
1. Forces et faiblesses de l'étude .....	88
1.1. Forces de l'étude.....	88
1.2. Faiblesses de l'étude.....	88
2. Principaux résultats.....	89
2.1. L'usage des antitussifs avant l'interdiction : deux groupes de médecins aux visions opposées.....	89
2.2. Un vécu de l'interdiction équilibré mais des critiques constantes contre cette mesure .....	91
2.3. Un changement de pratique opéré par les médecins mais dont les obstacles restent présents .....	95
2.4. Des motifs de pression identifiés et des stratégies adaptées.....	97
2.5. Situations de désaccord des parents : causes et stratégies.....	99
2.6. Stratégies pour favoriser l'acceptation de la non-prescription et mesures alternatives à la prescription d'antitussifs.....	102
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>114</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>117</b>

## RESUME

---

### ***Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les médecins généralistes et les pédiatres suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans***

Introduction : Les antitussifs étaient souvent prescrits chez les nourrissons lors d'affections respiratoires bénignes. Leur interdiction chez les enfants de moins de deux ans, en 2010, a entraîné un changement dans les habitudes de prescription des médecins. Les objectifs de cette étude sont d'analyser le vécu de cette interdiction par les médecins et d'étudier les stratégies et les mesures alternatives mises en place par ceux-ci suite à l'interdiction des antitussifs.

Méthode : Il a été mené une enquête qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés auprès de quatorze médecins généralistes et pédiatres libéraux de France métropolitaine.

Résultats : Les médecins ne prescrivent plus d'antitussifs. L'interdiction a été acceptée mais des critiques existent. La bonne diffusion des recommandations et l'éducation des parents sont les moteurs de ce changement. Des stratégies ont été élaborées pour faire face à la pression des parents. Les recommandations de l'AFSSAPS sont appliquées mais un report de prescription vers des produits non-recommandés est constaté. La désobstruction rhinopharyngée occupe une place centrale mais il existe des obstacles.

Discussion : Des obstacles à l'adaptation des médecins et à l'acceptation des recommandations persistent. Rassurer, informer les parents et structurer la prise en charge sont à la base des stratégies employées par les médecins. L'origine du report de prescription est multiple et s'explique, en partie, par la propension des médecins à prescrire. Les mesures non-médicamenteuses sont des moyens pour favoriser l'acceptation de la non-prescription d'antitussifs. Réaliser une démonstration de la désobstruction rhinopharyngée est à promouvoir auprès des médecins généralistes.

Conclusion : Cette enquête souligne le rôle primordial de l'éducation des parents pour faire accepter la non-prescription des antitussifs. Les obstacles à l'adaptation des médecins sont mis en avant. Ce travail apporte également des éléments de réflexion sur le rôle des thérapeutiques non-médicamenteuses et sur les moyens de promouvoir la désobstruction rhinopharyngée.

**Mots-clés** : nourrisson, antitussifs, pédiatre, médecin généraliste, éducation, désobstruction rhinopharyngée.

## **ABSTRACT**

---

### **Analysis of experiences and strategies developed by general practitioners and paediatricians following cough medicines ban for children below 2 years old**

**Introduction:** Cough syrups were often prescribed to infants with minor breathing illnesses. Their ban for children below two years old, in 2010, led to a change in physicians' prescription habits. The objectives of this study are to analyze how this ban was experienced by the physicians, and to study the strategies and alternate measures they implemented following this cough medicines ban.

**Method:** A qualitative study was conducted thanks to semi guided phone interviews with fourteen general practitioners and private paediatricians in metropolitan France.

**Results:** Physicians do not prescribe cough medicines anymore. The ban was accepted even though criticism remains. An appropriate diffusion of recommendations and the information of the parents are the drivers of this change. Strategies have been developed to cope with the parents' pressure. AFSSAPS recommendations are enforced although prescription of non recommended medicines was observed. Nasopharyngeal deobstructive treatments are often preferred but obstacles remain.

**Discussion:** Obstacles to the acceptance of recommendations and the physicians' adaptation remain. Strategies developed by physicians are based on reassuring and informing the parents as well as organizing nursing. Prescription replacement by other medicines can be explained by several reasons, namely the physicians'



tendency to prescribe. Non-medicinal measures can favor the acceptance of the cough medicines non-prescription. A demonstration of nasopharyngeal deobstructive treatments should be promoted with general practitioners.

Conclusion: This study emphasizes the essential role of the parents' information in the acceptance of antitussive non-prescription. Obstacles for the physicians' adaptation are underlined. This work also opens up on the role of non-medicinal therapies and on means to promote nasopharyngeal deobstructive treatments.

Key-words: infant, antitussive, paediatrician, general practitioner, parental information, nasopharyngeal deobstruction

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- CMU : Couverture Médicale Universelle
- FDA : Food and Drugs Administration (*note : agence de sécurité sanitaire américaine*)
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- MAP : Mise Au Point (sur la prise en charge de la Toux aigüe du nourrisson)
- PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires
- SMR : Service Médical Rendu

## I. INTRODUCTION

---

Les symptômes liés à une affection aiguë sont un motif fréquent de consultation en médecine générale (19 % des consultations de généralistes). Dans trois consultations sur quatre, une infection des voies aériennes est diagnostiquée. La plupart concernent des enfants de moins de douze ans (1).

Chez l'enfant de moins de deux ans (ou nourrisson), ces affections (surtout rhinopharyngite et bronchite) sont à l'origine d'une toux aiguë, réflexe naturel et indispensable au drainage des voies respiratoires. Le plus souvent bénignes et d'origine virale, ces infections des voies aériennes guérissent spontanément en dix à quatorze jours (parfois trois semaines) et récidivent fréquemment (sept à dix épisodes provoquant une toux par an) (2). La toux du nourrisson constitue ainsi un motif très fréquent de consultation, particulièrement pendant la période automno-hivernale.

Les médicaments contre la toux et le rhume ont, pour la plupart un SMR insuffisant (100 % des expectorants-mucolytiques, 50 % des antitussifs...). En 2001, une étude de l'IRDES a montré que parmi les ordonnances prescrites aux enfants de deux à six ans, une sur deux comportait un produit à SMR insuffisant (3). La population pédiatrique est ainsi particulièrement exposée à des médicaments peu efficaces voire dangereux (4).

Depuis 2010, la plupart des médicaments pour lutter contre la toux du nourrisson sont contre-indiqués chez les enfants de moins de deux ans. Parallèlement, l'AFSSAPS a publié en octobre 2010 une mise au point (MAP) sur la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson (2) préconisant un ensemble de mesures simples (lavage de nez, éviction du tabac, température de la chambre...) pour le traitement de la toux.

Les médecins ont ainsi été obligés de modifier leur pratique, aussi bien dans leurs habitudes de prescription que dans les informations à fournir aux parents de nourrisson.

## **1. Etat actuel des connaissances sur les antitussifs chez l'enfant et leurs indications**

### **1.1. Dérivés opiacés (codéine, dextrométhorphan, pholcodine...)**

#### *✓ Efficacité*

Chez l'enfant, l'efficacité de la codéine n'est pas démontrée (5,6). Plusieurs revues et guides de pratique déconseillent son utilisation (7,8). L'efficacité du dextrométhorphan n'est pas non plus démontrée (6–9). Il en est de même pour la pholcodine (10).

#### *✓ Effets indésirables communs*

La dépression respiratoire induite par les opiacés risque d'aggraver un encombrement bronchique et de provoquer une insuffisance respiratoire aiguë. Ce risque, majoré lors de l'association avec des mucolytiques/expectorants ou des antihistaminiques, a conduit à contre-indiquer les opiacés chez le nourrisson.

Les troubles neuropsychiques (sommolences, confusions, hallucinations...) sont par ailleurs fréquents. Chez des enfants, ces troubles peuvent conduire à des gestes diagnostiques invasifs non nécessaires (Ex : ponction lombaire pour éliminer une méningite devant une confusion) (7).

Une sensibilisation aux curares semble pour sa part être induite par la pholcodine. C'est pourquoi cette dernière fait partie d'un programme de surveillance renforcée (11).

D'autres effets indésirables ont été également décrits tels que des troubles digestifs (constipation, nausée, vomissement), palpitations, bradycardie, myosis, urticaire... .

✓ *Renseignements administratifs*

Actuellement, les antitussifs opiacés sont contre-indiqués chez les nourrissons du fait du risque de dépression respiratoire. Leur SMR est coté « faible » à « modéré » chez l'enfant.

**1.2. *Mucolytiques (carbocistéine, acétylcystéine, guaifénésine) et mucofluidifiants (benzoate de méglumine) par voie orale et l'hélicidine***

✓ *Efficacité*

Les mucolytiques (ou expectorants) par voie orale ont montré un bénéfice de faible importance clinique dans le traitement de la toux de l'enfant (12). Une récente méta-analyse ne plaide pas pour leur utilisation (13). De même, l'hélicidine n'a pas montré d'infériorité par rapport au dextrométhorphan mais la qualité méthodologique de l'étude est faible (14).

✓ *Effets indésirables*

Un risque de surencombrement bronchique, en particulier en cas de bronchiolite, a été mis en évidence lors d'une enquête de pharmacovigilance. La majorité des cas ont nécessité une hospitalisation.

Des troubles digestifs (nausées, diarrhée...) ont été rapportés ainsi que de rares réactions d'hypersensibilité avec l'acétylcystéine et la carbocistéine (12).

✓ *Renseignements administratifs*

Ces spécialités sont contre-indiquées chez le nourrisson (12). Leur SMR est évalué comme « insuffisant » (« faible » pour l'hélicidine).

**1.3. Antihistaminiques H1 (groupe des phénothiazines (prométhazine, l'alimémazine et l'oxomémazine), chlorphéniramine, pimétixène) et le fenspiride**

✓ *Efficacité*

L'efficacité des antihistaminiques seuls est peu étayée (9,13). L'évaluation de l'action du fenspiride chez l'enfant n'est pas de bonne qualité méthodologique. Par ailleurs, le mécanisme d'action du fenspiride est controversé (15).

✓ *Effets indésirables*

Les effets indésirables neuropsychiatriques des antihistaminiques (sommolences, agitation, troubles du sommeil, hallucinations...) sont fréquents. Une enquête de pharmacovigilance de 2010 indique qu'un tiers des effets indésirables neuropsychiatriques sont survenus chez des enfants de moins de deux ans (15).

Les risques de dépression respiratoire et de majoration de l'encombrement bronchique (par formation de bouchon muqueux du fait de leur action atropinique) sont aussi à prendre en compte. Ce risque survient particulièrement en cas d'association à une spécialité sédatrice (opiacés par exemple), soit par potentialisation de l'effet sédatif, soit par surdosage volontaire ou accidentel (15,16). Un surdosage peut également survenir en situation d'utilisation thérapeutique, comme cela a été souligné par l'AFSSAPS lors de la réévaluation de ces spécialités. En effet, les doses pédiatriques sont extrapolées à partir de données issues d'adultes et exposent l'enfant à un risque de surdosage involontaire (15). Une étude de la FDA, publiée en 2007, a analysé les décès d'enfants de moins de six ans impliquant des antihistaminiques. La majorité des enfants avaient moins de deux ans et un surdosage involontaire était fréquemment détecté (4).

Le fenspiride ayant une faible activité antihistaminique, il présente des effets indésirables comparables.

✓ *Renseignements administratifs*

Les antihistaminiques H1 ont été réévalués aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et au Canada en raison de la notification d'effets indésirables graves. Ces pays les ont contre-indiqués chez les enfants de moins de deux ans (jusqu'à l'âge de six ans pour le Canada) (15).

Actuellement, les antihistaminiques H1 et le fenspiride sont contre-indiqués chez les enfants de moins de deux ans depuis octobre 2010. Leurs SMR sont cotés « faible ».

#### **1.4. Bronchodilatateurs (salbutamol...)**

✓ *Efficacité*

L'efficacité des bronchodilatateurs, seul ou en association, sur la toux aiguë chez les enfants non-asthmatiques n'est pas avéré (13).

✓ *Renseignements administratifs*

Actuellement, les bronchodilatateurs ne sont pas indiqués dans le traitement de la toux aiguë chez les enfants non-asthmatiques.

#### **1.5. Corticoïdes (voie orale, nasale ou en inhalation)**

✓ *Efficacité*

Les corticoïdes oraux n'ont pas montré leur efficacité dans le traitement de la toux aiguë chez les enfants non-asthmatiques (17). Aucune étude évaluant l'efficacité des corticoïdes, en inhalation ou par voie nasale, dans le traitement de la toux aiguë de l'enfant non-asthmatique n'a été trouvée.

✓ *Renseignements administratifs*

Actuellement, les corticoïdes par voie orale, nasale ou en inhalation, ne sont pas indiqués dans le traitement de la toux aiguë.

**1.6. Dérivés terpéniques (voie cutanée, nasale, rectale)**

✓ *Efficacité*

Une efficacité symptomatique des dérivés terpéniques a été montrée en application pectorale ou en inhalation chez des grands enfants (18). Ils n'ont toutefois pas été évalués chez le nourrisson. En suppositoire, leur efficacité n'est pas clairement établie (évaluation pauvre et ancienne) (19).

✓ *Effets indésirables*

Les effets indésirables fréquemment rapportés sont d'ordre neurologique (convulsions sans hyperthermie, agitation, somnolences) et graves pour la plupart. Des irritations locales (fessière, rectale) et des éruptions cutanées (urticaire, érythème polymorphe...) ont également été rapportées (19).

✓ *Renseignements administratifs*

Depuis 1996, les dérivés terpéniques par voie cutanée ou nasale sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de trente mois (liste I) et chez les enfants ayant des antécédents de convulsions fébriles (liste I et liste II).

Actuellement, les dérivés terpéniques en suppositoire (liste I et liste II) sont contre-indiqués chez les enfants de moins de trente mois et chez les enfants ayant des antécédents de convulsions fébriles (19).

(Note : Liste I ou groupe A : camphre, eucalyptol, menthol... et Liste II ou groupe B : terpinéol, terpinol, thymol...)



### **1.7. Phytothérapie (*grindélia, gelsémium, polygala, coquelicot, serpolet, drosera, myrte, lierre grimpant...*)**

#### **✓ Efficacité**

Comme les dérivés terpéniques, auxquels elle est souvent associée, l'efficacité de la phytothérapie n'est pas clairement établie (données empiriques et absence d'études comparatives) (19).

#### **✓ Effets indésirables**

Des troubles neuropsychiatriques (agitation, convulsions...) et des irritations cutanées ont été rapportés, ainsi que des troubles digestifs pour le lierre grimpant (15,19).

#### **✓ Renseignements administratifs**

Ces produits sont disponibles sur le marché et sont considérés comme des traitements d'appoint.

### **1.8. Miel**

#### **✓ Efficacité**

Le miel a été comparé au dextrométhorphan et/ou à un antihistaminique (la diphenhydramine) essentiellement chez des enfants de plus de deux ans. Il a été montré une amélioration des symptômes avec le miel (20) mais sans différence significative avec le dextrométhorphan (21). Les critères d'évaluation, en partie subjectifs et les biais (non randomisation, double aveugle non assuré...), diminuent le niveau de preuves de ces études. Une récente méta-analyse ne peut conclure à l'intérêt ou non du miel chez les enfants de plus de deux ans (20).

#### **✓ Effets indésirables**

Il a été rapporté dans les essais des effets secondaires minimes (agitation, hyperexcitabilité, insomnie...) (21). Le principal risque est lié au botulisme (22).

✓ *Renseignements administratifs*

Le miel est actuellement non-recommandé avant l'âge d'un an (2).

## **2. Automédication : un risque particulier d'erreur d'utilisation**

L'automédication est une situation bien identifiée de risque d'erreur d'utilisation des antitussifs, en particulier dans la population pédiatrique.

Une étude américaine de 2008 (23) a estimé qu'environ 6 % des consultations aux urgences d'enfants de moins de douze ans étaient motivées par un effet indésirable induit par un médicaments contre la toux ou le rhume, la tranche d'âge des deux-cinq ans étant la plus représentée. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des atteintes neurologiques (somnolences, troubles du comportement) et des éruptions cutanées de type allergiques (rash, urticaire...). La plupart du temps, une surveillance prolongée ou une hospitalisation n'ont pas été nécessaires (93 % des cas).

Cette même étude rapporte également que les sources d'erreurs ou de mauvaise utilisation de ces produits sont multiples et concernent aussi bien les parents que les enfants (23).

- Pour les enfants, une ingestion sans surveillance représentait 66 % des motifs de consultations (77 % dans la tranche d'âge des deux-cinq ans).
- Pour les parents, une erreur lors de l'administration d'un médicament contre la toux ou le rhume était associée à risque plus important de consultations en service d'urgence que lors d'une erreur d'administration d'autres produits (8 % versus 1 %).

Deux types de mauvaise utilisation par les parents sont identifiés :

- Mauvaise utilisation volontaire : l'antitussif peut être détourné pour induire une sédation (le terme de mésusage est alors employé). Cela peut être source de maltraitance (24).
- Mauvaise utilisation involontaire : la mauvaise utilisation du ou des produit(s) est liée à la méconnaissance de celui-ci (substance, action...) et de son emploi (dose, fréquence...). L'enfant est alors exposé au risque d'un surdosage et/ou d'accumulation d'effets indésirables.

Plusieurs situations à risques ont été identifiées (4,15,19,24,25) :

- L'utilisation de médicament pour la sédation.
- L'utilisation d'un produit destiné à un usage chez l'adulte.
- L'utilisation de plusieurs médicaments pour traiter un même symptôme (produit contenant la même substance ou des substances différentes).
- Une erreur d'identification du produit :
  - Confusion entre les différents noms, dosages ou conditionnements d'une spécialité.
  - Confusion entre différents produits au sein d'une même gamme (« gamme ombrelle »).
- Une erreur dans la dose requise et / ou la fréquence d'administration du produit.
- L'utilisation incorrecte du dispositif doseur (pipette, seringue, gobelet...).
- Un âge inférieur à deux ans.
- L'utilisation en collectivité (garderie, crèche...).

Aux Etats-Unis, le retrait de la vente libre des médicaments contre la toux et le rhume s'est accompagné d'une diminution de moitié des consultations aux urgences des enfants de moins de deux ans touchés par les effets indésirables de ces produits. Cependant, les deux principales causes de consultation (ingestion accidentelle par l'enfant et/ou erreurs thérapeutiques des parents) sont restées prépondérantes (26). Ainsi, la plupart des études insistent sur l'importance de renforcer l'éducation des parents concernant l'utilisation des antitussifs, et de sensibiliser les professionnels de santé quant à l'utilisation par les parents de ces produits (indications, mode d'emploi...) (7,25,26).

### **3. Conséquences du déremboursement des mucolytiques-expectorants et expériences professionnelles**

(Le terme « fluidifiants » est employé pour désigner les mucolytiques et les expectorants afin de faciliter la lecture).

#### **3.1. Conséquences du déremboursement des fluidifiants : report des prescriptions**

Les fluidifiants étaient, jusqu'en 2005, fréquemment prescrits dans la population générale : dans plus d'un cas sur deux dans les bronchites aiguës ou chroniques, dans un cas sur quatre dans la toux et les affections aiguës des voies aériennes supérieures (27). 100 % des fluidifiants ont un SMR considéré comme « insuffisant » (3). Au 1<sup>er</sup> mars 2006, ces fluidifiants ont été déremboursés.

Une étude de l'IRDES s'est intéressée à l'impact sur la prescription des médecins du déremboursement des fluidifiants (27). Suite au déremboursement, les

médecins généralistes ont baissé de moitié leur prescription de fluidifiants pour les infections des voies aériennes supérieures et inférieures (avant le déremboursement, 59.5 % de prescriptions d'expectorants lors d'une consultation pour bronchite aiguë, réduit à 30.5 % de prescriptions après le déremboursement). Toutefois, le nombre moyen de médicaments différents prescrits par consultation reste stable avant et après le déremboursement (3,4 médicaments différents prescrits en moyenne avant le déremboursement et 3,3 après). En effet, il est constaté, parallèlement à la baisse de l'usage des fluidifiants, une augmentation des prescriptions d'autres classes thérapeutiques :

- Antitussifs et bronchodilatateurs pour les diagnostics de bronchites et de toux,
- Antibiotiques pour toutes les affections respiratoires supérieures et pour la toux,
- Corticoïdes pour tous les diagnostics sauf la toux.

Les travaux de l'IRDES, suite au déremboursement, rendent ainsi probable la possibilité d'un report des prescriptions médicales vers les antitussifs, les bronchodilatateurs et les corticoïdes (l'augmentation étant considérée comme tendancielle pour les antibiotiques et les antalgiques/antipyrétiques). La justification médicale d'un tel report, compréhensible pour les corticoïdes (diminution d'une inflammation bronchique) est plus surprenante pour les antitussifs : leurs indications (toux non productive ou sèche) sont contraires à celles des fluidifiants (toux productive ou grasse).

L'exemple du déremboursement des fluidifiants est éloquent. Initié pour modifier le comportement de prescription des médecins vis-à-vis des fluidifiants,

cette politique a mené à une diminution de leur prescription, mais a entraîné un report vers d'autres classes thérapeutiques. La constatation d'un tel report amène à soulever deux questions :

- Premièrement, la question du motif de ce report. Cette question se pose en particulier dans le cadre de la population pédiatrique. En effet, ce report ne trouve pas de justification médicale pour les antitussifs (balance bénéfice-risque défavorable). Par ailleurs, les bronchodilatateurs et les corticoïdes ne sont pas indiqués dans le traitement de la toux aiguë chez les enfants non-asthmatiques (cf. chap. 1). Quels sont les éléments qui poussent les médecins à substituer un produit par un autre dont l'efficacité et/ou l'innocuité ne sont pas établies ?
- Deuxièmement, la question de l'impact sur les médecins qu'aurait une mesure plus contraignante telle que l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans. Aucune étude récente s'intéressant au changement de prescription des médecins suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans n'est disponible.

### **3.2. *Apport des expériences issues de notre pratique professionnelle.***

L'interdiction en 2010 des antitussifs (fluidifiants, antihistaminiques, suppositoires à base de dérivés terpéniques...) chez les enfants de moins de deux ans a réduit de manière importante les moyens médicamenteux pour le traitement de la toux du nourrisson. Les thérapeutiques disponibles se sont résumées à un ensemble de mesures hygiéno-diététiques simples (lavage du nez, éviction du tabac, température de la pièce...). Comme nous avons pu l'observer lors de notre pratique professionnelle de remplaçant en médecine générale, cette interdiction a pu entraîner un changement de pratique important pour les médecins. Toutefois, nous

avons été étonnés de voir que des antitussifs continuaient à être proposés chez des nourrissons en dépit de leur interdiction. Et ce malgré un risque de poursuite judiciaire si une complication survenait.

#### **4. Déterminants de la prescription et moyens de lutte contre la sur-prescription d'antibiotiques : l'étude PAAIR**

Il existe en France une discordance entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes concernant les antibiothérapies pour lutter contre les infections respiratoires présumées virales. En effet, ces infections sont un des motifs les plus fréquents de prescription d'antibiotiques en ambulatoire. Or, d'après les recommandations existantes, l'utilisation d'antibiotiques n'est théoriquement pas justifiée dans ces indications. L'étude PAAIR (28), basée sur la méthode du « praticien réflexif », avait pour but de mieux comprendre les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans des situations cliniques où cette prescription n'était pas justifiée.

Le premier objectif était de caractériser les situations qui posaient problèmes. Il a ainsi été mis en évidence onze « situations à risque » de prescription d'antibiotiques (le patient souhaitait avoir des antibiotiques, le patient faisait référence à des expériences passées, il s'agissait du 2<sup>e</sup> ou du 3<sup>e</sup> contact pour cette épisode...).

Le second objectif était de repérer les stratégies efficaces pour ne pas prescrire. Il a notamment été établi que le praticien devait anticiper les situations (« repérer que la non-prescription risquait de poser un problème »), expliquer sa décision (« prendre la décision de ne pas prescrire et la négocier au cours de la

consultation ») et rassurer les parents (« faire un examen précis, ritualisé et commenté à chaque étape »).

L'étude PAAIR a ainsi permis aux praticiens d'acquérir des compétences pour repérer les « situations à risque » et leur a fourni des stratégies pour éviter une sur-prescription. Cette étude s'est donc inscrite dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la prescription d'antibiotiques.

## **5. Objectifs**

Les questions soulevées par la notion de report de prescription suite au déremboursement des fluidifiants, ainsi que les expériences vécues lors de notre pratique professionnelle nous ont incités à nous intéresser à la relation que les médecins entretiennent avec les médicaments antitussifs. Nous étudierons tout d'abord la vision des médecins sur ces médicaments antitussifs, puis leur vécu de ce changement dans leur exercice quotidien.

De plus, dans le contexte de l'interdiction des antitussifs chez les nourrissons, et aux vues des constatations que nous avons réalisées, nous avons souhaité que notre travail puisse permettre d'élaborer des pistes pour une amélioration des pratiques individuelles. Nous nous sommes donc inspirés de la démarche de l'étude PAAIR pour établir les deux objectifs suivants de notre travail : l'étude des pressions ressenties par les médecins lors d'une demande de prescription d'antitussifs chez un nourrisson, et l'analyse des stratégies et des moyens mis en place par les médecins pour favoriser ou faire accepter la non-prescription de ces médicaments.



## **II. METHODE**

---

### **1. Choix du type d'étude**

Pour étudier l'opinion des médecins et les changements de pratique suite à l'interdiction de l'utilisation des antitussifs chez les nourrissons, nous avons mené une étude qualitative, nationale, par entretiens téléphoniques individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes et de pédiatres libéraux.

L'intérêt de ces entretiens individuels semi-directifs était de permettre à chaque médecin de s'exprimer sans entrave et ainsi de recueillir leurs avis, leurs opinions et les éléments renseignant sur leur pratique quotidienne. L'entretien était mené selon une grille d'entretien semi-directif. Les questions ouvertes ont permis à chaque médecin de s'exprimer librement sur les différents thèmes retenus.

Chaque enquêteur a réalisé des entretiens téléphoniques et participé à l'analyse des données.

### **2. Constitution de l'échantillon**

#### **2.1. Variables utilisées**

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions, et des pratiques était recherchée.

Des variables, qui pouvaient influencer les résultats, ont été identifiées au préalable lors de la recherche bibliographique (sexe, âge, région et lieu d'exercice, volume d'activité et formation médicale continue) (29). Chaque variable a ensuite été divisée en sous-classes :

- Les deux disciplines devaient être représentées (médecine générale et pédiatrie),
- Les deux sexes devaient être représentés (homme et femme),

- L'âge des médecins pouvait influencer les résultats (formation initiale variant au cours du temps ; apport de l'expérience). Quatre classes d'âge ont été déterminées : de 30 à 39 ans ; de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans et plus de 60 ans.
- La région et le lieu d'exercice sont des variables qui entrent en jeu dans les pratiques de prescription.
  - L'existence d'un gradient dans le sens Nord-Sud et de disparités régionales en matière de prescription médicamenteuse a été prise en compte lors de l'inclusion. Un découpage de la France métropolitaine en huit zones (Nord, Est, Sud-Ouest, Centre-Est, Ouest, Méditerranée, Bassin Parisien et Ile-de-France) a permis de faciliter l'inclusion des participants (29). Les médecins des DOM-TOM ont été exclus de l'analyse.
  - Au sein de chaque zone précédemment déterminées, la situation géographique du cabinet médical (urbaine, semi-rurale ou rurale), définie par les médecins eux-mêmes, a été prise en compte.
- Les deux dernières variables ont été utilisées afin de mieux décrire la population étudiée. Elles n'ont pas influencé la sélection des participants.
  - Le volume d'activité des médecins, estimé par les médecins eux-mêmes en fonction du nombre d'enfants vus quotidiennement, a été pris en compte,
  - La participation à une formation médicale continue (groupe de pairs, séminaire, revue, bulletin d'information en ligne...) a été recueillie.

Seul des médecins libéraux (généralistes et pédiatres) ont été invités à participer à cette étude. Une pratique complémentaire à l'exercice médical

(homéopathie, acupuncture, mésothérapie...) n'a pas été prise en compte dans la sélection des médecins.

## **2.2. Inclusion des médecins**

Au sein de chaque zone prédéterminée, les enquêteurs ont sollicité des médecins dont les coordonnées ont été obtenues via l'annuaire en ligne des Pages Jaunes<sup>®</sup>. Les médecins ont été initialement contactés par voie téléphonique afin de leur expliquer succinctement l'étude et obtenir leur adresse électronique. Une « lettre d'introduction au travail de thèse » leur a été envoyée par e-mail (cf. annexe 3). Les médecins souhaitant participer étaient invités à répondre par e-mail ou par téléphone. Chaque médecin auquel la « lettre d'introduction au travail de thèse » avait été envoyée, a été de nouveau sollicité par voie téléphonique ou par e-mail dans un délai de deux semaines afin d'améliorer le taux de réponse.

Neuf entretiens ont d'abord été réalisés. Cinq supplémentaires ont été menés par la suite afin de contrôler la répartition des médecins au sein des huit zones définies et la représentation de chacune des sous-classes des variables.

Trois médecins ont été sélectionnés directement afin de tester les grilles d'entretiens.

L'inclusion de nouveaux participants a ensuite été réalisée jusqu'à saturation des données. Celle-ci a été considérée comme atteinte lorsque tout nouvel entretien n'apportait pas d'informations supplémentaires par rapport à celles recueillies au cours des précédents entretiens.

### **3. Grille d'entretien semi-directif**

#### **3.1. Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique réalisée sur PubMed<sup>®</sup> avec les mots-clés « antitussive » (et les différentes classes thérapeutiques), « prescription », « déterminants », « factor », « strategy », et le moteur de recherche Google<sup>®</sup> n'ont pas permis de trouver d'articles pertinents pour notre sujet.

Grâce à notre directeur de thèse, nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'étude PAAIR pour créer la grille d'entretiens (28).

#### **3.2. Conception de la grille d'entretien**

Une première grille a été construite et testée au cours de deux entretiens (annexe 1). Les réponses ayant été jugées suffisamment informatives, la grille a été conservée pour les neuf premiers entretiens. Seules des précisions permettant de mieux définir le contexte de la consultation ont été rajoutées suite aux deux premiers entretiens (le motif de consultation pour rhinopharyngite a été précisé).

Cette grille est divisée en six grandes parties. Chaque partie est développée dans des questions rédigées et des relances accompagnent chaque question. Ces relances permettent d'amener les points importants si l'interviewé ne les aborde pas spontanément.

La première question, qualifiée de « brise-glace », permet d'installer l'interviewé dans une situation de confiance, plus propice à une discussion. La dernière question permettait à l'interviewé de s'exprimer librement à la fin de l'entretien.

Par souci de neutralité des questions, le terme « modification d'AMM des antitussifs » a été utilisé au détriment de « contre-indication des antitussifs ». Nous avons jugé que le second terme, quoique plus juste, était susceptible d'avoir une connotation négative auprès des participants.

Cette grille a été remaniée après l'analyse des neuf premiers entretiens (annexe 2). Les grandes parties précédentes ont été conservées. L'ordre des questions a été modifié afin d'éviter les allers-retours observés lors des premiers entretiens (avant/après l'interdiction). Certaines questions ont été reformulées afin d'en préciser le contenu. Les principales modifications sont résumées ci-dessous :

- Dans la partie « Vision des médecins » :
  - La question « Dans quelles situations cliniques prescririez-vous des antitussifs chez un enfant de moins de deux ans ? » était source de difficultés pour l'interviewé. Elle a été remplacée par une question sur la considération actuelle des antitussifs par les médecins.
  - Une question sur la prescription d'antitussifs avant l'interdiction a été ajoutée.
- Dans la partie « Mesures alternatives aux traitements médicamenteux », des questions portant sur la DRP ont été ajoutées. Les questions sur les moyens physiques ont été déplacées dans cette partie.
- La partie « Vécu du médecin » a été étoffée. Des questions, portant sur l'opinion du médecin par rapport à l'interdiction et au changement de pratique ont été ajoutées ainsi qu'une question sur l'adaptation des parents. La question sur le ressenti après la non-prescription d'antitussifs a été abandonnée car source d'incompréhension.

- Une question sur la mise en place de moyens pour éviter de prescrire des antitussifs a été ajoutée.

#### **4. Déroulement d'un entretien**

Un rendez-vous téléphonique était convenu avec chaque participant. Celui-ci était libre de choisir la date et l'heure de l'entretien. Il était annoncé une durée d'entretien de 20 à 30 minutes. L'enquêteur suggérait de choisir un moment de la journée où la charge de travail permettait d'être disponible, afin d'éviter d'être dérangé durant l'entretien. L'enquêteur joignait le participant grâce au logiciel d'appel Skype®.

Chaque entretien débutait par la lecture au participant d'une introduction (annexe 1 et 2). Suite à cette introduction, il lui était demandé s'il avait des questions à formuler puis, dès l'obtention de son accord, l'enregistrement pouvait débuter. Chaque entretien était enregistré dans son intégralité grâce au logiciel AVS®.

La transcription de l'entretien en *verbatim*, mot-à-mot et fidèle à l'enregistrement, était ensuite réalisée par les enquêteurs. Chaque *verbatim* a été anonymisé. L'ensemble des *verbatim* se trouve en annexe (annexe 5).

#### **5. Méthode d'analyse avec triangulation des données**

Nous nous sommes appuyés sur le livre de Pierre Paillé et Alex Mucchielli pour réaliser l'analyse des données (30).

Le processus d'analyse a débuté à partir du neuvième entretien puis s'est poursuivi après chaque nouvel entretien. L'analyse s'est basée sur le *verbatim* retranscrit. Pour chaque *verbatim*, une analyse thématique a été menée séparément par chacun des enquêteurs. Ces analyses ont ensuite été confrontées.

### III. RESULTATS

---

#### 1. Description de la population

L'inclusion des médecins a été réalisée entre septembre 2012 et juin 2013.

Un total de quarante-six médecins (généralistes et pédiatres) a été sollicité. Quinze ont accepté de participer à notre étude (dix médecins généralistes et cinq pédiatres) soit un taux de réponse de 32 %. Les principales causes de non-réponse étaient : pas de réponse à l'e-mail de sollicitation (treize fois) ; obstacle de la secrétaire/répondeur (huit fois) ; désintérêt pour le sujet (sept fois).

L'échantillon était composé de neuf hommes et cinq femmes (soit 35 % de femmes). En effet, seulement quatorze entretiens ont pu être exploités, un enregistrement étant inaudible.

L'âge médian était de 49,5 ans avec des extrêmes de 32 ans à 62 ans. Dans le détail, quatre médecins étaient âgés de 30 à 39 ans, trois de 40 à 49 ans, cinq de 50 à 59 ans, deux de plus de 60 ans.

Une majorité de médecins généralistes était retrouvés : dix médecins généralistes et quatre pédiatres (soit environ 28 % de pédiatre).

Le nombre d'enfants vus quotidiennement par les médecins généralistes était relativement homogène : le nombre médian d'enfants vus par jour était de 5,5 avec des extrêmes allant de trois à quinze enfants vus par jour.

La répartition au sein des zones géographiques déterminées était : trois médecins dans la région Nord (dont un pédiatre), trois médecins dans la région Centre-Est, trois médecins dans la région Sud-Ouest, un médecin généraliste en Ile-de-France et dans la région Méditerranée, un pédiatre dans les régions Est, Ouest et le Bassin Parisien. La majorité des médecins se situaient en zone urbaine (douze

médecins) et deux en zone semi-rurale. Tous les pédiatres étaient situés en zone urbaine.

Douze médecins (86 %) déclaraient suivre au moins une formation médicale continue (pédiatrique ou généraliste). Six médecins faisaient partie d'un groupe de pairs et un médecin a déclaré n'avoir une formation que via les laboratoires pharmaceutiques.

La majorité des médecins (treize sur quatorze) étaient abonnés à au moins une revue médicale. La Revue Prescrire<sup>®</sup> et la Revue du Praticien<sup>®</sup> étaient citées respectivement huit fois et quatre fois, uniquement par des médecins généralistes. Parmi les pédiatres, la revue Pédiatrie Pratique<sup>®</sup> était citée deux fois. Six médecins recevaient des bulletins d'information en ligne.

Tous les médecins connaissaient les recommandations de la MAP d'octobre 2010. Un médecin a déclaré ne pas l'avoir lue. La majorité des médecins l'avaient reçu par courrier (64 %) ou par e-mail (21 %).

La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens a été d'environ 5 heures et 45 minutes avec des extrêmes allant de 15 min 19 sec à 51 min 12 sec. La durée moyenne a été de 24 min 40 sec et la durée médiane de 22 min 42 sec.

La transcription intégrale en *verbatim* représente un volume de 120 pages (cf. annexe 5).



## 2. Analyse des résultats

### 2.1. Avis des médecins sur les traitements antitussifs avant l'interdiction

#### 2.1.1. Avis sur la prescription antérieure

Ces traitements étaient très utilisés par les pédiatres et par les généralistes (« *Des pratiques qui étaient très ancrées* » (E14) ; « *Il est souvent prescrit par des médecins généralistes* », « *Il y a quand même pas mal de pédiatres qui prescrivait ça* » (E13)). Il y avait un décalage entre l'image du produit « *plutôt vendu comme... pas miraculeux mais voilà c'est tout* » (E1) et son efficacité réel. Le jugement portait également sur les quantités prescrites (« *Mon prédécesseur [...] comme tous les médecins de toute façon, en prescrivait larga manu* » (E1) ; « *Les anciens prescrivait beaucoup, beaucoup de sirop* » (E6)).

Les médecins interviewés ont distingué deux catégories de traitement contre la toux : les antitussifs et les fluidifiants (mucolytiques et expectorants).

#### 2.1.2. Avis sur les antitussifs

- Efficacité et risque

Les antitussifs avaient peu d'efficacité (« *Ils étaient inefficaces !* » (E13) ; « *Inconstamment efficaces* » (E2) ; « *Tout au plus une petite amélioration* » (E1)). Cependant, certains médecins les estimaient actifs (« *Je pensais que ça marchait* » (E8) ; « *C'est subjectif mais enfin j'ai l'impression qu'ils toussaient moins* » (E12)). L'action des antitussifs était considérée comme symptomatique (« *C'était un traitement purement symptomatique* » (E1) ; « *Les antitussifs n'ont jamais guéris personne* » (E14)) et « *cela ne changeait pas grand-chose à l'histoire naturelle de la maladie* » (E1).

Les risques des antitussifs étaient déjà pris en compte par les médecins (« *J'ai toujours eu un peu peur avec les antitussifs* » (E4) ; « *J'expliquais de façon simple que ce n'était pas anodin* » (E11)). L'automédication étaient déjà identifiée comme une situation à risque (« *C'est là [...] le problème* », « *Je pense que mal utilisé c'est dangereux, ça c'est certain* » (E10)). Une crainte lors de la prescription d'antitussifs a été perceptible chez certains médecins (« *Mais ce n'était pas une décision très, très, facile* », « *Parce qu'il fallait vraiment être certain que ça ne risquait pas de perturber l'enfant* » (E4)). Ils ont mis en avant les précautions nécessaires lors de l'utilisation de ces médicaments aussi bien chez l'enfant que par rapport aux parents (« *Ils étaient quand même prescrits en cas d'absence de signes généraux : pas de fièvre, pas de signe de gravité* » (E5) ; « *Il fallait savoir à qui on le donnait* » (E10)).

Le risque de complications était admis par les médecins (« *On risque des complications* » (E10) ; « *Cela avait tendance [...] à favoriser les complications justement [...] des syndromes viraux* » (E3)). La principale crainte portait sur une complication respiratoire (« *La peur d'encombrer l'enfant avec un antitussif* » (E4) ; « *On a plutôt tendance à voir émerger plus souvent des bronchiolites ou des encombrements bronchiques graves* » (E3)) ainsi que sur un risque de surinfection pulmonaire (« *Si c'est une toux grasse et [...] qu'on donne des antitussifs forcément, on peut avoir [...] une surinfection ou quelque chose comme ça* » (E1)).

Concernant le risque d'effets secondaires, les avis ont divergé. Certains ont mis en avant le risque neurologique (« *Certains antitussifs ont des effets secondaires neurologiques* » (E3) ; « *C'était des dérivés de codéine. [...] J'expliquais [...] que ça risquait d'endormir leurs enfants* » (E11)). Pour la majorité, le risque était jugé comme faible (« *Pas forcément beaucoup* » (E10)). La plupart ont argumenté en mettant en avant leur expérience personnelle (« *En trente-quatre ans et souvent*

*discutant tout autour entre pédiatres, on n'a jamais eu aucun problème, jamais »* (E12) ; *« Aucun patient ne s'est plaint d'effets indésirables »* (E8)) et qu'il était difficile d'observer de tels risques à l'échelle d'une patientèle (*« Les études montrent des choses et la pratique courante pas forcément [...] même si c'est quand même quelque chose de fréquent, on ne peut pas avoir une vision globale. »* (E10)).

- Intérêt dans la pratique
  - *Médecin Prescripteur*

Les antitussifs pouvaient être utiles dans certaines situations (*« C'était quand même utile pour certaine toux »* (E10) ; *« Une toux d'irritation, les antitussifs [...] c'était un petit confort »* (E14)) et, comme l'a souligné un participant, *« c'était de temps en temps des bons petits moyens qui nous permettaient de faire quelque chose »* (E10).

D'une part, cela permettait de soulager l'enfant et l'ensemble de la famille (*« Je les utilisais quand il me semblait que c'était gênant »* (E7) ; *« Vraiment pour que tout le monde passe une bonne nuit »* (E12)).

D'autre part, ils permettaient de répondre à une demande des parents (*« Il ne faut pas se cacher derrière son petit doigt, je pense que c'était une prescription de ... on va dire de complaisance par rapport aux parents »*, *« Je n'ai pas peur de l'avouer que c'était davantage pour les parents »* (E2)) ou de les faire patienter (*« Cela permet éventuellement d'attendre un peu avant de venir consulter le médecin »* (E1)), en particulier s'ils avaient déjà utilisé un antitussif (*« Si jamais ils m'avaient dit [...] J'en ai déjà donné de toute manière »* (E11)).

- *Médecin non-prescripteur*

Pour ces médecins, les antitussifs étaient clairement inutiles (« *Ce n'était pas utile* » (E14) ; « *C'était un pis-aller* » (E9)). Ils détournent les parents de la DRP (« *Les parents ne pensent pas à faire les lavages de nez et [...] se concentrent plus sur les sirops* » (E3) et leur balance bénéfice-risque n'« *était pas formidable* » (E1) (« *Il y avait autant de risque que de bénéfice* » (E11)).

L'influence de la formation initiale a été très présente chez les jeunes médecins, pédiatres comme généralistes (« *Je suis pédiatre nouvellement formée* » (E3) ; « *Déjà avant l'interdiction, j'avais une vision un peu moderne de la chose parce que je sortais de la fac'* » (E1)). En effet, ils ont appris à ne pas prescrire d'antitussifs au cours de leur cursus car « *on nous avait déjà un petit peu calmé sur les effets des antitussifs* » (E1).

La décision de ne pas prescrire d'antitussifs chez les nourrissons était renforcée par l'existence d'alternatives à ces médicaments (« *J'expliquais aux gens qu'il y avait d'autres moyens* » (E11)).

### 2.1.3. Avis sur les fluidifiants

Des fluidifiants étaient prescrits afin d'aider l'enfant à expectorer (« *Je [ne] prescrivais que des mucolytiques en pensant que ça faciliterait l'expectoration et que ça permettrait à l'inflammation de régresser plus rapidement* » (E6)). Des doutes existaient sur leur efficacité (« *Ils n'ont jamais empêché quiconque de tousser à mon avis* » (E4)). Pour un médecin, leur utilisation n'était plus d'actualité (« *La toux grasse c'était l'acétylcystéine et compagnie, qui est déjà passé de mode [...] depuis un moment* » (E1)). Avec le déremboursement des fluidifiants, en 2006, les médecins ont dû s'adapter (« *Les fluidifiants ont été supprimés avant et donc on [...] a déjà*

*changé de prescription sur ces premiers médicaments-là », « On a reporté pratiquement sur des antitussifs [...] plus durs » (E10)).*

## **2.2. Vécu des médecins**

### **2.2.1. Opinion sur l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans**

- Opinion positive

Un avis favorable a été largement exprimé (*« Il n'y a aucun problème, [...] je trouve cela normal » (E1) ; « Cela faisait longtemps qu'on l'attendait et puis elle est très bien venue » (E14)*). L'interdiction a rassuré les médecins par rapport à leur pratique antérieure (*« Ca me conforte sur ce que je faisais avant » (E11) ; « Ces recommandations tombaient à point [...] parce que je les appliquais déjà depuis longtemps » (E13)*).

Une méfiance a été constatée au début mais *« avec le recul, on s'aperçoit finalement que c'était une bonne chose » (E2)*. Ce changement forcé a ainsi été utile (*« Ça a été l'occasion aussi de nous forcer la main et [...] ça n'a pas été un mal finalement » (E2)*).

L'interdiction a été un moyen de lutter contre une mauvaise utilisation des antitussifs, de la part des médecins (*« Quand on l'utilise à tort et à travers c'est sûr que valait mieux les interdire » (E10) ; « Je pense que les anciens prescrivaient beaucoup, beaucoup de sirop » (E6)*) ou des parents (*« Une automédication sur les enfants qui est somme toute assez fréquente donc c'est peut-être pas si mal qu'on les ait réglementés » (E10)*).

Elle a aidé à justifier la décision de non-prescription auprès des parents (*« Ca me donne un argument de plus pour les parents qui vraiment réclament [...] voilà*

*maintenant c'est interdit donc voila y a plus de choix » (E11) ; « Ca permet de s'appuyer un peu sur des textes officiels pour [...] convaincre encore plus les parents » (E13)).*

- **Opinion négative**

Certains ont exprimé une opinion négative vis-à-vis de l'interdiction (« *Le ressenti qu'on avait [...] en tant que pédiatre installé, sur ce truc qui nous tombe comme ça » (E12)).*

Cela est allé d'une inquiétude initiale jusqu'à une gêne de certains confrères (« *Au départ forcément, c'est une mesure que l'on a accueilli avec [...] un peu d'appréhension » (E2) ; « Il doit y avoir des médecins certainement un peu gênés de ce changement d'attitude » (E6)).*

Des médecins ont critiqué la justification de l'interdiction (« *Quand on voit le peu de cas qu'il y avait par rapport au nombre de prescriptions puis à l'ancienneté » (E12)).* Ils ont estimé que les médecins libéraux n'avaient pas été consultés (« *Je pense [...] que ça a été fait par des hospitaliers »*, « *Ce qui est énervant, en tant que pédiatre installé, c'est qu'on n'a jamais demandé l'avis des praticiens installés » (E12).* Ils ont alors jugé qu'il aurait été préférable de mieux informer les médecins (« *On aurait vraiment pu faire un effort, plutôt informer les médecins, mieux leur indiquer comment utiliser ces médicaments » (E12)).*

La notion de contrainte a été perceptible que ce soit dans le changement de pratique (« *Il a bien fallu s'adapter forcément, à cette pratique là » (E10) ; « On est à même [...] de ne pas prescrire d'antitussifs chez l'enfant de moins de deux ans dans la mesure où il n'y en a plus de toute façon donc par la force des choses » (E2))* que dans l'obligation de suivre l'avis des autorités (« *C'est la Haute Autorité de Santé qui*

*a dit que c'était comme ça. Moi je suis obligé de l'écouter » (E12)). De la fatalité a été notée devant une décision contre laquelle il n'était pas possible de lutter (« C'est comme ça donc il faut faire avec et puis voilà » (E12)).*

Le problème de la solitude du médecin face à des parents habitués aux antitussifs a été soulevé (« *Quel discours tenir, comment gérer, faire face à la pression... c'est surtout ça en fait, [...] après les recommandations et les fiches de bonnes pratiques sont élaborées par des gens excessivement compétents [...] mais qui parfois ne sont pas confrontés au fait d'avoir deux parents en face d'eux, qui font le forcing et ça, ce n'est pas toujours évident à gérer » (E2)). Il est ainsi apparu une déconnection des experts par rapport aux réalités du terrain (« *En fait, les commissions d'experts [...] bossent sur des données objectives mais [...] c'est un côté de la pratique qui est parfois un peu délaissée » (E2)).**

- Opinion neutre

Les médecins qui n'utilisaient pas les antitussifs auparavant ont émis à l'égard de l'interdiction un sentiment plutôt neutre (« *Ca ne m'a rien enlevé dans ma panoplie finalement » (E11)).*

### 2.2.2. Conséquences de l'interdiction sur la prescription des médecins

- Non-prescription d'antitussifs

Les antitussifs n'ont majoritairement plus été prescrits depuis l'interdiction (« *Je ne prescris plus de sirop chez les enfants de moins de deux ans » (E6) ; « S'il a moins de deux ans, on n'en parle même pas » (E11)). La décision de non-prescription a été prise tôt dans la consultation, avant même l'examen clinique de*

l'enfant (« *C'est pris déjà bien en avance* » (E3) ; « *Avant même la consultation elle est déjà prise* » (E4)).

Le principal motif évoqué pour justifier la non-prescription a été le respect de l'interdiction (« *Je ne les prescris pas puisqu'ils sont interdits* » (E8)). L'expression « pas le droit » a souvent renforcé cette idée (« *Je ne me pose plus la question. Je n'ai pas le droit, je ne le fais pas* » (E4) ; « *Même si je voulais [je n'] ai plus le droit avant deux ans* » (E11)). La « *confiance dans les autorités de santé* » (E4) et le risque de faute médico-légale en cas de prescription (« *J'ai un certain sens du danger et [...] s'il y a un pépin... je l'ai dans le baba* » (E4)) ont justifié ce respect. En effet, ne pas tenir compte de l'interdiction a été comparé à une infraction sévèrement condamnable au même titre que griller un feu rouge (« *On me dit "on ne prescrit plus d'antitussifs chez un enfant de moins de deux ans", c'est comme quand on me dit "au feu rouge on doit s'arrêter", hein ? C'est-à-dire qu'au feu rouge, je m'arrête. Il n'y a pas de situations où je ne m'arrête pas au feu rouge* » (E4)).

- Prescription d'antitussifs

Néanmoins, une prescription d'antitussif a parfois été observée chez l'enfant de moins de deux ans (« *Il y a même un certain nombre de parents [...] qui ont des prescriptions d'antitussifs déjà. [...] Oui, même chez des enfants de moins de deux ans. Alors, pas tellement récemment, je dois reconnaître. Il y en a moins* » (E14)).

Un médecin a déclaré continuer à prescrire des antitussifs mais il ne connaissait pas l'interdiction (« *On serait hors-AMM... . Déjà, c'était une précision que je n'avais pas. [...] Dans ma tête c'était vivement déconseillé* » (E1)). Les situations où ce médecin prescrivait des antitussifs étaient rares (« *Du coup, pas grand-chose* » (E1)) et le principal motif de prescription était le confort de l'enfant (« *Que l'enfant se*



repose », « La seule principale indication que je garde, de temps en temps, c'est le TOPLEXIL<sup>®</sup>, vraiment l'enfant est complètement naze, il ne dort pas depuis trois jours à cause de sa toux » (E1)).

### 2.2.3. Vécu du changement de pratique

- Vécu positif

Pour la plupart, le changement de pratique s'est bien déroulé (« Je n'ai jamais eu de problème » (E12) ; « [Je n'] ai jamais eu vraiment de soucis » (E11)). Un médecin a souligné que le changement s'était passé mieux qu'espéré (« Chez l'enfant finalement cela se passe très bien, beaucoup mieux que je ne l'aurai pensé » (E2)).

La modification des habitudes de prescription n'a pas été considérée comme un changement difficile (« On a beaucoup de changement dans nos habitudes, ça ne m'a pas semblé être un changement difficile ou douloureux », « Je le vis assez bien [...] ça ne me traumatise pas » (E7)).

La réussite de la consultation a été évoquée lorsque les parents ont compris les raisons de l'interdiction (« Avoir réussi la consultation, c'est qu'on a pu expliquer a priori le mécanisme de la toux et pourquoi la respecter » (E5)).

- Vécu négatif

L'adaptation a pu être difficile (« Difficile [mais] loin d'être insurmontable » (E10) ; « Au début c'était difficile » (E12)). Le travail des médecins s'en est trouvé plus compliqué (« Ça nous a compliqué un peu [...] la tâche » (E10)) et ils ont estimé qu'avec les antitussifs « c'était plus facile à soigner » (E12).

Limitée aux seules mesures recommandées, un médecin a jugé son intervention peu efficace (« *On a restreint [notre action] à quelques petites mesures qui [ne] sont pas forcément médicamenteuses* », « *On est limité [...] dans nos actions qui de temps en temps... je dirais sont presque plus placebo qu'autre chose* » (E10)). La difficulté à remplacer les antitussifs a été soulignée (« *A part enlever les antitussifs, on ne peut pas vraiment les remplacer par autres choses* » (E10)). Ne pas pouvoir apporter de solution a entraîné du désarroi (« *Je suis toujours un petit peu désolé de leur dire "Ben écoutez, ça [ne] va pas s'arrêter en cinq minutes, votre enfant va continuer à tousser encore pendant quelques jours"* » (E6) ; « *Ils disent "On [ne] peut pas faire plus ?" Non écoutez je suis désolé, je ne peux pas* » (E12)).

Faire accepter l'absence de traitement antitussif a été difficile (« *C'est [...] peut-être le plus difficile, [...] faire accepter aux parents de [ne] pas avoir une réponse avec [...] un truc précis pour tel symptôme* » (E10)), le médecin étant confronté à sa propre pratique antérieure (« *Les patients à qui j'en prescrivais avant, ils me disaient "Pourquoi avant on m'en donnait ?"* » (E12)).

Accorder le temps nécessaire aux explications a été problématique (« *Des explications [...] qui [ne] sont pas inintéressantes au niveau des parents mais qui certainement prennent plus de temps* » (E10)).

La possibilité d'une reconsultation a été évoquée (« *Ils reviennent éventuellement pour dire qu'il tousse beaucoup. Ça arrive qu'il y ait une deuxième consultation à cause de la toux* » (E8)). Un médecin a exprimé sa crainte d'une telle reconsultation doutant que l'enfant ne s'améliore avec le traitement proposé (« *C'est surtout de me dire "J'espère qu'ils ne vont pas revenir dans trois jours". [...] J'espère surtout, oui, qu'ils ne vont pas revenir* », « *Je ne suis pas convaincu que l'enfant ira mieux dans deux, trois jours* » (E9)).

- Vécu neutre

Pour certains l'interdiction n'a pas entraîné de changement (« *Je n'ai pas vraiment changé quelque chose avec la modification d'AMM finalement* » (E11) ; « *Il n'y a pas eu de changement* » (E14)). Ces médecins ont exprimé de l'indifférence par rapport au fait de ne plus prescrire d'antitussifs (« *Pas grand-chose* » (E4) ; « *C'est la norme pour moi* » (E1)).

#### 2.2.4. Facteurs favorisant l'adaptation des médecins

- Facteurs extrinsèques

La bonne diffusion de l'interdiction a été une aide pour les médecins (« *L'information a pas mal circulée* » (E7) ; « *[Les parents] sont quand même assez bien informés* » (E6) ; « *Je n'ai pas besoin d'enfoncer les portes ouvertes parce que les parents sont déjà au courant* » (E9)). Certains ont même estimé que « *c'est rentré dans les mœurs* » (E12) ; « *C'est connu qu'on ne donne plus de sirop aux enfants de moins de deux ans* » (E6)).

De plus, l'interdiction a placé les médecins dans une situation plus aisée pour la négociation avec les parents (« *C'est beaucoup plus facile* », « *L'interdiction nous met dans un rôle relativement commode puisque c'est interdit* » (E4) ; « *Bien sûr quand ils insistent [...] je pose cette interdiction* » (E8)).

- Facteurs intrinsèques

La capacité à s'adapter du médecin a été soulignée car il est régulièrement confronté à une toux chez un nourrisson (« *Il faut savoir effectivement s'adapter de toute façon* », « *Il a bien fallu s'adapter forcément, à cette pratique là. [...] Parce que*

*oui [...] c'est quotidien ça. C'est notre pain quotidien » (E10)). De plus, une remise en cause des connaissances du médecin, en particulier de l'action attendue des antitussifs a facilité le changement de pratique (« *Finally l'antitussif est une prescription de « confort », [...] ça n'est en aucun cas curatif donc au final on s'en passe » (E2)).**

L'éducation à faire auprès des parents est apparue essentielle (« *Il suffit d'éduquer les patients. Les parents surtout. D'éduquer, d'éduquer et encore d'éduquer »*, « *Faut simplement expliquer, expliquer encore. Je crois que l'éducation des parents est très importante » (E13)).*

L'importance d'y consacrer du temps a été soulignée (« *Je crois que c'est dans l'approche... autour des parents qu'il faut changer sa... peut-être son discours »*, « *Il y a certainement des choses [...] où il a fallut expliquer un peu plus » (E10)).* Les raisons de l'interdiction ont dû être mises en avant et le changement entraîné par celle-ci a dû être valorisé (« *Une fois que l'on explique que les effets secondaires sont supérieurs aux effets positifs, on est quand même dans une position un peu plus facile pour négocier » (E7)* ; « *Et dire "Bah oui, c'est comme ça qu'on fait et c'est mieux [...] que ce qu'on faisait avant" » (E10)).*

Pour les jeunes médecins, leur formation initiale a été perçue comme une aide. Ils ont appris dès la faculté le peu d'intérêt des antitussifs et ont pris l'habitude de ne pas les utiliser (« *J'ai été formé à ne pas prescrire » (E11)* ; « *Je suis un jeune médecin installé, [...] la pédiatrie que j'ai faite à l'hôpital, on parlait déjà des antitussifs comme des médicaments qui n'apportaient pas grand-chose » (E1)).*

## **2.3. Pression des parents et stratégies en rapport**

### **2.3.1. Perception des traitements contre la toux par les parents**

Pour les médecins, les parents avaient une vision favorable des médicaments contre la toux (« *Ils avaient un a priori plutôt favorable sur ces traitements* » (E1) ; « *Ils les perçoivent bien* » (E8)). Ils les considéraient comme efficaces (« *Certains pensaient que ça les guérissait* » (E14) ; « *Quand on intègre l'effet placebo, oui, ils les considèrent comme très efficaces* » (E13)) et nécessaires dans le traitement de la toux (« *La toux est un symptôme qu'ils considèrent comme important et qu'il faut traiter* » (E8) ; « *Il faut quand même faire quelque chose pour leur enfant* » (E11)).

La prescription d'antitussifs était jugée obligatoire (« *Ils le percevaient indispensable, incontournable dans le cadre d'un symptôme tussif* », « *Ça doit faire partie de la prescription* » (E2)). Ceci soulignait l'attachement des parents aux antitussifs (« *Dans l'inconscient collectif, toux égale sirop* » (E2) ; « *On tousse donc on prend un antitussif* » (E1) ; « *Depuis des décennies, il y a le bon sirop qui soigne, donc c'est ancré dans les cultures* » (E14)) mais également leur méconnaissance des antitussifs (« *Du fait d'une mésinformation finalement* » (E2)).

Différentes raisons expliquaient la demande des parents. La principale était le besoin d'être rassuré (« *Le fait que l'enfant prenne un sirop, ça avait une dimension rassurante pour eux* » (E2)) car, en l'absence de prescription d'antitussifs, « *les parents [...] restent inquiets sur quelque chose qui n'est pas pris en charge* » (E10). Les parents attendaient une amélioration de l'état de leur enfant (« *Si demande il y a, c'est pour un soulagement* » (E4) ; « *Ils viennent nous demander quelque chose pour atténuer les glaires* » (E6)) voire espéraient une « solution miracle » (« *Ils espèrent qu'on va trouver le traitement qui va calmer la toux tout de suite en l'espace de*

*quelques heures », « Dans la tête le sirop antitussif c'est vraiment la panacée » (E6).*

Ce traitement représentait surtout un moyen d'action pour eux (« *C'est pour ne pas rien faire », « C'est un palliatif à l'impression de ne rien faire que pourrait donner le lavage de nez » (E3)*). En effet, quand l'enfant « *est malade tout l'hiver et que les parents ne peuvent rien faire, psychologiquement, [ce n'] est pas évident » (E12)*. L'antitussif offrait aux parents la possibilité d'agir pour leur enfant (« *Ils avaient l'impression d'être actifs », « [Les parents] ont psychologiquement l'impression de faire quelque chose parce que repartir les mains dans les poches, ce n'est pas évident » (E12)*).

La recherche d'un confort parental était une autre raison retrouvée (« *Leurs gamins, ils font du bruit, ils les réveillent, faut pas qu'ils les réveillent quoi. [...] Des gens qui veulent juste que leurs gamins leur foutent la paix la nuit » (E11)* ; « *Qu'ils les empêchent de tousser. [...] De moins tousser la journée éventuellement » (E13)*).

### 2.3.2. Motif de pression

- Demande directe

Une demande directe d'antitussifs était constatée (« *C'est vrai on nous demande quelque chose et effectivement du sirop » (E6)*, « *Ils réclament des moyens pour arrêter cette toux » (E8)*). Peu fréquente (« *Ils redemandent de temps en temps » (E1)* ; « *rarement on va dire » (E11)*), elle pouvait être forte (« *Ils sont très demandeurs », « Ils insistent beaucoup » (E8)*).

- Demande indirecte d'antitussifs

Une demande indirecte d'antitussifs était souvent vécue par le praticien. Différents motifs pouvaient être avancés par les parents.

- *Altération du sommeil*

C'était le motif de pression le plus souvent constaté. La toux gênait le sommeil de l'enfant (« *Ils nous disent que l'enfant ne peut pas dormir, que ça le réveille* » (E5) ; « *C'est surtout parce qu'il ne dort pas* » (E14)), des parents (« *On [n'] a pas dormi de la nuit parce qu'il n'a pas arrêté de tousser* » (E2)) mais aussi de la famille (« *C'est surtout [...] la nuit quand cela réveille la famille* » (E1)).

- *Motifs liés à la toux de l'enfant*

Plusieurs caractéristiques de la toux étaient mises en avant par les parents : l'intensité (« *Il tousse, il tousse fort* » (E2)), la fréquence (« *Il tousse beaucoup* » (E2), « *La toux... voilà un peu répétitive* » (E1)), la périodicité de la toux (« *C'est vraiment la toux nocturne* » (E6)) ou encore sa productivité (« *Souvent, ils me disent : "mon enfant a une toux grasse, il a beaucoup de glaire"* » (E6)).

Les conséquences de la toux étaient aussi soulignées. Le retentissement général de la toux était souvent évoqué (« *La gêne occasionnée à l'enfant qui n'arrête pas de tousser* » (E1) ; « *La souffrance de l'enfant* » (E4)). La toux perturbait l'alimentation (« *Le retentissement sur l'alimentation* » (E7), « *Ils vomissent à cause de la toux* » (E8)) et provoquait des douleurs (« *Ca lui irrite la gorge* » (E5)).

- *Motifs liés aux parents*

La toux gênait les parents (« *C'est un symptôme qui les gêne* », « *On comprend aussi que la toux dérange les parents, de manière sous-entendue* » (E5)). Ils comprenaient mal le mécanisme de la toux et de son utilité (« *Ils ne comprennent pas forcément que la toux c'est quand même, quelque part, un réflexe normal du corps* » (E11) ; « *C'est le mécanisme de la toux en fait qui n'est pas compris, [...] mal perçu, mal analysé par les parents* » (E2)).

Ils avaient besoin de trouver une solution (« *A part le lavage de nez, il n'y a vraiment rien d'autre ?* » (E3) ; « *Docteur il faut vraiment [...] calmer sa toux parce qu'il ne s'en sort pas, [...] il faut faire quelque chose pour lui* » (E10)). Il n'était pas acceptable de laisser leur enfant tousser (« *Dans leur vision de la médecine c'est qu'un enfant ne doit pas tousser* » (E13) ; « *Une question de bien-être et de respect d'un bien-être à 100 %. La toux fait partie des choses qui perturbent ce bien-être* » (E4)).

La toux était source d'inquiétude (« *Il tousse de manière inquiétante* » (E2) ; « *C'est plus une crainte et une anxiété* » (E10)). Faire préciser cette inquiétude pouvait permettre de mieux la déchiffrer (« *J'essaye de faire préciser aux parents, [ce que veut] dire "Il tousse de manière inquiétante" ?* » (E2)).

La peur d'une insomnie (« *C'est surtout une crainte [...] la nuit, que l'enfant ne dorme pas parce qu'il tousse* » (E4)) et la dangerosité potentielle de la toux (« *Une inquiétude [d'un] passage de la toux à éventuellement la nuit à une mort subite* » (E4)) étaient les deux raisons de l'inquiétude des parents.

Des facteurs tels que la toux nocturne, un premier enfant (« *Un enfant qui tousse la nuit, cela inquiète. La nuit tout est plus grave* » (E4) ; « *La toux est un symptôme qui inquiète toujours, [...] surtout les mamans quand c'est un premier*



*enfant* » (E2)) ou la mauvaise interprétation des symptômes associés à la toux renforçaient cette inquiétude (« *La perception parfois d'un étouffement [ou] qu'il y a une gêne respiratoire [...] c'est un peu confondu. Pour les parents le fait que l'enfant tousse, cela signifie qu'il est gêné pour respirer* » (E2)).

- *Autres motifs*

Le problème de l'acceptation à la crèche a été une autre cause soulevée (« *S'il est malade on ne va pas me le prendre à la crèche, qu'est-ce que je vais en faire ?* » (E10)).

### 2.3.3. Vécu de la pression

Les médecins ressentaient peu de pression (« *Je n'ai pas spécialement de pression pour des sirops* » (E1) ; « *Je n'ai pas l'impression d'avoir une pression majeure des parents* » (E7)). Différentes stratégies étaient employées pour éviter celle-ci.

L'anticipation de la demande consistait à exposer rapidement la décision de ne pas prescrire (« *Mes patients [...] sont briefés tout de suite. Je ne prescris pas d'antitussif* » (E3) ; « *Si je sais qu' [à] un moment ou à un autre ils vont me parler d'antitussifs, tout de suite je vais leur dire c'est niet* » (E11)).

L'interdiction des antitussifs était utilisée pour expliquer leur décision (« *L'antitussif est contre-indiqué avant deux ans et donc en général [ça] calme vite le jeu* » (E3)).

La mise en avant de la balance bénéfice-risque des antitussifs justifiait ce choix (« *Une fois que vous avez bien expliqué les choses clairement, ils n'insistent*

*pas* » (E14) ; « *Je n'ai pas l'impression d'avoir une pression majeure des parents, si on leur explique le pour et le contre [du traitement]* » (E7)).

Une solution alternative était parfois proposée (« *On leur propose une l'alternative et les parents dans ce cas là ça va* » (E14)).

Certains médecins ressentaient de la pression. Celle-ci était jugée peu fréquente (« *Dès fois il y a un peu d'insistance* » (E5) ; « *De temps en temps* » (E10)) et acceptable (« *Je ne [la] vis pas comme une pression difficile à gérer* » (E7)). Paradoxalement, cette pression pouvait s'exercer après l'âge de deux ans (« *Peut-être plus après, [quand] les parents vont dire "Ben si, maintenant qu'il a plus de deux ans vous avez le droit", donc [...] il m'arrive de le faire* » (E11)).

#### 2.3.4. Désaccord des parents lors de la non-prescription d'antitussifs

- Fréquence

La situation de désaccord était peu fréquente (« *Ce n'est pas trop fréquent* » (E4) ; « *C'est vraiment exceptionnel vu que la feuille [des recommandations] doit être maintenant sous un tas d'autres documents* » (E3)).

- Causes

- *Facteurs liés aux parents*

Un comportement inapproprié des parents était source de difficultés (« *Un parent qui n'est plus dans sa position de parent* » (E3)) en particulier lorsque leur sommeil était perturbé (« *Ceux qui vont persister, [ce sont] ceux peut-être [dont] l'enfant fait du bruit la nuit et ça les dérange pas mal* » (E11)). Soit ils n'acceptaient pas la discussion (« *Un profil revendicatif, des gens qui sont un peu fermés à la*

*discussion* » (E2)) soit se plaçaient dans le rôle du prescripteur (« *Un parent qui vient [déjà] avec [...] une position de praticien et qui veut absolument être prescripteur de quelque chose* » (E3)).

L'inquiétude des parents a été souvent rapportée (« *Une angoisse des parents* » (E9) ; « *L'enfant tousse beaucoup et [...] ça inquiète les parents* » (E8)). La toux apparaissait comme un générateur d'angoisses (« *Ils ont l'impression que la toux est un symptôme très important qui signe l'infection grave* » (E8)) ce qui pouvait favoriser une situation conflictuelle (« *On peut imaginer des gens qui sont un peu [...] sur la défensive [en arrivant]. Il en sort plus de méfiance et ils rentrent dans un rapport d'agressivité immédiatement* » (E4)).

L'utilisation habituelle des antitussifs était un obstacle fréquent (« *Les habitudes familiales [...] ce avec quoi arrivent les parents en consultation* » (E7) ; « *La force de l'habitude* » (E10)). Les habitudes et « *les croyances des parents* » (E7) étaient difficiles à changer (« *[Habitudes] qui sont des fois difficile à changer dans une consultation* » (E7)). La difficulté était d'autant plus grande chez « *des parents qui ont déjà des enfants plus grands, qui ont donné des antitussifs à leurs petits de moins de deux ans à l'époque* » (E11) (« *On est quand même encore [à une] charnière : le premier a eu des antitussifs, ça calmait bien et [aujourd'hui, c'est] "pourquoi on [ne] peut pas le donner au deuxième" ?* » (E10)).

L'incompréhension des explications entraînait des difficultés (« *C'est qu'ils n'ont pas dû comprendre ce que je leur ai expliqué avant* » (E3)). Une telle situation pouvait entraîner un sentiment d'impuissance voir d'agacement chez le médecin (« *Je ne peux rien pour eux. [...] Je ne peux pas leur greffer des neurones. Je leur ai tout expliqué, ils ne comprennent pas* » (E3) ; « *Une fois que tu as expliqué, si les gens ne veulent pas comprendre du tout...* » (E4)). La difficulté à faire accepter ce

changement auprès des populations ayant la couverture médicale universelle a été soulignée (« *C'est un peu discriminant mais ils sont en CMU [...] parfois on a beau leur expliquer cinquante fois la même chose... à la fin, ils redemandent quand même* » (E1)).

- *Facteurs liés au médecin*

Des explications peu claires ou mal adaptées (« *[Ce] serait de ma faute si [je n'] explique pas assez bien les choses* » (E14) ; « *Peut être des explications pas claires... pas convaincantes* » (E2)) ou le fait de ne pas être convaincu soi-même étaient évoqués (« *[Si] vous n'y croyez pas vous-même, et [bien] ça ne marche pas* » (E14)).

- *Facteurs liés à la relation médecin-malade*

Le manque de confiance de la part du patient était une difficulté pour la plupart des médecins (« *La confiance non partagée* » (E5) ; « *Quand on sent qu'il n'y a plus la confiance, qu'ils ne suivent pas du tout ce que l'on essaie de leur expliquer... c'est dommage* » (E4)).

La durée de la relation médecin-malade et sa qualité conditionnaient cette confiance (« *Est-ce que je les connais depuis longtemps, pas longtemps...* » (E7) ; « *Une mauvaise relation avec le médecin, peut-être, à la limite...* » (E9)).

- *Attitude des médecins en cas de désaccord des parents*

- *Montrer de l'empathie*

L'empathie vis-à-vis des parents était une attitude adoptée par un participant (« *Je [ne] suis pas agressif. Je fais de l'empathie avec eux, je me mets à leur place* » (E12)). Celui-ci allait jusqu'à expliquer aux parents son propre désarroi vis-à-vis de

l'interdiction (« *Alors [il] y avait des médicaments, moi je pensais que ça marchait... »* (E12)).

- *Expliquer à nouveau*

Reprendre ses explications était une stratégie partagée par tous (« *Il faut réexpliquer dans ces cas là* » (E10) ; « *Je leur [en] remets une couche* » (E13)). S'intéresser aux raisons de leur insistance permettait au médecin d'adapter ses explications (« *J'essaye de savoir pourquoi, et [...] ce qu'ils recherchent dans ce médicament* », « *De temps en temps, [il] faut reprendre avec d'autres termes et réexpliquer* » (E10)).

La balance bénéfice-risque défavorable des antitussifs chez le nourrisson était alors mise en avant (« *Sur l'insistance des parents, je leur explique [...] que la balance bénéfice-risque n'est pas très favorable* », « *Je leur explique que [ça] ne change pas grand-chose [et] expose l'enfant un minimum et que c'est donc un risque à court terme* » (E1)).

- *Affirmer l'autorité médicale*

Les médecins affirmaient leur autorité en refusant la prescription (« *Je leur dis "moins de deux ans, on [n'] en prescrit plus"* » (E6) ; « *Je leur dis que je ne veux pas prescrire* » (E11)). En effet, outrepasser l'interdiction était non négociable (« *Je n'ai aucun scrupule, si je suis persuadé de quelque chose, la pression des parents ne me fera pas changer, sur ce coup-là, je dors très bien* » (E7)).

Il était souligné que le médecin était maître de sa prescription et qu'elle engageait sa responsabilité (« *S'ils le veulent à tout prix, je leur explique que c'est [moi] le médecin, j'ai mes pratiques, [donc] je ne prescris pas* » (E3) ; « *Je n'ai absolument pas à en prescrire* » (E2)).

- *Opposer l'interdiction*

La notion d'interdiction permettait de justifier la non-prescription d'antitussifs (« *On ne peut pas ! Je ne peux pas vous [en] prescrire, [puisque] c'est interdit !* » (E8) ; « *Je me suis juste des fois appuyé sur : "Bah non regardez maintenant il n'y a même plus le droit"* » (E11).

Les médecins utilisaient en pratique l'interdiction pour appuyer leur propos (« *Je leur montre la feuille des contre-indications* » (E3) ; « *Je me réfugie derrière le Vidal<sup>®</sup>* » (E2)).

La puissance de cette interdiction était renforcée par son caractère inviolable (« *De toute façon même si je [le] voulais je n'aurais pas le droit* » (E11)) et par son élaboration par une autorité experte (« *Je disais : "Ben écouter, c'est la Haute Autorité de Santé qui a dit que c'était comme ça. [...] Je fais confiance aux experts"* » (E12)).

L'existence de contrôles à plusieurs niveaux était avancée. Le pharmacien pouvait vérifier la prescription et ne pas délivrer l'antitussif (« *Même si je le prescrivais le pharmacien ne le délivrera pas* » (E11)).

- *Proposer de prendre un autre avis médical*

La liberté des parents d'aller voir le médecin qu'ils souhaitaient était soulignée (« *Rien ne les empêche d'aller voir quelqu'un d'autre* » (E4) ; « *Ils peuvent très bien aller prendre un deuxième avis* » (E3)). Cela pouvait leur permettre de recevoir des explications plus convaincantes (« *Quelqu'un d'autre [...] peut expliquer un peu mieux, [peut-être]* » (E3)). Pour un médecin, changer d'interlocuteur était la seule solution en cas de conflit (« *"Écoutez, si vous ne me faites pas confiance [...], vous allez voir quelqu'un d'autre !" C'est je pense, la seule solution d'ailleurs* » (E4)).

- *Recourir à une prescription*
  - Prescription d'antitussifs

Pour un médecin, prescrire un antitussif était une solution (« *S'ils le veulent, vraiment oui je leur prescris au moins [...] une molécule ou une autre* » (E1)) rappelant toutefois que cette prescription restait ponctuelle (« *Je leur prescris de manière ponctuelle quand même, attention !* » (E1)). Cependant, il ne connaissait pas l'interdiction et considérait que les antitussifs n'étaient que « *déconseillés chez les enfants de moins de 30 mois* » (E1). Un autre considérait qu'il était possible de prescrire un antitussif si l'enfant était proche de la limite des vingt-quatre mois (« *Vingt-deux mois et demi. Ca sera peut-être un peu oui, c'est sûr.* » (E10)).

- Autres prescriptions

Lors du recours à une prescription, la plupart utilisaient de la phytothérapie (« *Dans un deuxième temps, il y a encore quelques molécules dérivées de la phytothérapie qui semblent être autorisées* » (E5) ; « *COQUELUSEDAL<sup>®</sup> à ce moment là, je [le] prescris si vraiment [les mères] insistent* » (E6)).

Cela pouvait être une stratégie délibérée pour éviter le conflit (« *Je peux botter en touche en donnant un pseudo-antitussif. Un de ces produits qui ne servent strictement à rien et qui ne font pas partie de la liste mais qui ont encore un statut d'antitussif* » (E4)).

## **2.4. Acceptation de la non-prescription par les parents : Analyse des stratégies mises en place par les médecins**

### **2.4.1. Avis des médecins sur l'acceptation de la non-prescription**

L'interdiction des antitussifs chez les nourrissons a été bien acceptée par les parents (« Ça a été bien accueilli » (E11) ; « Chez l'enfant finalement cela se passe très bien » (E2)).

Les raisons de l'interdiction ont été bien comprises (« Les parents comprennent » (E12) ; « Les parents sont la plupart du temps très raisonnables. Ils ne vont pas aller tenter le diable sur un enfant de moins de deux ans » (E11)).

La prescription de mesures simples telles que le lavage de nez, l'hydratation, etc. a été suivie par les parents (« Je n'ai pas l'impression qu'ils soient mécontent d'avoir une ordonnance minimaliste, quand ils en ont une » (E1) ; « On a l'impression que la prescription [comme] la non-prescription est respectée » (E5)). L'efficacité de ces mesures a fini par les convaincre (« La petite expérience de quelque mois que j'ai depuis que c'est interdit montre que ça marche. [...] Donc au bout du compte ils sont satisfaits » (E4)).

### **2.4.2. Facteurs favorisant l'acceptation de la non-prescription**

- Les explications

Les explications ont eu un rôle essentiel (« Il suffit simplement d'expliquer, d'expliquer, puis encore d'expliquer » (E13) ; « Il faut essayer de les convaincre et de leur expliquer comment faire pour éviter les antitussifs » (E10)).

La plupart des médecins ont constaté une efficacité de leurs explications (« Une fois qu'ils sont informés, il n'y a pas de soucis particuliers » (E1) ; « Ils n'insistent pas tant que ça quand on leur explique » (E5)). A l'inverse, l'absence



d'explications a été préjudiciable (« *Si tu leur dis "Bon, débrouillez-vous, rentrez chez vous [et] attendez que cela passe" [...]. On peut comprendre qu'ils aient un petit moment d'hésitation voire d'appréhension* » (E4) ; « *Si on leur dit "Ah bah non, pas d'antitussif. Point" et que l'on [ne leur] explique pas, c'est sûr que ça passe moins bien* » (E10)).

Une grande importance a été accordée à la compréhension parentale (« *J'essaye [...] de leur faire comprendre pourquoi et pas de leur asséner sans leur expliquer* » (E7)) ; « *Je caricature toujours pour leur faire passer des messages* » (E11)).

- *Le temps consacré aux explications*

Le temps à accorder aux explications a été un axe important (« *Il faut du temps, [ce sont] des consultations qui prennent du temps* » (E14)). L'expression « prendre du temps », souvent utilisée par les médecins, a souligné leur volonté de fournir des explications claires et adaptées (« *Quand on prend le temps d'expliquer [...] le mécanisme tussif, ça se passe bien* » (E2) ; « *Je prends du temps, j'explique* » (E12) ; « *Je prends quand même le temps d'expliquer les choses aux gens* » (E3)).

L'idée qu'il faut consacrer du temps à expliquer la non-prescription a parfois été renforcée par l'utilisation des termes « dialogue » et « négociation » (« *Je pense que ça passe par [...] le dialogue, ça c'est sûr* » (E10) ; « *Ça passe par la négociation* » (E7)).

- Contenu des explications

- Rassurer

Rassurer les parents a été un objectif privilégié pour les praticiens (« *Je suis plutôt rassurant sur l'ensemble* » (E1) ; « *Je compense par le côté rassurant* » (E9)). Leur expliquer les symptômes de leur enfant leur a permis de prendre du recul sur la situation (« *Il faut prendre le temps d'expliquer un peu aux parents. [...] Et surtout de dédramatiser le symptôme "tousse"* » (E2)). Le mécanisme de la toux et la durée des symptômes ont été clairement expliqués (« *Expliquer le mécanisme physiologique de la toux* » (E13) ; « *Je suis obligé d'expliquer systématiquement la durée d'évolution des symptômes* » (E1)). La normalité de la toux et de l'examen clinique a été mise en avant (« *"Ce n'est pas inquiétant, ce n'est pas signe d'aggravation ce n'est qu'un mécanisme réflexe de l'organisme." [...] Prendre quelques secondes pour leur dire ça, bien souvent ça suffit* » (E2) ; « *Dans la mesure où tu as les éléments qui te permettent d'éliminer quelque chose de grave ou d'inquiétant, tu leur expliques qu'il n'y a rien de grave ou d'inquiétant* » (E4)).

Les parents ont été rassurés par la prise en compte de leur demande (« *S'ils pensent [...] qu'on prend bien en charge [...] leur demande, il n'y a pas de raison que ça se passe mal* » (E10) ; « *Comme ils sont en demande [...] d'une solution, si vous ne donnez pas de solution [...] et que vous dites "Bon, il tousse, ça va passer", [...] forcément les parents vont râler* » (E14)).

- Expliquer les risques

Beaucoup d'importance a été accordée aux explications sur les risques des antitussifs car « *quand on leur explique le [rapport] risque-bénéfice, c'est quelque chose [que les parents] entendent* » (E7). Expliquer que ce rapport est défavorable a

été un argument de poids (« *Leurs effets indésirables et [...] négatifs sont supérieurs aux effets bénéfiques. [...] En général un argument comme ça [...] touche [...] les parents* » (E7) ; « *Je leur explique qu'ils sont inefficaces et qu'ils peuvent être délétères, voilà. Et ça suffit.* » (E13)). Bien informés, les parents ont été plus enclin à accepter la non-prescription (« *En leur expliquant qu'il y avait autant de risque que de bénéfice, finalement les gens sont assez raisonnables* » (E11) ; « *Je pense qu'ils comprennent si on leur dit que c'est dangereux pour leur petit* » (E14)).

Les risques liés au non-respect de la toux ont été mentionnés (« *Si [...] on leur dit "la toux c'est un symptôme et il faut le respecter [...] parce que sinon on risque des complications", ils l'acceptent sans problème* » (E10) ; « *Il faut leur expliquer que la toux est [...] quelque chose pas si inutile que ça* » (E4)).

- Structurer la prise en charge

Donner aux parents une ligne de conduite pour le traitement de la toux est apparu nécessaire (« *Il ne faut jamais que les parents partent [...] de ton cabinet en n'ayant pas [...] un plan de bataille si tu veux contre la maladie ou les symptômes* » (E4)). Les explications ont porté sur le respect de la toux (« *Il faut convaincre les parents que la toux est à respecter et [qu'elle] fait partie de la maladie* » (E10)) et les mesures mises en place (« *Il faut d'une part expliquer votre traitement et expliquer pourquoi vous ne donnez pas de sirop* » (E14)). Le rôle des mesures simples et les motifs de reconsultation ont été clairement établis (« *[Il est préférable de] dire "on n'a pas mis un médicament pour ça mais on a mis un ensemble de mesures qui vont faire que ça va s'améliorer"* » (E10) ; « *Leur dire quand revenir* » (E11)).

- Influence des recommandations

La diffusion auprès du public des recommandations a été jugée bonne (« *L'information est bien passée* » (E2)) et a favorisé l'acceptation par les parents (« *Ça a beaucoup changé récemment, parce qu'ils ont entendus [désormais] que [ce n'] était pas recommandé* » (E14)).

L'interdiction des antitussifs était connue des parents (« *Il y a beaucoup de parents qui savent que maintenant les traitements pour la toux sont interdits chez les enfants de moins de deux ans* » (E8) ; « *C'est connu qu'on ne donne plus de sirop aux enfants de moins de deux ans* » (E6). Un médecin a estimé que ne pas donner d'antitussifs aux nourrissons était « *rentré dans les mœurs, ils le savent* » (E12). Une analogie a été faite avec la campagne d'information sur l'usage des antibiotiques (« *Les antibiotiques, c'est pas automatique* ») (« *Je crois que les gens savent qu'on ne met plus d'antibiotiques... automatique... qu'on ne met pas automatiquement d'antitussifs* » (E9)).

- Autres facteurs

La confiance envers le médecin a été décrite comme un élément important (« *Quand on vient voir un médecin, il y a quand même une relation de confiance* » (E3) ; « *En général, les gens font confiance* » (E12)). Un participant s'est d'ailleurs étonné que cette confiance lui soit conservée (« *C'est curieux parce qu'ils font confiance à leur médecin qui prescrivait l'ancien médicament* » (E12)).

Répéter les explications a permis d'aider l'acceptation, que ce soit au niveau du discours (« *Comme je dis toujours à peu près la même chose, les gens connaissent à la fin* » (E1)) ou de la prescription (« *Et puis à force... en deux ans, globalement ils voient un peu comment je fonctionne* » (E1)).

Rester disponible a été perçus par les parents comme un élément rassurant car montrait que le médecin restait attentif à l'évolution et faisait son maximum (« *Je laisse toujours la porte ouverte, je crois qu'il [le] faut* » (E4) ; « *Ils voient qu'on se décarcasse, les gens ils passent plusieurs fois, on écoute [l'enfant], comme ça je vérifie [ses] oreilles, qu'il n'y ait pas une otite derrière. Ils voient qu'on fait le maximum. Ils sont rassurés, parce qu'il n'y a pas de bronchite* » (E12).

Remettre une ordonnance qui comporte simplement une prescription de sérum physiologique en lieu et place d'un sirop antitussif a facilité l'acceptation par les parents (« *C'est vrai, dans la tête, le sirop antitussif est vraiment la panacée, mais dans la mesure où elles repartent avec une ordonnance de gouttes pour le nez* » (E6)).

#### 2.4.3. Limites de la non-prescription

De la surprise voire de la déception ont été décelées chez certains parents (« *Les mamans, on va dire [...] les moins informées, elles sont peut-être un peu déçues* » (E6) ; « *Les parents sont surpris dans la mesure où il n'y a aucune prescription* » (E13)).

Les parents ont pu avoir le sentiment que rien n'était fait pour soigner leur enfant. Soit parce que le médecin ne leur a préconisé que des mesures qu'ils réalisaient déjà (« *De temps en temps, on nous dit "Oui mais ça je le fais déjà". Et c'est un peu la façon [...] dont leur crainte s'exprime* » (E10)), soit du fait de l'absence de prescription d'antitussif (« *Ils râlent pour le fait qu'on ne peut rien faire* » (E14) ; « *Ils ressortent un peu démunis parce que peut-être qu'ils [en attendaient] plus* » (E9)).

Une mauvaise compréhension de l'interdiction a eu pour conséquence une stigmatisation de la sécurité sociale (« *Ils [ne] pensent jamais que [ce sont] les médecins ou une autorité médicale qui a conseillés de ne plus donner des antitussifs. [...]. Ils pensent [tous] que c'est la sécurité sociale, pour faire des économies* » (E12)).

L'interdiction a pu ne pas être respectée (« *Cela ne veut pas dire qu'ils n'en achètent pas [...] en vente [libre] ou que le pharmacien ne [va pas] leur en refiler* » (E14) ; « *Il y a même des patients qui allaient les acheter en Italie parce qu'on habite à vingt minutes* » (E12)).

#### 2.4.4. Stratégies pour favoriser l'acceptation de la non-prescription

Les médecins ont estimé être compétents pour ne plus prescrire d'antitussifs (« *Je me sens compétent pour dire que "non, il n'y a pas besoin"* » (E1) ; « *On essaye de faire au mieux* » (E14)), l'un d'eux a plutôt estimé y être contraint (« *De toute façon on est obligé de ne pas prescrire ces traitements* » (E8)).

- Information sur la toux
  - *Utilisation de supports d'information*

Peu de supports d'information ont été employés lors des explications sur la toux (« *Non, que la parole* » (E8) ; « *Je n'utilise pas de visuel* » (E5)). Les motifs avancés ont été l'absence d'utilité ressentie par le médecin (« *Je n'ai jamais eu besoin jusqu'à présent* » (E3)) et le refus de cadeaux de la part de l'industrie pharmaceutique (« *Les seuls posters que l'on a à disposition, [ce sont] les laboratoires pharmaceutiques qui nous les donnent, donc c'est compliqué... Je suis un peu anti-labos* » (E1)).

Des schémas ont été utilisés par quelques médecins (« *Oui, j'ai beaucoup de schémas* » (E14) ; « *Des schémas, parce que de toute façon je suis tellement nulle en dessin qu'ils n'y comprendraient rien* » (E11)). Utile (« *C'est pratique* » (E14)), ils ont permis d'apporter des explications sur la DRP ou l'anatomie (« *J'ai des petits dépliants sur comment faire un lavage de nez, à la pipette de "sérum phy" et puis ensuite au brumisateuse* » (E11) ; « *Leur expliquer [...] l'anatomie* » (E10)).

Des dessins ont été réalisés par d'autres pour accompagner leurs explications (« *Je dessine* », « *Soit une précision anatomique, soit expliquer un mécanisme quelconque* » (E10)).

- *Rôle de la toux*

L'importance de la toux a été mise en avant (« *La toux est nécessaire et indispensable* » (E2)) et en particulier son action protectrice des voies aériennes (« *C'est un mécanisme de protection des voies aériennes supérieures* » (E3) ; « *C'est un mécanisme de défense* » (E5)).

Il est expliqué que la toux aide à l'évacuation des sécrétions nasales (« *Quand ça coule par derrière et que ça arrive dans la gorge [...] ça fait tousser [l'enfant] et que bien souvent il sort les chandelles du nez et voire il tousse et avale les sécrétions qui coulent d'en haut* » (E10)) et lutte contre l'encombrement bronchique (« *Ca permet d'évacuer et de libérer les sécrétions qu'il peut y avoir au niveau pulmonaire, pour éviter l'encombrement* » (E10) ; « *Nécessaire à l'enfant pour expectorer* » (E13)).

L'emploi de termes favorables tels que « positif » ou « bénéfique » ont permis de renforcer son rôle (« *Rôle positif de la toux pour lutter contre l'encombrement* » (E5) ; « *Cette toux est totalement bénéfique pour l'enfant* » (E13)).

- *Etiologie de la toux associée à une rhinopharyngite*

Les médecins ont insisté sur le caractère normal de la toux (« *C'est un élément naturel dans le cadre de l'infection* » (E7) ; « *C'est associé souvent à la rhinopharyngite donc [...] c'est normal quand on a le rhume, [...] que derrière il y ait la toux qui s'installe* » (E1)).

L'origine virale est mise en avant (« *J'explique que les enfants rencontrent les virus, les microbes* », « *[les enfants] se défendent en créant des anticorps* » (E9)).

La vie en collectivité est pointée comme un facteur favorisant les épisodes rhinopharyngés à répétition (« *Quand ça dure, je leur dis [que c'est] parce qu'ils sont en collectivité* » (E12)). Les médecins se sont alors attachés à rassurer les parents (« *Il fait son immunisation, ça ira mieux l'an prochain* » (E12)).

- *Mécanismes de la toux*

- *Mécanisme réflexe*

La plupart des médecins ont expliqué aux parents que la toux était « *un mécanisme réflexe normal de l'organisme* » (E2)). Celle-ci était la réponse à une irritation ou à la présence de mucus dans les voies respiratoires (« *De façon réflexe, il y a cette toux qui s'installe* » (E3) ; « *Tant que le nez va couler, va sécréter, la toux va persister [...] c'est un mécanisme réflexe* » (E2)).

- *Mécanismes liés à l'inflammation*

Une inflammation du rhinopharynx est induite par la rhinopharyngite (« *Il y a une inflammation au niveau de cette zone* » (E6)).



Les participants ont distingué deux mécanismes à l'origine de la toux :

- Mécanisme irritatif

Comme l'a rapporté un participant, « *il y a un certain nombre de toux qui sont dues à une irritation de l'oropharynx* » (E5)). Celles-ci sont dues à une agression des muqueuses (« *Il peut y avoir une inflammation locale qui fait se renforcer la toux* » (E8) ; « *Avec une part de toux irritative sur des muqueuses irritées* » (E14)).

- Mécanisme obstructif par sécrétion de mucus

La toux est aussi due à la production de mucus au niveau rhinopharyngé (« *Il y a une sécrétion de mucus [...] au niveau de la gorge et [...] c'est ça qui fait tousser l'enfant* » (E6) ; « *L'essentiel de la toux va être une toux par production de mucus au niveau du nez et du pharynx* » (E14)), par le biais de l'écoulement nasal postérieur (« *La toux est liée en fait à une rhinorrhée postérieure avec des sécrétions nasales qui tombent dans la gorge et qui provoquent de fait ce réflexe de toux* », « *la toux n'est [...] que la conséquence de l'écoulement nasal* » (E2)).

- o *Evolution de la toux*

La durée prévisible des symptômes annoncée aux parents a été variable (« *Cinq, six jours, une semaine, on va dire* » (E13) ; « *Elle dure quinze jours, trois semaines donc c'est long comme évolution* » (E1)).

Initialement sèche, la toux a évolué au bout de quelques jours en une toux plus productive (« *D'abord sèche puis devient grasse* » (E1)). Une reconsultation inutile pouvait ainsi être évitée en informant les parents de l'évolution habituelle de la toux (« *C'est une toux sèche qui finit par devenir rapidement grasse, je le dis parce que sinon ils vont finir par redébarquer deux jours après* » (E1)).

Les médecins ont insisté sur la nécessité d'être patient (« *Il faut être un peu patient* » (E4) ; « *Ne pas s'inquiéter* » (E8)). En effet, la toux « *va avoir une évolution progressive* » (E5), et la guérison allait nécessiter du temps (« *Ecoutez, ça va pas s'arrêter en cinq minutes, votre enfant va continuer à tousser encore pendant quelques jours et certainement vous allez passer encore deux, trois nuits un peu sportives* » (E6)).

Les médecins ont toutefois rappelé qu'une guérison complète et sans séquelles était la règle (« *Quasi-systématiquement, il y a une guérison à la fin, des symptômes sans séquelles* », « *Elle va guérir d'elle-même* » (E1)).

- *Conséquences et gravité de la toux*

Les conséquences de la toux sont décrites comme « *minimes* » (E14) (« *Il n'y a pas de grandes conséquences de la toux* » (E4) ; « *On n'est pas bien pendant trois, quatre jours mais il n'y a pas de retentissement majeur* » (E14)). Des répercussions sur le plan digestif (« *Il y a des enfants qui vont avoir des réflexes nauséux très important, qui vont vomir sur des glaires* » (E14)), sur le sommeil (« *Ça peut fatiguer l'enfant, ça peut l'empêcher de dormir* » (E4)) ainsi que des douleurs ont été rapportées (« *Certains enfants peuvent se plaindre éventuellement de douleurs [...] sternales, enfin... thoraciques, surtout si cette toux est vraiment intense* » (E3)).

Les médecins ont adopté une attitude rassurante (« *J'insiste sur la bénignité de la toux* » (E13) ; « *Ce n'est pas parce qu'il tousse que c'est grave* » (E5)) et ont précisé que la toux n'était qu'un symptôme (« *La toux est un symptôme, pas une maladie* » (E4) ; « *Il n'y a aucune maladie à voir en cela* » (E13)). Un médecin a

suggéré que ce symptôme « *peut éventuellement être négligé, simplement surveillé en tout cas* » (E1)).

Ils ont expliqué que les signes inquiétants et les autres diagnostics étaient éliminés (« *Si on est dans le cadre d'une toux dans un contexte viral, sans signe de gravité, sans terrain sous-jacent, j'essaie de les rassurer* » (E7) ; « *Je leur explique que ce n'est pas grave dans la mesure où l'on a pu éliminer d'autres choses* » (E4)). L'examen clinique rassurant est alors mis en avant (« *Je les rassure quand à l'auscultation pulmonaire* » (E12) ; « *S'il n'y a pas de fièvre et s'il ne perd pas de poids [...] il n'y a pas besoin de s'inquiéter* » (E9)).

Toutefois, même si le risque de complication était faible, il n'était pas inexistant (« *La toux est rarement dangereuse* » (E7) ; « *Attention [...] ça peut évoluer sur quelque chose de plus compliqué, style foyer pulmonaire* » (E10)).

- *Thérapeutique*

- *Respect de la toux*

Les médecins ont insisté auprès des parents sur le nécessaire respect de la toux (« *C'est normal que l'on tousse gras, au contraire, il faut respecter cette toux* » (E1) ; « *J'emploie la phrase que j'ai lue quelque part il y a quelques temps "Laissez votre enfant tousser"* » (E4) ; « *La toux n'est pas impérativement à traiter, dans la mesure où ce n'est que la conséquence de l'écoulement nasal* » (E2)). Pour un médecin, il fallait exclure tous les traitements possibles (« *Je pense [...] qu'il faut être clair sur cette histoire de toux. [...] C'est que probablement limiter la toux est délétère pour l'enfant. Alors que ce soit avec du miel, de l'homéopathie ou de la poudre de perlimpinpin ou de la graisse de castor, ça reste délétère pour l'enfant* » (E4)).

- Traitement de la toux

La DRP a été la pierre angulaire du traitement conseillé de la toux (« *Après la toux, c'est plutôt le traitement de la rhinopharyngite et compagnie, à savoir que c'est les DRP* » (E1)). Elle était une réponse suffisante à la toux et aucun autre traitement n'avait de place (« *Expliquer qu'une simple rhinite se traite en nettoyant le nez avec du sérum physiologique et jamais rien d'autre* » (E13) ; « *La réponse à la toux est d'abord le lavage de nez, et sûrement pas les antitussifs* » (E3)).

Le peu de traitements disponibles, autres que la DRP, a été un élément mis en avant (« *Moyens limités au-delà de la DRP* » (E5) ; « *Je leur dit que de toute façon on ne peut pas faire plus* » (E12)). Un médecin est même allé jusqu'à suggérer qu'aucun traitement n'était nécessaire (« *il n'y a pas de traitement de la toux en particulier, en elle-même, puisqu'elle va guérir d'elle-même* » (E1)).

D'autres mesures simples telles que l'hydratation de l'enfant et le fractionnement de l'alimentation sont proposées (« *C'est un signe [...] que l'on peut essayer de diminuer en [...] hydratant correctement l'enfant, en rationnant l'alimentation* » (E7)).

- Surveillance

La surveillance a été essentielle et a même constitué la base du traitement pour un participant (« *Donc les différents traitements de la toux c'est la surveillance essentiellement* » (E1)).

- Éléments à surveiller

L'alimentation et la température ont été présentés comme les éléments-clés à surveiller par les parents (« *Ce qui compte surtout c'est l'état général, la température, la prise alimentaire* » (E5)).

Une attention particulière devait être apportée à l'état respiratoire et en particulier à la tolérance (« *Ce qui compte c'est la tolérance, [...] on peut tolérer qu'un enfant tousse sous réserve que la tolérance soit acceptable* » (E7) ; « *Ce qui compte surtout c'est [...] qu'il ne respire pas trop vite* » (E5) ; « *Rechercher [...] les signes d'épuisement* » (E10)). Un médecin a proposé d'enseigner aux parents les signes de gravité respiratoire à l'aide de moyens mnémotechniques appris durant sa formation (« *On peut expliquer éventuellement les signes quand les gens sont "cortiqués" devant soi, les petits signes "Bébé-tire-en-geignant" et compagnie* » (E1)).

- **Eléments devant amener à consulter à nouveau**

Les parents ont été invités à consulter en cas de dégradation de l'état de l'enfant (« *Ne pas hésiter à repasser s'il ne va pas bien* » (E4) ; « *On se revoit si jamais l'enfant commence à faire de la fièvre, plus de 38.5°C pendant plus de quarante-huit heures ou que vous avez l'impression qu'il y a une gêne respiratoire avec éventuellement même un retentissement au niveau de l'alimentation ou même si l'enfant vous inquiète* » (E3)) et en cas de persistance de la toux (« *Si cela dure longtemps il faut reconsulter* » (E1) ; « *Si elle ne guérit pas dans un délai d'une semaine [...] et bien dans ce cas là, il faut reconsulter* » (E14)).

Un médecin c'est dit particulièrement attentif au risque de bronchiolite (« *Si on est vraiment sur une toux sèche période bronchiolite par exemple, je vais très facilement leur dire "Attention ce que je dis là n'est pas forcément valable demain, ce soir, cette nuit, donc n'hésiter pas cette nuit si vraiment il devient essoufflé [ou] qu'il ne dort pas bien, à reconsulter en urgence"* » (E11)).

Dans de telles situations, prendre au minimum l'avis téléphonique de son médecin a été conseillé au patient (« *L'enfant qui siffle un peu, qui n'est pas très*

*bien, qui ne mange pas bien, qui a l'air fatigué, je leur demande de me rappeler »* (E4)). Un médecin a proposé de consulter à nouveau systématiquement au bout de quelques jours (*« Repasser dans quatre, cinq jours on [l'écouter]a. Passer entre deux et on verra un peu comment l'auscultation s'est modifiée »* (E12)).

- Information sur la non-prescription des antitussifs et des fluidifiants

Les traitements médicamenteux disponibles pour la toux du nourrisson ont été limités par l'interdiction (*« Maintenant c'est simple, quand le petit tousse, je leur dis qu'il y a plus de médicament contre la toux »* (E12)) ; *« Je leur fais part que la plupart des antitussifs [...] n'ont plus l'autorisation d'être prescrits »* (E7)). Les raisons de la non-prescription ont été spontanément expliquées (*« Je leur explique plutôt pourquoi je ne les prescris pas »* (E10)).

- *Antitussifs*

Les antitussifs ont été décrits comme inefficace (*« Je leur explique qu'ils sont inefficaces »* (E13)), leur action n'étant que symptomatique (*« Ca n'est en aucun cas curatif »* (E2)) ; *« Ca ne change rien à l'évolution naturelle de la maladie »* (E1)).

Leur mécanisme d'action et leurs conséquences ont été expliqués (*« Les sirops antitussifs [...] ça n'agit pas localement [...] le mécanisme de blocage de la toux est un mécanisme central qui est lié donc à la molécule », « Si l'on met un antitussif cela risque de bloquer ce mécanisme réflexe de la toux qui sert à dégager les poumons »* (E2)). L'impression de soulagement rapide de la toux perçue par les parents a été ainsi attribuée à l'excipient (*« La sensation de blocage immédiat, c'est une perception, ce n'est pas quelque chose de réel », « La sensation de prise du sirop qui apaise, [...] ce n'est pas lié au principe actif »* (E2)).

Les risques ont été mis en avant (« *On a jugé que c'était nocif pour l'enfant* » (E12) ; « *Ils peuvent être délétères* » (E13)), en particulier ceux concernant l'appareil respiratoire (« *Cela risque de développer une détresse respiratoire* » (E2) ; « *Ça a été accusé d'encombrer l'enfant* » (E12)).

Enfin, la notion de balance bénéfice-risque a mis en relief ces explications (« *Je leur fais part que la plupart des antitussifs [...] n'ont plus l'autorisation d'être prescrits parce que leurs effets indésirables et négatifs sont supérieurs aux effets bénéfiques* » (E7) ; « *Cela n'apporte pas grand-chose [...] donc ce n'est pas la peine d'exposer l'enfant à des effets indésirables* » (E1)).

- *Fluidifiants*

Les fluidifiants ont également été décrits comme inefficaces et dangereux (« *Ils n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité mais la preuve de leur inefficacité voire [de leur] nocivité* », « *[les fluidifiants] risque[nt] de diminuer un mécanisme de défense pour ne pas s'encombrer, [ils] risque[nt] d'encombrer [les nourrissons] si on leur donne des sirops qui fluidifient* » (E5)). En effet, « *si on aggrave la fluidité des sécrétions, l'enfant a plus de peine à les cracher et s'en débarrasse mal* » (E5).

## **2.5. Acceptation de la non-prescription par les parents : Mesures alternatives aux antitussifs employées par les médecins**

### **2.5.1. Motifs de prescription des mesures alternatives**

Les médecins ont indiqué qu'il était important d'apporter quand même de l'aide aux parents d'un nourrisson qui tousse (« *Il faut quand même être attentif à la vie courante des gens et à ce que peut représenter l'impact d'une toux* » (E14)).

L'utilisation de produits à la balance bénéfice-risque neutre a été présentée comme un moyen d'apporter un soulagement aux parents (« *Des sirops qui ne sont pas dangereux, même si je pense qu'ils ne sont pas extrêmement efficaces [...] mais qui vont vous rajouter du confort, je vais les donner parce que je trouve que c'est important* » (E14)).

Le confort de l'enfant a été le motif de prescription avancé (« *La maman décrit un enfant qui tousse tout le temps* », « *Il ne dort pas la nuit* » (E8)).

Cette prescription devait néanmoins s'appuyer sur un examen clinique rassurant (« *Quand je considère que l'enfant n'est pas encombré, [...] que c'est vraiment une toux sèche isolée* » (E7) ; « *À savoir une toux sans signes généraux donc ni fièvre, ni signes pulmonaires, ni production de glaires, c'est là qu'on aime bien mettre le COQUELUSEDAL<sup>®</sup>* » (E5)).

### 2.5.2. Traitements médicamenteux alternatifs utilisés

- Corticoïdes

L'utilisation de corticoïdes a eu pour but de lutter contre la composante inflammatoire de la toux (« *Si l'on considère qu'il y a une grosse inflammation, on peut utiliser [...] des corticoïdes [...] qui jouent indirectement sur la toux* » (E10)).

Les corticoïdes ont été fréquemment utilisés en aérosols (« *Ça peut m'arriver de prescrire des aérosols de PULMICORT<sup>®</sup>* » (E7) ; « *Sur une toux qui dure déjà depuis quatre, cinq jours, s'il y a beaucoup de sécrétions, des aérosols de budesonide* » (E6)) mais également par voie nasale (« *Des gouttes type PIVALONE<sup>®</sup>, anti-inflammatoire local* » (E6)).



- Anti-inflammatoires

Les médecins ont indiqué que les anti-inflammatoires, comme les corticoïdes, avaient une action indirecte sur la toux en luttant contre l'inflammation (« *Des anti-inflammatoires pour diminuer l'inflammation des bronches ou de la gorge* » (E8)). Deux formes galéniques étaient utilisées chez les nourrissons (« *soit en suppo-, soit per os* » (E8)).

- Phytothérapie

La phytothérapie a été considérée comme un médicament par les médecins qui l'employaient (« *Il y a des contre-indications [mais il y a quand même un côté actif], ce n'est pas quelque chose qui est "très dangereux" mais oui, c'est quand même un médicament* » (E10)). Un médecin a insisté sur le fait que ce n'était qu'un traitement symptomatique (« *Je leur explique [que] c'est un appoint* » (E11)).

Cette prescription a concerné principalement un médicament : le COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson (« *C'est vrai qu'on prescrit encore des suppositoires de COQUELUSEDAL<sup>®</sup> qui sont plutôt à base de dérivés de la phytothérapie* » (E5)). Il a souvent été cité comme le dernier traitement symptomatique autorisé (« *Le seul qui ne soit pas contre-indiqué, je crois que c'est le COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson* » (E7)).

Beaucoup de médecins l'ont utilisé mais ont indiqué que c'était assez rare (« *Je prescris des suppo- de COQUELUSEDAL<sup>®</sup> par exemple. De temps en temps, de moins en moins à vrai dire* » (E6) ; « *Dans de rares cas des suppo- de COQUELUSEDAL<sup>®</sup>* » (E7)), et surtout en cas de gêne importante de l'enfant (« *Si vraiment les parents me disent "Il est très gêné la nuit" je leur dit éventuellement de*

*donner du COQUELUSEDAL® suppo- » (E8) ; « Quand c'est une toux vraiment nocturne qui les gêne pas mal, qu'ils ont déjà essayé [...] toutes les petites techniques. Je vais leur parler du COQUELUSEDAL® » (E11)).*

- Autres

L'usage de bronchodilatateurs de courte durée d'action ou d'alpha-amylase a été rapportée (« *Eventuellement un peu de VENTOLINE®* » (E4) ; « *Du MAXILASE® qui est autorisé à partir de six mois, qui jouent indirectement sur la toux s'il y a moins d'inflammation* » (E10)).

### 2.5.3. Traitements non-médicamenteux alternatifs utilisés

- Amélioration de l'environnement

Pour les médecins, les différentes mesures environnementales ont eu pour but de « *limiter les phénomènes irritants* » (E2) pour la sphère ORL de l'enfant.

L'éviction du tabagisme de la maison, même passif, a été préconisé par la majorité des médecins (« *Supprimer le tabac dans la maison* » (E4) ; « *On retrouve du tabagisme passif même s'ils fument dehors* » (E12)). En effet, le tabac pouvait avoir des répercussions négatives sur l'état de l'enfant (« *Je leur dis "Attention, n'oubliez pas que le tabac [...] peut allonger les symptômes [voire les accentuer]"* » (E1)).

Les médecins ont été univoques pour conseiller de « *réfléchir un peu à l'atmosphère générale* » (E4). Une bonne ventilation de la maison et un chauffage modéré ont été des mesures partagées par tous (« *Bien ventiler les chambres, aérer...* » (E14) ; « *Eviter d'avoir des saturations d'eau* », « *Eviter de trop chauffer la pièce* » (E13)).

Il était aussi conseillé d'assainir l'environnement immédiat de l'enfant (« *Les bestioles, le chat, les peluches, la moquette, et tout un tas de trucs...* », « *Passer peut-être un petit coup à la machine à laver les vingt-sept peluches qui sont dans le lit du bébé* » (E4)).

- Modifier la position de l'enfant

Le positionnement de l'enfant a souvent été cité comme une mesure à envisager (« *[Modifier] la position de l'enfant s'il a du mal à respirer* » (E13)). La position proclive était communément employée (« *Je leur donne des conseils pour le coucher [comme] surélever le haut du lit...* » (E6)) car perçue comme bénéfique pour le nourrisson (« *De toute façon, tous les gamins qui toussent et qui ne respirent pas bien sont mieux semi-assis dans leur lit* » (E14)).

Même si cette mesure était bien connue des parents (« *Les parents le savent déjà, ils ont déjà fait ça* » (E6)), des explications pratiques pouvaient être nécessaires (« *Pour l'inclinaison du lit, je leur montre l'angle maxi à avoir, en leur expliquant que ça [ne] sert à rien [d'aller] plus haut puisqu'il tombera dans le fond du lit* » (E11)).

- Envisager des mesures hygiéno-diététiques

Sur le plan diététique, il a été conseillé « *de bien hydrater l'enfant* » (E14), « *et de fractionner l'alimentation* » (E3). Épaissir le lait a été présenté comme une option à envisager en cas de régurgitations (« *Chez un tout-petit [...] on peut épaissir le lait* » (E3)).

L'hygiène des mains n'était pas non plus à négliger (« *Avoir une hygiène des mains efficace et régulière* » (E13)).

- Réaliser une Désobstruction Rhino-Pharyngée (DRP), ou lavage de nez
  - *Importance de la DRP*

La DRP a été présentée par les médecins comme un véritable traitement (« *Le lavage de nez est un traitement en soi* » (E3) ; « *Ce n'est pas une règle hygiéno-diététique, c'est vraiment un traitement* » (E4)).

Pour les praticiens, elle constituait la base de la stratégie thérapeutique (« *Deuxièmement nettoyer le nez, [encore et toujours]. [...] Je crois que c'est la base du point de vue médical* » (E4) ; « *Surtout chez la population des moins de deux ans, c'est essentiellement le lavage de nez* » (E3)).

Son efficacité sur le confort de l'enfant et son action préventive sur les complications infectieuses ont été mises en avant (« *Drainer permet de mieux respirer* » (E12) ; « *Un nez bien drainé, c'est un enfant qui tousse moins* » (E4) ; « *S'il a le nez bien lavé, il va dormir* » (E14) ; « *La DRP a pour but d'éviter les surinfections [...] qu'elles soient locales ou à distance* » (E2)).

- *Mécanisme d'action*

La DRP traitait la rhinopharyngite et donc indirectement la toux (« *[Le traitement de] la toux, c'est plutôt [celui de] la rhinopharyngite et compagnie, à savoir c'est les DRP* » (E1) ; « *C'est le seul traitement, et il n'a pas pour but de faire disparaître la toux* » (E2)).

En effet, La DRP permettait de dégager le nez (« *Il faut essayer d'évacuer les sécrétions du nez pour ne pas que ça retombe dans la gorge* » (E8)) et d'« *éviter le jetage postérieur* » (E7)).

- *Explications pratiques de la DRP*

Il est apparu important aux médecins d'expliquer la DRP (« *J'essaye de leur expliquer comment faire pour que ce soit efficace* » (E10) ; « *Je passe pas mal de temps à leur expliquer* » (E14)), parfois à l'aide de supports d'information (« *Je montre [les supports] à certain quand je ne les sens pas sûrs ou flippés* » (E11)). Les médecins ont insisté sur le fait qu'il fallait prendre le temps de faire le lavage de nez (« *C'est un traitement qui doit être fait énergiquement avec beaucoup de détermination* » (E4)).

La technique de la DRP a été détaillée (« *Je leur explique comment bien faire, boucher la narine, tourner la tête etc.* » (E9) ; « *Je leur explique essentiellement comment on fait. On met le visage sur le côté, on balance dans la narine supérieure, on fait en sorte que cela passe de l'autre côté* » (E1)).

La fréquence de la DRP variait en fonction de la gêne de l'enfant (« *Expliquer que ça suffit amplement s'ils font ça à la maison deux, trois fois par jour, pas plus* » (E13) ; « *Avant chaque repas et chaque fois [avant] de se coucher et éventuellement la nuit* » (E14)). Toutefois, il a été préconisé une DRP si la situation le nécessitait (« *c'est important de bien laver le nez [...] tant que l'enfant est encombré* » (E3)).

- *Réalisation de la DRP par les parents*

L'avis des médecins a varié sur la réalisation de la DRP. Certains l'ont estimé bien faite par les parents (« *Les gens savent le faire à force. Enfin, j'ai l'impression* » (E1) ; « *Ils savent [...] Sinon oui, ils y arrivent bien* » (E11)). D'autres l'ont jugé moins bien réalisée (« *Les gens ne savent pas toujours comment bien faire* » (E9)). Pour une majorité de pédiatres, elle était souvent mal faite (« *Je peux vous dire que neuf fois sur dix, si [ce n'] est pas dix fois sur dix, les parents ne font jamais le geste* » (E11)).

correcte » (E13) ; « *Je pense que les lavages de nez ne sont peut-être pas très bien fait* » (E4).

Le principal frein à la réalisation de la DRP a été la timidité des parents, voire leur peur (« *Souvent les parents sont très timides là-dessus, ils ont peur de faire mal ou d'entraîner des trucs désagréables* » (E4) ; « *Ils ont peur. Ils [ne] font pas* » (E13)).

Le refus de l'enfant et la difficulté de lui faire une DRP ont été d'autres freins (« *Comme le petit ne veut pas, ils ne le font pas. [...] Ils vous disent "il n'a pas envie"* » (E14) ; « *Les enfants ils n'adorent pas [ça]* » (E4) ; « *[Ce n'] est pas de tout repos [...] pour les parents* » (E10)). Les médecins ont alors insisté sur la nécessité de faire le traitement (« *Je leur explique que "Oui il n'aime pas parce que c'est désagréable mais que [...] ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas le faire"* » (E11)).

- *Démonstration de la DRP*

Une démonstration a souvent été réalisée (« *Je vais facilement leur montrer en faisant un lavage de nez au bébé* » (E11) ; « *Le mieux, c'est toujours de le faire donc je leur montre* » (E3)), surtout les premières fois (« *Facilement sur les premières fois où ça leur arrivent* » (E11)). L'expérience personnelle du médecin a pu aider à cette démonstration (« *Les trois enfants qu'on a eu [...], ça aide certainement* » (E10)).

Montrer une démonstration filmée a été une option (« *J'avais un maître de stage qui le faisait [...], il avait déjà tout simplement filmé sa fille en train de le faire pour expliquer, dans l'ordinateur, comment on faisait* » (E1)).

Le but de la démonstration était de rassurer les parents (« *C'est aussi pour ça que je le fais, c'est pour leur montrer que globalement, on ne les tue pas* » (E14)), de

leur montrer l'efficacité de la DRP (« *Ils sont tout à fait étonnés de voir que leur enfant peut [...] évacuer des sécrétions nasales importantes, jaunes, vertes, claires, simplement en utilisant du sérum physiologique* » (E13)) et ainsi de les encourager à la réaliser (« *Le petit après, il respire bien, c'est nettement mieux et ça les motive* » (E12)).

Pour ceux qui ne faisaient pas de démonstration, les raisons évoquées ont été le manque d'aisance (« *Je ne sais pas très bien comment expliquer. [...] S'il faut pencher, mettre la tête de l'enfant sur le côté, lui mettre... non [je ne peux pas]* » (E4)) et l'absence de matériel au cabinet (« *Je ne le fais pas devant eux, parce que je n'ai pas de sérum physiologique [...] au cabinet, ni de quoi aspirer* » (E6)).

- Utiliser de l'homéopathie

L'homéopathie a été peu prescrite pour soulager la toux du nourrisson (« *Jamais !* » (E13) ; « *Je ne prescris pas d'homéopathie* » (E3)). Les principales raisons ont été l'absence de connaissance ou de formation en homéopathie (« *Non, je n'y connais rien* » (E11) ; « *Pas de formation homéopathique* » (E14)), ou l'absence d'efficacité établie (« *Je n'y crois qu'à moitié* » (E4) ; « *L'homéopathie, ce n'est qu'un placebo* » (E13)).

Ces traitements étaient cependant respectés (« *Quand les patients ont déjà des traitements homéopathiques je les préserve, si ça leur convient* » (E14)). En cas de demande, les parents ont été orientés vers le pharmacien ou un confrère (« *Qu'ils se rapprochent du pharmacien et qu'ils demandent conseil* » (E1) ; « *Quand vraiment je suis embêté, j'ai trois correspondants en homéopathie à qui je fais confiance* » (E12)).

L'homéopathie a été parfois employée (« *Oui ça arrive mais pas très souvent* » (E9) ; « *quelques fois des granules homéopathiques peuvent être une réponse* » (E5)) mais souvent en désespoir de cause (« *Quand je mets de l'homéopathie par exemple. C'est pour essayer de stopper la toux parce qu'on n'a pas autre chose* » (E8)). Ces médecins n'avaient pas de formation spécifique en homéopathie (« *Je n'ai que quelques schémas que j'ai appris et qui m'ont été rapportés mais pas de formation homéopathique. J'utilise des recettes pour des choses simples* » (E8) ; « *J'ai trois, quatre médicaments d'homéopathie que j'utilise [...] par habitudes de confrères* » (E14)).

- La solution du miel

Comme pour l'homéopathie, le miel a été peu proposé dans le traitement de la toux du nourrisson (« *Pas de miel* » (E2) ; « *Je n'en parle pas spécialement pour les tout-petits nourrissons* » (E1)) et son utilisation n'a pas été encouragée (« *Je ne les encourage pas plus que ça* » (E14)).

Les causes évoquées ont été le peu de goût du médecin pour le miel (« *Je n'aime pas le miel donc alors je n'y pense pas* » (E3)), le fait qu'il soit utilisé plutôt pour le mal de gorge (« *C'est plutôt pour le mal de gorge [...] que je leur propose* » (E1)) et qu'il ne correspond pas à l'âge de l'enfant (« *Moi j'en parle pas du tout, j'y pense même pas et puis avant deux ans...* » (E11)).

Certains ont déclaré en utiliser mais de manière peu fréquente (« *[Le miel], ça peut, pourquoi pas...* » (E10) ; « *Rarement mais ça m'arrive* » (E13)) et systématiquement après une sollicitation des parents (« *Si on m'en parle, oui, mais spontanément je ne pense pas au miel* » (E3)). Le goût et une moindre teneur en sucre qu'un sirop ont été présentés comme des arguments pour son utilisation



*(« Donner un lait chaud avec du miel [...] c'est certainement plus agréable pour l'enfant que tous les sucres contenus dans les sirops » (E13)).*

- Techniques d'humidification de l'air

La vapeur d'eau chaude pour humidifier l'air a été présentée comme une solution (*« J'utilise beaucoup la vapeur d'eau chaude » (E9)*). Elle apportait de l'aide en fluidifiant les sécrétions (*« J'explique aux parents qu'il faut fluidifier les sécrétions et [...] que le meilleur moyen, c'est la vapeur d'eau chaude » (E9)* ; *« L'humidification, quand il y a un truc qui est bien coincé ou que c'est bien inflammé, ça aide » (E10)*).

Les inhalations n'ont pas semblé utiles (*« On me demande s'il peut faire des inhalations, des trucs comme ça. Je ne trouve pas ça forcément utile » (E3)*), au contraire de l'humidification de l'air d'une pièce et/ou de la chambre (*« Aussi un truc qui marche pas mal, c'est l'humidification de la chambre » (E10)*). Différentes méthodes pouvaient être utilisées :

- Se mettre avec l'enfant dans la salle de bain (*« Ils font couler l'eau chaude dans la salle de bain et ils se mettent avec l'enfant pour que ça coule et que ça le dégage » (E9)*),
- Utiliser la cocotte-minute (*« Chauffer de l'eau dans une cocotte-minute et que le meilleur moyen est de mettre l'enfant à côté de la vapeur d'eau chaude plusieurs fois par jours » (E9)* ; *« Soit la cocotte-minute qu'on fait chauffer et qu'on ouvre dans la chambre » (E10)*). Cette méthode nécessitait de prendre garde aux risques de brûlures pour le nourrisson (*« En faisant bien attention s'ils prennent la cocotte à ce qu'il ne se brûle pas. [...] Je précise toujours » (E9)*),
- Utiliser un saturateur d'air sur le radiateur (*« Des saturateurs sur les radiateurs » (E9)*). Cependant, leur utilité n'a pas fait consensus (*« Ca ne sert à rien de mettre*

*le petit bol sur le radiateur » (E11) ; « La gamelle sur le radiateur ça ne fait pas forcément grand-chose » (E10)),*

- Faire sécher du linge dans la chambre (*« Le linge qui sèche dans la chambre » (E10) ; « Le Tancarville avec le linge à sécher ou la grande serviette-éponge bien trempée parce que ça humidifiera mieux » (E11)).*

- *Autres mesures alternatives*

- Apporter un soutien aux parents

Il a été proposé aux parents de venir consulter le médecin, autant de fois que souhaité et de manière informelle (*« Les parents repassent gratuitement trois, quatre voire cinq fois, ils passent entre deux », « Je les ausculte très régulièrement, je ne fais payer qu'une consultation, des fois les gens passent sept, huit fois, ils passent vite fait » (E12)).* Une telle disponibilité a été efficace mais contraignante pour le médecin (*« Neuf fois sur dix, avec ce soutien psychologique, les parents passent et tiennent l'hiver comme ça, tout doucement, sans antibiotique et pratiquement sans kiné », « Mais avec beaucoup d'investissement personnel » (E12)).*

- Prescrire de la kinésithérapie

La kinésithérapie a été présentée comme une option possible (*« Peut-être d'avoir la [prescription de] kiné un peu plus facile parce que ça peut aider » (E10))* mais peu utilisée (*« La kiné, j'en fais très, très, peu. J'essaye de beaucoup la motiver » (E12)).*

## IV. DISCUSSION

---

### 1. Forces et faiblesses de l'étude

#### 1.1. *Forces de l'étude*

##### 1.1.1. Par rapport au sujet

Cette étude réalise un état des lieux des pratiques médicales actuelles, deux ans après la mise en place des recommandations de l'AFSSAPS,

Elle permet d'évaluer l'influence de ces recommandations et l'adaptation des médecins à ce changement de pratique. La recherche des obstacles à ce changement peut permettre d'améliorer les recommandations actuelles.

Cette étude s'intéresse aux stratégies et solutions alternatives innovantes mises en place par les médecins.

##### 1.1.2. Par rapport à la méthode

La saturation des données a pu être obtenue grâce à la taille suffisante de l'échantillon et l'analyse par triangulation à améliorer la pertinence des résultats.

Le fait que les deux enquêteurs soient eux-mêmes médecins généralistes leur a fourni le bagage nécessaire pour appréhender le sujet dans toutes ces dimensions. De par leur propre pratique de la médecine générale, les enquêteurs étaient prompts à guider efficacement les entretiens, notamment en relançant les praticiens sur des thèmes jugés importants.

#### 1.2. *Faiblesses de l'étude*

##### 1.2.1. Biais propres à la méthode

L'échantillon est composé de médecins choisis aléatoirement dans des zones géographiques prédéterminées. Il ne se veut pas représentatif des pratiques de l'ensemble des pédiatres et généralistes exerçant en France métropolitaine.

Seuls les médecins motivés par le sujet ont accepté de participer à l'enquête. Ce volontarisme des répondants constitue un biais de recrutement.

### 1.2.2. Biais indépendants de la méthode

Cette enquête a été réalisée sur la bonne foi des déclarations des praticiens. Les entretiens téléphoniques ont été réalisés au cabinet des participants pendant leurs heures de travail ou après celles-ci. Ils ont pu être interrompus par des éléments extérieurs (confrère, secrétaire, repas lors de l'entretien, fatigue, etc.).

Des réponses ont pu être induites par les enquêteurs. Ils se sont présentés comme étant eux-mêmes médecins ce qui a pu faciliter la discussion mais aussi influencer le discours des participants (biais d'investigation).

## **2. Principaux résultats**

### **2.1. *L'usage des antitussifs avant l'interdiction : deux groupes de médecins aux visions opposées***

Le premier groupe de médecins prescrivait habituellement des antitussifs avant leur interdiction. La plupart avaient aux alentours de cinquante ans et étaient majoritairement des généralistes. Ils accordaient aux antitussifs une efficacité symptomatique. Le risque iatrogène était peu pris en compte par ces médecins. Le risque de complications respiratoires a été quelques fois souligné, voire appréhendé, en particulier par M4 (« *il fallait vraiment être certain que ça ne risquait pas de perturber l'enfant* »). Concernant les effets indésirables, beaucoup ne les considéraient pas et argumentaient qu'ils n'avaient jamais eu de problèmes jusqu'à présent (« *En trente-quatre ans et souvent discutant tout autour entre pédiatres, on n'a jamais eu aucun problème, jamais* » (M12)). Tous ces médecins ont estimé que

les antitussifs étaient utiles dans la pratique. Pour la plupart, les antitussifs apportaient du confort à l'enfant et cela était leur principal motif de prescription. Ils justifiaient leur décision en rappelant que ces médicaments étaient indiqués dans cette situation (M7). Au sein de ce groupe, un médecin plus jeune (M2) a estimé que sa prescription d'antitussifs répondait surtout à une demande des parents, parlant même de « *prescription de complaisance* ». Une telle attitude n'est retrouvée chez aucun médecin plus âgé.

Le second groupe de médecins ne prescrivait pas d'antitussifs avant l'interdiction. Majoritairement composé de jeunes médecins et de pédiatres, ce groupe se caractérisait par une forte influence de la formation initiale. Ces médecins étaient au fait du risque iatrogène des antitussifs et ils les considéraient comme inutiles. Pour M3, les antitussifs étaient même un obstacle à l'éducation des parents, les détournant de la DRP.

Ainsi, les médecins avec une plus longue expérience professionnelle sont apparus comme les plus à même de prescrire des antitussifs avant l'interdiction. La question de l'information de ces médecins est à soulever, étant donné que la majorité d'entre eux ne prenaient pas en compte les effets secondaires. Le problème de la sous-notification des effets indésirables et surtout leur repérage s'illustre bien dans ce groupe. A titre d'exemple, M10 estimait que seules des études pouvaient prouver leur existence au contraire de la pratique courante (« *Je pense que les études montrent des choses et la pratique courante pas forcément* »). Les effets indésirables liés à la pholcodine, et en particulier à sa possible implication dans la sensibilisation aux curares, ont été rapportés. Ils ne rentraient pas dans le champ de l'étude car cet opiacé était déjà contre-indiqué chez l'enfant de moins de deux ans. La présence de jeunes médecins dans le premier groupe est surprenante et peut

s'expliquer par le fait qu'ils ont repris les habitudes de leurs aînés, suite à une succession ou par clientélisme.

## **2.2. Un vécu de l'interdiction équilibré mais des critiques constantes contre cette mesure**

Autant de médecins ont exprimé un avis négatif que positif vis-à-vis de l'interdiction.

Les non-prescripteurs ont émis un avis favorable car ils étaient confortés dans leur pratique. Ils y ont vu aussi un moyen supplémentaire de convaincre les parents. Pour ceux qui prescrivaient des antitussifs, l'interdiction a été considérée comme une « *bonne chose avec du recul* » (M2). Celle-ci permettait de limiter une utilisation excessive par les médecins et de contrôler l'automédication par les parents. Ce constat est intéressant dans le contexte établi de sur-prescription médicamenteuse lors des infections rhinopharyngées et des risques liés à l'automédication par ses produits (3). En limitant l'utilisation des antitussifs chez les nourrissons de moins de deux ans, l'interdiction semble avoir atteint un de ses objectifs. Les avis des participants ont été plus favorables que ceux observés dans l'étude de Géraldine LEGROS (31). Un plus long recul par rapport aux recommandations pourrait expliquer cette différence : les recueils de données de ces études ont eu lieu à un an d'intervalle. D'autre part, la présence de pédiatres, majoritairement peu favorable aux antitussifs, parmi les participants peut être une autre explication.

Certains médecins ont été critiques vis-à-vis de l'interdiction. M12 a jugé celle-ci excessive et a souligné que les effets indésirables étaient liés à des surdosages dans un contexte de mauvaise utilisation des antitussifs. Cette remarque semble

fondée car il est souvent rapporté dans les comptes-rendus de réunion de pharmacovigilance qu'un mésusage est à l'origine des accidents iatrogènes. M12 estime également l'interdiction disproportionnée au regard du peu de cas rapportés et de l'utilisation importante et ancienne des antitussifs. Ces remarques sont intéressantes car elles soulèvent deux questions :

- Dans le contexte de l'affaire du Médiator<sup>®</sup>, le principe de précaution n'est-il pas appliqué avec excès aux antitussifs ? La crainte d'effets indésirables graves et la faible efficacité des antitussifs ont pu pousser les autorités sanitaires à prendre la décision de les interdire. La première remarque de M12 pointe une mauvaise utilisation des antitussifs par les parents. Les résultats des enquêtes de pharmacovigilance vont dans ce sens, en constatant des erreurs de posologie, des confusions entre les dosages, ou la réalisation d'associations délétères d'antitussifs. Aux Etats-Unis et au Canada, les traitements de la toux et du rhume sont en vente libre. Un mésusage par les parents a été clairement identifié comme source d'accidents iatrogènes. Ainsi, l'automédication par les parents apparaît comme le principal facteur de manifestation d'effets indésirables des antitussifs (23). Cependant, des cas d'iatrogénie sans rapport avec un mésusage ont aussi été rapportés. Ces effets indésirables étant potentiellement graves, les autorités sanitaires sont, de fait, dans leur rôle lorsqu'elles interdisent les antitussifs.
- Interdire totalement l'usage des antitussifs chez les moins de deux ans était-il une bonne solution ? La seconde remarque de M12 semble pertinente car souligne le fait que l'interdiction ne distingue pas un usage spontané par les parents d'un usage préconisé par les médecins. L'interdiction est utile pour limiter l'automédication par les parents. Aux Etats-Unis et au Canada, le retrait

de la vente libre des médicaments contre la toux et le rhume a été accompagné d'une baisse des consultations dans les services d'urgences dues aux effets indésirables de ces produits (26). L'interdiction pénalise toutefois les médecins. En effet, de nombreux participants à l'étude ont exprimé leur gêne de ne plus avoir d'antitussifs à disposition pour aider les parents. Il a notamment été soulevé chez les médecins qui utilisaient des antitussifs, une vigilance par rapport à leur emploi (« *Il fallait savoir à qui on le donnait et comment on le donnait* » (M10)). Cela montre que ces médecins étaient conscients des risques liés à cette automédication et y prêtaient attention. L'interdiction peut donc être perçue négativement par les médecins qui étaient attentifs aux risques de ces produits et qui se trouvent aujourd'hui en difficultés pour aider les parents. M12 exprime ainsi le sentiment de « payer » pour le laxisme de certains confrères qui utilisaient abusivement les antitussifs.

L'interdiction peut aussi être perçue comme autoritaire par certains médecins (« *C'est la Haute Autorité de Santé qui a dit que c'était comme ça. Moi je suis obligé de l'écouter* » (M12)). Ce sentiment de contrainte est renforcé par le risque de sanctions du médecin en cas de non-respect des recommandations. Ce risque de faute médico-légale, souligné par M4, oblige le médecin à adapter sa pratique aux recommandations. Même si cette notion de contrainte est retrouvée dans beaucoup de témoignages, elle n'est pas apparue comme un frein à l'application des recommandations comme cela a pu être le cas dans une autre thèse (31).



Bien que des médecins généralistes aient composé le groupe de travail qui a élaboré la MAP, celle-ci semble inadaptée à la médecine de ville. En effet, M12 estime que les médecins libéraux n'ont pas été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations. M2 va même jusqu'à juger les comités d'experts comme étant déconnectés des réalités du terrain, et estime que ces recommandations sont trop théoriques et qu'elles négligent le côté pratique.

Les critiques exprimées par les participants vis-à-vis de l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans sont similaires à celles exprimées dans la thèse de Géraldine LEGROS (31). Cela illustre bien la difficulté de certains médecins à s'approprier cette interdiction, cela plus de deux ans après sa parution.

L'interdiction permet de limiter l'automédication, et est utile sur ce point. Mais de par son aspect autoritaire, elle ne facilite pas l'adhésion des médecins, comme cela a été observé dans une autre étude (31) : en filigrane, elle porte atteinte à la liberté de prescription du médecin. Dans ce contexte, la remarque suivante de M12 est tout à fait intéressante : « *On aurait vraiment pu faire un effort, plutôt informer les médecins, mieux leur indiquer comment utiliser ces médicaments* » (M12). Ainsi, selon lui, une meilleure information des médecins sur l'usage des antitussifs et des risques liés à l'automédication aurait été une mesure davantage pertinente. En effet, selon lui, un médecin est à même de juger de la compréhension du patient de sa prescription et de limiter le risque d'automédication.

Les autorités sanitaires sont dans leur rôle en interdisant un médicament dont elles jugent la balance bénéfice-risque défavorable. Une telle mesure oblige les médecins à adapter leur prescription. D'autre part, l'interdiction peut être défavorable à l'évolution des pratiques médicales. Elle risque alors de faciliter un report de

prescription vers d'autres substances. Ces critiques sont des pistes de réflexion à prendre en compte lors de l'instauration de futures recommandations.

### **2.3. *Un changement de pratique opéré par les médecins mais dont les obstacles restent présents***

Le changement de pratique suite à l'interdiction des antitussifs s'est bien déroulé pour les participants de l'étude. En effet, les praticiens interrogés ne prescrivent plus d'antitussifs et motivent leur décision par le respect de l'interdiction. La prise de décision tôt dans la consultation traduit bien l'intégration par les médecins de la non-prescription. La confiance dans la décision des autorités de santé (M4, M12) et le risque de fautes médico-légales (M4) sont d'autres explications avancées. M1 a pour sa part déclaré ne pas respecter l'interdiction par méconnaissance car il considérait que les antitussifs étaient simplement déconseillés avant l'âge de trente mois.

Il est intéressant de voir que la compréhension de l'interdiction par les parents est devenue un objectif pour certains médecins, comme M5 qui parle de réussite de la consultation (« *Avoir réussi la consultation, c'est qu'on a pu expliquer a priori le mécanisme de la toux et pourquoi la respecter* » (E5)). Cette constatation, qui montre l'adhésion des médecins aux recommandations et leur application dans la pratique, vient en contradiction de l'avis de M2 qui les jugeait trop théoriques.

Parmi les facteurs qui ont aidé les médecins à s'adapter, le caractère obligatoire de la mesure a souvent été rapporté comme une aide efficace. Pour les jeunes médecins, leur formation initiale les a incités à s'affranchir des antitussifs. Ils n'avaient ainsi pas l'habitude de les utiliser et ce même avant l'interdiction. L'information des parents, par la diffusion de l'interdiction, a souvent été présentée

comme un soutien. En effet, la mesure émane d'une institution et est relayée par différents professionnels de santé (médecin, pharmacien...). Cela lui donne du poids et prépare le terrain pour une discussion lors de la consultation. Il est intéressant de noter que les médecins comptent sur la sensibilisation des parents à cette interdiction pour parvenir à l'intégrer encore davantage à leur pratique.

Toutefois, ne plus pouvoir prescrire d'antitussifs aux parents est une difficulté pour certains médecins. En effet, la dimension symbolique du sirop, « moyen d'action » pour les parents, est aussi retrouvé chez des participants. Or, l'interdiction a privé le médecin de ses solutions habituelles pour contenter les parents. De même, le médecin peut être amené à ne pas remettre d'ordonnance à la fin de la consultation. Or, celle-ci est souvent perçue comme une concrétisation de l'acte médical, schéma de pensée fortement ancré dans les esprits. La rédaction d'une ordonnance peut alors être ressentie par le médecin comme une obligation (32). Par conséquent, l'interdiction peut amener le médecin à éprouver un sentiment d'impuissance face à la demande des parents. La crainte d'une seconde consultation, évoquée par M9, traduit bien ce malaise.

Cette habitude d'utilisation du sirop se manifeste dans la difficulté à faire accepter ce changement aux parents. Expliquer les raisons de la non-prescription aux parents demande du temps, et il est plus rapide pour un médecin d'avoir directement recours à une prescription comme l'a souligné M13. Ainsi, le temps nécessaire aux explications est apparu comme un obstacle à l'adaptation des médecins. Dans le même esprit, le paiement à l'acte semble être un élément à prendre en compte. En effet, il peut constituer un poids pour le médecin qui doit être en mesure de justifier le prix de sa consultation. Pour beaucoup, cela passe par la

remise d'une prescription. Ce mode de rémunération n'est pas propice car il ne coïncide pas avec le volume de temps qu'il faudrait consacrer à l'éducation des parents.

#### **2.4. Des motifs de pression identifiés et des stratégies adaptées**

Les médecins jugent que les parents sont très attachés aux antitussifs et qu'ils les estiment efficaces et indispensables dans le cadre d'une toux. L'habitude de prise d'un antitussif en cas de toux est souligné (« *Depuis des décennies, il y a le bon sirop qui soigne, donc c'est ancré dans les cultures* » (M14)). Ainsi les médecins sont soumis à une pression indirecte : les parents viennent davantage consulter parce que leur enfant tousse que pour obtenir une prescription d'antitussifs. Le motif classiquement rapporté est une demande d'amélioration du symptôme, la toux gênant le sommeil de l'enfant ou de la famille. La demande de solution est importante car, selon les médecins, l'antitussif représente un moyen d'action pour les parents. Il leur offre la possibilité d'agir et permet de les rassurer (« *C'est pour ne pas rien faire* » (M3) ; « *[Les parents] ont psychologiquement l'impression de faire quelque chose [...]* » (M12)). La mauvaise connaissance de la toux est source de nombreuses plaintes des parents. Elle se révèle à travers l'inquiétude exprimée autour des caractéristiques et des conséquences de la toux, en particulier la peur d'un danger pour l'enfant telle une mort subite du nourrisson (M4). Les différents motifs rapportés par les participants sont similaires à ceux retrouvés dans un autre travail (31).

Cinq stratégies pour éviter la pression des parents ont été retrouvées lors des entretiens. Celles-ci se succèdent au cours de la consultation et permettent de répondre progressivement aux attentes des parents.

Faire préciser les craintes des parents, stratégie suggérée par M2, est pertinent, car permet une meilleure compréhension de celles-ci. Cette stratégie apparaît comme primordiale face à des parents demandeurs. Elle est également un prérequis indispensable pour une éducation efficace afin d'avoir des explications ciblant les sources d'inquiétude parentale.

Anticiper la demande d'antitussifs a été souvent rapporté. En évoquant clairement son intention de ne pas prescrire, le médecin peut repérer un désaccord tôt dans la consultation. Il lui est alors possible d'adapter ses explications et de négocier la non-prescription au cours de la consultation.

Montrer l'interdiction a été une option régulièrement citée. Cette stratégie a l'avantage de présenter la non-prescription comme indiscutable. Pour M13, cette situation est l'occasion d'entamer un échange avec les parents. Non-expliquée, l'interdiction peut concentrer les critiques des parents sur l'institution et présenter cette décision comme arbitraire (M12).

Expliquer la balance bénéfice-risque défavorable des antitussifs est une stratégie importante et beaucoup de médecins l'utilisent. Elle permet de justifier l'interdiction et d'établir un dialogue avec les parents. Ces derniers ainsi informés, un processus de décision partagée dans le choix thérapeutique peut alors se mettre en place et faciliter leur adhésion à la non-prescription.

Enfin, proposer une solution alternative apparaît comme une stratégie essentielle car permet de rassurer les parents et de répondre à leurs attentes. Lors des entretiens, les médecins insistaient alors sur l'explication des mesures hygiéno-diététiques mises en place, en particulier la DRP. Cette attitude est pertinente car les patients ne sont pas toujours en demande d'une prescription médicamenteuse, comme l'a montré le travail de Céline Flouret-Guyot (32).

Trois de ces stratégies sont similaires à celles énoncées dans l'étude PAAIR : anticiper la demande, faire préciser les craintes des parents et expliquer la balance bénéfico-risque. La mention d'un examen clinique détaillé et ritualisé n'a pas été évoquée. Le contexte de la rhinopharyngite simple, imposé aux participants, n'a probablement pas permis de développer cette idée. La proposition d'une étiologie de « rechange » n'a pas été envisagée par les participants. Cette stratégie est tout à fait applicable dans le contexte d'une toux aiguë chez un nourrisson. En effet, la proposition d'un diagnostic de rhinopharyngite à la place d'un asthme ou d'une pneumopathie infectieuse, pathologies craintes par les parents, peut permettre de les rassurer.

## **2.5. Situations de désaccord des parents : causes et stratégies**

Les situations de désaccord des parents sont rares mais l'inquiétude de ces derniers constitue une cause identifiée d'insistance. Motif de pression déjà cité auparavant par les médecins, sa réapparition illustre bien l'importance de prendre en compte les craintes parentales et d'y répondre afin d'éviter les situations conflictuelles.

L'utilisation habituelle des antitussifs a aussi été rapportée, et traduit bien l'ancrage des antitussifs dans les esprits comme l'ont précédemment évoqué les médecins. Il est intéressant de voir que le praticien est mis en difficulté par rapport à sa pratique antérieure. Cela renvoie au problème de la solitude du médecin face aux parents et à la difficulté de faire appliquer des recommandations qui bouleversent les habitudes.

L'incompréhension des explications a été souvent évoquée, en particulier chez les populations en situation de précarité.

Il est intéressant de noter que peu de participants se sont remis en cause quant à la qualité de leurs explications.

Les stratégies adoptées en cas d'insistance des parents peuvent être divisées en deux groupes.

Un premier groupe rassemble des stratégies dites « positives » : « montrer de l'empathie », « expliquer à nouveau » et « recourir à une prescription alternative si nécessaire ». Ces trois attitudes sont pertinentes car elles s'inscrivent dans une démarche d'éducation des parents : elles visent à éviter le conflit, à créer un dialogue et à trouver l'argument qui va toucher les parents. Dans cette circonstance de consultation, la prescription a surtout porté sur la phytothérapie. Il aurait été intéressant d'évaluer le sentiment des médecins par rapport à cette prescription alternative. Cette prescription est parfois employée pour clore la consultation mais n'implique pas l'échec des explications du médecin. L'expression « *botter en touche* », employée par M4, exprime cette volonté. Cette prescription apparaît plutôt comme une « monnaie d'échange » entre le médecin et les parents. Afin de changer progressivement les habitudes, le médecin négocie la réalisation des mesures hygiéno-diététiques préconisées en contrepartie d'une solution médicamenteuse attendue par les parents. Le médecin garde ainsi le contrôle de la situation puisqu'il prescrit un « *pseudo antitussif* » (M4).

Le second groupe se compose de stratégies davantage « négatives » car moins tournées vers la compréhension des parents. « Affirmer l'autorité médicale » correspond à établir un rapport de force entre le médecin et les parents. Cette

attitude ferme le dialogue et ne favorise pas une issue satisfaisante à la consultation. La stratégie « Opposer l'interdiction », employée dans une situation de désaccord, ne permet pas d'amorcer une discussion mais permet de justifier la non-prescription. Elle sert alors de protection pour le médecin face à la demande des parents (« *Je me réfugie derrière le Vidal®* » (M2)). La mention de contrôle par le pharmacien permet de signifier aux parents que l'acquisition du produit sera laborieuse. Il est intéressant de noter que M12 se dédouane d'une quelconque démarche personnelle en opposant l'interdiction : « *c'est la Haute Autorité de Santé qui a dit que c'était comme ça* » (M12). Cependant, cette attitude précède la mise en place d'une attitude empathique où M12 se présente comme victime collatérale de l'interdiction. Cette combinaison de techniques est intéressante car elle fait gagner du temps au médecin, au moins à court terme, mais présente l'inconvénient de stigmatiser une institution dont le rôle est la protection des personnes. Enfin, « Proposer de prendre un autre avis médical » est une stratégie qui permet de clore une consultation. Elle donne le sentiment que le médecin « baisse les bras », et véhicule un sentiment d'échec puisqu'il n'est pas parvenu à obtenir l'adhésion des parents. Cette stratégie peut néanmoins permettre aux parents de recevoir des explications différentes. Pour M4, c'est même la seule solution en cas de conflit. Cette stratégie a toutefois été peu citée, probablement parce qu'elle marque de manière nette l'issue défavorable de la consultation.



## **2.6. Stratégies pour favoriser l'acceptation de la non-prescription et mesures alternatives à la prescription d'antitussifs**

### **2.6.1. Stratégies pour favoriser l'acceptation de la non-prescription**

Le dénominateur commun aux facteurs qui ont favorisés cette adaptation est l'éducation des parents. Celle-ci s'effectue de différentes façons.

Les recommandations, par leur diffusion auprès des parents, favorisent la compréhension des raisons de l'interdiction. Selon les médecins, elles participent activement à leur éducation. Il est intéressant de noter le double rôle des recommandations qui aident les médecins comme les parents à s'adapter.

Les explications sont la pierre angulaire de l'éducation des parents. Il faut y consacrer du temps, comme en témoigne la fréquente utilisation de l'expression « *prendre du temps* » au cours des entretiens. La notion d'explication « *chronophage* », citée dans un autre travail (31), n'est retrouvée que chez un participant (M13). Une plus grande aisance des médecins avec les informations à délivrer aux parents pourrait constituer une explication, cette étude survenant plus de deux ans après la mise en place de l'interdiction. Toutefois, l'opinion des médecins vis-à-vis de l'éducation n'a pas été explorée. Une information détaillée sur la toux et les antitussifs constitue la partie essentielle de l'éducation des parents. Les médecins concentrent leurs explications sur trois axes qui se suivent logiquement lors de la consultation.

Le premier axe consiste à rassurer les parents. Il s'agit de leur montrer que leur demande est prise en charge et d'insister sur le fait que la toux est un symptôme, un phénomène normal, dans le but de la « *dédramatiser* » (M2). Ainsi, le

rôle bénéfique de la toux, son origine virale et son évolution favorable, sans séquelles, sont précisés. Les différents mécanismes de la toux et le caractère réflexe de celle-ci sont détaillés, ainsi que sa durée. En débutant de la sorte, les médecins parviennent à rassurer rapidement les parents et à les libérer d'une probable inquiétude. Cet axe est important car la méconnaissance de la toux est souvent à la source des inquiétudes des parents et motifs de consultation comme cela a été constaté précédemment (cf. chapitre motif de pression).

Expliquer les risques est le deuxième axe. Les risques liés à la toux, jugés comme « *minimes* » (M14) par les médecins, sont peu abordés alors que ceux découlant du non-respect de la toux sont mis en avant. La faible efficacité et les risques des antitussifs sont clairement indiqués. Expliquer leur mode d'action permet d'insister sur les risques qu'ils peuvent générer. Ceci est particulièrement manifeste pour les fluidifiants : « *si on aggrave la fluidité des sécrétions, l'enfant a plus de peine à les cracher et s'en débarrasse mal* » (M5). La notion de balance bénéfice-risque est souvent employée par les médecins, probablement parce qu'elle est facilement compréhensible par les parents.

Enfin, le troisième axe consiste à structurer la prise en charge. Cet axe est important car la crainte que rien ne soit fait pour soigner leur enfant est une limite à l'acceptation des parents. L'image utilisée par M4 du « *plan de bataille* » révèle l'attachement des médecins au fait de donner des repères aux parents. Ainsi, le respect de la toux est la principale mesure mise en avant par les médecins qui valorisent son action bénéfique. Sur le plan thérapeutique, l'action de la DRP est présentée comme suffisante et essentielle car elle est la seule à agir sur la cause de la toux. L'absence de moyens disponibles est soulignée, certains médecins (M4, M13) allant même jusqu'à suggérer qu'aucun autre traitement, hormis la DRP, n'est

nécessaire. Enfin, des consignes sur les éléments à surveiller, telles que la fièvre, l'alimentation et la tolérance respiratoire sont données. M1 propose ainsi d'enseigner aux parents les signes de gravité respiratoire. Les éléments devant amener les parents à consulter à nouveau sont clairement établis (fièvre, mauvaise tolérance, durée inhabituelle...).

L'éducation des parents apparaît ainsi comme une mesure fondamentale pour leur faire accepter l'interdiction des antitussifs chez les nourrissons de moins de deux ans. Durant les entretiens, il a été perçu que les médecins fournissaient de véritables efforts dans leurs explications pour faciliter la compréhension des parents. La plupart d'entre eux utilisaient des notions ou des images simples pour illustrer leur propos (« *Je caricature toujours pour leur faire passer des messages* » (M11)). Les différents thèmes repris par les médecins correspondent à ceux mis en avant dans la MAP. Comme la quasi-totalité des médecins de l'étude avaient connaissance de cette recommandation, il est probable que la MAP ait été une de leurs sources d'inspirations pour leurs explications. Il aurait été intéressant d'évaluer l'influence des recommandations sur l'élaboration des explications que délivrent les médecins.

#### 2.6.2. Mesures alternatives à la prescription d'antitussifs

- Mesures en opposition avec les recommandations
  - *Mesures médicamenteuses*

Les traitements médicamenteux alternatifs les plus souvent utilisés sont des corticoïdes, surtout en aérosol, et des anti-inflammatoires par voie orale ou rectale. Ce report de prescription a déjà été observé lors du déremboursement des fluidifiants en 2006 (27). La prescription de corticoïdes, habituellement destinée à lutter contre

l'inflammation, est toutefois critiquable ici. En effet, les corticoïdes inhalés ne sont pas recommandés car ils n'ont pas montré leur efficacité en cas de toux aiguë non-asthmatique. D'autre part, les anti-inflammatoires n'ont pas été évalués dans cette situation. Enfin, ils exposent tous-deux à des effets indésirables.

L'utilisation de bronchodilatateurs de courte durée d'action ou d'alpha-amylase est peu répandue. Elle n'est pas recommandée par l'AFSSAPS, faute d'évaluation probante. Une mauvaise connaissance du mécanisme de la toux par les médecins peut être à l'origine de l'utilisation de ces produits.

La phytothérapie est utilisée par beaucoup de médecins, surtout en cas de gêne importante de l'enfant. La prescription se concentre sur le COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson, plusieurs fois cité comme le dernier antitussif autorisé. Comme l'a souligné M13, la composition du COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson a été modifiée il y a une dizaine d'années : le phénobarbital, un anticonvulsivant de la famille des barbituriques, a été retiré de sa composition. Un des principaux effets secondaires de cette substance était la somnolence. Ainsi le souvenir d'une efficacité du COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson, par détournement de son action sédatrice, pourrait expliquer son assimilation à un médicament et l'habitude des médecins plus expérimentés de le prescrire. La composition du COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson a de nouveau été modifiée ces dernières années avec le retrait des dérivés terpéniques mais aucun médecin n'a mentionné ce point.

L'étude de Géraldine LEGROS (31) fournit des hypothèses pour expliquer la prescription par les praticiens de traitements alternatifs médicamenteux. La première explication semble être la recherche d'un effet placebo, pour mieux rassurer les parents et les satisfaire, comme cela a été vu précédemment. Cela peut aussi

constituer un moyen d'obtenir leur adhésion à la prise en charge et ainsi de négocier la réalisation des DRP.

Dans le cadre de cette étude, il a été constaté que l'utilisation de COQUELUSEDAL<sup>®</sup> Nourrisson par les médecins expérimentés relevait parfois d'un souvenir d'une efficacité antérieure (cf. paragraphe précédent). L'utilisation de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires par M8 et M10 relève d'une véritable recherche d'efficacité. Cette recherche d'amélioration clinique est un objectif clairement exprimé. Néanmoins, les participants qui utilisent de la phytothérapie sont assez clairs concernant l'efficacité de leur prescription, qu'ils considèrent comme « *un appoint* » (M11). Par ailleurs, des participants à l'étude ont déclaré que l'interdiction ne leur permettait plus d'apporter de solution efficace aux parents et les plaçait ainsi en difficulté. La prescription médicamenteuse apparaît alors, aux yeux des médecins, comme un moyen de se rassurer (crainte de complication de la toux...), et leur permet de mieux justifier leur travail. Il est intéressant de remarquer que pour M10, l'action des mesures hygiéno-diététiques comme la DRP sont jugés comme « *presque plus placebo qu'autre chose* ». Pourtant, d'après de nombreuses études, l'action des antitussifs est également proche de celle de placebo (cf. introduction). Cette remarque de M10, qui avait l'habitude de prescrire des antitussifs, souligne bien l'image positive de ces médicaments dans les esprits, y compris au sein du corps médical. Ainsi la prescription médicamenteuse alternative de M8 et M10, qui se reportent vers des produits non-recommandés, corrobore les résultats de l'étude d'Anne Vega (33). Celle-ci montre que la représentation positive des médicaments qu'ont les médecins les amène à une logique de réparation instantanée de maux bénins, et donc à une logique de prescription. Lors des entretiens, une prescription médicamenteuse alternative aux antitussifs n'est pas apparue comme un moyen de

substitution aux mesures non-médicamenteuses, tous les médecins envisageant la DRP. Un des participants (M3) a même indiqué ne pas utiliser de mesures alternatives médicamenteuses expliquant que cela détournait les parents du lavage de nez.

- *Mesures non-médicamenteuses*

L'homéopathie est peu utilisée par les participants à l'étude. Cette pratique n'a pas été prise en compte lors de la constitution de l'échantillon, et a pu conduire à sous-estimer son utilisation. Le doute quant à l'efficacité de l'homéopathie est un obstacle connu à son utilisation, de même que le manque de connaissance ou de formation des médecins. Il est intéressant de noter que les participants qui ont déclaré prescrire de l'homéopathie n'avaient pas de formation spécifique et agissait donc davantage par conviction. Il aurait été intéressant d'étudier leur opinion sur cette pratique.

Le miel est également peu proposé par les participants et jamais spontanément. Bien qu'il n'y ait pas d'obstacle à son utilisation après l'âge d'un an, ils y sont toujours réticents (risque de botulisme...). De plus, l'efficacité du miel sur la toux est peu étayée et des études complémentaires seraient nécessaires afin de mieux cerner son utilisation et les risques éventuels.

Dans ses recommandations, l'AFSSPAS souligne qu' « aucun autre traitement d'aucune autre nature n'a fait la preuve de son efficacité ». Cette remarque n'incite pas à l'utilisation de l'homéopathie, de la phytothérapie ou du miel. La prescription de phytothérapie ou d'homéopathie ne peut pas être critiquée en termes d'effets indésirables et leur efficacité est considérée comme placebo (34). Néanmoins leur

utilisation peut contribuer à entretenir une croyance en la nécessité d'une intervention médicamenteuse. Pourtant, l'acquisition de quelques notions simples en homéopathie, de « *recettes* » (M8), pourrait permettre d'élargir l'éventail thérapeutique des médecins. Cette attitude est intéressante car elle permet de satisfaire une demande ponctuelle des parents et peut constituer un moyen de « négocier » la réalisation de mesures hygiéno-diététiques comme cela a été abordé précédemment. Le médecin doit, dans ce cas, être clair sur le rôle de sa prescription (« *Je leur explique [que] c'est un appoint* » (M11)) et ne pas négliger l'éducation des parents.

- Mesures en accord avec les recommandations

Les mesures hygiéno-diététiques préconisées dans les recommandations de l'AFSSAPS (tabac, hydratation...) ainsi que d'autres mesures environnementales (assainir l'atmosphère, fractionner l'alimentation...) ont été citées par les participants. L'éviction du tabac est une mesure qui a fait consensus mais cette étude ne permet pas de savoir si les médecins appliquent réellement les autres mesures. Le recueil de données au cours d'un entretien a pu inciter les médecins à énumérer davantage les mesures qu'ils connaissaient que celles qu'ils appliquaient. De plus, il serait intéressant d'évaluer l'opinion des médecins sur ces mesures.

Conformément aux recommandations, la désobstruction rhinopharyngée semble avoir une place centrale dans le traitement de la toux du nourrisson. L'éducation des parents à la DRP apparaît essentielle aux yeux des médecins. Une attention particulière est portée à expliquer la technique de réalisation de la DRP aux

parents. En effet, celle-ci a été jugée peu ou pas bien réalisée par une majorité de médecins et en particulier les pédiatres.

La crainte des parents de ne pas savoir réaliser une bonne DRP est un obstacle identifié, de même que le probable refus de l'enfant. La démonstration d'une DRP joue alors un rôle primordial et prend toute sa place dans l'éducation des parents alors assurés de l'innocuité de cette pratique et de son efficacité.

Lors des entretiens, une hétérogénéité des techniques de réalisation entre les médecins a été observée (position de la tête du nourrisson ou de la pipette, utilisation de mouche-bébé...). Des constatations similaires ont été faites par les enquêteurs lors de leur pratique professionnelle (variations entre les services de maternité et de pédiatrie, variations entre puéricultrices/médecins...). Cette étude n'avait pas pour objectif d'apprécier les différentes techniques de réalisation de la DRP. Aux vues de ces constatations, il serait intéressant de mener de nouvelles études pour recenser et évaluer les différentes pratiques de réalisation de la DRP, pour mieux les harmoniser.

Alors qu'une démonstration de la DRP était assurée par tous les pédiatres, certains médecins généralistes ont déclaré ne pas en réaliser. Les obstacles soulevés ont été le manque de matériel et l'incertitude sur la technique adéquate. L'absence d'information sur la réalisation de la DRP dans la MAP est d'ailleurs paradoxale : il semble compliqué d'inciter les médecins à promouvoir des techniques non-médicamenteuses sans leur en donner les moyens ou au moins des lignes directrices. Cet obstacle pourrait être levé en insistant sur la formation des médecins à la technique de la DRP au cours de leur cursus ou grâce à la formation médicale continue. Une telle formation pourrait être particulièrement utile aux médecins de premier recours comme les généralistes. La diffusion d'une démonstration filmée,



expérience relatée par M1, pourrait permettre la formation d'un grand nombre de soignants. Pratique car facilement utilisable via un ordinateur, cette solution permet également de s'affranchir du matériel nécessaire à une DRP. En l'absence de d'outils informatiques, une fiche explicative avec des schémas/photographies pourrait être un support approprié. De telles fiches à destination des parents pourraient également être élaborées.

- Solutions innovantes

L'humidification de l'air d'une pièce ou de la chambre du nourrisson, par utilisation de vapeur d'eau chaude, a été proposée. Différentes techniques facilement applicables par les parents sont employées : faire couler un bain d'eau chaude, utiliser la cocotte-minute ou faire sécher le linge dans la chambre. Les avis sont plus divergents sur l'efficacité de saturateurs d'air sur le radiateur. Cette mesure, qui a pour but de fluidifier les sécrétions, est ancienne et communément utilisée chez les adultes, mais son évaluation est peu fournie chez l'enfant et mériterait d'être approfondie (35). Hormis le risque de brûlures en cas de bain ou d'utilisation d'une cocotte-minute, elle expose à peu d'effets d'indésirables.

Une autre mesure, mise en place par M12, a consisté en un soutien parental renforcé. Les parents pouvaient venir consulter le médecin quand ils le souhaitent, de manière informelle (« *entre deux rendez-vous* ») et sans régler de consultation. Cette mesure permet un suivi étroit de l'enfant et rassure les parents. Toutefois, elle demande une grande disponibilité et beaucoup d'investissement de la part du médecin. Cette mesure semble difficilement applicable à plus grande échelle pour des raisons d'organisation du temps de travail et de disponibilité du praticien.

Les mesures alternatives rapportées par les médecins dans ce travail sont comparables à celles observées dans la thèse de Géraldine LEGROS (31). La kinésithérapie n'a été mentionnée que par un médecin (M10). Par ailleurs, le recours aux antibiotiques ou à une hospitalisation n'a jamais été rapporté. Le diagnostic de rhinopharyngite, qui était précisé aux participants lors de l'entretien, a probablement conduit à sous-estimer leur utilisation.

La DRP est plébiscitée par la totalité des participants. Remettre une simple prescription de sérum physiologique, comme suggéré par M6, peut être un moyen de valoriser cette mesure hygiéno-diététique. Devenant ainsi une prescription, et non un simple conseil, il est probable que cette mesure soit mieux suivie, comme le suggère le travail de Céline Flouret-Guyot (32). La variabilité des techniques de réalisation de la DRP peut être une source de confusion pour les parents. Il semble opportun de mener des études complémentaires sur les différentes techniques existantes afin de les harmoniser. Une meilleure formation des médecins et une incitation à réaliser une démonstration de la DRP sont des pistes pour promouvoir cette mesure. L'emploi d'outils pédagogiques adaptés peut constituer une aide appropriée.

## V. CONCLUSION

---

Thèse soutenue par Benjamin BRISSON et Gaël CAMBON

**Titre : Analyse du vécu et des stratégies mises en place par les médecins généralistes et les pédiatres suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans.**

Ce travail a montré que les recommandations de l'AFSSAPS sont largement appliquées par les médecins. La consultation pour une toux chez un enfant de moins de deux ans ne donne plus lieu à une prescription d'antitussifs. Les médecins ont une opinion plutôt favorable de l'interdiction car elle permet de limiter un usage excessif en particulier l'automédication. Néanmoins, deux années après son entrée en vigueur, les critiques des médecins à son encontre sont constantes. La pertinence de cette mesure est remise en cause parce qu'elle contraint à un changement et touche à la liberté de prescription des médecins. Il est encore difficile pour certains de ne pas recourir à une prescription médicamenteuse dans le traitement de la toux du nourrisson. L'usage des antitussifs est ancré dans les esprits, en particulier des médecins plus expérimentés. Il est noté une évolution des pratiques médicales chez les médecins récemment installés mais l'influence des parents et de leur représentation de la prescription sont des freins encore présent.

Les stratégies mises en place par les médecins suite à l'interdiction des antitussifs chez les enfants de moins de deux ans sont basées sur l'éducation des parents. Comprendre les raisons de la demande des parents est une démarche primordiale car leur inquiétude est la source de nombreux motifs de consultation. L'origine de la toux et ses conséquences sont détaillées, ainsi que la balance

balance-bénéfice risque des antitussifs. Enfin la prise en charge et la surveillance sont structurées.

Un report de prescription vers des produits non indiqués dans la toux aiguë (corticoïdes, anti inflammatoires non stéroïdiens...) ou à l'efficacité non-prouvée (phytothérapie) est observé. L'origine de ce report semble multifactorielle. L'utilisation de mesures non-médicamenteuses telles que le miel, l'homéopathie ou l'humidification de l'air, pourrait constituer des mesures alternatives à la prescription de médicaments. Leurs évaluations nécessitent toutefois d'être étoffées. Les mesures hygiéno-diététiques recommandées par l'AFSSAPS sont largement diffusées. La désobstruction rhino pharyngée (DRP) occupe une place centrale dans la prise en charge thérapeutique proposée par les médecins. Cependant, elle souffre de nombreux freins aussi bien du côté des parents que des médecins.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 19/08/2013.

Le Doyen

Professeur J.P ROMANET


Le Président de la thèse

Professeur D. PLANTAZ

Le Doyen  
J.P ROMANET



Le Président de la thèse  
Professeur D. PLANTAZ



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - er315.pdf [Internet]. 2004
2. AFSSAPS. Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans - Mise au point - prise-en-charge-de-la-toux-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-deux-ans.pdf [Internet]. 2010
3. Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001 - Qes82.pdf [Internet]. 2004
4. Médicaments de la toux et du rhume : des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins Rev Prescrire 2009 ; 29 (312) : 751-753
5. Smith MB, Feldman W. Over-the-counter cold medications. A critical review of clinical trials between 1950 and 1991. *Jama J Am Med Assoc.* 1993 May 5;269(17):2258–63.
6. Taylor JA, Novack AH, Almquist JR, Rogers JE. Efficacy of cough suppressants in children. *J Pediatr.* 1993 May;122(5 Pt 1):799–802.
7. American Academy of Pediatrics C on D. Use of Codeine- and Dextromethorphan-Containing Cough Remedies in Children. *Pediatrics.* 1997 Jun 1;99(6):918–20.
8. SSMG. La toux aiguë [Internet]. 2004
9. Paul IM, Yoder KE, Crowell KR, Shaffer ML, McMillan HS, Carlson LC, et al. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Pediatrics.* 2004 Jul;114(1):e85–90.
10. Equinozzi R, Robuschi M. Comparative efficacy and tolerability of pholcodine and dextromethorphan in the management of patients with acute, non-productive cough : a randomized, double-blind, multicenter study. *Treat Respir Med.* 2006;5(6):509–13.
11. Information importante de pharmacovigilance relative au rôle potentiel de la pholcodine dans la sensibilisation aux curares (04/05/2011)
12. Compte-rendu de la Commission Nationale de Pharmacovigilance du 24 mars 2009
13. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2012;8:CD001831.
14. French CT, Irwin RS, Fletcher KE, Adams TM. Evaluation of a cough-specific quality-of-life questionnaire. *Chest.* 2002 Apr;121(4):1123–31.
15. Commission Nationale de Pharmacovigilance - Compte rendu de la réunion du mardi 30 mars 2010
16. Toux gênantes Rev Prescrire 2011 ; 31 (334) : 612-614
17. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician.* 2012 Jul 15;86(2):153–9.

18. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):1092–9.
19. AFSSAPS. Commission Nationale de Pharmacovigilance - Compte rendu de la réunion du mardi 25 mai 2010 [Internet].
20. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996
21. Paul IM, Beiler J, McMonagle A, Shaffer ML, Duda L, Berlin CM Jr. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Dec;161(12):1140–6.
22. Botulisme : toujours des cas en France - La revue Prescrire Juin 2013/Tome 33 n°356 page 465.
23. Schaefer MK, Shehab N, Cohen AL, Budnitz DS. Adverse events from cough and cold medications in children. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):783–7.
24. Dart RC, Paul IM, Bond GR, Winston DC, Manoguerra AS, Palmer RB, et al. Pediatric fatalities associated with over the counter (nonprescription) cough and cold medications. *Ann Emerg Med*. 2009 Apr;53(4):411–7.
25. Gunn VL, Taha SH, Liebelt EL, Serwint JR. Toxicity of over-the-counter cough and cold medications. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):E52.
26. Shehab N, Schaefer MK, Kegler SR, Budnitz DS. Adverse events from cough and cold medications after a market withdrawal of products labeled for infants. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):1100–7.
27. Devaux M. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?
28. Etude PAAIR [Internet]. Site Departement Univ. D'enseignement Rech. En Med. Générale.
29. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants - er440.pdf [Internet]. DREES. 2005
30. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e édition. Armand Colin; 2012.
31. Legros G. Les déterminants de l'application, par les médecins généralistes, des récentes recommandations de l'AFSSAPS sur la prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson: étude qualitative à partir de 17 entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
32. Flouret Guyot C. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy; 2013.
33. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes [Thèse d'exercice]. 2011.

34. La Revue Prescrire. Homéopathie : toujours pas de preuve d'efficacité. 2012 Juin;Tome 32(344):446.
35. Singh M. Heated, humidified air for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD001728.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*