



HAL
open science

Prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois par les médecins généralistes : enquête de pratique auprès des médecins généralistes des portes du Médoc

Ingrid Buytaert

► To cite this version:

Ingrid Buytaert. Prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois par les médecins généralistes : enquête de pratique auprès des médecins généralistes des portes du Médoc. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01463061

HAL Id: dumas-01463061

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01463061>

Submitted on 9 Feb 2017

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n°206

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 décembre 2016

Par **Ingrid BUYTAERT**

Née le 28 Mars 1986 à Périgueux (24)

Prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois par les
médecins généralistes : enquête de pratique auprès des médecins
généralistes des portes du Médoc

Directrice de Thèse : Madame le Docteur MEUNIER

Co-directeur de Thèse : Monsieur le Professeur DUCOS

Rapporteur de Thèse : Monsieur le Professeur PETREGNE

Membres du jury

Monsieur le Professeur FAYON	Président
Monsieur le Professeur GUEZ	Juge
Madame le Docteur MEUNIER	Juge
Monsieur le Professeur DUCOS	Juge
Monsieur le Professeur DURIEUX	Juge

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les membres du jury.

Monsieur le Professeur Michael Fayon, Président du jury,
Professeur en pneumologie pédiatrique
Responsable de l'Unité de pneumologie pédiatrique au CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur William Durieux, membre du jury.
Docteur en Médecine
Professeur associé de Médecine Générale
Directeur adjoint du Département de Médecine Générale

Vous avez accepté de participer à ce jury. Je vous remercie infiniment pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

Monsieur le Professeur Gérard Ducos, co-directeur de thèse,
Docteur en Médecine
Ancien professeur associé de Médecine Générale

Votre expérience et vos conseils m'ont grandement guidée dans ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A tous deux, je tiens à vous témoigner ma profonde gratitude dans votre investissement dans la formation des médecins généralistes.

Monsieur le Professeur Stéphane Guez, membre du jury
Professeur en Allergologie,
Responsable de l'unité de Médecine Interne et post-urgences au CHU de Bordeaux.

Je vous remercie de m'accorder de votre temps et de juger ce travail. Je vous remercie infiniment pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

Monsieur le Professeur François Pétrègne.
Docteur en Médecine
Professeur Associé de Médecine Générale

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail.

Madame le Docteur Julie Meunier, directrice de thèse,
Docteur en Médecine

Merci d'avoir accepté le défi de cette première direction de thèse. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Nous avons commencé l'internat ensemble et tu me permets de mettre un point final à ces longues études de médecine. La boucle est bouclée... Je te remercie également de m'avoir accordé ta confiance lors de ton congé maternité pour Marius.

Nous pourrons bientôt reprendre nos habitudes à l'Atelier des chefs...

Je remercie également,

Tous les médecins généralistes

Qui ont accepté de participer à cette étude, merci pour ces échanges enrichissants. Un merci particulier au **Docteur Marie-Christine Bayle** qui m'a permis d'effectuer mes premiers remplacements. Bientôt 3 ans d'exercice très agréable car riche en pédiatrie.

A mon compagnon Charly,

Tu m'as toujours soutenue même dans les moments de doute. Merci pour ta fantaisie (ou folie ?) qui me fait rire au quotidien. Déjà onze belles années passées ensemble, je vous souhaite tout le meilleur, de jolis projets et de nombreux beaux voyages. ILY fort comme une fourmi.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi dans ce long parcours. Je sais tous les sacrifices que cela représente. Je ne vous le dis pas souvent, mais je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis de suivre ma voie. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes deux petits frères, Simon et Mathias

Merci d'être vous, chacun dans votre particularité. A quand notre prochaine escapade de globe-trotters ?

A mes grands-parents,

Que vous soyez ici ou ailleurs, je pense à vous en ce jour spécial.

A ma belle famille,

Merci de m'avoir toujours soutenue.

A tous mes amis

Chloé, ma plus vieille amie, tu es comme une sœur, tu trouves toujours les mots justes dans les moments difficiles. Quand j'ai décidé de tenter médecine après une année de biologie à tes côtés, tu ne m'as pas lâchée, je t'en remercie infiniment. Encore BRAVO pour ta formidable réussite au concours de chargée de recherche ! Tu peux être fière de toi !

Manon, mon urgentiste préférée dont je suis si admirative, tant sur le plan personnel que professionnel. Tu gardes toujours le sourire quelles que soient les circonstances. Je te souhaite tout le meilleur avec Sylvain. Pink Power !!!

« Mon petit », Anaïs, mon fidèle binôme, dévouée, hyperactive, créative, pipelette, coach sportive motivée et motivante. Tant de qualificatifs pour une si petite personne... Ne change pas !

Vavouz, merci pour ton écoute attentive dans les périodes délicates et pour nos tea-times légers et girly. J'espère que l'on continuera encore longtemps nos « week-end de fin juillet ».

Elise, mon acolyte des études de médecine, mon oncopédiatre préférée. Je garde un souvenir impérissable de nos colles d'externat et surtout de nos deux mois de stage exotique au Vietnam. Tout le bonheur dans ta future vie de maman !

Eléonore et Romain, Sansan et Coco, Ophélie et Thibault, Bayou, Steph et Chichi, Hélène, Yann, Sylvain D, Jeff, Sylvain B, Christophe. Vous avez tous une place particulière dans mon cœur.

Une pensée pour tous ceux qui ont croisé ma route au cours de ces longues années d'étude notamment Alexia, Hanna, Marie, Romain, Guillaume, Virginie, Cécile, Mathilde, Géraldine, Clara.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	10
JUSTIFICATION.....	13
2.1 Epidémiologie et rappels physiopathologiques.....	13
2.2 Recommandations officielles.....	14
MATERIEL ET METHODE.....	21
3.1. Type d'étude.....	21
3.2. Population.....	21
3.2.1. Population source : les médecins.....	21
3.2.2. Population cible : les patients.....	21
3.3. Outils.....	21
3.3.1. Questionnaire.....	21
3.3.2. Tests préalables.....	22
3.3.3. Enregistrement des entretiens.....	22
3.4. Déroulement de l'étude.....	23
3.4.1. Recrutement des médecins.....	23
3.4.2. Déroulé de l'enquête.....	23
3.4.3. Aspects éthiques et réglementaires.....	24
3.5. Analyse des données.....	24
RESULTATS	25
4.1 Population.....	25
4.1.1 Caractéristiques des médecins.....	26
4.1.2. Caractéristiques des enfants.....	26
4.2 Entretiens.....	27
4.3. Aspects du diagnostic.....	27
4.3.1. Définition de l'asthme.....	27
4.3.2. Diagnostic clinique de l'asthme.....	27
4.3.3. Evaluation de la sévérité.....	27
4.4. Bilan complémentaire.....	28
4.4.1 Radiographie pulmonaire.....	28
4.4.2 Les examens allergologiques.....	29
4.5. Prise en charge.....	30
4.5.1 Les mesures environnementales.....	30
4.5.2. La vaccination anti grippale.....	30
4.5.3. L'orientation chez le spécialiste pneumo pédiatre.....	31
4.5.4. La kinésithérapie.....	32
4.5.5. Options médicamenteuses.....	32
4.5.6. La durée de prescription des corticoïdes inhalés.....	33

4.5.7. L'éducation thérapeutique	33
4.5.8. Le suivi de l'asthme	33
4.5.9. Les facteurs à rechercher en cas de mauvais contrôle de l'asthme	33
4.6 Récapitulatif des pratiques des médecins généralistes sur le cas étudié	34
4.7. Difficultés rencontrées par les médecins.....	35
4.7.1 Difficultés diagnostiques	35
4.7.2. Difficultés thérapeutiques.....	35
4.7.3. L'accès à la radiographie pulmonaire	35
4.7.4. L'accès aux spécialistes.....	36
4.7.5. Difficultés rencontrées avec les familles	36
DISCUSSION.....	39
5.1 Discussion de la méthode	39
5.1.1. Type d'étude.....	39
5.1.2. Population	39
5.1.3. Questionnaire.....	40
5.1.4. Déroulé de l'étude.....	40
5.1.5. Analyse des résultats	40
5.2 Discussion des résultats.....	41
5.2.1. Définition et diagnostic de l'asthme.....	41
5.2.2. Bilan complémentaire	41
5.2.2.1 Prescription de la radiographie pulmonaire	41
5.2.2.2. Enquête allergologique	42
5.2.3. Prise en charge	42
5.2.3.1. Mesures environnementales	42
a) Eviction des allergènes et tabagisme passif	42
b) Vaccination antigrippale.....	43
5.2.3.2. Avis du spécialiste	44
5.2.3.3 Kinésithérapie respiratoire	45
5.2.3.4. Stratégie médicamenteuse	45
5.2.3.5. Suivi de l'enfant asthmatique	47
5.2.3.6 L'éducation thérapeutique	48
5.2.3.7 Récapitulatif du respect des recommandations HAS.....	49
5.3. Perspectives et propositions.....	49
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	57
SERMENT MEDICAL.....	91
Résumé.....	92

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Succession d'événements aboutissant au passage à la chronicité de la maladie asthmatique	14
Figure 2. Démarche diagnostique et prise en charge initiale de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois	16
Tableau 1. Classification de la sévérité avant traitement de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois	17
Figure 3. Stratégie thérapeutique initiale en fonction du stade de sévérité (adaptée de Bacharier, ERS, GINA, GRAPP, NHLBI)	17
Figure 4. Stratégie thérapeutique dans l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois (d'après les recommandations internationales).....	18
Figure 5. Diagramme de flux	25
Figure 6. Répartition des médecins interrogés selon âge et sexe.....	26
Tableau 2. Age des enfants au moment de la première consultation	26
Figure 7. Réponses évoquées de la définition de l'asthme.....	27
Figure 8. Critères de classification de la sévérité de l'asthme	28
Figure 9. Motifs de réalisation de la radiographie pulmonaire.....	28
Figure 10. Réalisation des examens allergologiques chez les enfants asthmatiques de moins de 3 ans	29
Figure 11. Motifs de réalisation des examens allergologiques chez les asthmatiques de moins de 3 ans	29
Figure 12. Conseils donnés par les médecins sur les mesures environnementales.....	30
Figure 13. Vaccination antigrippale chez les enfants asthmatiques	31
Figure 14. Motifs d'orientation vers le spécialiste	31
Figure 15. Prescription du montelukast par les médecins généralistes dans le cadre de l'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans.	32
Figure 16. Durée de prescription des corticoïdes inhalés chez les enfants asthmatiques de moins de 3 ans	33
Figure 17. Facteurs recherchés en cas de non contrôle de l'asthme.....	34
Tableau 3. Pratique des médecins généralistes concernant 8 items de la prise en charge selon les recommandations HAS.....	34
Tableau 4. Age de début de prescription du montelukast.....	47
Tableau 5. Pratique des médecins généralistes concernant 8 items de la prise en charge selon les recommandations HAS.....	49

INTRODUCTION

L'asthme du jeune enfant est un sujet qui m'intéresse de par sa complexité tant dans le diagnostic que dans la thérapeutique. En effet, cette pathologie est souvent difficile à diagnostiquer car elle est liée à de multiples facteurs intriqués les uns aux autres et il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer le diagnostic avec certitude chez l'enfant de moins de 3 ans. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique.

Une prise en charge optimale découle d'un diagnostic précoce, peu évident dans un premier temps mais souvent établi au bout d'un certain nombre de consultations chez le généraliste, le pédiatre et/ou le pneumologue.

Depuis la fin de mon internat, j'ai majoritairement effectué des remplacements en milieu semi-rural, voire rural. L'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires est parfois difficile. C'est ainsi que je me suis rendue compte que le médecin généraliste est en première ligne et parfois le seul recours autant pour le diagnostic que pour le traitement de cette maladie chronique.

Ayant souvent eu moi-même des interrogations quant à la conduite à tenir devant des enfants siffleurs, je me suis aperçue que les recommandations actuelles n'étaient pas toujours adaptées à la médecine générale et ainsi pas toujours appliquées par les médecins généralistes.

Pourtant l'asthme du jeune enfant est un enjeu majeur de santé publique, pouvant avoir des conséquences médico-socio-économiques lourdes s'il n'est pas correctement pris en charge en termes de consultations aux urgences, d'hospitalisations, d'absentéisme au travail des parents, de traitements au long cours, d'effets secondaires des traitements, etc...

Il m'a donc semblé pertinent de réaliser une étude de la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans par les médecins généralistes en milieu semi-rural afin de savoir s'il existe de réelles difficultés liées au terrain et à l'accès aux soins.

JUSTIFICATION

2.1 Epidémiologie et rappels physiopathologiques

L'asthme représente un véritable problème de santé publique dans de nombreux pays du fait notamment de sa fréquence, des maladies associées, de la mortalité, ainsi que du poids économique généré. (1,2) C'est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant (3)

La prévalence de l'asthme est trois fois plus élevée chez le jeune enfant que chez l'adulte. L'asthme du nourrisson et du jeune enfant touche plus de 20 % des enfants de moins de 36 mois. (4)

L'analyse des admissions pour asthme des 0-4 ans aux Pays-Bas avait montré une augmentation importante entre 1980 et 1999 avec un quasi-doublement des admissions, pour atteindre 3 000 hospitalisations par million de personnes chez les garçons et moitié moins chez les filles. En Angleterre, un doublement de prévalence est constaté en huit ans chez les 18 mois-4 ans, passant de 12 à 25 %, de façon indépendante par rapport à l'augmentation de la prévalence de l'eczéma. (5)

La cohorte de Tucson (6) ayant suivi 825 enfants pendant les six premières années de vie montre que la moitié (48,5 %) a sifflé au moins une fois pendant les trois premières années de vie. L'asthme du nourrisson, classifié comme « siffleurs fréquents » (= 3 épisodes par an) dans cette étude, est évalué à environ 20% de la population à 2 ans et diminue un peu à 3 ans. A noter qu'avant l'âge de 3 mois, des sifflements récidivants ne doivent pas être assimilés à un asthme (7). Dans une cohorte néerlandaise (n= 4 000), 55 % ont eu au moins un symptôme évocateur d'asthme, et la prévalence de l'asthme du nourrisson (= 3 épisodes/an) est estimée à 17 % (8). Dans l'île de Wight (n = 1 500), la prévalence est de 20 % (9), et en Allemagne (n = 939) elle atteint 25 % (10).

Une décroissance de la prévalence de l'asthme est constatée à 6 ans, avec 7 % en moyenne, et estimée à 9 % à partir de 10 ans. Cette fréquence est comparable à celle constatée en France, estimée à 6 % chez les moins de 5 ans (étude Irdes 2006) (11).

Concernant la première année de vie, les données épidémiologiques sont variables selon les pays ou les régions. Ainsi, en Amérique latine, la prévalence est de 21 %, mais atteint 36 % dans certaines régions du Brésil. En Espagne, la fréquence varie de 12 à 18 % et était estimée à 14,5 % aux Pays-Bas. En France, le nombre de nourrissons de moins de 18 mois traités par corticoïdes inhalés est de 12,5 % (12) soit un tiers des nourrissons siffleurs et seulement de 5,3 % en Angleterre (5)

Durant la dernière décennie, les quelques études réalisées en médecine générale en France (AIRE 2002, ER'ASTHME 2003, ELIOS 2005), reflètent une maladie sous traitée, dont le contrôle est surestimé, et dont le suivi reste insatisfaisant (3, 13, 14). Pour des raisons inexplicables, les données concernant les jeunes enfants restent rares.

En 2014, Sophie Falguières a réalisé une thèse sur la prise en charge de l'asthme de l'enfant en Aquitaine, dont une partie visait à l'amélioration de la prise en charge des enfants après une crise d'asthme. (15) Il est également mis en évidence un bénéfice de l'association montelukast et corticoïdes inhalés rejoignant les conclusions d'une étude canadienne de Jonhston réalisée en 2007 (16).

L'asthme est une maladie multigénique caractérisée par une atteinte inflammatoire de l'épithélium respiratoire, souvent associée, chez l'enfant, à une allergie respiratoire. La contribution génétique dans l'asthme est évaluée à plus de 75 %. Mais l'expression de l'asthme est dépendante de l'environnement. Le mécanisme physiopathologique sous-jacent associe une hyperréactivité bronchique (HRB) et une inflammation des voies aériennes à éosinophiles. Plus précisément, l'inflammation asthmatique est la

conséquence d'interactions entre des cellules de la paroi bronchique, qui deviennent immunocompétentes (cellules épithéliales, muscle lisse), et des cellules inflammatoires (essentiellement polynucléaires éosinophiles mais aussi lymphocytes, neutrophiles et mastocytes). À cette inflammation bronchique s'associe un dysfonctionnement du système nerveux autonome. L'inflammation se caractérise par un œdème, une infiltration de la muqueuse bronchique par des cellules inflammatoires, une hypersécrétion de mucus, une bronchoconstriction. Elle est présente très précocement au cours de l'évolution de l'asthme, même chez les asthmatiques bénins. Elle peut s'aggraver au cours de la réaction allergique ou encore au cours des infections virales et diminuer lors de l'éviction prolongée des allergènes ou après traitement anti-inflammatoire par les corticoïdes. L'inflammation peut aboutir à un remodelage des voies aériennes (hypertrophie de la membrane basale, fibrose sous-épithéliale, néoangiogenèse, hyperplasie, hypertrophie du muscle lisse (17).

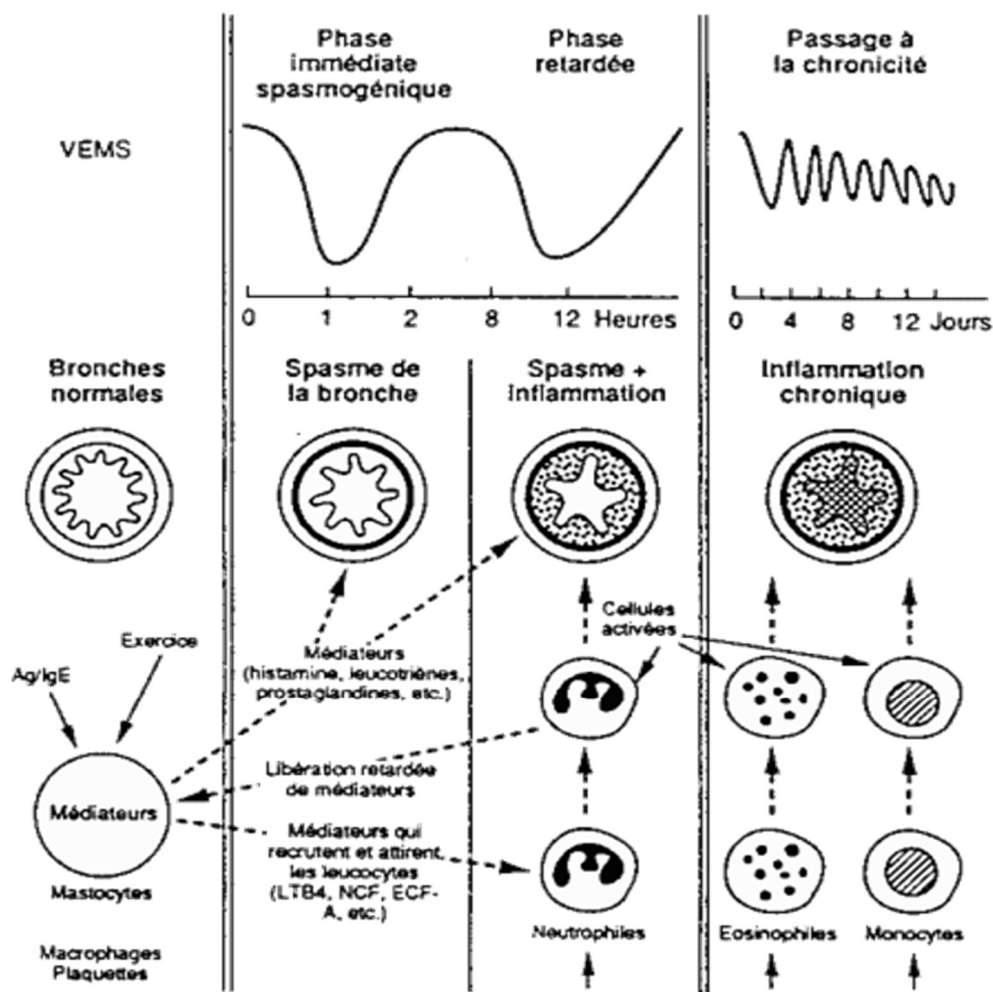


Figure 1. Succession d'événements aboutissant au passage à la chronicité de la maladie asthmatique (Advenier et coll, La Lettre du Pharmacologue, 1993, 7(2), 24-28)

2.2 Recommandations officielles

En France, il existe des recommandations HAS datant de 2009 (18), qui donnent une définition de l'asthme uniquement clinique à cet âge-là : « Tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est

produit au moins trois fois depuis la naissance, et cela quels que soient l'âge de début, la cause déclenchante, l'existence ou non d'une atopie. Ces épisodes de sifflements sont discontinus, avec des périodes pendant lesquelles l'enfant est asymptomatique ».

D'autres présentations cliniques sont possibles : toux induite par l'effort, toux nocturne, toux chronique ou récidivante, toux persistant après une bronchiolite, sifflements persistants.

Cette définition large est indispensable pour éviter le sous-diagnostic, qui est le principal problème à cet âge-là, et par conséquent le sous-traitement.

La présence des signes suivants permet d'évoquer le diagnostic d'asthme :

- La répétition d'épisodes de toux et de sifflements (≥ 3), souvent induits par les infections virales, les irritants en particulier le tabagisme dans l'environnement, l'exercice ou les émotions ;
- La prédominance nocturne des symptômes ;
- L'absence d'anomalie lors de l'examen clinique entre les crises, et l'absence de retentissement sur la courbe staturo-pondérale.

La radiographie de thorax de face doit être réalisée dans la démarche diagnostique de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois. Elle permet d'exclure des diagnostics différentiels importants tels que les malformations et l'inhalation de corps étranger. Elle sera réalisée au mieux en inspiration (au début d'un pleur) et en expiration (à la fin d'un pleur).

L'enquête allergologique est à discuter. Elle doit être réservée aux enfants de moins de 36 mois qui ont des symptômes respiratoires :

- persistants malgré le traitement de fond,
- et/ou sévères,
- et/ou nécessitant un traitement continu,
- et/ou associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique,
- et/ou en cas d'antécédent allergique marqué chez les parents ou la fratrie.

Il est recommandé de prendre un avis spécialisé dans certaines situations pour confirmer le diagnostic et/ou procéder à des examens complémentaires spécialisés en cas de :

- échec d'un traitement d'épreuve bien conduit ;
- formes sévères ou inhabituelles avec :
 - un signe atypique évoquant un diagnostic différentiel tel que le stridor, une persistance de symptômes respiratoires (toux, encombrement, sifflements, dyspnée) entre les épisodes aigus, une cassure de la courbe staturo-pondérale, ou une anomalie radiologique,
 - des signes extrarespiratoires associés (souffle cardiaque, etc.).

La démarche diagnostique est expliquée en figure 2.

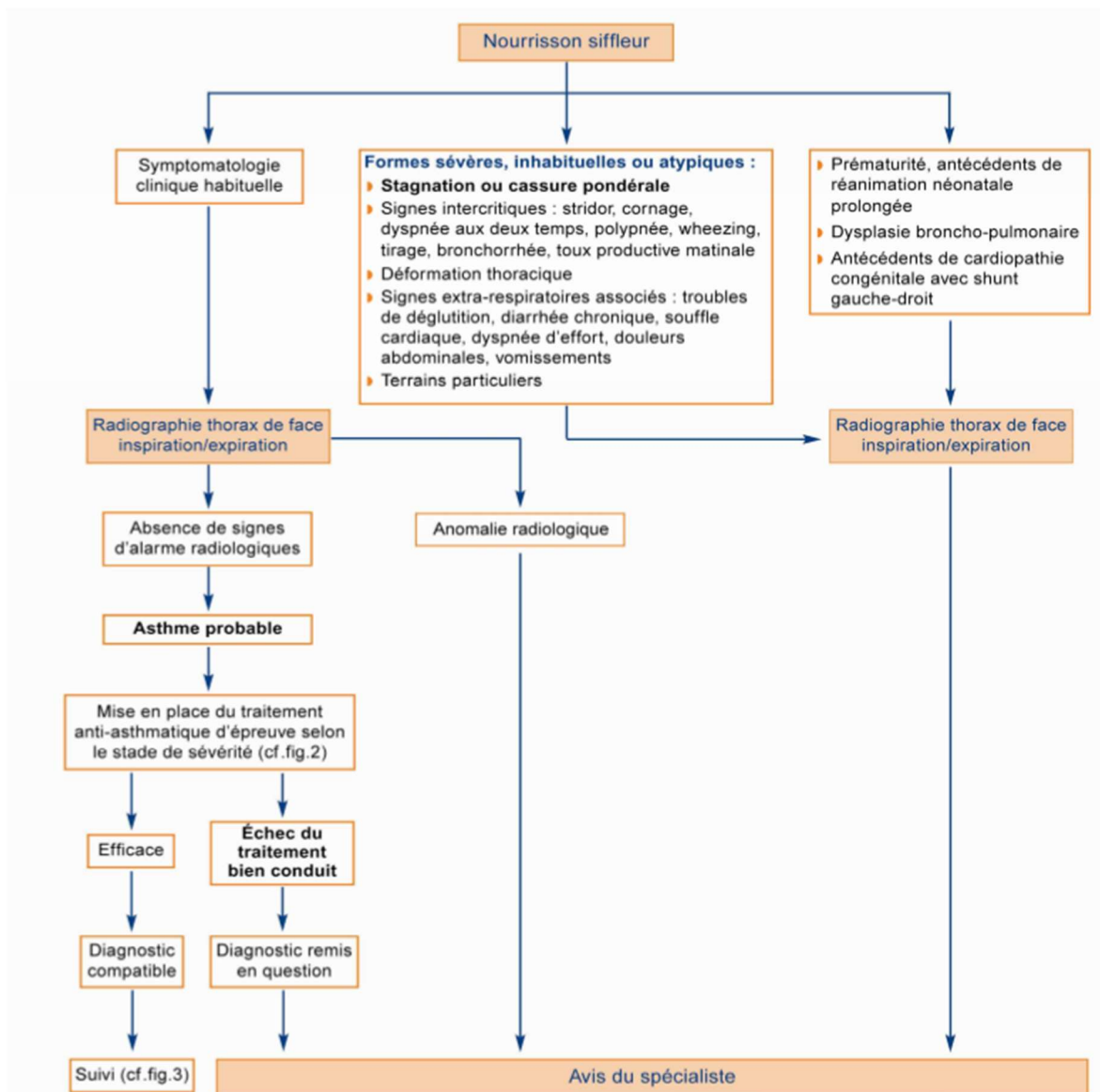


Figure 2. Démarche diagnostique et prise en charge initiale de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois (d'après les recommandations officielles)

On peut classer la sévérité de l'asthme avant traitement selon les paramètres décrits dans le tableau ci-dessous :

- le paramètre le plus sévère définit le niveau de sévérité (intermittent, persistant léger à modéré, persistant sévère, intermittent sévère) ;
- la fréquence des symptômes est évaluée sur les 4 dernières semaines et celle des exacerbations sur les 6 ou 12 derniers mois.

En pratique, deux points sont importants à apprécier : la fréquence des exacerbations et l'absence ou la persistance de symptômes intercritiques en particulier nocturnes.

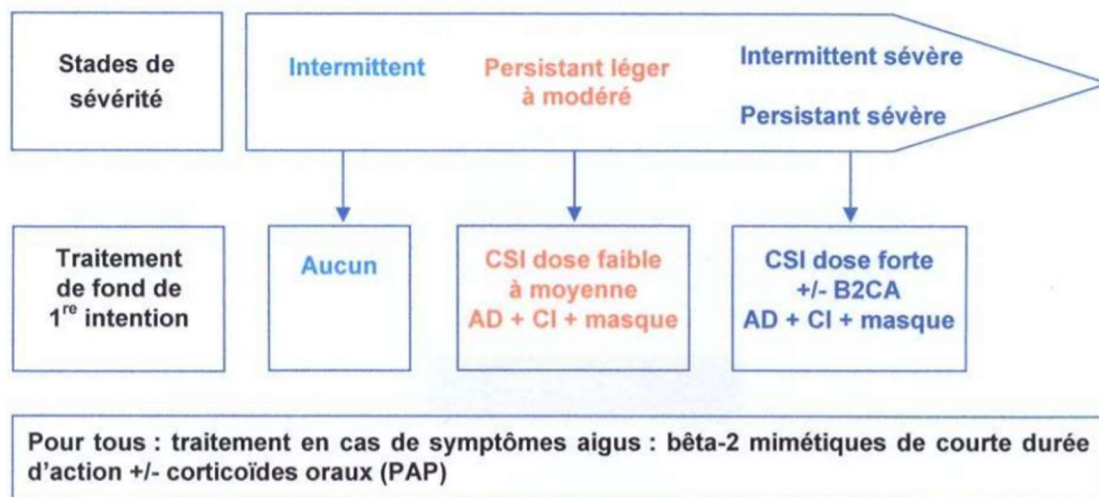
Stade Paramètres	Asthme intermittent	Asthme persistant léger à modéré	Asthme persistant sévère
Symptômes diurnes	< 1 jour /semaine	1 à 2 jours /semaine	> 2 jours par semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/mois	1 à 2 nuits/mois	> 2 nuits par mois
Retentissement sur les activités quotidiennes	aucun	léger	important
Béta 2 mimétiques de courte durée d'action	< 1 jour/semaine	1 à 2 jours /semaine	> 4 jours par mois
Exacerbations	0 à 1 par an	≥ 2 sur les 6 derniers mois	

Tableau 1. Classification de la sévérité avant traitement de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois

À ces trois stades de sévérité, il convient d'ajouter l'asthme intermittent sévère qui est défini par la survenue d'exacerbations fréquentes, viro-induites sans symptôme inter critique.

Selon les recommandations HAS, il n'existe pas de niveau de preuve suffisant pour appliquer une stratégie thérapeutique propre à chaque type clinique (allergique ou viro-induit en particulier).

Chez le nourrisson, le traitement initial est instauré à partir de l'évaluation de la sévérité initiale (figure 3). Les corticostéroïdes inhalés sont essentiels dans le traitement de fond de l'asthme à partir du stade persistant. Lorsqu'ils sont instaurés, ils doivent être poursuivis au moins trois mois. Ils peuvent être associés à un antagoniste des récepteurs aux leucotriènes en cas de non-contrôle.



AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; B2CA : Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action ; PAP : Plan d'Action Personnalisé.

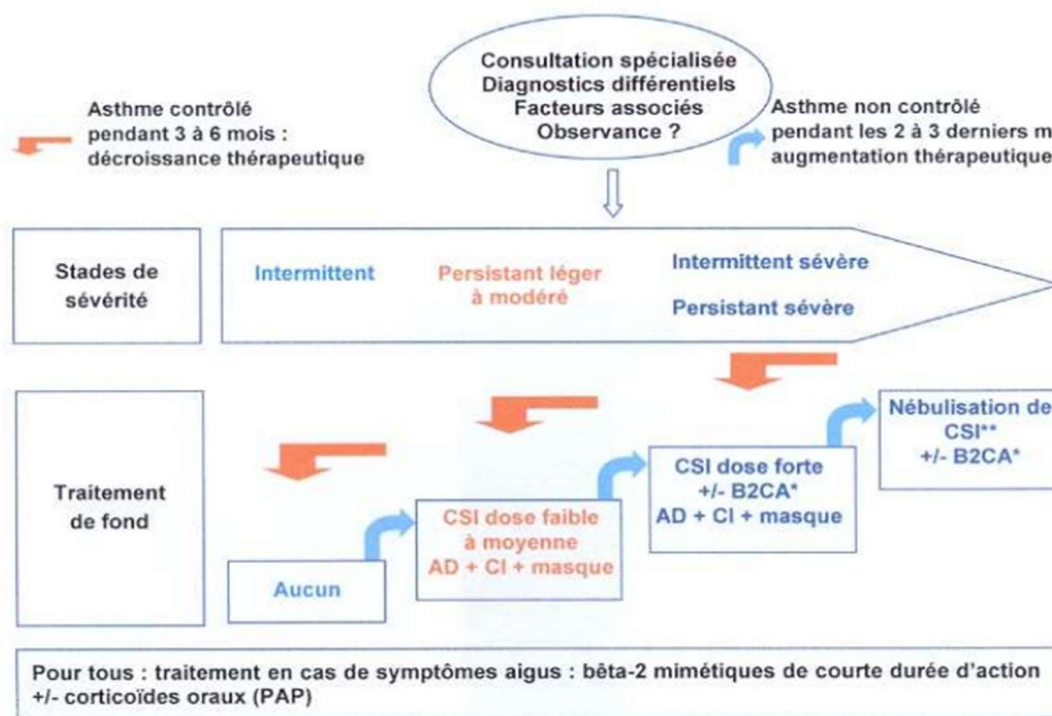
Figure 3. Stratégie thérapeutique initiale en fonction du stade de sévérité (adaptée de Bacharier, ERS, GINA, GRAPP, NHLBI)

Concernant les facteurs aggravants, il est recommandé d'effectuer une réduction de l'exposition au tabac et aux irritants divers, une réduction de l'exposition aux allergènes identifiés et aux moisissures visibles, une réduction de l'exposition virale en période épidémique, une vaccination contre la grippe

saisonniers. Tout enfant pris en charge pour un asthme doit avoir une conduite à tenir en cas de symptômes, sous forme d'un plan d'action personnalisé (PAP)

En cas de contrôle, il faut effectuer une réduction des doses de corticostéroïdes inhalés, tous les trois à six mois.

En l'absence de contrôle, il est nécessaire d'augmenter la pression thérapeutique et de rechercher les facteurs le plus fréquemment associés au non contrôle (mauvaise observance, mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation, rhinite associée, et mauvais contrôle de l'environnement), et, enfin, de savoir rediscuter le diagnostic initial.



AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; B2CA : bêta-2 mimétiques de courte durée d'action ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; PAP : Plan d'Action Personnalisé.

* B2CA ; ils sont donnés en association avec le corticostéroïde inhalé quand l'asthme persistant sévère ou intermittent sévère n'est pas contrôlé avec le CSI seul à dose forte (en spray ou en nébulisation).

L'administration se fait :

- soit en aérosol-doseur avec chambre d'inhalation : salbutamol 200 µg deux fois par jour
- soit en nébulisation : salbutamol (posologie par nébulisation : 1,25 mg si poids < 10 kg ; 2,5 mg si poids 10 à 16 kg) ou terbutaline (posologie par nébulisation : 0,1 à 0,2 mg/kg).

** CSI en nébulisation : budésonide 0,5 à 1 mg x 2/j ou béclométasone 0,4 à 0,8 mg x 2/j

Figure 4. Stratégie thérapeutique dans l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois (synthèse HAS des recommandations internationales)

Concernant les mesures associées, chez le nourrisson asthmatique, la kinésithérapie respiratoire peut être proposée en cas d'hypersécrétion bronchique, et ce en dehors d'un épisode aigu. Le kinésithérapeute participe à l'éducation des parents et de l'enfant.

Ainsi, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de soins primaires, a un rôle à jouer dans la précocité du diagnostic puis dans le suivi et l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille. Son intervention sera principalement ciblée sur l'utilisation des dispositifs d'inhalation, la gestion de la crise d'asthme et la gestion de l'environnement de l'enfant. Sa participation à l'éducation thérapeutique est primordiale pour un bon contrôle de l'asthme.

La question de recherche sera donc : **comment les médecins généralistes prennent en charge l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois ?**

Dans mon expérience et d'après mes lectures, il semblerait qu'il y ait des disparités dans les pratiques des médecins peut-être en raison de l'absence de recommandations claires et facilement applicables. Le suivi nécessaire dans toute maladie chronique n'est pas suffisamment régulier pour espérer un bon contrôle de la maladie.

L'objectif principal est : **analyser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans.**

Les objectifs secondaires sont : comparer les pratiques aux recommandations HAS sur la prise en charge de l'asthme de l'enfant et identifier d'éventuelles difficultés ressenties par les médecins dans le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et dans la relation avec les parents.

MATERIEL ET METHODE

3.1. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, il a été réalisé une étude observationnelle et transversale, de type « enquête de pratique » déclarative auprès des médecins généralistes de trois communes proches du Médoc.

3.2. Population

3.2.1. Population source : les médecins

Ont été inclus dans l'étude des médecins généralistes exerçant dans les 3 communes de Saint Médard en Jalles, Saint Aubin de Médoc, Le Taillan Médoc. Les médecins pouvaient être installés ou effectuer des remplacements réguliers, certains n'étant pas encore thésés.

Ont été exclus les médecins à exercice particulier (MEP)

Au 1^{er} janvier 2016, la Gironde comprend 1612 médecins généralistes tout mode d'exercice confondu (19), dont 46 médecins exerçant sur le lieu de notre étude. La moyenne d'âge départementale est de 52 ans. En Gironde, 45% des médecins sont des femmes et 55% sont des hommes (20).

3.2.2. Population cible : les patients

Il était précisé aux médecins dès le début, que l'étude portait sur les enfants de moins de 36 mois. Ils pouvaient être plus âgés au moment de l'entretien avec le médecin interrogé, mais le diagnostic d'asthme devait avoir été fait ou suspecté avant les 36 mois de l'enfant.

Les dossiers d'enfant diagnostiqués « asthmatiques » après l'âge de 36 mois ont été exclus.

3.3. Outils

3.3.1. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en miroir des recommandations HAS sur la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois, afin d'analyser la pratique des médecins généralistes. Ce questionnaire a été conçu pour être la trame des entretiens avec les praticiens. Les questions sont donc semi ouvertes, semi directives afin de ne pas influencer les praticiens dans leurs réponses. Elles reprennent les éléments d'une consultation caractéristique de médecine générale et tous les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et de suivi de l'asthme. La trame d'entretien semi-directif élaborée comprenait plusieurs parties :

Le premier item portait sur la définition de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois.

Le second item s'intéressait aux éléments de l'anamnèse et de la clinique permettant d'évoquer le diagnostic.

Le troisième item interrogeait sur la notion de recherche de comorbidités.

Le quatrième item concernait les critères d'évaluation de la sévérité de l'asthme.

Le recours à des examens complémentaires, notamment l'enquête allergologique étaient développés dans le cinquième item.

Le sixième item détaillait les mesures environnementales que le médecin avait mises en place.

Le septième item s'intéressait aux mesures associées, c'est-à-dire les vaccinations et la mise en place d'une affection longue durée.

Le huitième item posait la question de l'orientation vers un spécialiste et un kinésithérapeute et dans quelles circonstances.

Le neuvième item permettait de développer les traitements médicamenteux administrés, leur durée et la notion d'éducation thérapeutique.

Le dixième item interrogeait sur le suivi des enfants asthmatiques, la fréquence et les facteurs recherchés en cas de mauvais équilibre.

Le dernier item portait sur les éventuelles difficultés rencontrées sur le plan diagnostique, thérapeutique, sur l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes dans le secteur géographique étudié.

Voir Annexe 2.

3.3.2 Tests préalables

Trois entretiens « test » ont été réalisés auprès de médecins extérieurs à l'élaboration de la trame de fond avant de débiter l'étude. Il s'agit des Docteurs Ducos, Meunier et Remarck. Ceux-ci ont permis de corriger quelques points en collaboration avec la directrice de thèse : bien expliquer l'objectif de recherche, penser à la reformulation, éviter de poser des questions fermées, ne pas émettre d'avis personnels, adopter une attitude de neutralité bienveillante.

3.3.3 Enregistrement des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés sur un téléphone par le biais d'une application d'enregistrement vocal.

3.4. Déroulement de l'étude

3.4.1. Recrutement des médecins

L'étude a été concentrée sur 3 communes des portes du médoc en semi rural, car il semblait pertinent d'étudier les caractéristiques de prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans dans un secteur où l'enquêtrice effectue des remplacements très régulièrement et où elle envisage de s'installer plus tard. D'autre part, il paraissait intéressant de cibler cette région où il n'y a qu'une seule pédiatre pour ces 3 communes alors que la population ne cesse d'augmenter, notamment avec l'arrivée toujours plus importante de familles avec enfants en bas âge.

Les médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion et exerçant sur les communes de Saint Aubin de Médoc (8 médecins), Saint Médard en Jalles (29 médecins) et Le Taillan Médoc (9 médecins) ont donc été contactés par le biais de connaissance ou via le moteur de recherche sur internet des pages jaunes (pagesjaunes.fr), en tapant le nom des communes et en excluant les exercices particuliers.

Un premier contact par mail a été effectué (annexe 3) auprès des médecins. Faute de réponse au bout de 10 jours, un mail de relance était envoyé (annexe 4). Enfin, si les médecins contactés ne répondaient toujours pas, ils étaient appelés à leur cabinet via les Pages jaunes pour leur exposer le travail de thèse et leur proposer directement un rendez-vous sur le lieu de travail ou à leur domicile. Pour certains d'entre eux, l'enquêtrice s'est rendue directement au cabinet afin de les rencontrer et leur expliquer de vive voix le projet.

Quand le médecin était joignable directement par téléphone, l'objet de l'étude lui était expliqué et son consentement à participer à l'étude a été recueilli dans le même temps. Quand le médecin n'était pas joignable, les informations étaient laissées au secrétariat. Dans un second temps, soit le médecin recontactait l'enquêtrice, soit un second appel était nécessaire.

Après avoir obtenu l'accord des médecins pour participer à l'étude, un rendez-vous était fixé pour réaliser l'entretien, soit par téléphone soit au cabinet du médecin concerné.

Un mail de rappel était envoyé la veille du rendez-vous fixé.

3.4.2. Déroulé de l'enquête

Cette étude a été réalisée entre le 20/09/2015 et le 22/06/2016 dans les communes de Saint-Aubin de Médoc, Saint Médard en Jalles et le Taillan Médoc.

Il s'agissait de réaliser des entretiens au cabinet du praticien. Lors de la prise de contact, si le médecin acceptait de répondre à l'enquête, il lui était demandé avant de réaliser l'entretien de réfléchir à un patient pouvant entrer dans les critères d'inclusion de l'étude.

L'entretien commençait toujours par une introduction, pour expliquer l'objectif de la thèse, ainsi que les modalités d'enregistrement de l'entretien. L'accord des médecins étaient bien évidemment recueillis avant le début de l'entretien.

Puis une discussion autour du cas choisi par le médecin était amorcée. Il était demandé au médecin de décrire sa démarche diagnostique et thérapeutique, si besoin à l'aide de l'historique des consultations

répertorié dans le logiciel médical du médecin. Puis, si des items restaient sans réponse, des questions de relance étaient posées pour préciser certains points peu ou pas suffisamment développés.

3.4.3. Aspects éthiques et réglementaires

Lors de la demande d'entretien, l'accent a été mis sur le fait que l'anonymat des médecins et des patients serait respecté afin de permettre aux médecins de parler librement.

Il n'a pas été fait de demande à la CNIL.

3.5. Analyse des données

La rédaction de cette thèse a été réalisée sous Word pour PC et sous Excel pour les tableaux et figures.

Les entretiens ayant été enregistrés sur un téléphone via une application de dictaphone, ont ensuite été retranscrits en traitement de texte afin de pouvoir en extraire les données (annexe 4).

Les réponses aux items ont par la suite été reportées dans des tableaux afin d'être comptabilisées.

RESULTATS

4.1 Population

Sur quarante-six médecins inclus, trente-six médecins ont été contactés d'abord par mail, 6 ont directement été abordés au cabinet, et pour 4 médecins, le premier contact a été téléphonique. Pour les médecins contactés par mail, il y a eu une relance au bout de 10 jours.

Sur les 36 mails envoyés, il n'y a d'abord eu aucune réponse, puis seulement 5 réponses après une relance au bout de 10 jours. Sur les cinq réponses, trois médecins ont accepté d'accorder un rendez-vous. Deux médecins ont refusé (un par manque de temps, un par manque de patient à inclure dans l'étude).

Parmi les médecins n'ayant pas répondu au courriel, quatorze ont ensuite été contactés par téléphone.

Sur les 6 médecins abordés directement au cabinet, tous ont accordé un rendez-vous dans l'immédiat ou programmés plus tard.

Sur les médecins contactés par téléphone, seulement trois ont accordé un rendez-vous.

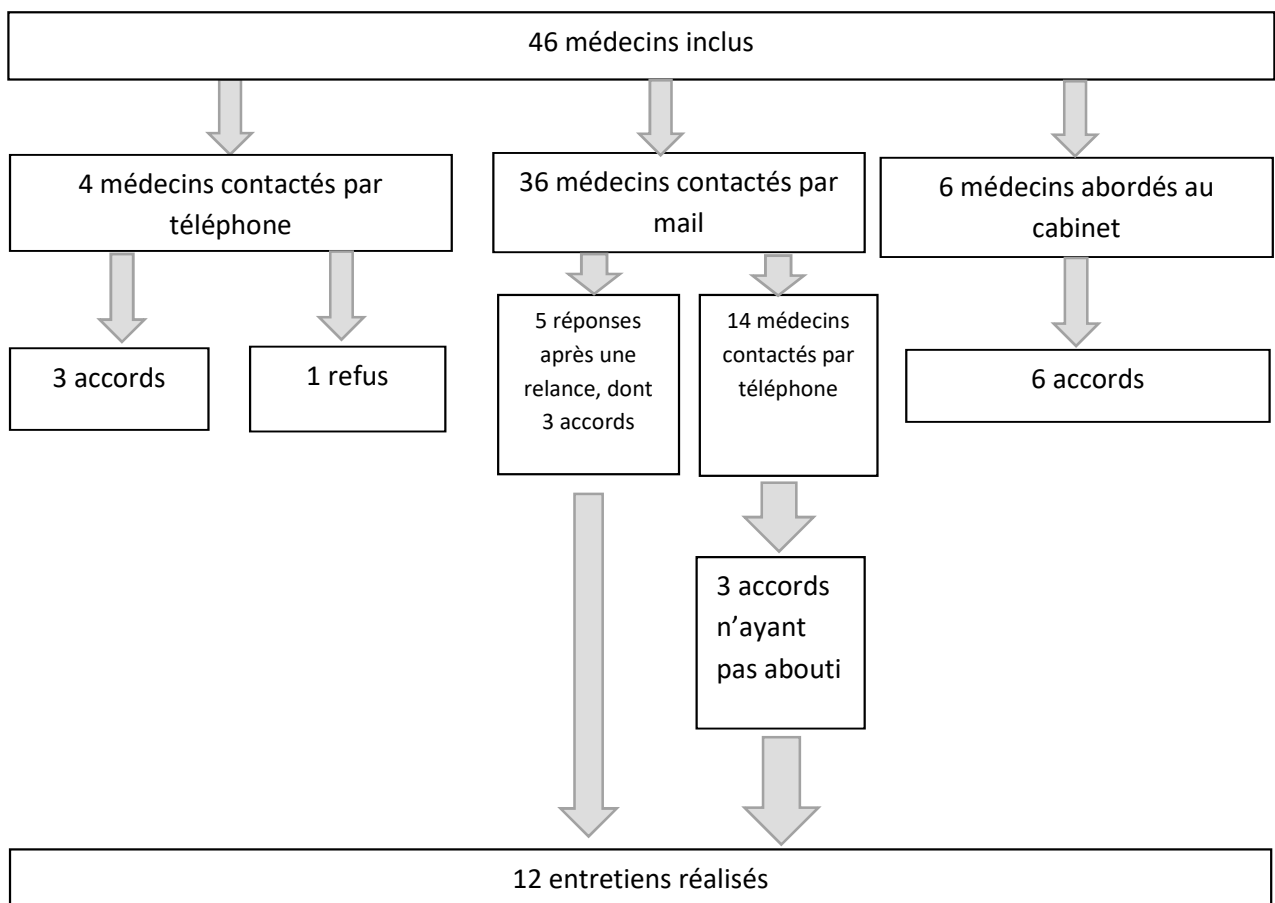


Figure 5. Diagramme de flux

Sur les 14 médecins recontactés secondairement par téléphone, trois avaient donné leur accord, puis n'ont finalement pas donné suite, malgré une relance. Les raisons des refus évoquées étaient essentiellement un manque de temps à consacrer.

Au total, seulement 12 entretiens ont pu être réalisés sur 46 médecins sollicités au départ.

4.1.1. Caractéristiques des médecins

L'échantillon se compose de 12 médecins ayant répondu à l'entretien dont 7 médecins sont des femmes et 5 sont des hommes.

En ce qui concerne leur âge, la moyenne d'âge est d'environ 47 années. Le plus jeune médecin étant âgé de 28 ans et le plus âgé de 65 ans.

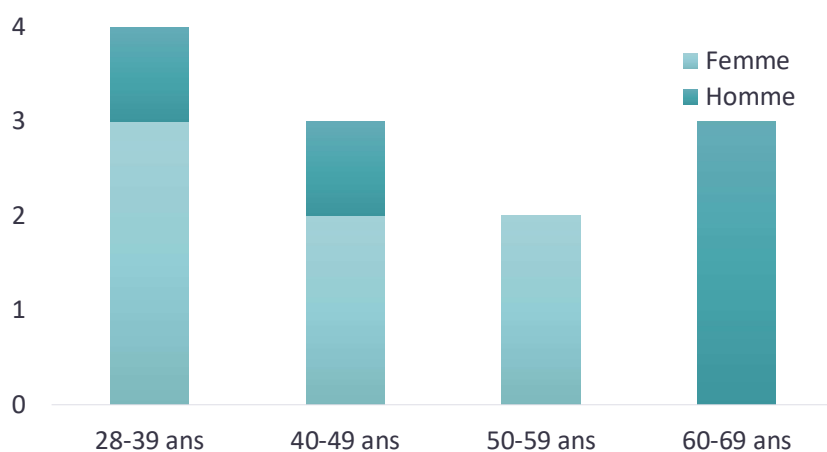


Figure 6. Répartition des médecins interrogés selon âge et sexe

4.1.2. Caractéristiques des enfants

Pour répondre aux critères d'inclusion, tous les enfants avaient moins de 36 mois au moment de la première consultation avec le médecin interrogé. Le plus jeune avait 4 mois, le plus âgé avait 14 mois. La moyenne de l'âge des enfants est d'environ 8 mois.

Tous les enfants ont été vus pour la première fois dans le cadre d'un épisode aigu.

Cas	Age enfant	Cas	Age enfant	Cas	Age enfant
1	6 mois	5	12 mois	9	9 mois
2	8 mois	6	5 mois	10	12 mois
3	6 mois	7	4 mois	11	12 mois
4	4 mois	8	7 mois	12	14 mois

Tableau 2. Age des enfants au moment de la première consultation

4.2 Entretiens

Au total, seulement 12 entretiens ont pu être réalisés sur 46 médecins sollicités.

La durée annoncée de l'entretien était d'environ 15 minutes. La durée moyenne des entretiens a finalement été de 13,9 minutes. Le plus court des entretiens a duré 9 minutes, le plus long 23 minutes.

Dix entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interrogé et deux entretiens ont été effectués par téléphone pour faciliter la participation du médecin.

4.3. Aspects du diagnostic

4.3.1. Définition de l'asthme

La plupart des médecins a donné la réponse « épisodes sifflants » (9/12), cinq médecins ont répondu « bronchiolites à répétition » et un médecin a donné la réponse « toux répétitive ».

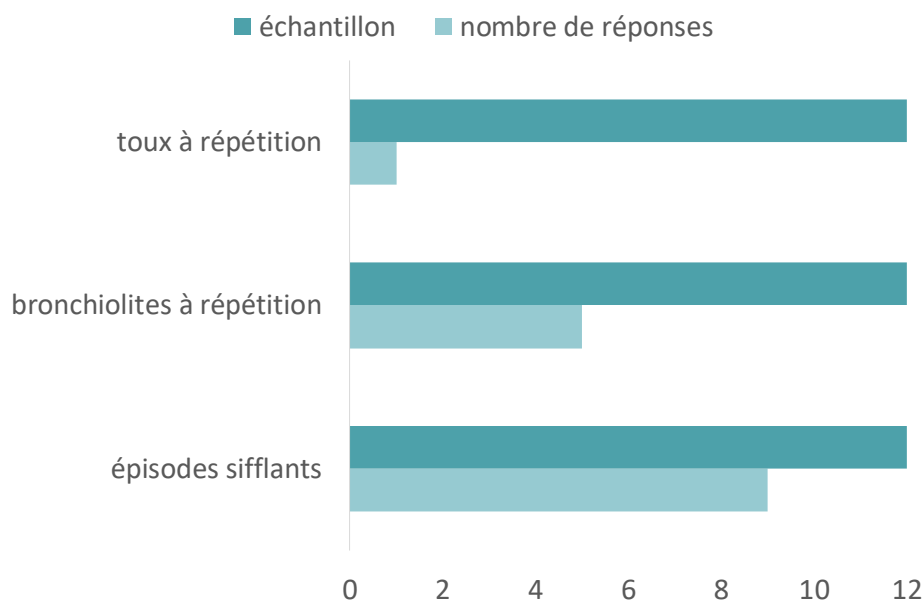


Figure 7. Réponses évoquées de la définition de l'asthme

4.3.2. Diagnostic clinique de l'asthme

La majorité des médecins a la notion que le diagnostic de l'asthme se fait à partir de 3 épisodes de sibilants (10/12). Un médecin a répondu qu'il fait le diagnostic sur un encombrement et des sifflements nocturnes. Un médecin a répondu que le diagnostic est suspecté devant plusieurs épisodes de toux.

4.3.3. Evaluation de la sévérité

Parmi les critères de classification de la sévérité de l'asthme, 4 médecins évoquent le nombre de crises au cours de l'année. Sept médecins essaient de quantifier la dose de beta 2 mimétiques de courte durée d'action consommée. Un médecin s'intéresse à la fréquence des symptômes diurnes, et deux médecins aux symptômes nocturnes. Cinq médecins mentionnent le retentissement sur les activités physiques de l'enfant.

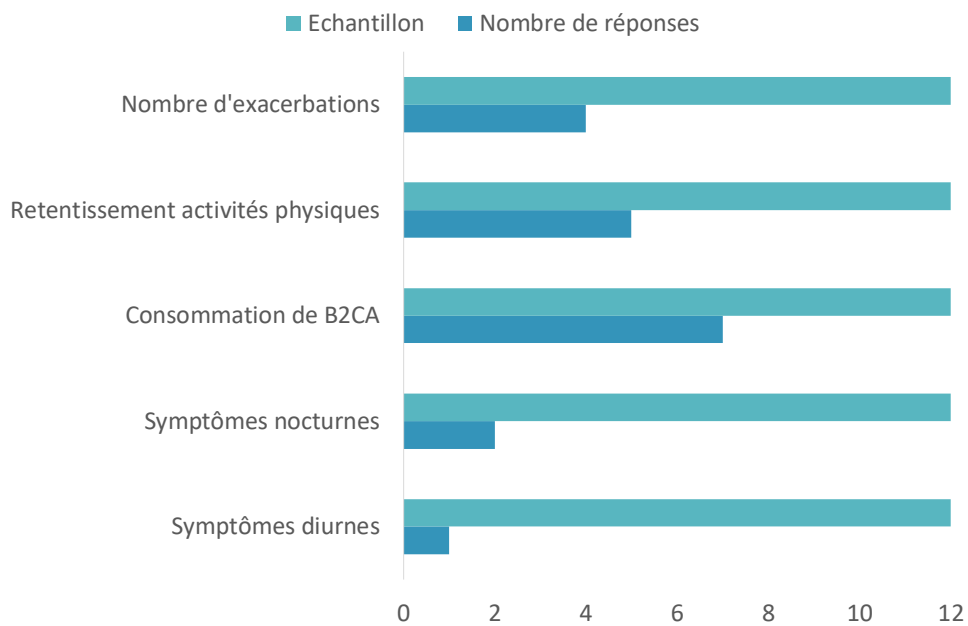


Figure 8. Critères de classification de la sévérité de l'asthme

4.4. Bilan complémentaire

4.4.1 Radiographie pulmonaire

Quasiment tous les médecins interrogés répondent qu'ils font faire une radio pulmonaire (RP) pour « éliminer un diagnostic différentiel » (10/12). Un médecin ne fait une radio pulmonaire que dans les cas rebelles aux traitements de fond. Trois médecins font réaliser la RP systématiquement avant d'adresser l'enfant chez le pneumologue. Un médecin a répondu qu'il pratiquait la RP avant la consultation pneumologique et également pour éliminer un diagnostic différentiel.

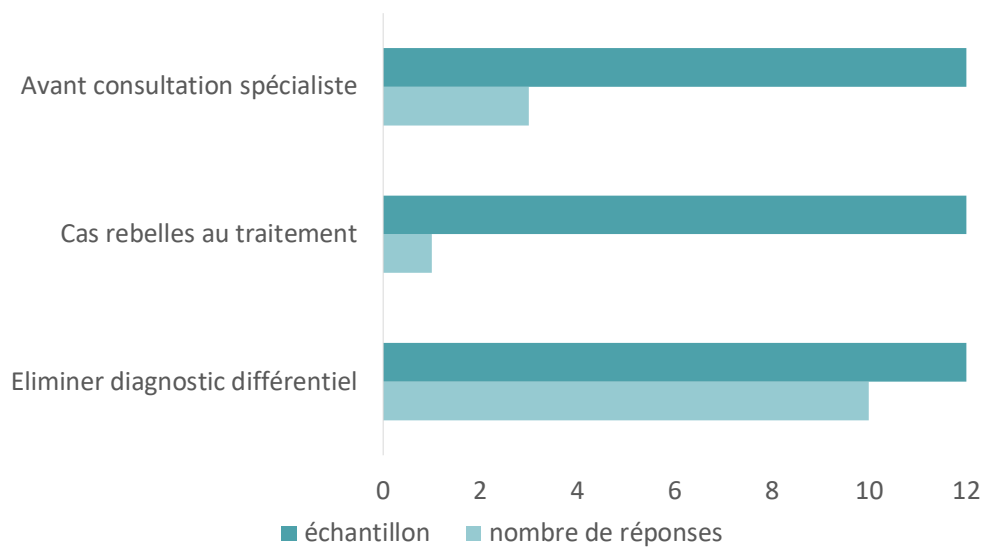


Figure 9. Motifs de réalisation de la radiographie pulmonaire

4.4.2 Les examens allergologiques

En ce qui concerne l'enquête allergologique, six médecins ne font pas d'examen avant 3 ans. Un médecin a répondu qu'il laissait le pneumologue juger de l'intérêt du bilan allergologique. Pour deux médecins, le sujet n'a pas été abordé ni par eux ni par moi. Trois médecins réalisent des tests multiallergéniques type phadiatop et trophatop avant trois ans.

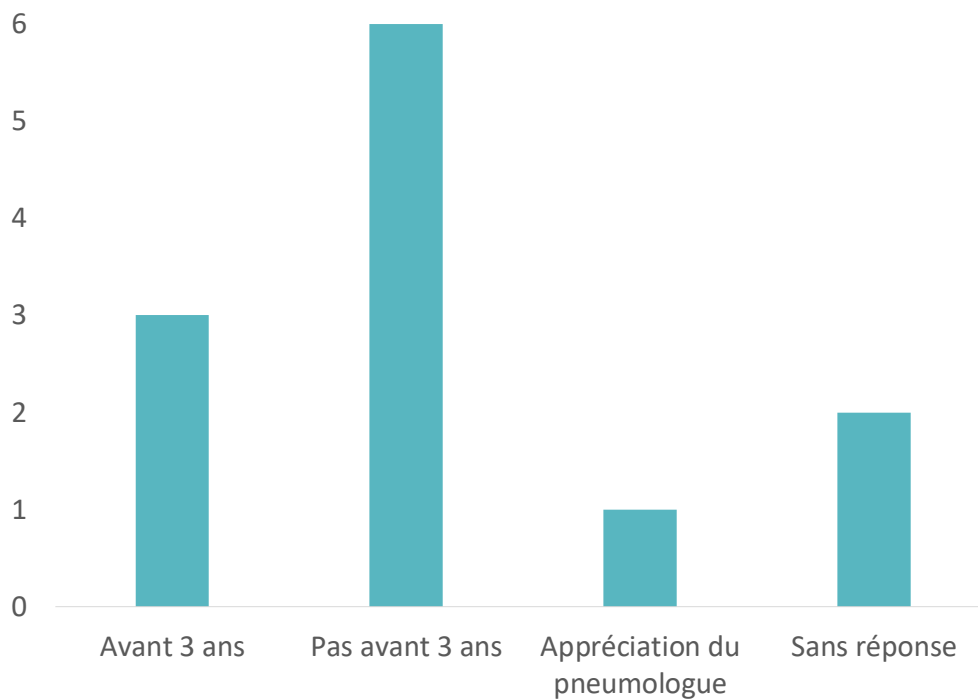


Figure 10. Réalisation des examens allergologiques chez les enfants asthmatiques de moins de 3 ans

Les motifs de réalisation de ces examens sont une persistance des symptômes malgré le traitement de fond (évoqués par deux médecins) et présence d'antécédents familiaux (évoqués par deux médecins)

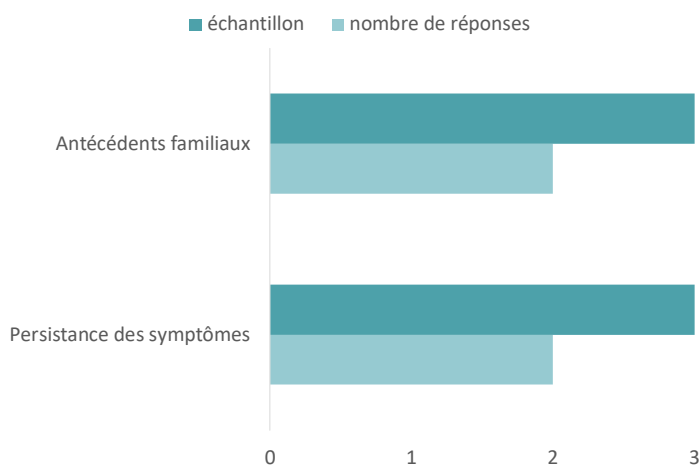


Figure 11. Motifs de réalisation des examens allergologiques chez les asthmatiques de moins de 3 ans

4.5. Prise en charge

4.5.1 Les mesures environnementales

La majorité des médecins conseillent aux parents de ne pas exposer l'enfant au tabagisme passif (9 médecins sur 12). Tous les médecins interrogés conseillent l'éviction des allergènes, la réponse qui vient le plus fréquemment concerne les acariens. Sept médecins prodiguent les conseils d'hygiène afin d'éviter les infections virales souvent à l'origine des crises d'asthme.

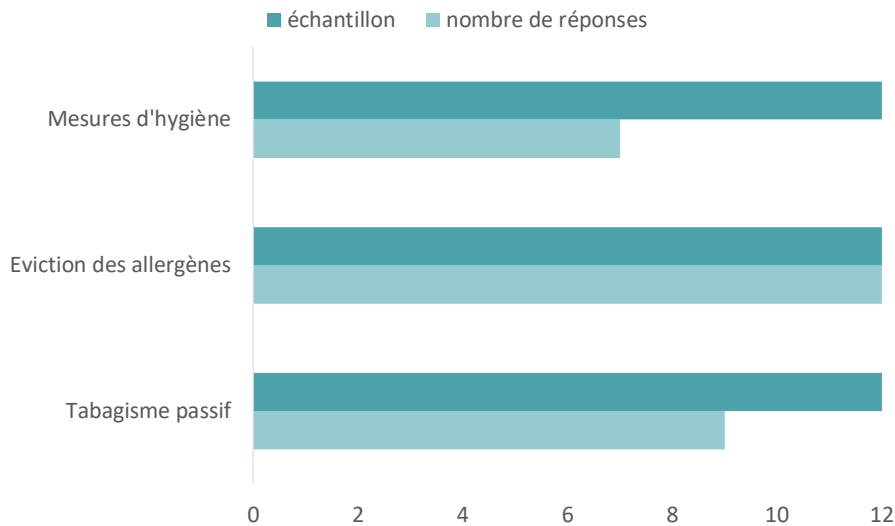


Figure 12. Conseils donnés par les médecins sur les mesures environnementales

Aucun des médecins interrogés ne fait appel au conseiller médical en environnement intérieur (CMEI). La plupart n'en avait pas connaissance.

4.5.2. La vaccination anti grippale

Quatre médecins vaccinent tous les enfants asthmatiques à partir de l'âge de 6 mois. Un médecin commence la vaccination antigrippale après 2 ans, 3 médecins après 3 ans seulement. Deux médecins vaccinent les parents des enfants de moins de 3 ans. Un médecin ne vaccine jamais contre la grippe les enfants asthmatiques. Un médecin ne vaccine les enfants asthmatiques seulement s'il existe une insuffisance respiratoire.

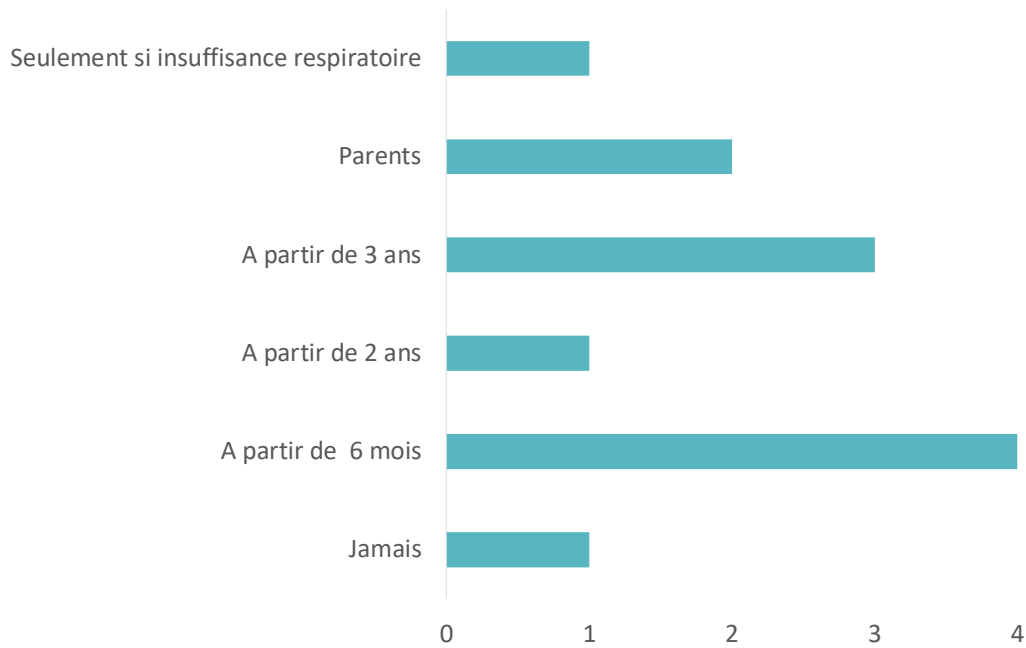


Figure 13. Vaccination antigrippale chez les enfants asthmatiques

4.5.3. L'orientation chez le spécialiste pneumo pédiatre

La plupart des médecins (9/12) fait appel au spécialiste en cas d'échec des traitements bien conduits. Sept médecins adressent les enfants présentant des symptômes évocateurs au pneumopédiatre pour confirmer le diagnostic. Deux médecins les adressent en cas de signes allergologiques extra respiratoires. Deux médecins adressent systématiquement les enfants de moins de 3 ans ayant des épisodes sifflants répétés pour rassurer les parents.

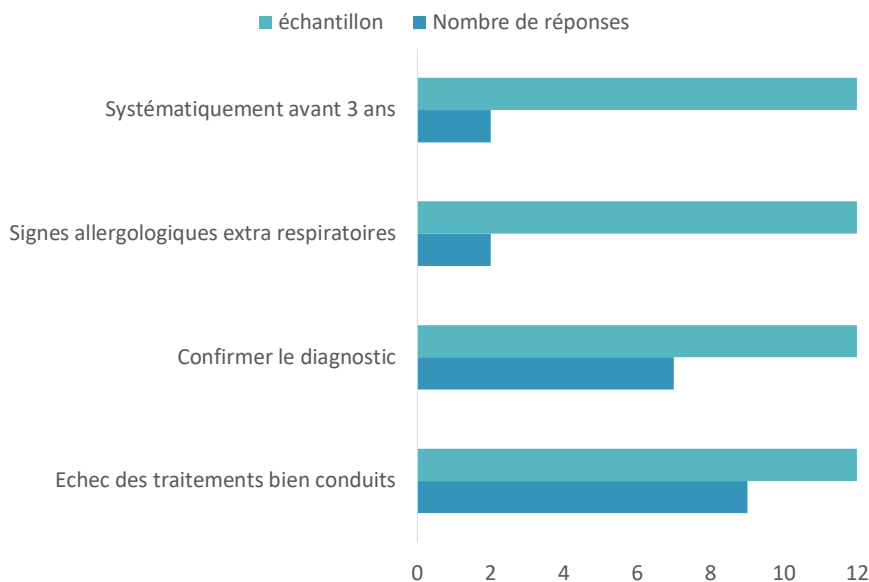


Figure 14. Motifs d'orientation vers le spécialiste

4.5.4. La kinésithérapie

Quasiment tous les médecins font appel au kinésithérapeute (11/12) systématiquement quand l'enfant est encombré lors d'épisodes de bronchiolites. Un médecin sur 12 ne fait appel au kinésithérapeute que très rarement.

4.5.5. Options médicamenteuses

Tous les médecins interrogés prescrivent en première intention des corticostéroïdes inhalés et des Beta-2 mimétiques de courte durée d'action dans le traitement des épisodes sifflants des enfants de moins de 3 ans.

Six médecins sur douze prescrivent également un antagoniste des récepteurs aux leucotriènes (ARL), le montelukast. Cinq médecins sur 12 n'en prescrivent jamais avant 3 ans mais laissent le pneumo pédiatre décider de ce traitement. Un médecin n'a pas évoqué le montelukast.

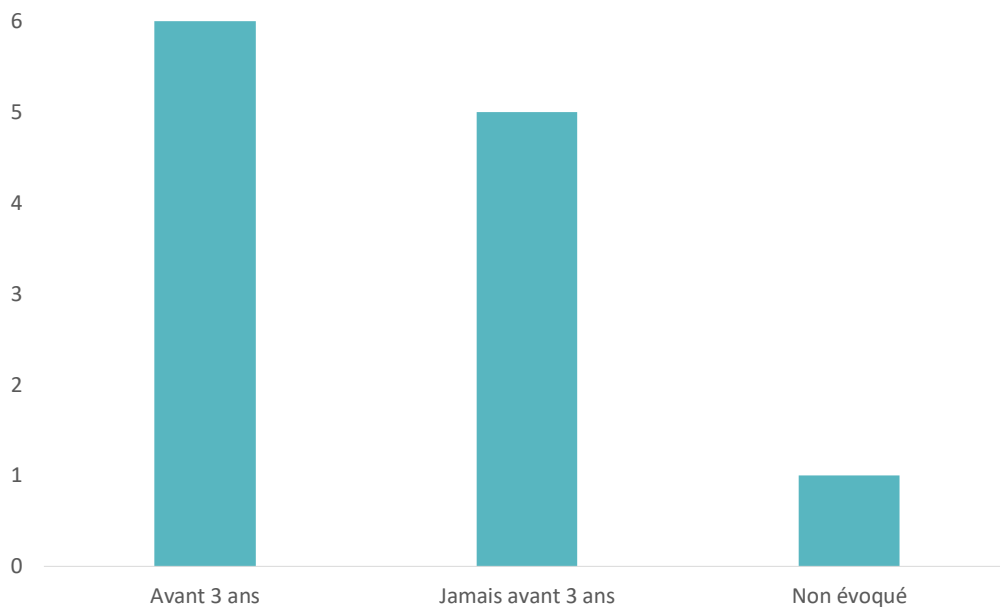


Figure 15. Prescription du montelukast par les médecins généralistes dans le cadre de l'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans.

Parmi les médecins prescrivant du montelukast avant l'âge de 3 ans, un médecin le prescrit dès 6 mois, et cinq médecins le prescrivent à partir de 2 ans.

Deux médecins prescrivent des corticoïdes oraux lors des épisodes aigus. Quatre médecins sur douze précisent qu'ils prescrivent également des anti-histaminiques lorsqu'il y a des manifestations allergiques.

4.5.6. La durée de prescription des corticoïdes inhalés

Quatre médecins prescrivent les CSI pour une durée de 3 mois minimum. Quatre médecins les prescrivent pour une durée variant de 15 jours à 1 mois. Deux médecins les prescrivent pour moins de 15 jours. Deux médecins répondent qu'il n'y a pas de durée prédéfinie, que c'est en fonction des symptômes que présentent les enfants.

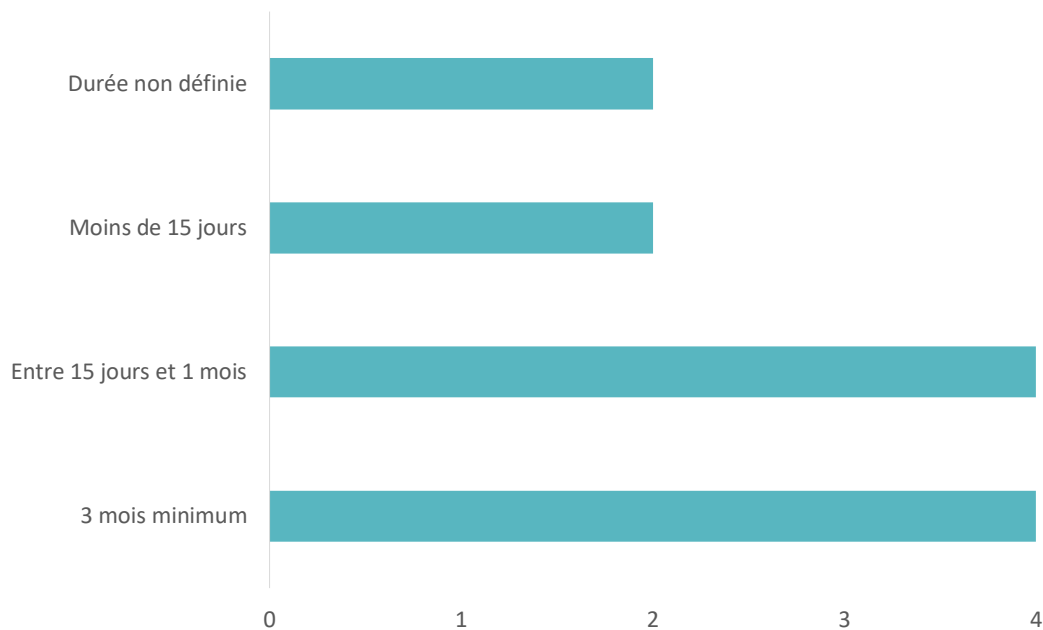


Figure 16. Durée de prescription des corticoïdes inhalés chez les enfants asthmatiques de moins de 3 ans

4.5.7. L'éducation thérapeutique

Tous les médecins déclarent faire de l'éducation thérapeutique eux-mêmes sans faire appel à des organismes extérieurs comme l'école de l'asthme.

4.5.8. Le suivi de l'asthme

Huit médecins sur douze ne convoquent pas systématiquement les enfants pour le suivi de l'asthme car ils déclarent voir les enfants suffisamment au cours des consultations habituelles pour le suivi global de l'enfant, les vaccinations et les certificats médicaux.

Quatre médecins prévoient des consultations dédiées au suivi de l'asthme.

4.5.9. Les facteurs à rechercher en cas de mauvais contrôle de l'asthme

Pour cet item, plusieurs réponses étaient possibles. Quatre médecins sur douze recherchent un reflux gastro-œsophagien ou une pathologie ORL associée. Cinq médecins recherchent une mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation. Huit médecins évoquent la mauvaise observance aux traitements.

Sept médecins recherchent un mauvais contrôle de l'environnement. Deux médecins évoquent une mauvaise connaissance de la maladie par les parents.

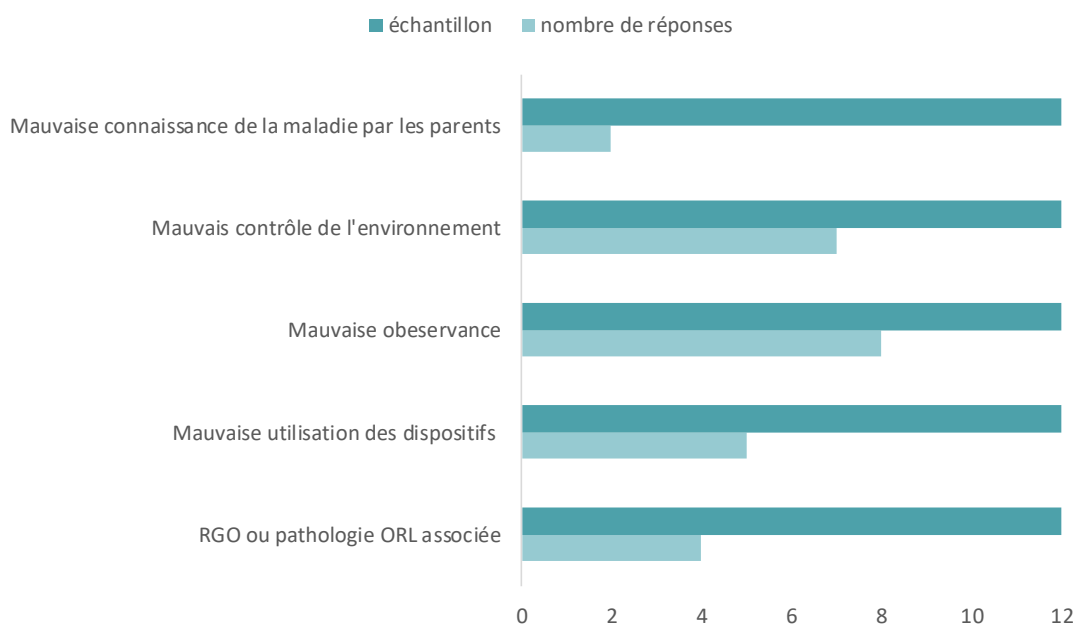


Figure 17. Facteurs recherchés en cas de non contrôle de l'asthme

4.6 Récapitulatif des pratiques des médecins généralistes sur le cas étudié

Cas	Age (en années) et sexe médecins	Age enfants (en mois)	Diagnostic	RP	Ex allergo	vaccin anti grippe	Spécialiste	Kiné respi	Durée CSI	Suivi	total items HAS
1	F/44	6	≥3 épisodes sifflants	non	non	non	oui	oui	1 mois	non	3
2	F/45	8	≥3 épisodes sifflants	oui	oui	oui	oui	oui	15 j-1mois	non	6
3	F/33	6	≥3 épisodes sifflants	oui	non	non	oui	oui	3 mois	non	4
4	H/63	4	sifflement nocturne	oui	oui	non	oui	oui	15 j	non	4
5	F/52	12	≥3 épisodes sifflants	non	?	oui	oui	oui	1 mois	oui	5
6	H/46	5	≥3 épisodes sifflants	non	non	non	oui	oui	1 mois	oui	4
7	F/38	4	≥3 épisodes sifflants	non	non	non	oui	oui	< 15 jours	non	3
8	H/64	7	répétition toux	non	non	non	non	?	1 mois	non	0
9	H/38	9	≥3 épisodes sifflants	non	non	oui	non	oui	?	non	3
10	F/28	12	≥3 épisodes sifflants	non	non	non	oui	oui	3 mois	oui	5
11	H/65	12	≥3 épisodes sifflants	oui	non	non	oui	oui	1 mois	oui	5
12	F/51	14	≥3 épisodes sifflants	non	?	non	oui	oui	?	non	3
total réponses			10	4	2	3	10	11	2	4	

Tableau 3. Pratique des médecins généralistes concernant 8 items de la prise en charge selon les recommandations HAS

Légende : F : femme, H homme, RP : radiographie pulmonaire, ex allergo : examens allergologiques, durée CSI : durée de prescription des corticoïdes inhalés.

Dix médecins sur 12 ont fait le diagnostic devant l'existence de 3 épisodes de sibilants. Quatre médecins ont prescrit une radiographie des poumons pour le cas étudié.

Deux médecins ont entrepris des examens allergologiques pour les enfants présentés. Trois médecins ont fait le vaccin contre la grippe à l'enfant étudié. Dix médecins ont adressé l'enfant au pneumopédiatre. Onze médecins ont prescrit de la kinésithérapie respiratoire dans les épisodes marqués d'encombrement bronchique. La durée de prescription des CSI a été de 3 mois pour 2 médecins. Quatre médecins prévoient des consultations dédiées régulières pour le suivi de l'asthme.

4.7. Difficultés rencontrées par les médecins

4.7.1 Difficultés diagnostiques

Dans l'ensemble les médecins disent ne pas avoir de difficulté pour faire le diagnostic d'asthme de l'enfant de moins de 3 ans :

« C'est peut-être prétentieux, mais je suis à l'aise avec ça ! » (Médecin n° 6)

« Je me sens plutôt à l'aise, parce que pendant mon internat, j'ai fait 6 mois en pneumologie, donc ça aide, j'ai de bons restes ! » (médecin n°11)

Un médecin (n°12) dit rencontrer quelques *difficultés* « [le diagnostic n'est ...] Pas facile à faire, car des bronchiolites on en voit beaucoup et des enfants touseurs aussi, et ils ne sont pas forcément asthmatiques. C'est quelque chose de pas très compliqué mais pas toujours évident de faire le diagnostic ».

Un médecin (n°1) pense que ce n'est pas indispensable de poser un diagnostic à cet âge-là « *je ne sais pas, est ce qu'à cet âge-là, c'est vraiment important de porter un diagnostic, est ce que le diagnostic à cet âge il est immuable ? Je ne sais pas, ce n'est pas parce qu'il a des bronchites sifflantes qu'il sera forcément asthmatique donc je ne pense pas que ce soit utile de porter un diagnostic d'asthme définitif.* »

4.7.2. Difficultés thérapeutiques

Quasiment tous les médecins déclarent ne pas avoir de difficultés avec les traitements de l'asthme.

Deux médecins déclarent avoir des difficultés :

« Je me sens à l'aise avec le diagnostic, un peu moins avec les traitements, en ce qui concerne la durée de prescription, l'ajout de singulier » (médecin n°10)

« ... soit j'appelle le spécialiste pour demander un conseil thérapeutique [...] mais je ne prends pas trop ces décisions-là, surtout si comme vous dites, il n'est pas très bien équilibré » (médecin n°7)

4.7.3. L'accès à la radiographie pulmonaire

La plupart des médecins déclare ne pas avoir de difficulté à obtenir une radiographie.

Médecin n° 9 : « on a un cabinet de radio qui n'est pas forcément terrible en termes de clichés, par contre ce qu'on doit souligner, c'est que j'arrive à avoir une radio dans la journée, ils sont assez réactifs » « oui concrètement sur saint Médard, on n'a pas de souci » (médecin n°5)

Un médecin ne travaille pas avec le cabinet radiologique de son secteur : « oui enfin moi je ne travaille pas avec Saint Médard, je travaille avec Mérignac, oui c'est facile d'avoir une radio quand on la demande en urgence. Le jour même. » (médecin n°6) Deux médecins jugent qu'il n'est pas toujours évident de faire réaliser une radiographie pulmonaire en temps voulu : « pas vraiment, c'est pas si simple » (médecin n°10)

4.7.4. L'accès aux spécialistes

Une grande majorité des médecins déclare être en relation avec un réseau de spécialistes facilement disponible :

« Oui je trouve que c'est quand même pas mal. Même si nos pneumologues voient peut-être plus d'adultes que d'enfants, ils peuvent voir quand même des tous petits » (médecin n°5)

« Oui nous avons une pédiatre dans le cabinet et avec l'hôpital c'est assez fluide » (médecin n°8)

Deux médecins déclarent qu'il n'est pas évident d'obtenir une consultation spécialisée rapidement mais les spécialistes sont malgré tout facilement accessibles par téléphone :

« Je peux facilement les avoir au téléphone, mais pour avoir une consultation, c'est un peu plus compliqué » (médecin n°2)

« Juste les pneumopédiatres sont un peu difficiles d'accès, ne parlons pas du CHU. Dans le privé, on peut avoir un rendez-vous dans les 3 mois. Mais si j'ai un souci, je peux les avoir au téléphone » (médecin n°4)

4.7.5. Difficultés rencontrées avec les familles

Neuf médecins déclarent qu'ils ne rencontrent pas de problème particulier lorsqu'ils annoncent le diagnostic d'asthme aux parents :

« Au contraire, ils anticipent souvent le diagnostic » (médecin n°8)

« Ya des maladies plus graves, c'est quand même bien accepté ! » (médecin n°1)

Trois médecins déclarent qu'ils ont des difficultés pour faire admettre le diagnostic aux parents et dans la bonne compréhension de la maladie.

« ... ils ne se rendent pas bien compte de ce que ça veut dire. Quand c'est pour les tous petits, quand on parle d'asthme, ça les inquiète. Soit ça les inquiète, soit ils comprennent pas ce que ça peut déclencher quand ils ne respectent pas les consignes. Le chat, le chien, on va les laisser dans la chambre, ce genre de choses en fait... » (médecin n° 2)

« Pour certains [parents], il y a une certaine appréhension par rapport aux traitements, ils ont des idées très fausses sur les corticoïdes inhalés, sur la ventoline. Donc finalement au début, je parle plutôt

d'épisodes, de traitement de fond d'un épisode pour éviter l'inflammation chronique et pour prévenir les récives » (médecin n°5)

« Non c'est un peu compliqué, parce que ça va peut-être durer longtemps, que c'est chronique, qu'il faut mettre en route des traitements... » (médecin n°6)

DISCUSSION

5.1 Discussion de la méthode

5.1.1. Type d'étude

L'enquête de pratique a été réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés. Cela amène donc des réponses déclaratives même si le dossier de l'enfant concerné était accessible pour vérifier la réalité des pratiques des médecins. Le mode déclaratif du recueil est à l'origine de biais connus : mémorisation, fiabilité imparfaite des informations recueillies, difficultés de traitement des non-réponses.

Nous avons tout de même essayé de limiter ces biais de réponses en ne choisissant pas l'option d'un questionnaire écrit envoyé par mail ou courrier postal qui aurait accentué cet aspect déclaratif ni l'option du focus group qui aurait pu inhiber certains médecins dans leurs réponses.

5.1.2. Population

Le faible taux de participation (26%) des médecins recrutés s'explique par trois raisons évoquées par les médecins : un manque de temps de la part des praticiens pour participer à l'étude, une absence d'intérêt pour participer aux travaux de thèse, et un faible pourcentage de pédiatrie dans l'exercice des médecins sollicités.

La moyenne d'âge de notre échantillon est d'environ 47 ans, ce qui est très en dessous de la moyenne d'âge départementale (52 ans) (20). Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 16,6% de notre échantillon (contre 24,3% en Gironde) et les moins de 40 ans représentent 33,3% (contre 15% en Gironde) (20). Sans pouvoir émettre d'hypothèse émanant de notre étude en raison d'un échantillon trop petit, des données de la littérature mettent en évidence que les médecins plus âgés sont moins attirés par la recherche et ont des semaines de travail plus chargées que les plus jeunes médecins. Les parents ont également tendance à faire suivre leurs enfants par des médecins jeunes. (21)

Dans notre échantillon, nous avons 58% de femmes et 42% d'hommes contre 45% de femmes et 55% d'hommes en Gironde (20). Il est envisageable que les médecins femmes ont une patientèle plus riche en pédiatrie que les médecins hommes et se sont donc senties plus concernées par le sujet de l'étude. (21)

Plus globalement, nous pouvons penser que les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont une patientèle riche en pédiatrie et donc sont plus souvent confrontés à la pathologie en question. Ils sont sûrement plus à l'aise que les médecins voyant peu d'enfants et par conséquent peu d'asthme du nourrisson.

La différence d'âge des médecins a pu influencer sur leur prise en charge de l'asthme de l'enfant dans la mesure où la formation initiale reçue diffère selon les époques.

5.1.3. Questionnaire

Certaines questions ont dû être soumises à un biais d'interprétation par le praticien. En effet, pour la question concernant les critères de sévérité à rechercher, les praticiens répondaient essentiellement sur les critères de sévérité de l'épisode aigu et non pas sur la maladie asthmatique. Pour la plupart des médecins, il a été nécessaire de reformuler la question. Un seul médecin a énoncé spontanément la classification de l'asthme en fonction de la sévérité, en énumérant les différents stades « intermittents », « persistants légers », « persistants légers à modérés » et « persistants sévères ».

Même si la consigne était de discuter autour d'un cas concret afin de ne pas être uniquement déclaratif, certains items n'étaient pas ou insuffisamment développés. Des questions de relance étaient souvent nécessaires, plus directes afin d'amener des réponses plus fermées. Les réponses des médecins sont donc relativement influencées dans certains cas.

5.1.4. Déroulé de l'étude

Il peut y avoir également un biais lié au fait que le médecin interrogé peut se sentir jugé par ses pairs et ainsi apporter des réponses légèrement éloignées de la réalité de ses pratiques. Il peut être amené à répondre ce qu'il pense être juste au détriment de sa prise en charge réelle.

Il existe également un biais de mémorisation. En effet, il était préalablement demandé de réfléchir à un cas concret d'enfant asthmatique. Lors de l'entretien, le médecin devait s'appuyer sur les données enregistrées au cours des consultations réalisées avec l'enfant présentant des symptômes d'asthme. Pour certains d'entre eux, les données informatisées étaient insuffisamment complétées et les médecins devaient donc faire appel à leurs souvenirs parfois anciens. On peut imaginer qu'en l'absence de souvenir, ils ont probablement eu tendance à généraliser leurs réponses ou à répondre de façon légèrement erronée.

La prise en compte d'une observation choisie a été relativement productive car certains médecins avaient tendance à s'écarter du cas étudié pour évoquer des généralités, surtout quand le dossier médical était peu complété. Les questions de relance étaient donc nécessaires pour recadrer la discussion autour du cas choisi. Pour certains médecins, il n'a pas été évident d'échanger tout le long de l'entretien sur le patient choisi en raison d'oublis concernant la prise en charge, ainsi la méthode annoncée initialement n'a pas été totalement respectée.

5.1.5. Analyse des résultats

Etant donné que l'outil de l'étude était un entretien semi-directif, les réponses n'étaient pas toujours apportées au moment attendu mais très souvent au cours d'un autre item de discussion. Si le médecin avait abordé l'item spontanément, mais de façon insuffisante, l'enquêtrice n'a pas toujours eu l'occasion de revenir dessus, soit par oubli, soit par manque de temps. Certains items sont donc sans réponse dans certains cas.

Il s'agissait d'une discussion et de questions ouvertes, ainsi certaines réponses sont soumises à l'interprétation de l'enquêtrice, ce qui a pu causer un biais d'interprétation.

En raison du faible échantillon et donc de la faible représentativité, il n'a pas paru pertinent de calculer des pourcentages. Les résultats sont donnés en valeur absolue.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1. Définition et diagnostic de l'asthme

Selon la HAS (18), il n'existe pas de définition consensuelle de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans. Parmi l'échantillon de médecins interrogés, trois réponses différentes ont été données. Elles sont toutes les trois exactes, et désignent différents tableaux possibles de cette pathologie (bronchiolites à répétition, épisodes sifflants et toux à répétition). Nous constatons que malgré l'absence de définition universelle, les médecins interrogés semblent être au fait de la définition de l'asthme puisque quasiment tous les médecins ont la notion que le diagnostic peut être évoqué au bout de 3 épisodes sifflants. En revanche certains avouent éprouver des difficultés dans le diagnostic, ce qui rejoint les résultats des travaux de thèse de Laurence Guittet (22) : « Le diagnostic d'asthme ne peut pas être fait à tout âge pour 32,3% des médecins, et parmi eux, 16 médecins ne l'évoquent qu'après 2 ans (48,4%). L'équivalence entre « bronchite asthmatiforme » et crise d'asthme pose encore un problème pour 54,2% des médecins qui estiment ces deux termes non équivalents. »

Cette confusion de terminologie peut représenter un frein important pour la suite de la prise en charge.

Un travail de thèse sous forme d'enquête qualitative (23) a mis en évidence les difficultés diagnostiques de l'asthme du nourrisson par les médecins généralistes de Haute Normandie. Il en ressort entre autres les difficultés suivantes : l'incertitude de l'évolution de l'asthme du nourrisson, l'absence de certitude diagnostique, la terminologie variée, le manque de formation, le déni du diagnostic par les parents et parfois par le médecin et le manque de pratique entraînant un manque de réflexes par le médecin.

5.2.2. Bilan complémentaire

5.2.2.1 Prescription de la radiographie pulmonaire

Selon la HAS (18), il est recommandé de pratiquer une radiographie pulmonaire simple de face en inspiration pour éliminer les diagnostics différentiels tels que les malformations et l'inhalation de corps étranger.

Les médecins de l'échantillon sont bien conscients que le diagnostic est clinique à cet âge-là. Quasiment tous les médecins de notre étude répondent qu'ils réalisent cette radiographie systématiquement pour éliminer un diagnostic différentiel mais nous observons que pour le cas choisi, ils ne sont que 4 à l'avoir prescrite. Les travaux de thèse de Fatima Goumiri (24) montre qu'elle n'est réalisée systématiquement que par 32,56% des médecins interrogés et n'est jamais réalisée par 20,93% d'entre eux.

5.2.2.2. Enquête allergologique

Pour la majorité des enfants, l'asthme a une composante allergique indéniable (entre 40 % et 80 % selon l'âge) (25)

Selon les recommandations (18), l'enquête allergologique est à discuter. Elle doit être réservée aux enfants de moins de 36 mois qui ont des symptômes respiratoires :

- *persistants malgré le traitement de fond,*
- *et/ou sévères,*
- *et/ou nécessitant un traitement continu,*
- *et/ou associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique,*
- *et/ou en cas d'antécédent allergique marqué chez les parents ou la fratrie.*

Dans notre étude, il existe des disparités dans la pratique des médecins participants. En effet, seulement un quart des médecins interrogés fait réaliser des examens allergologiques type Tests Multi Allergéniques (TMA) à réponse globale aux enfants asthmatiques de moins de 3 ans. Pour le cas choisi, ils ne sont que 2 à faire ces examens.

De manière générale, aucun médecin n'adresse directement les enfants de moins de 3 ans au spécialiste allergologue, ainsi les enfants de moins de 3 ans suivis par les médecins interrogés ne réalisent pas de prick tests.

Les raisons évoquées sont le manque de faisabilité et de validité chez les enfants si jeunes.

Les résultats des travaux de Fatima Goumiri (24) sont superposables à ceux de notre étude : « 98,4% des médecins interrogés cherchent cliniquement la présence de terrain allergique personnel ou familial chez leurs patients. 47,67% des médecins généralistes réalisent un bilan allergologique, 53,66% d'entre eux, demandent les taux d'IgE totaux alors qu'ils ne sont pas recommandés, tandis que les Prick-tests, qui sont préconisés en première intention, ne sont réalisés que par 6 % des médecins »

Il existe une méconnaissance à ce niveau-là, car la HAS recommande la réalisation de prick tests **en première intention**. Si les prick tests ne sont pas réalisables, il est recommandé de pratiquer les TMA à réponse globale incluant chez le nourrisson un TMA vis-à-vis des trophallergènes

Il est recommandé de ne pas pratiquer le dosage des IgE sériques totales ou spécifiques d'un pneumallergène en pratique courante en première intention.

5.2.3. Prise en charge

5.2.3.1. Mesures environnementales

a) Eviction des allergènes et tabagisme passif

Les recommandations HAS sont les suivantes : dans tous les cas l'exposition au tabac est formellement déconseillée (grade B) : une information et une aide au sevrage tabagique doivent être proposées à l'entourage. Il est recommandé d'éviter l'exposition aux autres irritants.

Chez l'enfant de moins de 36 mois asthmatique sensibilisé, il est recommandé de réduire l'exposition aux allergènes identifiés et d'éviter l'exposition aux moisissures visibles.

Les mesures d'hygiène sont recommandées en période d'infection virale saisonnière pour en prévenir la diffusion.

Dans notre étude, concernant les mesures environnementales, les médecins sont bien au fait avec les conseils à donner. L'éviction des allergènes et du tabagisme passif est largement abordée par les médecins et ils sont assez prolixes sur les conseils dispensés aux parents sur les mesures d'hygiène.

Les travaux de Rancéa et al. (25) ont décrit différentes modalités d'éviction des acariens, comme le recours aux acaricides, les housses pour la literie, les purificateurs d'air, les aspirateurs munis de filtre ou encore les séjours en altitude. Toutes permettent une diminution de la concentration des allergènes. Toutefois, aucune étude pédiatrique sur les acaricides utilisés seuls n'a permis de montrer leur efficacité sur la réduction des symptômes. Un travail effectué chez 47 enfants asthmatiques sensibilisés aux acariens n'a pas montré sur les symptômes, ni sur la fonction respiratoire d'efficacité des housses anti-acariens associées aux mesures d'éviction de l'environnement. En revanche, après un an, les auteurs ont observé une diminution de 50 % au moins de la dose de corticostéroïdes inhalés (CSI) pour 73 % des patients du groupe « intervention » versus 24 % dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). Des études plus anciennes ont évalué les séjours climatiques en haute altitude. Malgré une amélioration clinique pendant le séjour, une récurrence des symptômes est observée lors du retour au domicile.

La thèse de Marion Domine en 2013, (26) montre que certains parents fument encore en présence de leurs enfants (17% des fumeurs), ce qui est dramatique au vu de l'effet désastreux du tabac pour la santé, connu depuis de nombreuses années et largement relayé auprès de la population générale. La majorité des parents fume dehors, à l'extérieur de la maison, ou à l'intérieur, à la fenêtre ou dans une autre pièce de la maison. L'hypothèse retenue est que ces parents, en fumant ainsi, pensent qu'ils ne mettent pas leurs enfants au contact du tabac, ce qui est encore une fois inexact. En effet, les particules de fumée du tabac qui reviennent en suspension dans l'air après avoir séjourné sur les meubles ou les vêtements sont regroupées sous le nom de « fumée tertiaire » et sont inhalés par l'enfant.

L'étude du Docteur Chastang menée en 2010 (27) montre que près de 17% de la population interrogée sur la définition du tabagisme passif n'avait pas répondu correctement. Ces personnes avaient répondu qu'il n'existait pas de tabagisme passif lorsqu'une personne fumait dehors ou dans une autre pièce. Egalement, près de 12% de cette population pensait qu'il n'existait pas de lien direct entre le tabagisme passif et certaines pathologies du jeune enfant. Plus de 50% de ces personnes jugeaient être insuffisamment informées sur les conséquences du tabagisme passif sur la santé de leur enfant. Enfin, près de 32% de parents exposaient leurs enfants au tabagisme passif. Il est donc primordial de préciser aux parents ce qu'est le tabagisme passif et ses conséquences néfastes, prouvées scientifiquement, sur la santé de leurs enfants.

b) Vaccination antigrippale

La vaccination antigrippale est insuffisamment réalisée par les médecins, puisque seulement un tiers des médecins déclare y avoir recours à partir de 6 mois, conformément aux recommandations officielles. Pour le cas choisi, seulement trois médecins ont fait le vaccin à partir de l'âge de 6 mois. Les raisons évoquées sont essentiellement l'existence de peu de preuves de son efficacité sur la diminution des épisodes sifflants et surtout une crainte de provoquer des symptômes asthmatiques par la vaccination antigrippale.

Une revue de la littérature (28) réalisée en Grande-Bretagne en 2013 ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la vaccination antigrippale chez les enfants et les adultes asthmatiques a montré qu'il n'y avait aucune réduction significative du nombre, de la durée ou de la gravité des crises d'asthme dues à la grippe. Il n'y avait aucune différence dans le volume expiratoire maximal en une seconde (FEV₁), bien que les enfants qui avaient été vaccinés présentaient de meilleurs scores de symptômes lors des semaines où ils étaient atteints de la grippe (test positif pour la grippe). Concernant les effets secondaires, deux essais croisés portant sur 1526 adultes et 712 enfants (âgés de plus de trois ans) atteints d'asthme ont comparé le vaccin antigrippal inactivé trivalent à virion fragmenté à une injection de placebo. Ces essais ont exclu toute augmentation cliniquement importante du nombre d'exacerbations de l'asthme dans les deux semaines suivant la vaccination contre la grippe.

En France, la vaccination antigrippale est recommandée pour tous les enfants à partir de 6 mois présentant les pathologies suivantes :

- affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO)
- maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyper-réactivité bronchique (29)

Dans notre étude, un grand nombre de médecins réalise tout de même la protection antigrippale de façon retardée, après l'âge de 2 ans ou vaccine les parents d'enfants asthmatiques pour assurer une protection de l'enfant.

5.2.3.2. Avis du spécialiste

Selon la HAS, il est recommandé de prendre un avis spécialisé pour confirmer le diagnostic et/ou procéder à des examens complémentaires spécialisés en cas de :

- *Échec d'un traitement d'épreuve bien conduit ;*
- *Formes sévères ou inhabituelles avec :*
 - *Un signe atypique évoquant un diagnostic différentiel tel que le stridor, une persistance de symptômes respiratoires (toux, encombrement, sifflements, dyspnée) entre les épisodes aigus, une cassure de la courbe staturo-pondérale, ou une anomalie radiologique,*
 - *Des signes extra respiratoires associés (souffle cardiaque, etc.).*

Nous constatons dans notre étude, que les médecins généralistes adressent aisément les enfants asthmatiques aux pneumologues. Les raisons évoquées sont principalement une résistance des symptômes aux traitements bien conduits. Une grande partie d'entre eux ressent la nécessité de l'avis spécialisé également pour confirmer le diagnostic face à des familles un peu négligentes dans les traitements. « Cela permet de donner plus de crédibilité au diagnostic », ont évoqué certains. En pratique, pour le cas étudié, tous les médecins adressent l'enfant au spécialiste.

On peut comparer les réponses de nos participants aux travaux de Fatima Goumiri (24) : « 19,77 % des médecins ont recours systématiquement aux spécialistes et 13,95% ne les sollicitent jamais. Les motifs

de recours aux spécialistes énoncés par les médecins sont à 57,83% le bas âge des enfants et à 42,2% la demande des parents. Le manque de connaissance en la matière est assez peu cité comme motif de recours aux spécialistes (3,48%)

En majorité, les médecins participants déclarent ne pas avoir trop de difficultés pour l'accès au spécialiste. Les délais sont parfois longs pour obtenir un rendez-vous de consultation mais le conseil téléphonique reste possible en cas d'interrogation quant à la conduite à tenir dans l'immédiat. Il y a actuellement deux pneumologues sur la commune de Saint Médard en Jalles. Ils ne sont pas pédiatres mais voient régulièrement des enfants asthmatiques. Les médecins généralistes interrogés n'ont donc pas de retenue pour leur adresser leurs patients.

5.2.3.3 Kinésithérapie respiratoire

Quasiment tous les médecins ont recours à la kinésithérapie respiratoire. Malgré la controverse qui remet en cause l'intérêt de la kinésithérapie en raison d'une balance bénéfices-risques défavorable (30), les médecins de l'échantillon y ont recours en cas d'encombrement bronchique important conformément aux recommandations de prise en charge de la bronchiolite du nourrisson (31) (32).

Chez le nourrisson asthmatique, la kinésithérapie respiratoire peut être proposée en cas d'hypersécrétion bronchique, et ce en dehors d'un épisode aigu. Le kinésithérapeute participe à l'éducation des parents et de l'enfant.

Dans la thèse de Laurence Guittet (22), il est mis en évidence que peu de médecins déclarent prescrire de la kinésithérapie en phase sifflante avec seulement 9,52%. Par contre, les médecins prescrivent plus volontiers de la kinésithérapie en phase sécrétante (79,84% des médecins). En effet, la réalisation d'acte de drainage bronchique permettrait chez certains patients présentant une hypersécrétion bronchique, parfois surinfectée, d'assurer la liberté des voies aériennes et de favoriser la pénétration des aérosols. Il a toutefois été retrouvé que des méthodes de type accélération du flux expiratoire ou de toux provoquée pouvaient majorer le bronchospasme même s'il existe peu d'études à ce sujet (33). Pour ces raisons, il est contre-indiqué de pratiquer une kinésithérapie respiratoire au cours d'une exacerbation, mais elle peut être intéressante dans quelques cas d'encombrements bronchiques isolés.

En dehors de l'aspect technique, les médecins s'accordent à dire que le kinésithérapeute a également un rôle de suivi et d'éducation de l'enfant et de sa famille.

5.2.3.4. Stratégie médicamenteuse

D'après les recommandations officielles, les corticostéroïdes inhalés (CSI) sont les médicaments essentiels dans le traitement de fond de l'asthme (grade A) à partir du stade persistant léger à modéré.

Les Béta-2-mimétiques de courte durée d'action (B2CA) sont essentiellement utilisés pour le traitement des symptômes. Cependant ils peuvent être utiles en traitement de fond, en association avec les corticostéroïdes inhalés.

Les bêta-2 mimétiques de longue durée d'action ne sont pas recommandés chez le nourrisson (absence d'étude).

La corticothérapie par voie générale n'a pas de place dans le traitement de fond. Elle n'est indiquée que dans le traitement des exacerbations.

Les médecins semblent avoir bien intégré les recommandations quant aux molécules à utiliser dans l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois puisqu'ils prescrivent tous des CSI dans le traitement de fond associés à des B2CA dans le traitement des symptômes de la crise aiguë.

Il faut noter que la question concernant les thérapeutiques utilisées en première intention, ne faisait pas le lien avec le stade de sévérité de la maladie, ce qui a occasionné un manque de précision dans les réponses obtenues et a rendu leur interprétation plus complexe.

Pour le traitement d'un asthme persistant, les guides de pratique recommandent l'inhalation d'un corticostéroïde chaque jour (34) (35) (36)

On constate que les médecins ont tendance à traiter au coup par coup car seulement un tiers des médecins dit prescrire les CSI pour une durée minimale de 3 mois. Pour le cas choisi, ils ne sont en fait que 2 à avoir prescrit des CSI pour 3 mois minimum. La HAS recommande une durée minimale de 3 mois pour les asthmes persistants légers à modérés et 6 mois pour les asthmes persistants sévères. Une grande partie des médecins traite pour des durées courtes en cas d'exacerbations. (18)

Les auteurs belges d'une synthèse d'études sur les traitements par CSI (37) concluent « qu'un CSI administré quotidiennement est plus efficace qu'un CSI administré de façon intermittente pour différents indicateurs de la fonction pulmonaire, de l'inflammation des voies respiratoires, du contrôle de l'asthme et du recours à d'autres médicaments. Les deux traitements paraissent sûrs, avec un arrêt de croissance modeste pour un traitement quotidien versus intermittent, de budésonide et de bécloéthasone inhalés. Le clinicien devra bien mettre en balance les bénéfices et nuisances potentielles de chacune des options thérapeutiques, en tenant compte de notre ignorance quant à l'impact à long terme (> 1 an) d'un traitement intermittent sur la croissance pulmonaire et sur le déclin de la fonction pulmonaire »

L'observance à un traitement chronique est une barrière fréquemment rencontrée en pratique. D'autre part, la crainte d'effets indésirables, notamment un retard de croissance en cas d'administration continue d'un corticostéroïde inhalé chez un enfant, est la raison principale évoquée par les médecins généralistes.

Une thèse qualitative (38) évaluant les difficultés de prescription du traitement de fond dans l'asthme de l'enfant retrouvait cette appréhension chez les médecins généralistes sur les effets indésirables de la cortisone, notamment sur le développement staturo-pondéral et le développement d'un diabète.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'un asthme mal équilibré entraîne lui aussi un retard de croissance.

En ce qui concerne la prescription de montelukast (Singulair®), seulement la moitié des médecins le prescrivent eux-mêmes. En respect des recommandations, il est prescrit seul ou en association aux CSI. Cinq médecins le prescrivent à partir de 2 ans, et un médecin le prescrit à partir de 6 mois. Les indications évoquées sont un manque d'efficacité des corticoïdes inhalés et un asthme allergique.

Prescription du montelukast	Nombre de médecins
A partir de 6 mois	1
A partir de 2 ans	5
Après 3 ans	6

Tableau 4. Age de début de prescription du montelukast

Les médecins ne prescrivant pas de montelukast préfèrent adresser l'enfant au pneumologue et le laisser décider de l'utilité de ce traitement.

Les recommandations HAS sont les suivantes (39) :

« Dans l'asthme persistant léger à modéré chez les enfants de 2 à 5 ans, en cas de contrôle insuffisant de l'asthme par un corticoïde inhalé, l'ajout du montélukast peut être une alternative au doublement de la dose de corticoïde inhalé.

Dans l'asthme persistant léger, chez les enfants de 2 à 5 ans, le montélukast peut être utilisé en monothérapie en alternative aux corticoïdes inhalés à faible dose lorsque l'enfant n'a pas eu d'antécédent récent de crises d'asthme sévères ayant justifié une corticothérapie orale et si son incapacité à adhérer à son traitement corticoïde inhalé a été démontrée.

Dans le traitement préventif de l'asthme induit par l'effort chez les enfants de 2 à 5 ans, le montélukast est un traitement de 1ère intention, en alternative aux bêta-2 agonistes de courte durée d'action. En cas de persistance des symptômes à l'effort malgré un traitement de fond par corticoïde inhalé, le montelukast peut être prescrit.

Chez l'enfant de 6 à 24 mois, le montélukast peut avoir un intérêt en alternative aux corticoïdes inhalés à faible dose ou en traitement d'adjonction à un corticoïde inhalé mais son intérêt n'est pas clairement démontré »

Selon Chauhan et al (40) l'ajout d'anti leucotriènes aux CSI n'est pas associé à une réduction statistiquement significative dans le besoin de corticoïdes oraux de secours ou d'hospitalisation comparé à la même dose ou une augmentation de la dose de CSI chez les enfants et adolescents atteints d'asthme léger à modéré. Bien que les antileucotriènes ont été autorisés pour le traitement chez les enfants depuis plus de 10 ans, la rareté des essais pédiatriques, l'absence de données sur les enfants en âge préscolaire, et la variabilité de la notification des résultats cliniques pertinentes limitent considérablement de tirer des conclusions solides. À l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve solide permettant de soutenir l'efficacité et l'innocuité des antileucotriènes en tant que traitement en complément des CSI en stade 3 en option de l'arsenal thérapeutique pour les enfants souffrant de symptômes de l'asthme non-contrôlés avec une faible dose de CSI.

5.2.3.5. Suivi de l'enfant asthmatique

D'après la HAS, chez le nourrisson dont l'asthme est contrôlé, il est proposé d'adapter l'attitude thérapeutique et la fréquence du suivi :

- *en l'absence de CSI, suivi habituel du jeune enfant de moins de 3 ans par le médecin généraliste ou le pédiatre ;*
- *en cas de traitement par CSI à doses faibles ou moyennes, consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre ;*
- *en cas de fortes doses, consultation tous les 1 à 3 mois chez le spécialiste.*

Seulement 1/3 des médecins est en accord avec les recommandations et prévoit de revoir l'enfant de façon systématique en programmant des consultations dédiées au suivi de l'asthme. Il n'a pas été précisé la fréquence du suivi, ni à partir de quelle dose de CSI, mais ces médecins préfèrent revoir les enfants de façon systématique.

Les 2/3 restants estiment que les consultations obligatoires du suivi global de l'enfant suffisent pour assurer un suivi approprié de l'enfant asthmatique. Ils déclarent ne pas avoir assez de temps pour programmer des consultations consacrées au suivi de l'asthme.

Fatima Goumiri (24) ne retrouve pas la même tendance : « La majorité des médecins (75,58%) revoient les enfants asthmatiques chaque 3 mois, tandis que 17,44% ne les revoient qu'une fois par an »

Les recommandations du GINA (34) insistent pour que les médecins assurent un suivi médical régulier de cette pathologie chronique. Seuls 39,8 % des patients ont déjà consulté un pneumologue ou un allergologue. Le médecin généraliste assure la prise en charge dans 98,3 % des cas. Seulement 3,3 % des patients ne sont vus qu'en crise ou pour renouvellement d'ordonnance. (41)

5.2.3.6 L'éducation thérapeutique

Quasiment tous les médecins déclarent avoir un rôle important dans l'éducation thérapeutique de l'enfant et de sa famille. En pratique, lors des consultations, ils montrent aux parents comment utiliser les dispositifs d'inhalation à l'aide de la chambre d'inhalation. Ils expliquent les signes évocateurs de décompensation à rechercher et les symptômes amenant à consulter d'urgence.

Ils ne font que très rarement appel aux intervenants spécialisés et structures adaptées telles que les écoles de l'asthme (l'École du Souffle à Bordeaux), car estiment que les familles d'enfants asthmatiques peu sévères adhèrent peu à ces associations. Selon eux, l'adhésion est plus évidente lorsque l'enfant sort d'hospitalisation, car les spécialistes hospitaliers les orientent de façon plus systématique vers ces structures. Les travaux de Laurence Guittet (22) rejoignent cette tendance : « Malgré son intérêt, le recours à l'école de l'asthme est encore peu utilisé par les médecins généralistes, par exemple, en 2012, moins de 2% des enfants étaient adressés par leurs médecins à l'école de l'asthme des Deux-Sèvres (42) »

Paradoxalement, les médecins déplorent le manque de temps pour dispenser une éducation thérapeutique plus approfondie, mais ceci comme dans toutes les maladies chroniques.

La faible observance des traitements de fond doit amener les médecins à persévérer dans leurs explications de la maladie, et à insister sur la nécessité de se traiter entre les phases symptomatiques. D'autant plus qu'une étude sur la représentation de l'asthme par le patient a montré que les asthmatiques attribuaient de l'importance aux explications lors des consultations (43). Les récentes recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé rappelle que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la stratégie de prise en charge du patient asthmatique (44)

5.2.3.7 Récapitulatif du respect des recommandations HAS

	En accord avec recommandations officielles
Définition et diagnostic	oui
Radiographie pulmonaire	oui, pour éliminer un diagnostic différentiel
Examens allergologiques	partiellement, pas assez de prick tests
Avis du spécialiste	oui
Vaccination antigrippale	partiellement, vaccination réalisée tardivement
Eviction des allergènes et tabagisme passif	oui
Kinésithérapie respiratoire	oui
Stratégie médicamenteuse	choix des thérapeutiques mais durée insuffisante
Suivi de l'enfant asthmatique	suivi insuffisant, non systématique
Education thérapeutique	pas assez développée, par manque de temps

Tableau 5. Récapitulatif du respect des recommandations HAS en fonction des items

5.3. Perspectives et propositions

Nous constatons que la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois est hétérogène dans certains domaines. La stratégie thérapeutique est effectivement très inégale, notamment sur l'utilisation du montelukast et sur la durée de prescription des corticostéroïdes inhalés, alors qu'ils constituent pourtant la pierre angulaire du traitement de fond.

La vaccination anti grippale est insuffisamment pratiquée. Ce n'est pas tant un problème de coût financier trop important pour le patient mais un manque de conviction de l'utilité du vaccin pour prévenir les exacerbations et une crainte pour certains médecins à vacciner les enfants très jeunes. Pourtant le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) recommande la vaccination antigrippale pour les patients asthmatiques (vaccin gratuit). La HAS recommande la vaccination dès l'âge de 6 mois pour ces patients.

Les médecins déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique mais admettent également ne pas y consacrer tout le temps qu'ils souhaiteraient. Paradoxalement, ils n'ont pas le réflexe d'orienter le patient et sa famille vers les associations d'éducation thérapeutique, pourtant habilitées à prendre en charge le patient dans sa globalité.

Plusieurs études pourraient compléter les résultats de notre étude. Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête de pratique similaire dans une autre région urbaine par exemple et ainsi mieux dotée en pédiatres afin de comparer les pratiques des médecins généralistes en milieu rural et en milieu urbain.

Le faible taux de participation et le caractère qualitatif de cette étude ne permettent pas d'établir des conclusions sur la réalité des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'asthme de moins de 36 mois. On pourrait donc envisager une étude quantitative incluant donc un échantillon plus grand de médecins généralistes afin d'analyser leurs pratiques.

Nous constatons que malgré le faible échantillon de notre étude, il en ressort une disparité dans les pratiques. Est-ce lié aux différents moyens de formation que reçoivent les médecins ? Une étude visant à identifier les moyens de formation et les attentes des médecins vis-à-vis des formations continues pourrait permettre de mieux cibler les attentes des médecins généralistes.

D'un point de vue personnel, cette étude m'a permis de modifier certaines de mes pratiques, notamment dans la prescription de montelukast. Comme la moitié des médecins interrogés j'avais tendance à me référer à l'avis du spécialiste avant d'oser cette option thérapeutique. Désormais je me sens plus à l'aise pour en prescrire en accord avec les recommandations. J'essaie également dans la mesure du possible de prévoir des consultations dédiées au suivi de l'asthme, afin de consacrer plus de temps à l'éducation thérapeutique.

Nous pouvons émettre les propositions suivantes pour améliorer la prise en charge par les médecins généralistes :

- Développer d'avantage le réseau ville-hôpital qui permet aux médecins généralistes de demander un avis spécialisé sur une situation précise posant des difficultés et ne pouvant attendre le rendez-vous de consultation, par un contact téléphonique ou électronique
- Créer un outil informatique facile d'utilisation pour guider dans la conduite à tenir, en fonction de critères cliniques précis. Cet outil pourrait être réalisé en miroir des recommandations officielles et pourrait ressembler au site internet www.antibiocliv.com
- Introduire une maquette au sein des logiciels métiers rappelant les éléments de la prise en charge
- Encourager l'accès aux écoles du souffle, ainsi qu'à toutes les structures d'éducation thérapeutiques existantes pour permettre une éducation thérapeutique plus complète. Aquirespi a déjà identifié les freins empêchant une prise en charge optimale. C'est ainsi qu'a été créé un dispositif de repérage de l'asthme du nourrisson via le tour de garde des kinésithérapeutes. L'analyse des fiches bilans adressées par les kinésithérapeutes à l'issue de chaque garde est l'outil central de ce dispositif. Les enfants ayant présenté plus de 3 épisodes obstructifs depuis la naissance sont potentiellement porteurs d'un asthme du nourrisson. En l'absence d'un diagnostic déjà posé par le médecin, Aquirespi lui adresse, ainsi qu'à la famille un courrier de sensibilisation.
- Inciter les médecins généralistes à mettre à jour leur formation sur l'asthme et favoriser les échanges entre professionnels (formation sur le net, formation d'une journée, groupe de pairs)
- Sensibiliser d'avantage les médecins sur l'importance de la vaccination anti grippale, dès lors qu'un enfant a présenté trois épisodes sifflants depuis sa naissance,

CONCLUSION

L'objectif principal de la thèse était d'analyser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois.

Malgré la faible représentativité de notre échantillon et par conséquent un faible taux d'applicabilité à la population générale des médecins généralistes, il n'en demeure pas moins que cette étude met en exergue certaines lacunes dans la prise en charge du jeune enfant asthmatique.

Même si la définition et le diagnostic de l'asthme semblent bien acquis par l'ensemble des médecins, la stratégie thérapeutique présente quant à elle des disparités dans son application. En effet, la durée de prescription du traitement de fond des enfants asthmatiques par les médecins participants à l'étude est insuffisante et ne correspond pas tout à fait aux recommandations officielles de la HAS.

La vaccination antigrippale chez les enfants à risque est aussi un aspect de la prise en charge qui n'est pas appliquée de façon consensuelle, malgré des recommandations claires sur le sujet. Les freins principaux au respect des recommandations semblent être une faible conviction de l'efficacité du vaccin ainsi qu'un manque d'utilité en raison de la survenue de nombreux autres virus pouvant induire les exacerbations.

L'accent doit également être mis sur l'éducation thérapeutique car nous constatons que les médecins généralistes manquent de temps pour mettre en œuvre une éducation thérapeutique de qualité.

Comme dans toute maladie chronique, il est important que le patient puisse être au centre d'un parcours de soins pluridisciplinaire pour une prise en charge optimale. Le rôle du médecin généraliste apparaît primordial dans la coordination de ces soins, que ce soit avec le kinésithérapeute, le pneumopédiatre, l'allergologue mais aussi les professionnels des associations d'enfants asthmatiques. Ils peuvent être d'une grande aide pour l'enfant et sa famille.

BIBLIOGRAPHIE


- (1) Bousquet J, Bousquet PJ, Godard P, Daures J-P. The public health implications of asthma. Bull. World Health Organ. 2005 ;83(7):548-54.
- (2) Bousquet J., Demenais F., Grimfeld A., Neukirch F., Scheinmann P. Asthme Dépistage et prévention chez l'enfant. Les éditions INSERM. 2002.
- (3) Blanc F-X, Postel-Vinay N, Boucot I, de Blic J, Scheinmann P. Étude AIRE : analyse des données recueillies chez 753 enfants asthmatiques en Europe. Revue Maladies Respiratoires. Octobre 2002; vol 19: p.585-592
- (4) Marguet C. Données épidémiologiques hétérogènes à l'image de la maladie. Le Concours Médical n°4, avril 2012.P 270-272
- (5) .Kuehni CE, Davis A, Brooke AM, et al. Are all wheezing disorders in very young (preschool) children increasing in prevalence? Lancet 2001;n° 357:1821-5.
- (6) Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. New Engl J Med 1995;n°332:133-8
- (7) Fayon M. Dyspnée du nourrisson de moins de 3 mois. Elsevier Masson. EM Consult 2012
- (8) Savenije OE, Granell R, Caudri D, et al. Comparison of childhood wheezing phenotypes in 2 birth cohorts: ALSPAC and PIAMA. J Allergy Clin Immunol 2011;n°127:1505-12 e14
- (9) Tariq SM, Matthews SM, Hakim EA, et al. The prevalence of and risk factors for atopy in early childhood: a whole population birth cohort study. J Allergy Clin Immunol 1998;n°101:587-93.
- (10) Lau S, Illi S, Sommerfeld C, et al. Early exposure to house-dust mite and cat allergens and development of childhood asthma: a cohort study. Multicentre Allergy Study Group. Lancet 2000;n°356:1392-7.
- (11) Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, et al. Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Arch Pediatr 2009;n°16:1261-9.
- (12) Herr M, Just J, Nikasinovic L, et al. Influence of host and environmental factors on wheezing severity in infants: findings from the PARIS birth cohort. Clin Exp Allergy 2012;42:275-83.

- (13) De Blic J, Boucot I, Pribil C, Huas D, Godard P. Niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale en France: résultats de l'étude ER'ASTHME. Archives de Pédiatrie. sept 2007;14(9):1069-1075.
- (14) Marguet C, Pribil C, Boucot I, Huas D, Robert J, Allaert F-A, et al. Prise en charge de l'enfant asthmatique en France: étude ÉLIOS. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. oct 2006;46(6):596-597.
- (15) S. Falguières. M. Fayon. Vers une amélioration de la prise en charge de l'asthme de l'enfant en Aquitaine. Thèse Médecine Générale 2014.
- (16) Johnston N, Mandhane P, Dai J, et al. Attenuation of the september epidemic of asthma exacerbations in children: a randomized, controlled trial of montelukast added to usual therapy. Pediatrics 2007;120(3):e702–712
- (17) Just J. Asthme de l'enfant et de l'adulte. Revue du Praticien 2011;61:699–708.
- (18) HAS. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. 2009 Mars
- (19) Cartographie interactive. Ordre national des médecins 2016 ; <http://demographie.medecin.fr>
- (20) Lebreton Lerouillois G. La démographie médicale en région Aquitaine. Situation en 2015. Ordre National des Médecins. 2016
- (21) Franc C, Le vaillant M, Rosman M, Pelletier-Fleury N, La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Drees. Etudes et résultats n°588. Aout 2007
- (22) Guittet L. Evolution de la prise en charge de l'asthme du nourrisson et de l'enfant par les médecins généralistes de la Vienne entre 2004 et 2014. Thèse. 2014
- (23) Bertille E. Difficultés diagnostiques de l'asthme du nourrisson par les médecins généralistes de Haute-Normandie : enquête qualitative. Thèse. 2011
- (24) Goumiri F. Prise en charge de l'Asthme de l'enfant de moins de 36 mois, en dehors de l'épisode aigu : Analyse des pratiques auprès des médecins généralistes de la région du Val d'Oise. Thèse. 2016
- (25) F. Rancéa, , A. Deschildre b, E. Bidat c , J. Just d, L. Couderc e, S. Wanind, L. Weiss f , pour le Groupe de recherche sur les avancées en pneumopédiatrie (GRAPP). Prévention secondaire et tertiaire de l'asthme allergique de l'enfant. Revue des Maladies respiratoires. 27. 1221-1230. 2010. Disponible sur www.sciencedirect.com


- (26) Domine, M. Evaluation de l'information donnée par le médecin généraliste aux parents sur les risques de développement d'asthme de leur enfant en cas de tabagisme et proposition d'aide au sevrage. Thèse de Médecine Générale. 2013.
- (27) Chastang J. Quelles sont les connaissances actuelles des parents en ce qui concerne les conséquences du tabagisme passif sur la santé de leurs enfants ? Qui informer et par quel moyen ? Thèse de doctorat en médecine générale. 2012.
- (28) Cates C, Rowe B. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. Cochrane Library. 2013
- (29) INPES. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2016. BEH
- (30) Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire. Revue Prescrire. Décembre 2012.
- (31) HAS. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Octobre 2000.
- (32) Fetouh M. La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite : utile ou dangereuse ? Kinésithérapie revue. 2013
- (33) Dubreuil C. Quelle est la place du kinésithérapeute dans la prise en charge de l'asthmatique ? Rev Mal Respir. 2005;22(2, Part 3):54-6.
- (34) GINA. Global Strategy for Asthma management and Prevention, revised 2006 Copyright © 2006 MCR VISION, Inc.
- (35) National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Asthma Education and Prevention Program. Full Report 2007
- (36) Kegels E, De Sutter A, Michels J, et al. Astma bij volwassenen. Huisarts Nu 2003;32:275-300.
- (37) Chauhan BF, Chartrand C, Ducharme FM. Intermittent versus daily inhaled corticosteroids for persistent asthma in children and adults. Cochrane Database Syst Revs 2012, Issue 12.
- (38) Thibault A. Difficultés des médecins généralistes dans la prescription du traitement de fond dans l'asthme de l'enfant ; enquête qualitative. Thèse. 2013
- (39) HAS. Commission de transparence Singulier. Octobre 2015
- Accessible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2579437/fr/singulier-montelukast-antileucotriene
- (40) Chauhan BF, Ben Salah R, Ducharme FM L'ajout d'antileucotriènes à un corticostéroïde inhalé est plus efficace que l'utilisation de corticoïdes inhalés seuls chez les enfants souffrant d'asthme persistant? Cochrane 2013

- (41) Prévot L, Dalleau-Passarelli N, Soulas A, Trévidic E. Prise en charge médicale des patients asthmatiques. Enquête de pratique auprès d'assurés sociaux et de médecins de la Réunion. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. vol 34. 2003
- (42) Aussel D. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique en cabinet de médecine générale: étude prospective de faisabilité en cabinet de médecine générale de la grille de recueil d'information du référentiel de l'HAS, sur l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie. 2013
- (43) Cousson-Gélie F, Foex C, Gibaud F, Raherison C, Taytard A. Représentation de l'asthme par le patient. Rev Mal Respir 1998;15:513-7
- (44) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES 2001

ANNEXES



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



SP²A
Société Pédiatrique de Pneumologie & Allergologie

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus

Mars 2009

DÉFINITION

L'asthme de l'enfant de moins de 36 mois est défini comme tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance et cela quels que soient l'âge de début, la cause déclenchante et l'existence ou non d'une atopie.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Faire le diagnostic

- La stratégie diagnostique repose sur trois éléments :
 - ▶ la symptomatologie clinique, récidivante et à prédominance nocturne ;
 - ▶ la normalité de la radiographie de thorax ;
 - ▶ l'efficacité d'un traitement antiasthmatique d'épreuve.
- La présence de signes d'atopie personnels ou familiaux renforce le diagnostic ; l'enquête allergologique peut être proposée en seconde intention.
- L'avis du spécialiste peut être nécessaire pour éliminer un diagnostic différentiel et procéder à des investigations spécialisées.

Évaluer la sévérité

- L'évaluation repose principalement sur la fréquence des exacerbations et la présence ou non de symptômes intercritiques.
- Elle définit l'asthme intermittent, l'asthme persistant léger à modéré, l'asthme persistant sévère et l'asthme intermittent sévère.

Rechercher des facteurs aggravants, déclenchants ou associés

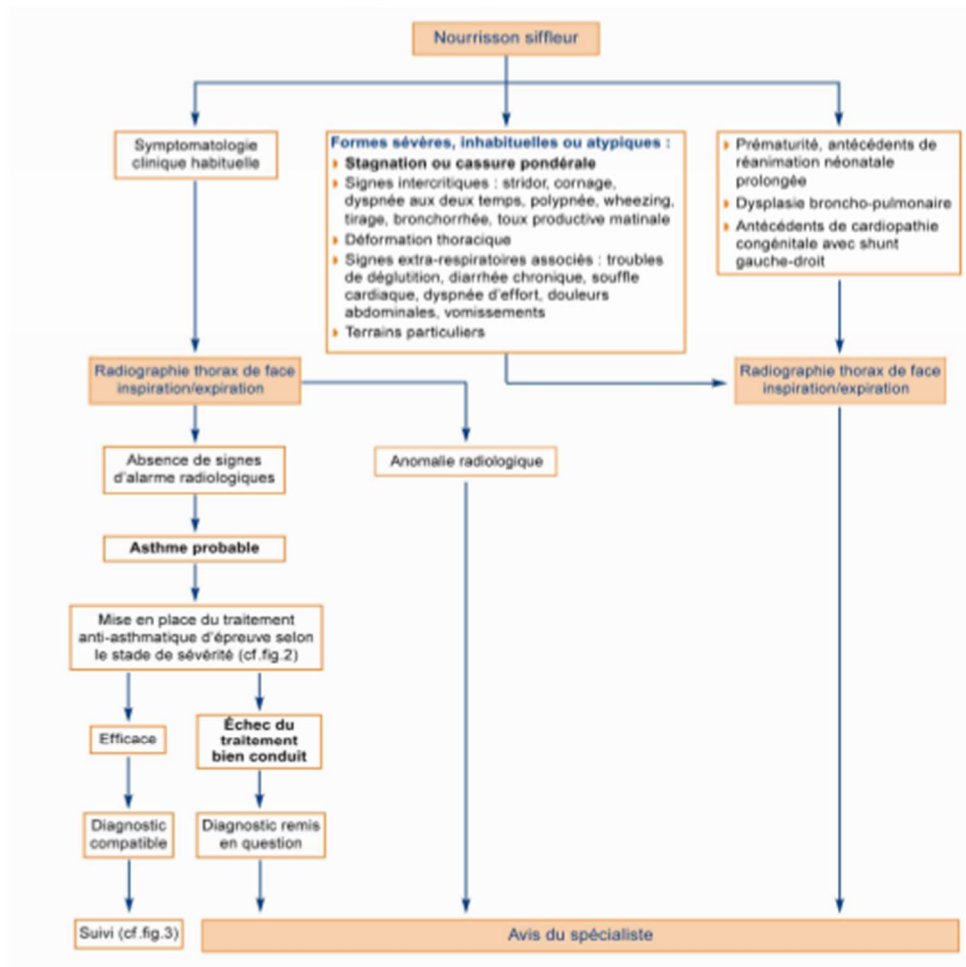


Figure 1. Démarche diagnostique et prise en charge initiale

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Stratégie initiale

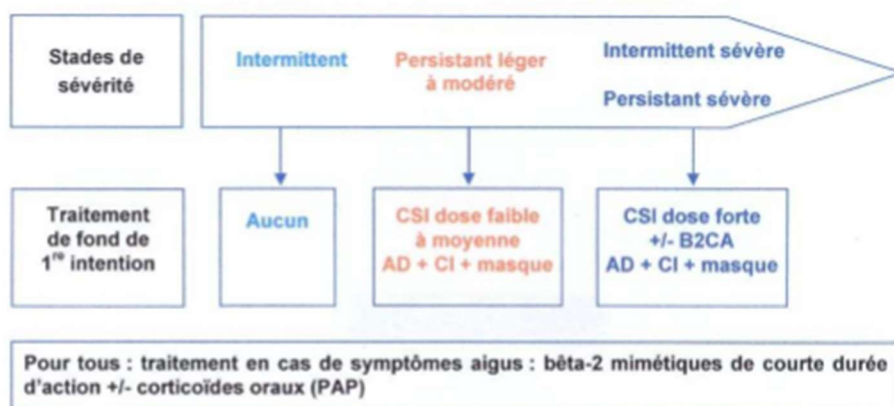
- La prise en charge médicamenteuse dépend de la sévérité initiale : lorsque les corticostéroïdes inhalés sont indiqués, ils doivent être poursuivis au moins trois mois.
- Les facteurs aggravants ou associés doivent être pris en compte :
 - ▶ éviter l'exposition au tabac ;
 - ▶ réduire l'exposition aux allergènes identifiés ;
 - ▶ traiter un reflux gastro-œsophagien en cas de signe évocateur, une pathologie rhinosinusienne ;
 - ▶ prévenir les infections virales.
- L'éducation thérapeutique est nécessaire (non détaillée dans cette recommandation).

Doses quotidiennes de corticostéroïdes inhalés chez l'enfant de moins de 36 mois ($\mu\text{g}/\text{jour}$)

	Doses faibles à moyennes	Doses fortes	Doses maximales
Béclométasone AD*	250-500	> 500	1 000
Budésonide AD*	200-400	> 400	800
Fluticasone AD*	100-200	> 200	400
Budésonide nébulisé	NA	1 000-2 000	NA

*AD : aérosol-doseur. Chez le nourrisson, il s'utilise obligatoirement avec une chambre d'inhalation : les parents doivent être formés à l'utilisation des chambres d'inhalation chez leur enfant.

NA : non applicable

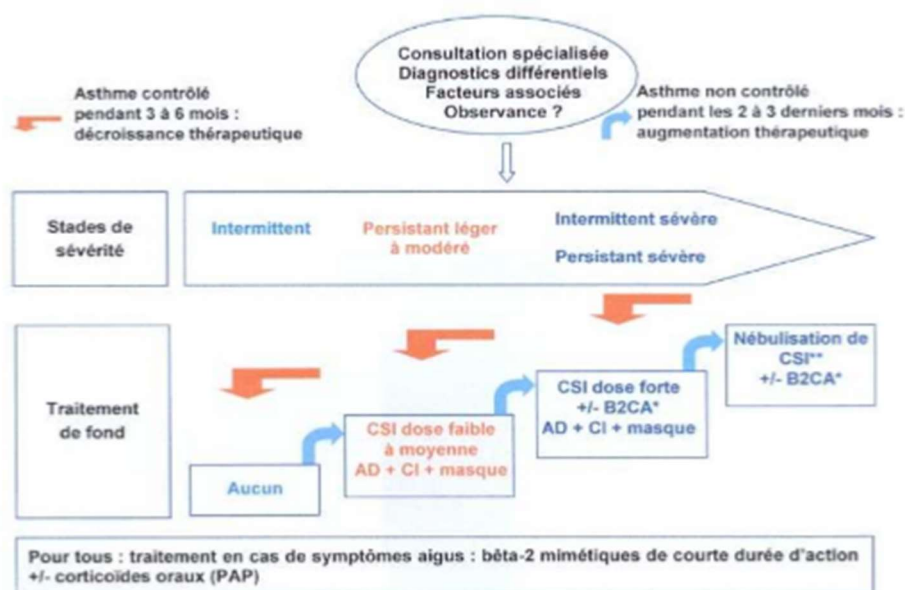


AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; B2CA : Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action ; PAP : Plan d'Action Personnalisé.

Figure 2. Stratégie médicamenteuse initiale

Adaptation de la stratégie en fonction du contrôle de l'asthme

- L'objectif est d'obtenir le contrôle total de l'asthme, c'est-à-dire l'absence de symptôme et de recours aux soins, avec la dose minimale de corticostéroïdes inhalés.
- En cas de non-contrôle de l'asthme :
 - s'assurer qu'il s'agit bien d'un asthme ;
 - rechercher des facteurs associés ;
 - augmenter la posologie des corticostéroïdes inhalés tous les 2 à 3 mois sans dépasser la dose maximale quotidienne ;
 - en cas de persistance du non-contrôle malgré un traitement bien conduit, adresser l'enfant au spécialiste.



AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; B2CA : bêta-2 mimétiques de courte durée d'action ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; PAP : Plan d'Action Personnalisé.

* B2CA ; ils sont donnés en association avec le corticostéroïde inhalé quand l'asthme persistant sévère ou intermittent sévère n'est pas contrôlé avec le CSI seul à dose forte (en spray ou en nébulisation).

L'administration se fait :

- soit en aérosol-doseur avec chambre d'inhalation : salbutamol 200 µg deux fois par jour
- soit en nébulisation : salbutamol (posologie par nébulisation : 1,25 mg si poids < 10 kg ; 2,5 mg si poids 10 à 16 kg) ou terbutaline (posologie par nébulisation : 0,1 à 0,2 mg/kg).

** CSI en nébulisation : budésonide 0,5 à 1 mg x 2/j ou béclométasone 0,4 à 0,8 mg x 2/j

Figure 3. Stratégie médicamenteuse en fonction du contrôle

Mesures associées

- Proposer la kinésithérapie respiratoire en cas d'hypersécrétion bronchique et ce en dehors des épisodes aigus.
- Renforcer les mesures pour contrôler les facteurs aggravants de l'environnement.

SUIVI

- La survenue d'une exacerbation sévère ou la perte de contrôle nécessitent une consultation pour réévaluer le traitement.
- Chez l'enfant dont l'asthme est contrôlé avec des doses de corticostéroïdes inhalés faibles à moyennes, une consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre est recommandée.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :

« Asthme de l'enfant de moins de 36 mois » - Mars 2009.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr et sur www.sp2a.fr

Annexe 2. Questionnaire servant de guide à l'entretien

Items	Mes questions		Questions de relance
Définition	Comment définir l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois ?		Que vous évoque l'asthme ?
Diagnostic	<p>Eléments de l'anamnèse et de l'examen clinique permettant d'orienter le diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Répétition d'épisodes de toux et de sifflements (≥3) <input type="checkbox"/> La prédominance nocturne des symptômes <input type="checkbox"/> La normalité de l'examen clinique entre les crises et l'absence de retentissement sur les courbes staturales pondérales <input type="checkbox"/> La présence de signes d'atopie personnels et familiaux 		Sur quels critères faites vous le diagnostic d'asthme ?
	<p>Recherche de comorbidités</p> <p>Critères d'évaluation de la sévérité de l'asthme</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fréquence des symptômes diurnes <input type="checkbox"/> Fréquence des symptômes nocturnes <input type="checkbox"/> Retentissement sur les activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Utilisation des béta 2 mimétiques de courte durée d'action <input type="checkbox"/> Nombre d'exacerbations par an 		
Sévérité	<p>Recours à des examens complémentaires ? Lesquels ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> EFR <input type="checkbox"/> Enquête allergologique avec prick-tests <input type="checkbox"/> Tests multi-allergéniques <input type="checkbox"/> IGE totales ou spécifiques 		Comment évaluez vous la sévérité ?
Examens complémentaires	<p>Enquête allergologique ? Pour quels enfants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires persistants malgré traitement de fond <input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires sévères <input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires nécessitant un traitement continu <input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique <input type="checkbox"/> En cas d'antécédent allergique marqué chez les parents ou la fratrie 		Dans quelles situations demandez vous une enquête allergologique ?
	<p>Mesures environnementales mises en place ?</p>		
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eviter l'exposition au tabac <input type="checkbox"/> Eviter les expositions aux allergènes, notamment les moisissures <input type="checkbox"/> Mesures d'hygiène pour éviter les infections virales pourvoyeuses d'exacerbations <input type="checkbox"/> Recours à un conseiller médical en environnement intérieur 		Quelles mesures prenez vous en ce qui concerne le lieu de vie ?
Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mise en place d'une ALD <input type="checkbox"/> Vaccination antigrippale à partir de 6 mois 		Prenez vous des précautions particulières en terme de vaccination ? Faites vous une demande d'ALD ?

Adressage	Recours à un pneumopédiatre. Dans quelles circonstances ?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pour confirmer le diagnostic <input type="checkbox"/> Echec d'un traitement d'épreuve bien conduit <input type="checkbox"/> Signe atypique évoquant un diagnostic différentiel <input type="checkbox"/> Signes extra respiratoires associés 	Est-ce que vous gérez seul la prise en charge de l'asthme ?
Traitement	Recours à un kinésithérapeute ?	
	Objectifs du traitement ?	Quels objectifs fixez vous au patient et à sa famille ?
	Médicaments utilisés pour instaurer le traitement de fond de l'asthme ?	Quelles familles de médicaments utilisez vous ?
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corticostéroïdes inhalés <input type="checkbox"/> B2CA <input type="checkbox"/> Corticoïdes oraux 	
	Durée minimale de la prescription des corticoïdes inhalés	
Education thérapeutique ? Seul ou recours à d'autres professionnels ?	En ce qui concerne l'éducation thérapeutique ?	
Fréquence de suivi d'un enfant asthmatique ?	Revoyez vous régulièrement les enfants asthmatiques ?	
Suivi	Critères de bon contrôle de l'asthme ?	Comment définissez vous un asthme bien contrôlé ?
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence de symptômes diurne et nocturne <input type="checkbox"/> Absence de recours aux B2CA <input type="checkbox"/> Activité physique normale <input type="checkbox"/> Pas d'absentéisme (de la crèche ou du travail pour les parents) <input type="checkbox"/> Absence de recours aux soins pour l'asthme 	
	Facteurs à rechercher en cas de non contrôle de l'asthme	Que recherchez vous en cas de non contrôle ?
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation des dispositifs <input type="checkbox"/> Mauvaise observance du traitement de fond <input type="checkbox"/> Connaissance insuffisante de la maladie par les parents <input type="checkbox"/> Pathologie ORL associée <input type="checkbox"/> Défaut de contrôle de l'environnement domestique : tabagisme environnemental, polluants chroniques, allergènes chez les enfants sensibilisés <input type="checkbox"/> Suspicion de RGO 	Le diagnostic est-il toujours évident ?
Difficultés	Difficultés diagnostiques	Le traitement est-il toujours efficace ?
	Difficultés thérapeutiques	Les ressources médicales et paramédicales sont elles satisfaisantes ?
	Accès aux examens complémentaires et spécialistes	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au sein des familles ?
	Difficultés socio-familiales	

Annexe 3. Premier mail envoyé aux médecins généralistes inclus dans l'étude

Chères Consoeurs, chers Confrères,

Je prépare actuellement une thèse sur la prise en charge par les médecins généralistes de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans.

Pour cela, j'ai choisi de réaliser une enquête de pratique auprès des médecins généralistes des "portes du médoc" par le biais d'entretiens individuels d'environ 15 minutes.

Je me permets donc de solliciter un peu de votre temps afin de vous interroger sur vos pratiques, en prenant l'exemple d'un enfant asthmatique de votre patientèle. Tout ceci de façon anonyme bien entendu.

Je vous propose de me communiquer vos disponibilités afin que l'on puisse convenir d'un rendez-vous. Je suis consciente que votre temps est précieux mais j'ai vraiment besoin de votre aide !

Confraternellement,

Ingrid Buytaert,

Annexe 4. Mail de relance en l'absence de réponse au bout de 10 jours

Chères Consoeurs, chers Confrères,

Suite à mon mail du 25 avril, je me permets de revenir vers vous afin de savoir si vous avez pu réfléchir à une date à laquelle nous pourrions nous entretenir.

Si votre emploi du temps ne vous le permet vraiment pas, merci de m'en tenir informée.

Confraternellement,

Ingrid BUYTAERT

Annexe 5. Détails des 12 entretiens réalisés

Entretien n°1

Alors les premières manifestations respiratoires elles ont commencé quand ?

Ça a commencé vers 5/6 mois, rhinobronchite banale, un mois après bronchiolite typique avec prescription systémique de ventoline celestene flixotide

On est un peu sous dosé

Puis 15 jours après, il récidive, avec otite. En théorie, sur le premier épisode t'as rien à prescrire. Normalement tu prescris ventoline et corticoïdes

Récidive bronchiolite 1 mois plus tard vers 7 mois

Il revient à nouveau pour une bronchiolite 15 jours plus tard, je le vois le matin, il était tellement mal que je l'ai revu le soir et l'ai envoyé aux urgences

Il est resté toutes les vacances de noel à l'hôpital

Donc là on était déjà à 4 épisodes...

Enfin je sais pas si on peut considérer que c'est des épisodes isolés ou si c'est un épisode qui n'a pas cicatrisé

En tout cas oui ce sont des épisodes d'aspect sifflant

Janvier... revu le soir, surveillance, bien coloré

Puis là ya eu intro du singulier, donc après qu'il ait eu singulier, plus rien

On est à 1 an et demi

Donc finalement le diagnostic tu l'as fait comment ?

Sur la récidive de nombre d'épisode de dyspnée sifflante, plus de 3, à partir de l'âge de 5 mois

Est-ce que t'as eu besoin de faire des examens complémentaires pour le diagnostic ou pour les diagnostics différentiels ?

Non si ce n'est que j'ai eu besoin d'un avis spécialisé parce que j'introduis pas de singulier à cet âge-là. Non je n'ai pas fait d'examen complémentaire.

Globalement, il a été aux urgences assez rapidement, il a été hospitalisé, donc il a eu sa radio des poumons...

Pour Milan, ils ont fait une radio aux urgences, mais est-ce que tu en fais une systématiquement chez les petits patients qui sifflent ?

Non pas dans la majorité des cas.

Si, je pourrais le faire, sur un épisode inaugural chez un enfant un petit plus grand, chez qui t'as un doute, qui n'a jamais fait d'asthme, sur qui t'as un doute d'inhalation de corps étranger

C'est essentiellement ça que tu recherches en faisant la radio ?

Oui ou alors, pour compléter si j'ai un doute sur une pneumopathie, mais là pour le coup, je ne le fais pas systématiquement.

En ce qui concerne, la sévérité de l'asthme, pour Milan, est ce que tu considères que c'est un asthme sévère, modéré ?

Je l'ai vu avec des manifestations sévères, avec un tirage très très important

Donc tu te bases sur quels critères ?

Sur les signes de lutte : le tirage, le balancement, la polypnée.

Un enfant comme ça, comme je l'ai revu le soir, je le laissais chez lui la nuit avec ce type de symptôme et je savais que de toute façon, j'étais déjà au maximum de mon traitement et que je pouvais rien faire de plus. Mais en général, j'évalue s'il y a des symptômes diurnes ou seulement nocturnes, si ça les gêne pour jouer, s'il consomme beaucoup de ventoline.

Et sinon, on peut regarder la courbe de poids ? est-ce que ça a eu un retentissement sur sa croissance ?

Non pas franchement, pas énorme, ce n'est pas significatif. C'est plus l'acquisition de la marche qui a eu cet effet de perte de poids physiologique finalement.

En ce qui concerne les examens complémentaires, tout ce qui est enquête allergologique, en as-tu fait ?

A cet âge-là, pour moi je peux être amené à le faire, ce qui a été fait par l'allergologue, c'est tout ce qui est allergie alimentaire. Mais là je n'avais que des signes respiratoires isolés, pas de signe cutané, donc j'étais pas trop orienté sur une allergie alimentaire.

Quand tu demandes un bilan allergo, c'est sur quels critères ?

Un peu plus si j'ai des manifestations cutanées ou digestives associées.

Je cherche une intolérance aux protéines de lait de vache ou quand il y a une introduction d'aliment, une allergie à l'œuf, des choses comme ça hein.

Et sur le plan environnemental, qu'est-ce que tu demandes aux parents, qu'est-ce que tu leur dis de faire ?

Est-ce qu'ils fument ? S'ils fument, de ne pas fumer à l'intérieur. Que ce ne soit pas des maisons surchauffées, est-ce que ce sont des maisons humides, un petit peu insalubres, même si c'est rare ici. Surtout le tabagisme passif en fait et l'exposition aux acariens, beaucoup de peluches dans le lit, des choses comme ça en fait.

En ce qui concerne les vaccinations, est-ce que tu prends des mesures particulières ou est-ce que tu vaccines comme tous les autres enfants ?

J'aurais pu lui proposer la grippe mais je ne l'ai pas fait cette année, j'aurais pu...

Mais tu as notion en tout cas, que la grippe ça peut se faire chez les asthmatiques...

Oui, et puis ils reçoivent le papier de la CPAM pour les informer que le vaccin est recommandé. En général je le fais faire dès 6 mois.

En ce qui concerne les traitements, donc là d'emblée, tu avais introduit des corticoïdes, des beta 2 mimétiques...

Alors je sais que ce n'est pas forcément indiqué, mais des fois quand je vois l'enfant qui siffle et qui tire pas mal, j'essaie quand même de lui faire de la ventoline en cours de consultation sur le premier épisode pour voir si ça change quelque chose. Des fois les enfants ça les soulage

Des fois ça les soulage pas mais des fois ça leur fait du bien quand même.

Et donc tu le fais en consultation ?

Oui je le fais en consultation pour voir si ça apporte quelque chose

Comme ça en même temps tu montres aussi aux parents comment il faut faire.

Et l'objectif de ton traitement, c'est... ?

C'est de lever le spasme, de calmer l'inflammation et puis voilà et puis faut attendre que le virus passe aussi !

Et est-ce que, par exemple les corticoïdes, quand tu les mets en place, combien de temps tu les prescrites ?

3 jours

Les corticoïdes inhalés ?

Ah inhalés ! Alors les corticoïdes en première intention pas toujours, mais après quand je suis amenée à faire des corticoïdes sur la récurrence, par contre je les poursuis beaucoup plus longtemps, je les poursuis un mois. Parce que je me rends compte que là j'en ai eu quelques-uns, tu leur fais une première fois ventoline flixotide, ça les soulage bien et si t'arrêtes ton flixotide trop tôt, ces enfants qui sont fragiles, ils récidivent très vite, alors que si tu laisses le corticoïde longtemps, faut arriver à le faire accepter aux parents et qu'ils comprennent bien que plus ils prennent de corticoïdes inhalés, moins ils prendront de corticoïdes per os.

Et le singulier ?

Moi je l'introduis jamais, je laisse le spécialiste juger de son indication.

J'estime que si j'ai besoin d'introduire le singulier, ça veut dire que j'ai déjà grillé pas mal de cartouches et je pense qu'il a besoin d'un avis spécialisé quand même.

Justement pour revenir sur l'adressage, tu envoies au spécialiste à partir de quel moment ?

Je sais pas, quand il fait 2/3 récurrences successives, que j'ai quand même un traitement de fond bien conduit, où j'ai l'impression qu'il est bien conduit, je me dis ben en effet il a peut-être besoin de singulier. Peut-être en effet de faire des tests allergo auxquels j'ai pas pensé, donc je pense qu'un avis chez les tout petits, c'est important.

Et est-ce que les patients que tu arrives à suivre qui sont bien équilibrés est-ce que tu les reconvoques systématiquement à des intervalles précis ou tu les laisses te consulter qu'en cas de crises plus répétées ?

Ben à cet âge-là, il y a déjà les visites de routine de 9 mois, 11 mois, 12 mois, 18 mois, donc ceux-là on les voit quand même.

Mais tu ne fais pas de consultations dédiées au suivi de l'asthme ?

Non parce que si c'est pour qu'ils viennent dans la salle d'attente et qu'ils chopent un virus, c'est moyen...

Concernant l'éducation thérapeutique, je vois pour Milan, c'est via l'hôpital que ça s'est fait, mais est-ce que toi tu fais de l'éducation thérapeutique ou est-ce que tu fais appel à l'école de l'asthme ?

J'ai très peu fait appel à cet organisme. Qu'est-ce que tu appelles l'éducation thérapeutique, c'est la façon de prendre le traitement, l'observance ?

Oui les connaissances sur la maladie, l'observance, tout ce qu'ils ont le droit de faire, parce que par exemple, le sport c'est pas toujours bien perçu par les parents

Non je n'ai pas tellement recours à l'école de de l'asthme, je pourrais plus mais c'est plus via le spécialiste que ça se fait je pense.

Est-ce que tu fais appel au kiné aussi de temps en temps ?

Oui beaucoup oui, quand c'est encombré, parce que c'est souvent mixte à cet âge-là.

Le kiné, si tu travailles avec un kiné que tu connais bien il a un regard sur l'enfant, ce n'est quand même pas mal aussi.

Les facteurs que tu recherches quand le patient n'est pas bien équilibré, que le traitement n'est pas efficace ?

Le reflux aussi, l'observance, les facteurs environnementaux, comment ils prennent leur traitement.

Pour finir, est ce que tu trouves le diagnostic de l'asthme est évident à faire, est ce que tu as des difficultés en général ?

Je ne sais pas, est ce que à cet âge-là, c'est vraiment important de porter un diagnostic, est ce que le diagnostic à cet âge-là il est immuable ? Je ne sais pas, ce n'est pas parce qu'il a des bronchites sifflantes qu'il sera forcément asthmatique donc je ne pense pas que ce soit utile de porter un diagnostic d'asthme définitif. »

Est-ce que tu as des difficultés dans le secteur à obtenir une radio des poumons rapidement quand tu en demandes ?

Non

Et est ce tu as des difficultés avec les parents, est ce qu'ils ont du mal à admettre que leur enfant est asthmatique ou le deviendra ?

Ya des maladies plus graves, c'est quand même bien accepté !

Entretien n°2

Alors comment ça a commencé au début ?

Ça a commencé par des bronchiolites

C'est un asthme allergique

Il avait une courbe staturo pondérale qui était impeccable, il faisait des crises hivernalement, ça a commencé comme ça avec des bronchiolites autour de 8 mois. Je pense qu'on avait fait des aérosols, de la kiné et qu'il a dû passer à la troisième ou quatrième à l'hôpital pour faire des aérosols un peu plus conséquents et donc de ce fait ils ont fait une radio pulmonaire et après on a fait un bilan il avait de l'eczéma, il n'avait pas d'autre symptomatologie qu'on recherchait et en fait même avant trois ans, il était allergique. Et depuis il a antihistaminique, il a eu une désensibilisation et il a encore du seretide, de l'airomir et du singulair.

Donc c'est un enfant qui a fait des bronchiolites et qui est vraiment devenu asthmatique ?

Exactement, il est vraiment devenu asthmatique.

Vous m'avez parlé de radio, là la radio a été faite à l'hôpital, est ce que vous faites une radio pulmonaire systématiquement ?

Au bout de 3 épisodes sifflant oui.

Là j'en ai un que je vais peut-être diagnostiquer asthmatique parce que je vais lui faire la radio. Il a fait ses 3 épisodes.

Lui il avait de l'eczéma dès tout petit, il n'a pas eu de cassure de courbe mais par contre il était tout le temps avec une rhinite, un bébé qui est tout le temps avec le nez plein plein plein. Il en a fait des tonnes des bronchiolites. On a fait la radio pulmonaire qui était normale. J'ai dit avec l'eczéma tout ça, il y a quelque chose, donc j'ai fait faire une prise de sang. J'ai fait même les anticorps anti transglutaminases parce qu'il avait des troubles digestifs mais plus à type de constipation que de diarrhée. Il

avait une carence ferrique, j'ai dit on va supplémenter la carence ferrique et on va voir. Et j'ai fait un test anti histaminique parce qu'à ce moment-là, on avait encore le droit de donner des antihistaminiques tôt chez le nourrisson, ce qui n'est plus le cas maintenant. Et ce n'était pas mal, donc du coup je l'ai envoyé chez l'allergologue en ville et pas chez le pneumologue. Et il a été réactif aux graminées et aux acariens.

Alors justement, est ce que vous envoyez systématiquement à l'allergologue ?

Non je ne les envoie pas systématiquement. Alors comment je fais : même tous petits, je fais souvent la recherche du fer, parce que je sais que la carence ferrique peut souvent déclencher des risques allergiques alors que ce ne sont pas des vraies allergies. Donc si ya carence à la prise de sang je supplémente et je vois comment ça se passe. Si ça ne se passe pas bien, qu'il tousse, qu'ils ont des toux spastiques, j'essaye quand même des antihistaminiques, si l'âge le veut bien. Si l'âge ne le veut pas je fais de l'homéopathie parce que je suis homéopathe et donc j'essaye d'aider au niveau allergie et après si ça va pas je demande l'allergologie. Et si c'est bronchiolite pure et qu'il n'y a pas d'autres signes orl et tout c'est vrai qu'à la troisième fois je fais la radio. Après j'envoie souvent quand même.

D'accord donc vous arrivez à vous débrouiller toute seule assez souvent. Vous envoyez au pneumologue à quel moment ?

Oui enfin je peux donner ventoline flixotide dans le babyhaler, ça m'arrive beaucoup de le faire ça. Mais quand même après j'envoie au spécialiste.

Pour quelles raisons ?

Pour confirmer le diagnostic, pour pouvoir mettre en place s'il y a besoin du singulier, des choses comme ça. Je préfère avoir une validité quand même.

Sur quels critères classez-vous la sévérité de l'asthme ?

Sur le nombre de crises depuis la dernière consultation, l'utilisation de la ventoline...

Au niveau des vaccinations, est ce que vous avez fait la grippe ?

Ah oui, bien sûr, je lui ai fait la grippe !

Alors parfois on a quelques petits soucis parce que la sécu n'envoie pas le petit papier comme on fait pas le 100% mais pourtant ils regardent s'il y a de la ventoline ou flixotide donc ils envoient le papier dans ces cas-là. Lui je l'ai vacciné. La première année, il faut faire 2 demies doses et ensuite ça roule.

En ce qui concerne l'environnement que demandez-vous aux parents ?

Y-a-t-il un chat, un chien, un lapin ? Si ya plein de peluches, de la moquette dans la chambre et puis après la maison, l'humidité, ce genre de choses.

Que leur conseillez-vous ?

Pas de moquette, pas d'animaux à poil, d'aérer la chambre, de nettoyer le visage et les cheveux du gosse tous les soirs et de mettre un humidificateur dans la chambre s'ils ont des chauffages électriques ou alors s'ils n'arrivent pas à ventiler correctement. Voilà.

Est-ce ce que vous faites appel aux kinés ?

Moi je suis très aérosols, je fais beaucoup de pulmicort en aérosols pneumatique. Oui je fais appel au kiné quand l'enfant est vraiment encombré. Alors c'est un peu controversé la kiné maintenant donc ça dépend quand je vois comment il tire, c'est un peu clinique dépendant. Je ne peux pas dire qu'à chaque fois j'envoie chez le kiné. C'est pas du tout systématique.

Est-ce que cela vous arrive d'introduire du singulier ?

Oui, d'autant que maintenant les antihistaminiques, c'est un peu galère, alors que le singulier on peut le mettre chez les tout petits, alors j'y vais ! Lui je lui ai introduit assez rapidement comme il y avait une grosse part d'atopie.

Et sinon en général à partir de quel âge ?

Autour de 2 ans, si vraiment ça ne marche pas bien avec les corticoïdes, ou que les parents ne sont pas très observants.

Et les corticoïdes inhalés, vous les prescrivez pour combien de temps ?

Et ben si je mets mon singulier, parce que je sens vraiment que c'est ça, je vais pas le laisser longtemps le flixotide. En général je fais matin et soir pendant l'épisode aigu avec la ventoline pendant 4 jours puis après je vais garder du flixotide juste le soir

15 jours ou 1 mois. Et après je vais l'arrêter. Parce que souvent, je vais en effet mettre le singulier derrière. Et là je vois ce que ça donne. Je ne mets pas des mois et des mois de flixotide.

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ? Ou est-ce que vous envoyez à l'école de de l'asthme ?

Alors non je n'envoie pas à l'école de de l'asthme. Souvent quand ils passent par l'intermédiaire d'un moment où il y a eu une hospitalisation ou même une bronchiolite d'urgence le weekend, ils sont mis en situation de voir avec eux et il n'y a pas beaucoup qui adhèrent.

Mais au cabinet, j'ai ma chambre d'inhalation, je montre à la maman comment il faut faire, je leur explique même que la chambre d'inhalation il faut la garder longtemps, parce que souvent ils pensent qu'à 4 ou 5 ans ils sont capables de faire sans.

Est-ce que vous reconvoquez un enfant systématiquement pour le suivi de l'asthme ?

Non les vaccinations et les visites obligatoires suffisent pour voir régulièrement l'enfant. Je n'ai pas le temps de les revoir exprès.

Et cet enfant, il était bien équilibré au niveau du traitement ? Sinon que recherchez-vous ?

Oui ça s'est relativement bien passé pour lui, mais en général je recherche un reflux surtout parce que chez les tout petits faut faire gaffe à ça, donc si ça va pas c'est qu'il y a peut-être un reflux, un trouble digestif avec. Et après, faut voir si ya pas des grosses végétations, on fait un bilan orl.

Avez-vous facilement accès à une radio ?

Non c'est compliqué.

Et les spécialistes ?

Je peux facilement les avoir au téléphone mais pour avoir une consultation c'est un peu plus compliqué.

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec le diagnostic d'asthme ?

Je pense que oui, ce n'est pas quelque chose qui m'embête.

Et est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent facilement ce diagnostic ?

Non pas tellement, ils ne se rendent pas bien compte de ce que ça veut dire. Quand c'est pour les tout petits, quand on parle d'asthme, ça les inquiète. Sois ça les inquiète, soit ils ne comprennent pas ce que ça peut déclencher quand ils ne respectent pas les consignes. Le chat, le chien on va le laisser dans la chambre, ce genre de choses en fait. Donc j'ai l'impression qu'il faut leur expliquer plusieurs fois. C'est pour ça que le coup du spécialiste, je pense que c'est pas mal pour bien ancrer les choses.

Entretien n°3

Cet hiver-là, il n'a pas refait de crise

Quel âge avait-il ?

Il avait un an

Donc c'était des épisodes sifflants, encombrés ou pas du tout ?

Oui aussi encombrés, assez mixtes finalement.

Donc vous avez fait le diagnostic sur les épisodes sifflants. Est-ce qu'on peut regarder sur le dossier quand est survenu le premier ?

Oui, alors, le premier était en octobre 2014, Sibilants et ronchis diffus.

Donc là il avait quel âge ?

Il avait 6 mois

D'accord, donc premier épisode à 6 mois

Puis il a été hospitalisé pour une gastro.

Deuxième épisode 2 mois après, toujours ronchis et sibilants

Puis 3 ème épisode en février 2015, il avait 10 mois. Ronchis et sibilants

Et du coup il a vu le pneumo, je crois que c'était le pneumo de sa mère parce que elle, elle a une dilatation des bronches. Avec un asthme associé.

[Donc vous l'avez adressé au Dr P. parce que c'était le 3 ème épisode ou par rapport aux antécédents de la maman ?](#)

Les 2.

Quand j'ai commencé à lui en parler, elle m'a dit ses antécédents (parce que je ne la suivais pas sa maman) e donc c'est là qu'elle m'a dit qu'elle était suivie, qu'elle était pas étonnée qu'il soit asthmatique ou qu'il le devienne et puis du coup il a eu du flixotide pendant tout l'hiver et après ça s'est calmé, on avait prévu de reprendre le flixotide fin août et depuis en fait moi je l'ai jamais réentendu sifflé. Et là il a passé tout l'hiver sans flixotide.

[Est-ce qu'il a été hospitalisé pour l'asthme ?](#)

Non, seulement pour une gastro.

[J'ai vu qu'il y avait une radio des poumons de faite...](#)

Oui avant d'aller voir le pneumo, je le fais en systématique avant d'aller voir le spécialiste.

[Est-ce qu'il y a d'autres examens que vous faites en systématique ? quand vous adressez au spécialiste ?](#)

Euuuuuh, lui je ne lui avais pas fait faire de phadiatop. Lui je ne lui ai fait faire que la radio.

[Et quels éléments vous recherchez à la radio ?](#)

Voir s'il n'y a pas une maladie des bronches et voir s'il n'y a pas un corps étranger, c'est surtout pour le diagnostic différentiel.

[La kiné, est ce que vous y avez eu recours ?](#)

Je préfère directement faire de la kiné pour que le kiné ait un œil dessus aussi.

[Les enquêtes allergologiques, vous les faites aussi. Dans quel contexte ?](#)

Pour lui, je l'ai pas demandé, parce qu'il était petit et je n'avais pas envie de lui faire faire une prise de sang. Il n'a jamais fait d'eczéma et au niveau de la diversification, y avait pas eu de problème particulier, ni cutané ni digestif.

[Au niveau de la sévérité, comment vous évaluez la sévérité des épisodes de bronchiolite ?](#)

Ben s'il y a du tirage, s'il est complètement asthénique, s'il est tout bleu. Chez lui, à chaque fois, il respirait bien, il n'y avait pas de signe d'alarme.

[Et ensuite, de façon plus générale, au niveau de la sévérité de l'asthme, à partir de quels symptômes vous l'évaluez ?](#)

La consommation de ventoline, s'il tire au cabinet, mais je trouve que c'est plus facile de se rendre compte en fonction de la consommation de ventoline

[La fréquence des symptômes, le moment des symptômes](#)

Oui aussi mais je trouve que c'est plus facile de se rendre compte sur la consommation de la ventoline, parce souvent ils disent « oui oui tout va bien », ils viennent juste pour le renouvellement de la ventoline et en fait on se rend compte qu'ils utilisent beaucoup de ventoline et que le traitement de fond ils l'ont un peu oublié.

[Sinon à partir de quel âge vous faites les enquêtes allergologiques ?](#)

Je dirai à partir de 4 ans, je commence par les phadiatop et j'envoie chez l'allergologue.

[Est-ce que c'est systématique, ou est-ce que c'est en fonction du terrain familial ?](#)

Je le fais plus facilement s'il y a un terrain allergique, de l'asthme de l'eczéma dans la famille

[Et par rapport aux vaccinations, est ce que vous prenez des précautions particulières ?](#)

Lui il était petit, moins d'un an, alors pour la grippe, c'était un peu compliqué, je conseille plutôt aux parents de se faire vacciner eux-mêmes.

Le prévenar il l'avait déjà eu.

[La grippe vous y pensez, mais pour cet enfant, il était un peu petit. Vous vaccinez à partir de quel âge contre la grippe ?](#)

Pas avant 3 ans.

Au niveau de l'environnement, dans les familles, que demandez-vous ?

Si les parents fument, après je demande si ya des moquettes, si la maison est vieille ou si elle est plutôt récente, je conseille de laver régulièrement les doudous, les tapis, d'enlever les tapis.

Au niveau de l'adressage à un pneumologue, est ce que c'est systématique ou est ce que c'est quand vous avez un peu de mal à gérer, que le traitement n'est pas équilibré ?

Pour un petit comme ça, je préfère qu'il le voie en systématique une fois au moins

Donc avant quel âge vous adressez systématiquement ?

Euh.. avant 2 ans.

L'objectif de votre traitement, quel est -il ? J'ai vu que vous aviez prescrit flixotide ?

Est-ce que vous introduisez ce traitement systématiquement ?

Oui, avec ventoline à la demande

Flixotide vous le laissez combien de temps ?

Ça dépend, pour un asthme tout l'hiver.

Après tout le printemps si jamais il y a un terrain allergique et je reprends mi-août

Et est ce qu'hormis les CSI et les B2M, est ce que vous introduisez d'autres traitements ?

Ben le singulier, quand ils sont un peu plus âgés du coup et après si c'est bien stabilisé, je préfère enlever les CSI, laisser juste le singulier

Une fois qu'il a été instauré ?

Oui

Mais est-ce que c'est vous qui l'introduisez pour les enfants plus âgés ou est-ce que vous laissez le pneumo juger de sa nécessité ?

J'ai pas eu l'occasion de le prescrire, ça fait que 2 ans que je suis installée alors j'ai pas forcément eu l'occasion ou alors j'en ai eu mais ça m'est arrivé du coup de laisser le singulier et d'arrêter les corticoïdes

Et est-ce que vous revoyez systématiquement les patients asthmatiques, est ce que vous les re convoquez pour un suivi ou est-ce que les visites de routine suffisent ?

Euhh, les nourrissons je les revois de toute façon tous les mois, parce qu'on n'a pas beaucoup de pédiatre dans le coin, moi je vois pas mal d'enfant donc je les revoie régulièrement, donc je ne leur demande pas de revenir exprès pour le suivi de l'asthme.

Entre les rhinos et tous les suivis de routine, on les voit assez souvent.

Est-ce que dans le coin, c'est difficile d'avoir une radio quand vous en demandez une ?

Non

Est-ce que les parents arrivent facilement à accepter le diagnostic de l'asthme ? (Même si avant 3 ans, c'est difficile de poser un diagnostic définitif)

Oui ils admettent facilement, surtout que moi je leur dis que c'est de l'asthme du nourrisson, ça ne veut pas forcément dire qu'il sera asthmatique plus tard donc je leur dit qu'à cet âge-là les bronches sont vraiment petites, souvent hyperréactives et donc que ça veut pas dire qu'ils seront asthmatiques plus tard donc j'ai l'impression qu'ils acceptent bien.

Est-ce qu'ils sont bien observants, à l'écoute des consignes ?

Je ne sais pas !

Oui mais quand vous les revoyez, vous avez l'impression que les consignes sont bien respectées ?

Oui

S'il ya un enfant que vous jugez mal équilibré, que recherchez-vous ?

Si le traitement est bien pris, si c'est encore la chambre d'inhalation s'il est out petit, si c'est bien fait, s'ils n'ont pas essuyé la chambre d'inhalation et après s'il y a des choses dans l'environnement qui peuvent contribuer aux récives.

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique, ou est-ce que vous adressez à l'école de l'asthme ?

Je n'ai jamais eu l'occasion d'adresser, j'ai pas le réflexe

Et vous leur montrer comment utiliser les chambres d'inhalation ?

Alors je ne leur montre pas parce que j'en ai pas, je leur explique comment utiliser les CI. Avant j'avais des dispositifs mais plutôt pour les adultes, pour bien leur expliquer comment le prendre. J'ai dans ma voiture une chambre d'inhalation et de la ventoline mais pas au cabinet.

Entretien n°4

Avez-vous un patient dont vous avez fait le diagnostic d'asthme avant 3 ans ?

Oui j'ai un petit patient qui va nous intéresser.

Maintenant les parents ils ont compris, ils lavent le nez ils mouchent ils aspirent bien et au niveau respi il va mieux et l'asthme en lui-même...

C'est surtout cet hiver qu'il a fait des épisodes sifflants ?

Oui un peu sifflants mais sifflant encombrés « la mère a rapporté donc des sifflements ces deux dernières nuits »

Y a-t-il eu plus de 3 épisodes ?

Heu....

On peut pas dire qu'il ait fait 3 épisodes sifflants, il a eu de la kiné respi, des aérosols

En janvier, il avait 4 mois, il a fait une bronchite et il a eu ventoline flixotide, sterimar

En avril, ça a traîné un peu, il a eu la même chose

En janvier il présentait quels symptômes ?

Il était encombré il sifflait.

Pourquoi vous lui avez donné ces traitements ?

J'aurais du mal à décrire exactement comment il était en janvier

Lui il était très encombré

Quand les enfants sont là, je les aspire assez facilement

Ensuite, il a fait un autre épisode en avril ?

Oui, 2 épisodes

Ça devait siffloter un peu encore car il était toujours sous ventoline

Je les mets rarement sous antibiotiques, faut vraiment que ça traîne. Si au bout de 48h, ils ont toujours de la fièvre.

Est-ce que vous avez fait des examens complémentaires pour faire le diagnostic d'asthme ?

Déjà si ça siffle, un sifflement sec, c'est plus spécifique qu'un sifflement encombré. Ça c'est évident. Si c'est un vrai sifflement, c'est de l'asthme et après je l'ai envoyé au pneumo pédiatre.

Systématiquement vous les envoyez au pneumo ?

Oui, au moins une fois pour faire le bilan.

Si c'est épisodique, que ça ne me pose pas de problème gênant, je gère.

Mais si le gamin est pas bien, qu'il est très souvent malade, oui je l'envoie.

S'il est très souvent malade, est-ce qu'il y a d'autres raisons pour lesquelles vous les envoyez au pneumo ?

Pour voir si je passe pas à côté de quelque chose, c'est tout.

Plus tard, souvent je les envoie à l'allergo, à partir de 1 an, pour faire le bilan allergo

Et lui, il a eu un bilan allerge ?

Oui par principe oui... Surtout qu'il y avait un contexte familial.

Avez-vous fait d'autres examens complémentaires ?

En bilan ? Les phadiatop, les trophatop.

S'ils sont vraiment pas bien, on peut faire une radio des poumons, en crise aigüe. S'il y a une pneumopathie qui se cache là-dessous.

Et lui a-t-il eu une radio ?

Oui

Concernant les traitements, vous lui avez prescrit ventoline, becotide. Est-ce que vous traitez tous les asthmes de la même manière ?

Chez les petits, je suis en général assez ponctuel, je mets souvent des traitements de courte durée. Je suis très prévention au niveau ORL. Concernant les traitements de fond, faut vraiment qu'ils ne soient pas bien pour en instaurer un. C'est plutôt rare.

Vous prescrivez sur combien de temps les corticoïdes inhalés ?

Souvent sur 10/15 jours

Jamais plus longtemps sauf s'ils ne sont pas bien, ça peut arriver. Ventoline 5/6 jours et 10 15 jours de becotide.

Est-ce que vous faites appel aux kinésithérapeutes ?

Oui ils les font tousser 2/3 fois et puis ça va mieux

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ?

Pour les parents, les trucs classiques. On leur rappelle les bases. Le tabac, les moquettes, aérer, le chat, les plantes.

Pour revenir sur l'éducation thérapeutique, est ce que vous faites appel à des intervenants extérieurs aux écoles de l'asthme ?

Non je n'y fais pas appel

Quelle fréquence vous voyez les enfants asthmatiques ?

Je ne reconvoque pas, les parents sont bien éduqués.

Si jamais un enfant, n'est pas équilibré, quelles questions vous posez-vous ?

Si on a déjà évoqué les problèmes classiques, le chat, les housses anti-acariens

Je leur montre comment utiliser les dispositifs, sinon je les renvoie vers l'allergo, le pneumo

Par rapport à la vaccination y a-t-il des précautions particulières que vous prenez pour les enfants asthmatiques ?

Comme pour tous les enfants, je ne suis pas un acharné systématiquement des vaccinations.

Ça m'arrive de faire le pneumo 23

La grippe ?

Faudrait que je sois convaincu de l'efficacité du vaccin antigrippe... ya la théorie qui est superbe, l'HAS qui nous pond de beaux truc, les consensus des hautes autorités et collègues scientifiques mais je suis un peu perplexe sur l'honnêteté de tout ça. Ya de tels lobbies derrière... je sais pas. Lui je n'ai pas proposé la grippe car l'année dernière il est tombé malade juste après alors la maman ne voulait plus lui faire le vaccin...

Personnellement, est-ce que vous avez des difficultés avec l'asthme ?

Oui et non

Les familles connaissent souvent déjà la pathologie. Ils gèrent plus facilement l'asthme que le diabète par exemple. C'est tellement fréquent, on fait tellement de PAI asthme pour les écoles. C'est pas un gros souci, chez les gens cérébrés.

Juste les pneumopédiatres sont un peu difficiles d'accès, ne parlons pas du CHU.

Dans le privé, on peut avoir un rdv dans les 3 mois. Mais si j'ai un souci, je peux les avoir au téléphone facilement.

Et pour avoir une radio pulmonaire, est ce que c'est facile ?

Oui relativement facile !

Entretien n° 5

Quel âge avait le patient au moment des premières crises ?

Elle avait un an.

Quels étaient les premiers symptômes ?

Alors elle a fait des bronchites sifflantes, des bronchiolites.

Combien d'épisodes ?

Je dirai au moins 3.

Comment avez-vous évalué la sévérité ?

Non ce n'était pas des épisodes gravissimes, il n'y a jamais eu d'hospitalisation. Cliniquement c'était une enfant qui toussait beaucoup et qui était quand même un peu dyspnéique. Oui y avait un tirage, on sentait qu'il y avait des difficultés respiratoires, mais qui ne nécessitaient pas une hospitalisation car bien supportées.

Est-ce que vous avez fait des examens complémentaires ?

Elle je l'ai adressée chez le pneumologue. Pas directement, au bout d'un moment pour faire une évaluation.

Avez-vous fait une radio des poumons ?

Je la fais systématiquement avant d'envoyer au pneumologue, mais sinon pas forcément.

Dans quel but ?

Pour qu'il ait quand même un regard sur une éventuelle distension thoracique, c'est quand même des enfants qui toussent souvent la nuit, il faut vérifier quand même que la base de la radio soit normale et chercher des signes indirects comme une distension thoracique.

Concernant l'environnement, qu'avez-vous demandé aux parents ?

Alors je recherche s'il y a du tabagisme, s'il y a des animaux avec des poils qui pourraient entraîner des allergies, tout ce qui est environnement allergène, les moquettes, les poussières, les acariens, les plantes éventuellement.

Au niveau des vaccinations, est ce que vous vaccinez comme tous les autres enfants ou est-ce que vous prenez des précautions particulières pour les enfants asthmatiques ?

Oui je les vaccine au moins comme les autres. Je propose aussi la grippe pour l'hiver.

Et elle vous l'a-t-elle vaccinée contre la grippe ?

Oui

Adressez-vous systématiquement au pneumologue ?

Non ça dépend, si je trouve que l'enfant fait pas mal de bronchites et surtout si j'instaure un traitement de fond et que je vois que ce n'est pas encore ça, qu'il y a quand même encore pas mal d'épisodes de bronchite, que c'est pas parfait que l'enfant tousse, là j'envoie au pneumologue.

Est-ce que vous avez souvent recours au kiné ?

Oui plus pour les bronchiolites que pour l'asthme à proprement parler chez les tous petits, je fais quand même pas mal de kiné oui.

Concernant les traitements, qu'avez-vous instauré ?

Dans l'aigu, je leur donne quand même de la ventoline avec une chambre d'inhalation et j'instaure quand même assez vite si je vois que les enfants s'installent de façon chronique, du flixotide par exemple.

Pour quelle durée le flixotide ?

Si c'est vraiment juste quelques sibilants je vais proposer par exemple 10 jours mais si c'est vraiment un épisode plus important avec des enfants qui rechutent de leur bronchite je mets au moins un mois et je leur demande de venir me revoir.

Est-ce que vous re-convoquez systématiquement les patients pour le suivi de l'asthme ?

Si c'est vraiment diagnostiqué comme asthme, en général on aime quand même bien les revoir surtout on demande aux parents de revenir nous voir si jamais par hasard ils avaient envie d'arrêter un traitement. Qu'ils n'arrêtent pas sans qu'on ait au moins ausculté l'enfant et on fait le point avec eux. Tout dépend du profil du patient, mais chez les petits patients qui nous embêtent un petit peu quand même, oui j'aime bien les revoir justement quand tout va bien pour voir si l'auscultation est normale et pour voir comment ils sont quand tout va bien.

Revenons aux traitements, est ce qu'il vous arrive de prescrire autre chose que les CSI et la ventoline ?

Oui il peut y avoir du singulier par exemple. Je l'introduis moi-même sans problème.

A partir de quel âge ?

2 ans.

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ou est-ce que vous envoyez à l'école de l'asthme ? Ou les 2 ?

Alors je n'ai pas de petits patients qui sont allés à l'« école de l'asthme », j'avoue que je n'y pense pas beaucoup. En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, je donne des conseils, les enfants peuvent faire du sport, qu'il ne faut pas fumer autour d'eux. Au niveau des traitements, je redemande bien s'ils prennent bien le traitement, s'ils savent bien se servir des dispositifs, dans de bonnes conditions.

Si un enfant est mal équilibré, que recherchez-vous ?

Alors je demande s'il prend bien le traitement comme il faut, si ya des erreurs de la part des parents, des oublis. Ensuite, s'il tousse quand même beaucoup, je vais quand même faire une radio pulmonaire pour le coup, si je l'ai pas faite et puis quelque fois je change de traitement.

Est-ce que vous avez accès facilement à une radio des poumons ?

Oui concrètement sur saint médard, on n'a pas trop de souci.

Et l'accès aux spécialistes ?

Oui je trouve que ce n'est quand même pas trop mal, même si nos pneumologues voient peut-être plus d'adultes que d'enfants, ils peuvent voir quand même des petits. Et je travaille aussi avec des pneumologues sur bordeaux qui voient des tous petits, et je trouve qu'on y arrive quand même pas mal.

Est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent facilement le diagnostic d'asthme quand vous l'évoquez ?

Alors, c'est vrai que moi, je ne prononce pas trop vite ce mot-là, car ça leur fait peur et pour certains il y a une espèce d'appréhension par rapport aux traitements, ils ont des idées très fausses sur les corticoïdes inhalés, sur la ventoline. Donc finalement au début je suis plutôt sur « épisodes », traitements de fond d'un épisode pour éviter l'inflammation chronique et qu'on prévienne les récidives. Mais je ne parle pas trop vite d'asthme et surtout chez les petits. Ou alors je leur parle d'asthme du nourrisson mais en leur disant que ce n'est pas non plus prédictif pour l'avenir.

Entretien n° 6

Est-ce que vous avez pu réfléchir à un petit patient asthmatique ?

Oui

Alors c'est pas grave s'il n'a plus moins de 3 ans maintenant.

Oui il a moins

Ah bon très bien

Alors sur quels critères vous avez pu faire le diagnostic de l'asthme ?

Alors il a eu 2 bronchiolites, une cet hiver avec un épisode de sibilants viro induits et après ça été facile puisque la troisième fois que je l'ai vu, je l'ai envoyé à l'hôpital. Il a décompensé sur un épisode pareil, avec une sat' qui n'était pas super. Elle a été hospitalisée pendant 5 jours et elle est revenue avec le diagnostic d'asthme du nourrisson.

Et quel âge avait-elle à ce moment-là à peu près ?

Euuuh là elle a 14 mois, c'était en décembre, donc elle avait 5 mois.

Au niveau de la sévérité de l'asthme, sur quels critères vous avez évalué la sévérité ?

Ben sibilants, plus de 3 épisodes dans l'année, c'est de l'asthme

Avant, non, c'est des asthmes viro induits, enfin pas des asthmes, des sibilants dûs à des pathologies hivernales ou des décompensations respiratoires mais qui peuvent pas rentrer dans la maladie asthmatique.

Et au niveau de la sévérité, sur quels critères vous vous basez ?

Alors la sévérité, principalement sur les difficultés respiratoires elles mêmes, et sur le long cours, moi j'ai une sat au cabinet, alors je leur prends au cabinet quand je les vois, et je leur demande leur consommation de ventoline sur les derniers mois.

Le tirage, enfin tous les critères de sévérité clinique et puis sur la courbe de poids.

Est-ce que vous faites le diagnostic uniquement cliniquement ou est ce qu'il y a des examens complémentaires que vous faites systématiquement ?

Bah alors ça dépend, si ya des antécédents familiaux, ben là je pense à un autre qui avait un déficit en alpha 1 anti trypsine. La maman avait un déficit, donc j'ai demandé le dosage.

Est-ce qu'il y a d'autres examens complémentaires que vous faites systématiquement ?

La biologie de temps en temps fonction des antécédents familiaux et la radio thoracique.

La radio c'est systématiquement ou pas ?

Non je ne la fais pas systématiquement.

Je sais plus si vous m'avez parlé des enquêtes allergeo

Oui ça fait partie des examens complémentaires quand il y a des antécédents familiaux ou perso ou pas.

Moins de 3 ans, les enquêtes allergologiques systématiquement, non ! Donc pour elle je n'en ai pas fait.

Vous faites dans la prise de sang, les phadiatop en fait ?

Voilà c'est ça ! Par contre je n'envoie pas systématiquement vers l'allergologue. Alors je ne le fais pas aussi parce que souvent je travaille avec un pédiatre qui est allergeo aussi, du coup, il fait tout lui, donc du coup, quand on fait la prise en charge commune, ben lui, s'il juge bon de faire les tests cutanés, il les fait.

Et cet enfant, vous l'avez adressé au pédiatre ?

Oui, pour faire le point après l'hospitalisation

Au niveau de l'environnement, qu'est-ce que vous demandez aux parents, qu'est-ce que vous mettez en place ?

Le premier truc c'est le tabac, je leur demande s'ils fument, s'il y a des animaux, le deuxième truc et le troisième truc, c'est les acariens. Je leur dis d'aérer la maison, mes trucs classiques sur la lutte anti acariens.

Est-ce que vous l'avez vaccinée contra la grippe ?

Alors la grippe, non je ne les vaccine pas contre la grippe, par contre je vaccine les parents !

Vous avez parlé du pédiatre, alors est ce que systématiquement vous adressez à un spécialiste ou pas ?

Alors en gros, moins de 3 ans, si ya un traitement de fond qui est mis en route et qui est long, (plus de 3 mois) ou suite à une hospitalisation, genre la petite là qui a été hospitalisée, moi j'aime bien qu'ils aient vu un pneumo pédiatre et je les suis avec lui. Quand il n'y a pas de mise en route de traitement fond, qu'il n'y a pas de signe de gravité, qu'il n'y a pas de décompensation, qu'on s'en sort avec un mois de flixotide au maximum, on gère ça avec la famille.

Qu'est-ce que vous mettez en place comme traitement ?

Ah ben un peu tout, en gros la ventoline, je leur montre comment ça marche avec la chambre d'inhalation au cabinet. Ensuite, ben le celestene quand il faut en cas d'urgence, je leur explique qu'il faut pas en abuser que c'est le médicament d'urgence et puis les traitements de fond avec le flixotide et le singulair.

D'accord, singulair aussi.

Oui oui je mets tout, je prescris du singulier aussi, quand il faut.

A partir de quel âge le singulier ? Vous lui en avez prescrit ?

Oui elle a eu droit à son singulier. A partir de 2 ans, mais en général, c'est plus le pneumologue qui prend la décision.

Et les corticoïdes inhalés, combien de temps vous les laissez quand vous les avez introduits ?

Entre 15 jours et 1 mois minimum.

En général c'est 3 mois.

Est-ce que vous avez recours au kiné ?

Oui, surtout au début, quand ils ne savent pas trop s'en sortir, qu'ils sont paniqués, donc oui mais pas systématiquement non plus. Pour elle, ça été nécessaire surtout pour rassurer les parents.

En ce qui concerne le grand mot d'éducation thérapeutique, vous m'avez dit que vous leur montriez comment se servir des chambres d'inhalation, est ce que vous les adressez parfois à l'école de l'asthme ?

Bah l'école de l'asthme, je vais te dire je l'ai essayé 2/3 fois, les retours des parents n'étaient pas super donc j'ai laissé tomber, voilà.

Si jamais un enfant est mal équilibré, que recherchez-vous ?

Ben en premier lieu, de remettre en cause le diagnostic, de voir si les parents administrent bien les traitements, si ya un traitement de fond en particulier, de reprendre l'enquête environnementale pour voir si ya pas un truc qui a changé et puis en dernier recours, quand j'ai aucune réponse à ça, et bien j'adresse aux spécialistes. Ça c'est l'intérêt du généraliste, quand tu ne sais pas, ben t'appelles à l'aide.

Est-ce que c'est facile d'avoir une radio rapidement à Saint médard ?

Oui, enfin moi je travaille pas avec saint medard, je travaille avec méridnac, le cabinet du truc, oui c'est facile d'avoir une radio quand on la demande en urgence. Le jour même.

Est-ce que vous avez des difficultés diagnostiques ?

Pour l'asthme ?

Ben c'est peut être prétentieux, mais non je suis assez à l'aise avec ça !

Et est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent facilement quand on leur annonce le diagnostic de l'asthme ?

Non c'est un peu compliqué, parce que ça va peut être durer longtemps, que c'est chronique, qu'il faut mettre en route des traitements, non c'est compliqué, faut bien leur expliquer, c'est des consultations au début un peu longues, pour bien leur expliquer que c'est pas un épisode fermé. Ils ne vont pas prendre le truc et puis ça va s'arrêter et ils reverront plus jamais.

Dans l'ensemble est ce que les parents sont observants ?

Oui en général, ça se passe bien.

En plus desfois je leur dis de revenir, quand ça va pas de revenir même quand il n'y a pas de rdv.

Ah oui c'est ça que j'ai oublié de vous demander, est ce que vous les reconvoquez systématiquement ?

Alors quand c'est un asthme intermittent, on va dire non

Si c'est un asthme permanent léger, ça dépend du degré de compréhension des parents, et en général non

Et quand c'est un asthme permanent modéré ou sévère : oui, ya une visite prévue, ça dépend de la gravité quoi.

Entretien n°7

Quel âge a ce garçon ?

Là il a 4 ans et 8 mois mais je le suis depuis sa naissance en fait. Je connaissais sa maman avant la grossesse. Je le suis pour les vaccins.

Alors comment ça a commencé ? Quels symptômes a-t-il eu en premier ?

La première fois où je l'ai vu pour une rhinopharyngite avec sibilants, une sorte de bronchiolite, il avait 4 mois. Premier épisode à 4 mois de sibilants. Un autre épisode un mois après. Puis encore un le mois suivant, donc tous les mois à peu près période hivernale compliquée. Et c'est sur ce 3ème épisode qu'il a vraiment eu tout, kiné, où vraiment fait le diagnostic. En fait les 2 premiers épisodes, j'ai mis quelques sibilants quelques ronchis à l'auscultation, donc j'ai mis des antibiotiques. J'ai mis quand même de la ventoline mais j'ai pas mis bronchiolite dans le diagnostic. Mais par contre en mars 2012, il avait 6 mois, ce n'est pas moi qui l'ai vu, mais il avait tirage donc bronchiolite. Il a prescrit à ce moment-là kiné respiratoire.

Est-ce qu'il a été hospitalisé ce petit pour ses bronchiolites ?

Il a été hospitalisé à 7 mois.

Au niveau de la sévérité, comment vous avez évalué la sévérité de l'asthme ? Sur quels symptômes cliniques ?

Sur l'état général, le comportement, sur la détresse respiratoire, s'il joue encore bien, s'il tousse un peu, si à l'auscultation il n'a pas de signe de détresse, pour moi c'est modéré. Sur la consommation de ventoline
A partir du moment où je n'ai pas besoin d'hospitaliser, pour moi c'est modéré.

Est-ce que vous avez eu recours à des examens complémentaires ?

Tout est clinique.

Vous ne faites jamais d'examen complémentaire ?

Sauf si à l'auscultation, j'entends une diminution du murmure vésiculaire, j'entends des ronchis, là je demande une radio pour voir s'il y a une pneumopathie ou quelque chose. Mais si c'est pour diagnostiquer une bronchiolite, je n'en fais pas.

Et là, vous avez fait le diagnostic d'asthme comment ?

C'est lors de son hospitalisation qu'ils ont posé le diagnostic d'asthme du nourrisson.

Sinon vous en général, comment faites vous le diagnostic ? Sur quels critères ?

Si c'est chez les tous petits, je fais comme ce qu'on apprend, à partir de 3 épisodes de bronchiolites suivants, je les déclare asthmatiques, mais après quand même j'ai très souvent l'habitude d'envoyer chez le pneumologue. Déjà aussi pour voir si ya pas une allergie derrière et en général, c'est le pneumologue qui pose le diagnostic définitif.
J'envoie très souvent au spécialiste pour pas passer à côté de quelque chose.

Donc radio, vous m'avez dit ce n'est pas systématique et l'enquête allergologique, c'est via le pneumologue qui décide quelle enquête il fait.

Oui c'est ça mais en général j'ai déjà quelques infos, je demande aux parents s'ils sont allergiques, si l'enfant a de l'eczéma mais en général j'envoie quand même chez le pneumologue.

C'est rare que je demande moi-même les phadiatop, j'en ai déjà demandé, pour des enfants plus âgés, 3-4 ans, mais pour les tout bébés, j'envoie chez le pneumologue.

Vous-mêmes les enquêtes allergologiques, les phadiatop, vous faites à partir de quel âge ?

Alors sauf si l'enfant fait vraiment des crises d'urticaire, s'il a des signes cutanés ou si c'est vraiment très récurrent qu'il a des signes de rhinite, je ne le fais pas avant 3 ans moi.

En général c'est aussi l'âge où les parents décident d'aller voir l'allergologue et finalement ils ne font pas grand-chose non plus, ils demandent phadiatop et ils attendent 5-6 ans.

Au niveau de l'environnement que demandez vous aux parents ?

S'ils ont des animaux, les moquettes, les moisissures de la maison, si la chambre est aérée et tout ça.

Que leur conseillez vous ?

D'aérer souvent les chambres, de nettoyer les poussières, d'enlever les moquettes les tapis, les chiens, les chats...

Au niveau des vaccinations, est ce que vous prenez des précautions particulières ?

Ben étant donné que maintenant le prevenar est systématique. Avant quand j'étais remplaçante, il me semblait que ce n'était que les enfants asthmatiques à qui on faisait le prevenar, maintenant c'est pour tous les enfants. Je sais plus si lui il a eu le vaccin contre la grippe. Non il ne l'a pas eu mais en général je le fais quand même pour les petits asthmatiques.

Est-ce que vous avez recours au kiné ?

Oui ça m'arrive très souvent car je trouve que ça aide vraiment l'enfant à mieux respirer. J'en ai fait faire à mon fils, je pense que c'est une expérience personnelle que je veux reproduire car j'ai vu le bénéfice flagrant alors je me dis que je ne vais pas priver l'enfant de ça. Dans le pire des cas, ce n'est pas efficace mais c'est pas grave. Les parents sont plutôt demandeur de la kiné d'ailleurs. Ils sont quand même au courant que c'est LE traitement de l'épisode de la bronchiolite, parce que dans leur entourage ils ont certainement des exemples d'enfant ayant eu besoin de kiné. C'est quand on ne leur propose pas, qu'ils se posent des questions.

Par rapport aux traitements, vous avez parlé de ventoline et d'antibiotiques, qu'avez-vous tendance à donner d'autre, à part la ventoline ?

Alors j'ai quand même tendance à donner des corticoïdes, je sais que les pédiatres sont pas trop pour les corticoïdes mais pour les bronchiolites j'en donne qd même par voie orale. Donc je donne celestene ventoline. S'ils ont de la fièvre, et que ya quand même des ronchis, j'ai tendance à donner des antibiotiques, amoxicilline dans la plupart des cas.

Donc ça c'est pour les crises, mais est-ce que vous introduisez les corticoïdes inhalés ?

Quand je trouve que c'est un peu plus sévère

D'accord, donc lors d'un premier épisode, vous ne donnez pas de corticoïdes inhalés ?

Non mais pour un tout petit de moins de 6 mois, si je pense qu'il nécessite des aérosols, je l'envoie aux urgences. Parce que je me dis qu'il est qd même limite pour moi et qu'il vaut mieux qu'il soit suivi de près. Et aux parents je leur conseille s'il ne va pas bien, s'il change de couleur d'aller aux urgences, c'est mieux de faire des aérosols, ça fera pas de mal, j'ai tendance à faire ça. Après quand ils sont plus grands 3-4 ans, là je me permets de mettre des aérosols et si c'est pas efficace, d'aller aux urgences.

Moi je fais vraiment aérosols pas à chaque fois mais quand c'est sévère oui sinon oui je fais ventoline flixotide en bouffée.

Est-ce que vous introduisez d'autres traitements ?

Flixotide ventoline celestene et antibiotiques plus ou moins.

Le singulier, est ce qu'il vous arrive de l'introduire ?

Non, sauf si le pédiatre dit que c'est asthme avéré. Mais en général il l'introduit

Pour vous les objectifs du traitement quels sont-ils ?

Pour le traitement de fond, c'est de réduire le nombre de crises
Et pour le traitement de la crise et bien c'est de traiter la crise !

Pendant combien de temps vous donner des CSI ?

7 jours de flixotide, 3 jours de celestene, pareil pour la ventoline

Minimum 7 jours, jamais plus longtemps ?

Euh non... En fait je mets sur l'ordonnance minimum 7 jours mais je dis aux parents de continuer la ventoline si par exemple l'enfant est encore essoufflé et je mets très souvent une dose dégressive de ventoline, c'est-à-dire dans les premiers jours assez souvent et de réduire progressivement mais de continuer la ventoline que matin et soir .

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ou est-ce que vous envoyez les enfants à l'école de l'asthme ?

Ah non je fais au cabinet, je ne savais même pas que ça existait l'école de l'asthme.

Ce sont des associations d'asthmatiques.

Mais c'est bien si ça existe, très souvent ce sont de jeunes mamans qui sont un peu perdues, moi je leur en parle une demi-heure, je ne sais même pas si elles retiennent grand-chose.

Alors que leur dites-vous ?

Les grandes lignes, de l'aération, de nettoyer. S'ils ont des animaux, de ne pas les faire entrer dans la maison. Mais en général, ils savent tout ça !

Et sur les traitements ?

Alors moi je leur conseille de donner les traitements des symptômes que je leur ai déjà prescrit et de prendre rendez-vous avec moi. Mais je leur demande quand même de donner le traitement, surtout la nuit. Je leur dit « si vraiment vous avez des doutes, s'il est en danger s'il change de couleur, vous allez aux urgences de suite, mais par contre s'il tousse un peu s'il siffle un peu sans signe de gravité, donnez-lui tout de suite ventoline et flixotide » en général elles ont déjà commencé, elles comprennent bien les traitements.

Et si un enfant n'est pas bien équilibré, que recherchez-vous ?

Si malgré le traitement de fond il continue à faire beaucoup de crises ?

Oui voilà c'est ça !

En dehors des allergies je vois pas trop. De toute façon, le traitement de fond, en général je ne l'introduis pas, c'est le pneumologue qui s'en occupe mais si ça suffit pas, je le renvoie au spécialiste.

En général les traitements que le spécialiste a introduits, soit je l'appelle pour demande un conseil thérapeutique, car les spécialistes autour sont assez accessibles ou alors je prends rdv directement rapidement pour demander si je dois augmenter. Mais je ne prends pas trop ces décisions-là, surtout si comme vous dites il n'est pas très bien équilibré !

Est-ce que vous les reconvoquez systématiquement pour le suivi de l'asthme ?

Non je les revoie souvent pour les vaccins, les visites de routine. Je ne les reconvoque pas systématiquement. Par contre j'ai tendance à rappeler les parents, si j'étais un peu inquiète si j'avais des doutes, pour demander si le traitement a été efficace.

Avez-vous des radios facilement dans le secteur ?

Oui pas de problème

Les spécialistes aussi ?

Oui, en fait ils sont très disponibles quand on les appelle, c'est facile de leur adresser.

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec le diagnostic d'asthme ? Est-ce que vous arrivez à gérer facilement cette pathologie ?

Oui à moins qu'il y ait des changements, en médecine tout change vite, ce qu'on a appris il y a 10 ans, n'est plus valable mais oui je pense que je m'en sors pas mal. Par contre la seule question que je me pose c'est « est ce que je mets un antibiotique ou pas, » ça je ne sais pas toujours. Par contre s'ils ont de la fièvre, je mets des antibiotiques, même si je pense fortement que c'est viral mais j'ai pas envie de regretter qu'en fait il y avait une surinfection derrière.

Et est-ce que les parents ils admettent facilement le diagnostic de l'asthme et tout ce que ça implique ?

Oui j'ai l'impression, ils prennent bien la nouvelle et ils le savent déjà eux-mêmes en général !

Entretien n°8

Comment avez-vous fait le diagnostic ?

Il a fait plusieurs bronchiolites quand il était tout petit, à répétition, à 7 mois. Il en fait énormément dans l'hiver, il a été plusieurs fois hospitalisé. Je pense qu'il a été hospitalisé au moins 3 fois.

Donc il a fait 3 épisodes de bronchiolites ?

Euh je ne peux pas vous donner de chiffres mais enfin disons que en fait dès la première crise, s'il a des sibilants, je pense qu'il est susceptible de faire de l'asthme.

On a souvent de l'asthme intriqué, quand on fait une bronchite, ya souvent de l'asthme intriqué.

Est-ce que vous avez fait des examens complémentaires ?

Pour les cas graves uniquement. Je l'ai adressé au pneumologue. Parfois j'adresse aussi à l'allergologue, mais pas lui.

Et des examens ?

Ils sont trop petits pour l'EFR...

Et la radio des poumons, est ce que vous l'avez faite ?

Non il n'en a pas eu besoin. Je la fais faire uniquement dans les cas graves.

Comment définissez-vous les cas graves ?

Des épisodes qui cèdent pas facilement, rebelles aux traitements en cours ou au traitement de la crise.

Celui-ci vous l'avez adressé au pneumologue. Est-ce que vous adressez systématiquement aux spécialistes en général et si oui pourquoi ?

Uniquement quand c'est vraiment gênant. Ou quand ils ont été hospitalisés, l'hôpital les revoit en général.

En ce qui concerne l'environnement, que demandez-vous aux parents ?

Oui bien sûr, on se méfie des climats, des poussières, des allergènes

Que leur conseillez-vous ?

Eviter les poussières, le chat le chien, les moisissures. Le chat c'est souvent

Au niveau des vaccinations, prenez-vous des précautions particulières ?

Oh non, le pneumocoque je le fais à tout le monde. Je fais tout à tout le monde. Je suis très vaccin moi.

Et la grippe ?

La grippe chez les petits qui ont eu des hospitalisations, oui. Ceux qui ont été en état d'insuffisance respiratoire, ils ont en besoin oui. Lui je ne l'ai pas vacciné parce ça s'est calmé par la suite.

Concernant les traitements qu'instaurerez vous ?

Chez les tous petits c'est le flixotide en traitement de fond. Anti allergiques quand c'est possible enfin il faut pas qu'ils soient trop petits. Et dans les phases aiguës, on est embêtés parce qu'on a plus les aérosols. Ça aidait beaucoup. Alors maintenant j'envoie plus souvent aux urgences. Un enfant qui est essoufflé, avec les pressions positives, c'est vite résolu.

Combien de temps laissez-vous les CSI ?

Au moins 3 mois de flixotide et encore ce n'est pas moi qui leur dit d'arrêter, c'est eux qui arrêtent quand ça va mieux. J'insiste pour qu'il y ait au moins 3 mois sinon c'est pas la peine.

Est-ce que vous instaurez du singulier ?

Oui mais chez les plus grands, après 3 ans.

Avez-vous des difficultés pour obtenir une radio ?

Non, c'est relativement facile.

Est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent facilement le diagnostic d'asthme quand on l'évoque ?

Oui, au contraire, ils anticipent souvent le diagnostic.

Avez-vous facilement accès aux spécialistes ?

Oui, nous avons un pédiatre dans le cabinet et avec l'hôpital, c'est assez fluide. Mais souvent il y a un passage aux urgences, quand les crises surviennent la nuit ou le week end.

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ?

Pas beaucoup je devrais en faire plus, au niveau des babyhaler.

Est-ce que vous adressez à l'école de l'asthme ?

Non, je devrais un peu plus.

Maintenant on a de bons résultats sur l'asthme, on ne voit pas beaucoup de gosses qui sont comme avant. C'est bien amélioré.

Entretien n°9

Donc tableau assez classique, plusieurs bronchiolites, donc à la 3^{ème}, j'ai considéré qu'il avait un asthme du nourrisson, c'était en décembre 2007. Il avait 9 mois.

Comment as-tu évalué la sévérité de ces bronchiolites ?

Je n'ai pas de débit expiratoire de pointe !

Alors ya 2 choses : t'as la clinique, tu sais t'as cet œil particulier qui se forme qui fait que tiens cet enfant je vais l'hospitaliser, il n'est pas bien, il a un tirage, il commence à avoir son petit silence, même d'être cyanosé, ça va pas du tout je vais l'hospitaliser. Tu sais même plus expliciter pourquoi mais tu sais qu'il faut l'hospitaliser. Ça ça arrive très rarement, fort heureusement. Mais quand j'évalue la spasticité de l'enfant, t'as le tirage évidemment, tous les muscles respiratoires accessoires et j'aime bien faire une accélération de flux pour sentir à la palpation, je prends le thorax derrière devant, j'appuie je sens une résistance des voies aériennes comme ça et quand j'ai un doute... En fait quand ils tirent quand ils ont des sibilants diffus et qu'on est au troisième épisode, qu'il a un asthme, je déclenche le babyhaler, le flixotide, etc...

Si j'ai un doute parce que c'est un peu entre les 2, qu'il n'a pas de sibilant qu'il ne tire pas vraiment, qu'il est encombré, il sèche pas mal, alors ça pourrait être un VRS classique et ben finalement je fais souvent cette manœuvre pour le dégager et puis j'essaie d'avoir le frein expiratoire. C'était un généraliste qui nous avait parlé de ça, la difficulté c'est de quantifier, faut sentir le truc, c'est-à-dire qu'à force de le faire, d'abord les enfants ils aiment bien, ça les gêne pas tu sais quand tu testes la résistance, ils rigolent plutôt les bébés et toi ça te met dans les mains, tiens là j'ai une résistance normale et là j'ai un frein expiratoire.

Sinon j'imagine sévérité, le gamin qui est complètement apathique, en sueurs, qui peut plus pleurer, qui est cyanosé et j'entends plus de sibilant, ça m'est arrivé de voir des enfants vraiment pas bien qd j'étais interne aux urgences mais au cabinet, ça ne m'est jamais arrivé d'envoyer un gamin à l'hosto, ça m'est jamais arrivé.

Et sur le long terme j'évalue la quantité de ventoline consommée, si ya un retentissement sur sa vie quotidienne, s'il fait des crises la nuit.

Est-ce que tu as fait des examens complémentaires ?

Pour un asthme du nourrisson, non.

En ce qui concerne la radio ?

Pour moi quand j'ai 3 épisodes bronchiques, c'est un asthme d nourrisson, je déclenche le babyhaler le flixotide etc...

Si je me pose d'autres questions, la question d'une pneumopathie d'un foyer, et d'une trachéomalacie quand ils sont tout petits oui bien sûr je demande une radio.

Donc je demande une radio mais pas particulièrement pour conforter mon diagnostic d'asthme, c'est plutôt pour le diagnostic différentiel.

Ça m'arrive de faire des radios mais j'ai fini par l'envoyer chez le pneumologue pour faire des EFR quand il est suffisamment grand, des tests allergo, etc... ya tout un suivi. Mais petit, pour le diagnostic d'asthme du nourrisson, je ne me pose pas 10 milliards de questions. Ils arrivent, c'est la 3^{ème} fois qu'ils ont eu de la kiné, je déclenche, je considère que c'est un asthme du nourrisson.

Par rapport au spécialiste, est ce que tu l'as adressé et si oui pourquoi ?

Non je me suis débrouillé tout seul. Je crois que c'est 15 à 20% des enfants qui ont un asthme avant 6 ans, la plupart je les gère tout seul et quand j'ai des problématiques particulières, quand j'ai du mal à les gérer, quand tu n'as pas une évolution très favorable autour de 6 ans, oui là je déclenche.

Alors le bilan allergo avant 7 ans je trouve que c'est difficile d'avoir du positif, c'est toujours bien si t'as déjà un gros gros terrain atopique sévère et peut être du positif avant 7 ans, ya sûrement un intérêt de faire un test allergo mais souvent je commence à en parler aux parents à partir de 7 ans.

Et donc qd il continue à avoir des symptômes asthmatiformes après 6 ans, je les envoie facilement voir le pneumo, pas forcément en urgence, pour pouvoir faire des EFR, des tests allergo et vérifier les autres éléments. Après c'est différent s'ils font des pneumopathies à répétition. S'ils font des pneumopathies, des complications à répétition, si j'ai un doute sur une trachéomalacie etc, là c'est différent, ce qui ne m'est pas arrivé.

Mais sinon avant 3 ans, j'envoie rarement au pneumopédiatre. Pourtant ya des pneumopédiatre à mérignac, mais je trouve que c'est assez facilement gérable et on ne pourrait pas envoyer 15 à 20 % des gamins chez le pneumopédiatre.

En ce qui concerne les vaccinations, prends-tu des précautions particulières ?

Je les vaccine contre la grippe systématiquement, je fais des demi doses avant 1 an. Et tous les ans je leur fais la vaccination contre la grippe. Parfois il faut batailler pas mal avec les parents, donc je ne dis pas que tous mes enfants asthmatiques ont la vaccination anti grippale mais je le propose assez systématiquement aux enfants asthmatiques mais pas forcément à ceux qui ont un asthme du nourrisson. En fait je pense qu'après 6ans, un asthmatique, il a sa vaccination anti grippale, avant 6 ans aussi si je pense qu'il a un gros terrain atopique. Mais je ne pense pas faire une proposition antigrippale à tous ceux qui ont un asthme du nourrisson. Alors il faut dire que souvent tu les vois quand ils ont leur épisode rhinopahryngé etc , après y en a certains que tu suis. On en voit beaucoup des enfants en intervention ponctuelle pour des asthmes du nourrisson, des enfants que tu ne suis pas forcément et donc je pense qu'il faut un peu plus, que j'enrichisse sa vaccination antigrippale. Je pense que c'est qd ya un terrain atopique en plus et que je me dis que sa problématique ne va pas disparaître après 6 ans.

En ce qui concerne les traitements, tu m'as parlé de flixotide, de ventoline... est ce que tu prescris autre chose comme traitement ?

Oui pour un asthme du nourrisson, je reste souvent sur de la flixotide et de la ventoline avant la flixotide, ou au moment de la crise, pour une toux réfractaire, rebelle. Souvent je rajoute si ce n'est pas suffisant en traitement de fond, je rajoute souvent de l'aérius mais c'est tout. Après les anti leucotriènes, et compagnie, c'est plus pour un beau terrain atopique, un truc bien cogné sur le plan atopique. Aérius assez facilement, quand j'ai besoin d'un petit coup de pouce supplémentaire, j'en mets souvent.

Et le singulier, c'est toi qui l'introduis ou tu laisses le pneumo le prescrire ?

C'est souvent le pneumo, mais ça m'est arrivé d'en prescrire. Et les bronchodilatateurs d'action lente, ça peut m'arriver de moi-même en prescrire sur un asthme peu classique, mais chez les tous petits, c'est souvent le pneumologue qui va gérer ça. Moi j'en prescriis rarement, à partir de 2 ans, donc lui je ne lui en ai pas prescrits.

On a deux pneumos sur saint médard, alors ça facilite un peu les choses. Ils ne sont pas pédiatres mais ils voient pas mal d'enfants.

Fais-tu appel au kinésithérapeute ?

Oui très souvent, alors pour un asthme non, mais pour la bronchiolite très souvent. Désobstruction rhinopharyngée puis kiné. Et puis pour les formes un peu mixtes des fois, ils sont encombrés, ils ont probablement une spasticité, je déclenche la kiné assez facilement et pour des cas particuliers, je déclenche un kiné très spécialisé qui fait beaucoup de kiné à l'hôpital, il fait du drainage autogène, il ne fait pas que de l'accélération de flux. Quand on a un enfant qui fait de l'asthme un peu compliqué ou qui s'encombre très facilement ou qui a des pathologies associées. J'ai des petits avec des encéphalopathies etc... j'active souvent un kiné qui a vraiment l'habitude et qui fait donc du drainage autogène. Je n'ai pas eu de trachéomalacie, parce qu'il y a des contre-indications à l'accélération de flux, mais dans ce cas il faut un drainage autogène.

En ce qui concerne l'environnement, que demandes tu aux parents ?

De bien aérer, régulièrement, même s'ils sont en ville, de pas mettre de moquette, d'éviter les contre plaqués, les colles, les peintures des chambres riches en allergène. Ce que je leur demande d'éviter, même si ça a bien d'autres vertus, avec l'irritation du chlore, quand il y a un asthme du nourrisson, ce n'est peut-être pas l'activité idéale. A la maison, c'est surtout d'aérer et ensuite je pense qu'il y a un moment, il y a 10 ans je devais déconseiller d'avoir des animaux et maintenant c'est plus du tout ce que je fais car finalement il vaut mieux les sensibiliser. Ils sont moins souvent malades, à la ferme à la campagne qu'en ville, donc faire une éviction de tous les animaux, ce n'est probablement pas très utile. Les antiacariens dans les matelas, le problème c'est que ça marche pendant un an, que les acariens reviennent, les produits sont souvent irritants, alors c'est très marketing alors qd tu vas chez autour de bébé et que t'as envie d'acheter tout ça mais ça ne sert pas à grand-chose.

Est-ce que tu fais de l'éducation thérapeutique ?

On croit tous faire de l'éducation thérapeutique, j'aime bien expliquer les choses. Faire de l'éducation, on en fait en fait beaucoup moins qu'on imagine notre idéal d'éducation thérapeutique. Donc l'idéal ce serait qu'ils aillent à l'école de l'asthme avec des éducateurs formés pour l'éducation thérapeutique et que leur éducation, avec leur suivi, leurs objectifs, etc.. et moi je ne le fais pas assez, clairement. J'ai des patients qui font partie du réseau asthme 33. Je suis un peu fainéant sur le plan de

la paperasse mais quand je vois qu'il y a un gros travail d'éducation, oui j'ai dû en inclure 8 ou 9 en 10 ans, ça ne fait pas beaucoup.

Et si un enfant n'est pas très bien équilibré, que fais-tu, que recherches-tu ?

Je cherche à savoir s'il prend bien son traitement, s'il a bien compris, si la chambre d'inhalation n'est pas saturée. Est-ce que les parents secouent bien le dispositif, est ce que qu'ils font 10 mouvements respiratoires et pas 10 secondes. Comment nettoient-ils la chambre avec l'électrostatisme ? quel type de chambre ils utilisent ? J'insiste bien sur le rinçage de bouche après le traitement de fond, même si ce n'est pas par rapport à la prise. Est-ce qu'il le fait assis ou debout ? Parce que s'il le fait couché, il ne va pas bien prendre son produit. Est-ce que les parents sont observants ? est ce qu'ils galèrent pour faire prendre à leur enfant le traitement. Est-ce qu'il prend ça comme un jeu. Est-ce qu'ils ont bien compris l'intérêt du traitement ? Alors souvent je leur explique qd on a un asthme du nourrisson après 3 épisodes, il y a une inflammation et un peu de spasmes, c'est quand même fréquent chez les enfants, yen a beaucoup. L'intérêt c'est de commencer un traitement de fond dès maintenant, parce que vous vous posez peut-être la question s'il commence déjà de l'asthme, qu'est-ce que ça va être comme gravité de son asthme derrière. Au contraire, l'asthme du nourrisson, la plupart du temps, ça disparaît à 6 ans. Si ça continue derrière, c'est un véritable asthme mais il est de très bon pronostic si on commence le traitement tôt et donc vu qu'ils savent, c'est l'intérêt de dire au 3ème épisode, on y va, que si derrière il a un véritable asthme, il sera très bien contrôlé, bien mieux que ceux qui commencent finalement plus tardivement. Donc en général, ils le font. Donc ya cette dimension là sur laquelle j'insiste pas mal et en général, je n'ai pas l'impression d'avoir trop de problème d'observance. Et le tabac, ben tu le sens quand les parents fument et t'en remets une petite couche dans la voiture ou la maison. Souvent ils te disent « non, mais je ne fume que dehors »

Donc est ce qu'il y a une bonne observance. Ensuite toute les problématiques infectieuses associées parce que franchement avant 6 ans, c'est souvent contemporain de viroses. Et puis, des facteurs associés inadaptés à la maison, en particulier le tabac des parents. Est-ce que j'ai d'autres arguments pour un gros terrain atopique, d'autres types d'allergies, sur lesquelles je vais aller plus rapidement sur l'antihistaminique. Ya aussi une question de dose, c'est proportionnel, quand ils ont leur ventilation dans le masque, tu peux aller assez facilement même chez les tous petits jusqu'à 125 µg de flixotide, parce que finalement ils vont prendre une dose proportionnelle à leur ventilation. Donc je ne reste pas forcément à 50 µg.

Est-ce que tu as l'impression d'avoir accès facilement à une radio des poumons ?

Oui

Et l'accès au spécialiste ?

Oui aussi

On a un cabinet de radio qui est pas forcément terrible en termes de clichés par contre ce qu'on doit souligner, c'est que j'arrive à avoir une radio dans la journée, ils sont assez réactifs.

Pour les spécialistes, c'est assez facile d'avoir un rdv mais le délai n'est pas forcément rapide. Mais bon on a rarement besoin d'une rdv dans la minute, c'est bien qu'ils voient les patients un peu après la bataille avec un peu de recul.

Est-ce que les parents admettent facilement le diagnostic d'asthme ?

Alors là je différencie l'asthme de l'asthme du nourrisson. L'asthme du nourrisson, tu expliques les critères, qu'au 3ème épisode c'est un asthme du nourrisson. Point. L'intérêt, c'est qu'on va commencer un traitement spécifique, et pas faire que de la kiné etc... parce que ça a un intérêt pour la suite et d'autant plus tu leur dis souvent pour tempérer un peu l'annonce, qu'à 6 ans ça disparaît. Et si ça ne disparaît pas, c'est intéressant de commencer dès maintenant. Donc ça ils l'admettent facilement. Après un asthme véritable après 6 ans, des fois t'as l'impression que le patient a bien compris, la relative imprévisibilité, etc... et en fait tu dois revenir souvent à la charge. Là où c'est typique, c'est le jeune adulte, qui nie et qui minimise, au moment de la lune de miel de l'adolescence, ça a du mal à rentrer. « J'ai eu un asthme mais j'en ai plus ».

L'asthme du nourrisson ça passe très bien. Ça ne les inquiète pas trop, quand tu leur dis qu'il y a 15 à 20 % des enfants de moins de 6 ans, que le pronostic est bon, ils ne sont pas inquiets.

Entretien n°10

Quel âge a ce patient ?

Il avait un an, je l'ai vu en consultation avec sa maman, qui l'emmène parce qu'il est enrhumé. C'est une famille avec beaucoup d'enfants, milieu social défavorisé, jeune maman qui veut plein d'enfants. Il respire normalement, il a le nez pris, mais il tire pas du tout il n'a pas du tout de signes de gravité. Ça ronfle pas mal en haut. Je le déshabille entièrement, il a qd même les

yeux qui coulent, il a le nez complètement bouché. Et à l'auscultation, il n'a pas de foyer mais j'entends des sibilants. Je pose le stéthoscope des 2 côtés.

[C'était son premier épisode sifflant ?](#)

Oui c'était son premier épisode.

[Donc il n'avait pas de signe de lutte, pas de tirage. Sinon comment tu évalues la sévérité ?](#)

Je regarde l'abdomen voir s'il tire un peu au niveau du thorax, au niveau du ventre. S'il a une polypnée. S'il a une cyanose. Enfin ça c'est vraiment extrême. Après il avait un comportement normal. Il n'était pas rapide.

[Est-ce que tu l'as revu cet enfant ?](#)

Oui bien plus tard, mais pour une autre raison.

[Comment tu as fais le diagnostic d'asthme ?](#)

Ben là je ne sais pas si c'était une bronchiolite ou un asthme véritable, le truc c'est qu'il y avait dans la famille des antécédents chez ses frères et sœurs. Chez la maman aussi. Je n'ai pas vu d'antécédent chez lui dans le carnet de santé, mais à 1 an c'était peut-être le premier épisode. On était au début de l'hiver, il en a peut-être refait après.

Enfin en pratique, j'évalue le nombre de fois où il y a des sibilants pendant la consultation, si ça persiste, si ya des antécédents dans la famille.

[Est-ce que tu connais la définition de l'asthme des recommandations HAS ?](#)

Je crois qu'il faut 3 épisodes sifflants.

[Est-ce que tu fais des examens complémentaires ?](#)

Pour un premier épisode, non. Mais j'envoie assez facilement chez le pneumo. Pour une suspicion d'asthme ou des bronchiolites à répétition en fonction de ce que je vois dans le dossier, l'antériorité.

[Est-ce que tu fais une radio des poumons ?](#)

Non pas systématiquement, seulement si j'entends un foyer.

[Comment tu évalues la sévérité de l'asthme en général ?](#)

En fonction de la fréquence de l'utilisation de la ventoline, plusieurs fois par semaine voire plusieurs fois par jour. Mais bon chez les enfants de moins de trois ans c'est plutôt sur les signes de gravité d'une crise, les moments de la crise, le nombre de crises.

[Concernant l'environnement, que demandes tu aux parents ?](#)

Le mode chauffage, le chauffage électrique qui assèche l'air. Si il y a un tabagisme passif. Si dans la famille ya des antécédents d'asthme ou d'allergie, d'eczéma. Ce qu'il y a dans le lit de l'enfant, si ya des peluches, des poupées.

[Que leur conseilles tu ?](#)

D'humidifier la chambre, sans trop chauffer, de bien aérer la chambre tous les jours. D'éviter les peluches dans le lit.

[En ce qui concerne les vaccinations, prends-tu des mesures particulières ?](#)

Je fais le pneumocoque pour tous les enfants mais encore plus pour les asthmatiques !

La grippe, je vaccine à partir de 2 ans.

[Est-ce que tu fais une enquête allergeo toi-même ou tu laisses faire le pneumo ?](#)

Je laisse facilement faire le pneumo.

[En ce qui concerne le pneumo pédiatre, adresses tu l'enfant systématiquement ?](#)

Non quand je sens qu'il n'est pas très bien équilibré, qu'il fait de nombreuses crises, qu'il y a un gros terrain allergique

[Est-ce que tu fais appel au kiné ?](#)

Pour les bronchiolites oui, un peu moins actuellement car j'ai lu que c'était un peu controversé. Mais quand je vois que ça peut soulager physiquement l'enfant, quand je vois qu'il ne sait pas bien tousser, j'envoie pour faire un drainage bronchique.

En ce qui concerne les traitements, qu'as-tu prescrit ?

Alors flixotide matin et soir et ventoline matin midi et soir avec le babyhaler. Ventoline 10 jours et flixotide 10 jours.

C'est toujours 10 jours ou ça peut être plus long pour les CSI ?

Ça dépend s'il y a d'autres antécédents. Ya des enfants je leur mets pour 2-3 mois, pour passer l'hiver quand ils font des crises répétées.

Est-ce que tu mets autre chose en place ?

Je conseille les lavages de nez, les antihistaminiques en fonction des allergies.

Est-ce que tu prescris du singulier ou est ce que tu laisses le pneumo le faire ?

Non je laisse le pneumo faire. Donc lui il n'en a pas eu.

Est-ce que tu fais de l'éducation thérapeutique ?

J'en ai parlé une fois. Je leur explique et leur montre comment s'utilisent les dispositifs. D'abord la ventoline puis la flixotide.

Est-ce que tu aurais tendance à reconvoquer les enfants spécialement pour le suivi de l'asthme ?

Oui ça m'arrive de leur dire de repasser pour réévaluer.

Si un enfant est mal équilibré, que recherches tu ?

J'envoie chez le pneumo ! Je cherche des allergies, la fumée des parents. Je fais une radio, je cherche un diagnostic différentiel.

Est-ce que tu as accès facilement à une radio ?

Pas vraiment. Ce n'est pas si simple.

Te sens tu à l'aise avec le diagnostic d'asthme ?

Je me sens à l'aise avec le diagnostic mais un peu moins avec les traitements en ce qui concerne la durée de prescription, l'ajout de singulier.

Est-ce que tu as l'impression que les parents admettent bien le diagnostic d'asthme ?

Ça a l'air d'aller, ils acceptent bien. Je vois très souvent des cas avec antécédents familiaux donc c'est même eux qui m'en parlent en premier. Et puis je les rassure en leur disant que c'est une maladie si elle est bien prise en charge, qui se traite facilement. Qu'il va falloir qu'ils apprennent à se servir des traitements, mais qu'après il n'y a pas forcément de limites dans les activités quotidiennes !

Entretien n°11

Quels ont été les premiers symptômes ?

Les premiers symptômes au départ étaient des symptômes de rhinite et ensuite il a fait 3 bronchites sifflantes vers l'âge de 1 an.

Comment avez-vous évalué la sévérité de ces épisodes ?

Cliniquement, il n'y avait pas de facteur de gravité, il avait une dyspnée sifflante mais il n'avait pas de signe de tirage, pas de signe de lutte, c'était pas trop méchant.

Et comment évaluez-vous la gravité de l'asthme ?

Sur le nombre de crises malgré les traitements de fond.

Vous avez fait le diagnostic d'asthme au bout de la 3ème crise, vous m'avez dit...

Oui c'est bien ça, au bout de la 3ème crise.

Est-il toujours asthmatique ?

Non il n'est plus asthmatique et il a terminé une désensibilisation fin 2014.

Avez-vous fait des examens complémentaires pour vous aider dans le diagnostic ou pour le diagnostic différentiel ?

Il a eu une radio des poumons après la 3^{ème} bronchite et il a vu l'allergologue pour ses 6 ans avec une pléthysmographie et les tests allergiques.

Est-ce que vous envoyez systématiquement chez l'allergologue ou pas ?

Assez fréquemment, très régulièrement, allergologue ou pneumologue.

A partir de quel âge ?

Pas avant 3 ans, c'est sûr.

Au niveau de l'environnement, que demandez-vous aux parents ?

Je demande si ya des animaux, si ya des peluches s'ils fument si ils aèrent.

Alors que leur conseillez-vous par la suite ?

D'arrêter de fumer ! de pas fumer dans la maison, ni en présence de l'enfant. Pour ce qui est des animaux, éviter que les animaux domestiques rentrent dans la chambre de l'enfant et aérer régulièrement la chambre.

Au niveau des vaccinations est ce que vous vaccinez comme tous les autres enfants ou est-ce que vous prenez des précautions particulières ?

Je vaccine comme tous les autres enfants. Si l'asthmatique a fait des grosses crises, je vaccine contre la grippe.

A partir de quel âge ?

Pas les enfants de moins de 3 ans en tous cas

Vous m'avez parlé du pneumologue, est ce que vous adressez systématiquement ou est ce que c'est plutôt quand vous avez quelques difficultés avec l'enfant.

Plutôt quand j'ai quelques difficultés.

Est-ce que vous faites appel au kiné ?

Chez les petits oui, très régulièrement, quasi systématiquement même. Quand c'est encombré, ça aide bien à évacuer.

Concernant les thérapeutiques, que lui avez-vous prescrit ?

Les deux premiers épisodes, il a eu du primalan puis de l'aerius parce que c'était plus rhinite et ensuite il a eu flixotide matin et soir que j'avais conseillé sur 2 mois, ventoline en cas de besoin et les 2^{ème} et 3^{ème} bronchites sifflantes, il a eu celestene et solupred.

Quand vous prescrivez des CSI, combien de temps vous le prescrivez ?

C'est un temps suffisamment long au départ, donc minimum 1 mois et après en fonction de la répétition des crises plus souvent ou s'il a une gêne entre les crises.

Et est-ce que vous prescrivez autre chose que tout ce que vous m'avez dit ?

Eventuellement des corticoïdes par voie nasale s'il y a une rhinite importante.

D'accord, le singulier est ce que ça vous arrive d'en prescrire ?

Oui mais en 2^{ème} intention je dirais, mais j'en prescris oui ça m'arrive de le faire aussi.

A partir de quel âge ?

6 mois

Est-ce que vous faites des consultations dédiées à l'asthme ou est-ce que les consultations de routine suffisent pour le suivi de l'asthme ?

Oui je fais des consultations dédiées pour qu'ils me montrent comment ils utilisent le traitement quand il y a un traitement de fond donc soit la chambre d'inhalation, soit un traitement par inhalateur direct quand ils sont plus grands.

Est-ce que vous faites de l'éducation thérapeutique ?

Euh oui, à ma petite sauce ! Enfin moi je leur montre toujours comment il faut utiliser l'appareil, et puis ben je conseille le sport, la prévention du tabagisme.

Est-ce que vous adressez les enfants à l'école de l'asthme ?

Non

Si un enfant est mal équilibré, que faites-vous, que recherchez-vous ?

Je recherche s'il y a eu une exposition allergénique particulière, est ce qu'il y a une modification d'environnement, j'interroge aussi s'il y a des modifications psychologiques parce qu'il peut y avoir des interactions, ça n'est pas que l'allergie dans l'asthme. Ben éventuellement si ça se dégrade, je peux faire des examens complémentaires, je peux refaire une radio du poumon et puis si vraiment c'est dégradé, c'est dans ces cas-là que j'adresse au pneumologue ou à l'allergologue si ça a un terrain allergique.

Est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent bien le diagnostic ?

C'est un peu difficile pour eux parce que quand on leur dit maladie chronique traitement de fond, cortisone, ça y est c'est lâché. Ça leur fait quand même un petit peu peur. Et puis s'il y a des antécédents familiaux, il faut reconnaître que l'asthme était quand même beaucoup plus difficile à soigner du temps de mes débuts, il y a 30 ans, il y avait quand même beaucoup plus d'exacerbations, d'hospitalisations pour asthme. On a quand même maintenant à notre disposition un arsenal thérapeutique qui marche plutôt pas mal.

Est-ce que vous avez des difficultés à obtenir une radio rapidement dans le coin ?

Non, c'est facile.

Est-ce que vous avez accès facilement aux spécialistes ?

Oui aussi

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec ce diagnostic ?

Je me sens plutôt à l'aise, parce que pendant mon internat j'ai fait 6 mois en pneumologie. Donc ça aide, j'ai de bons restes.

Entretien n°12

Donc sur quels critères vous avez le diagnostic d'asthme pour ce petit ?

Toux répétitive, toux à l'effort, toux au rire, donc en jouant on va dire et épisodes de sifflement.

Quel âge avait-il quand vous l'avez vu pour ses premières manifestations ?

Il avait 14 mois.

Est-ce que vous avez dû l'hospitaliser ?

Non

Et est-ce que vous avez fait le diagnostic d'asthme sur le premier épisode ?

Non, c'est au bout de plusieurs épisodes je ne sais plus, peut-être au bout du 4ème épisode similaire

Est-ce que vous avez eu besoin de faire des examens complémentaires ?

Je l'ai envoyé chez le pneumologue parce que j'envoie très facilement chez le pneumologue

D'accord donc vous ne faites pas d'examen complémentaires, comme une radio par exemple ?

Lui il n'avait pas eu de grosse fièvre ou de choses comme ça donc non

Au niveau des enquêtes allergologiques, c'est via le pneumologue que ce sera fait.

Ensuite ces patients est-ce qu'ils reviennent vous voir ?

Oui toujours et comme c'est des petits, il y a plein de pathologies régulières et récurrentes donc je les vois souvent et je fais le suivi de façon conjointe avec le pneumologue.

Le pneumologue c'est vraiment pour poser le diagnostic de façon claire comme ça, ça aide la famille aussi à prendre conscience des choses pour valider des traitements avec les aérosols sur des longues durées parce que souvent les parents quand ça va mieux ils arrêtent. Comme ça le pneumologue il valide bien les choses avec les parents.

Sur quels critères vous vous basez pour évaluer la sévérité ?

Ben sur les critères cliniques, suivant l'âge on les fait souffler dans le peak flow mais on ne peut pas toujours et puis s'il y a eu des hospitalisations, des rappels de médecins rapidement, des détresses respiratoires, des essoufflements. S'il consomme beaucoup de ventoline, s'ils arrivent à faire du sport...

Au niveau de l'environnement que demandez-vous aux parents ?

Oui je fais quand même toujours une enquête sur les allergènes, sur le lieu d'habitation les animaux en priorité ; le tabac chez les parents.

Et que leur conseillez-vous ?

D'ouvrir, de bien aérer, de pas avoir de choses avec les acariens, pas d'animaux et de ne jamais fumer à l'intérieur.

En ce qui concerne les vaccinations ?

Je vaccine comme tous les autres enfants.

En ce qui concerne la grippe ?

La grippe, c'est plus délicat je vaccine pas systématiquement contre la grippe les enfants de moins de 3 ans. Tout dépend du contexte.

Quels traitements avez-vous mis en place ?

J'ai mis en route flixotide ventoline et ensuite j'envoie chez le pneumologue.

Est-ce que vous mettez en route autre chose ?

Chez les tout petits non. Après tout dépend l'âge. Si je n'ai pas de critères d'allergies, moins de 3 ans, je prescris rien d'autre. Si j'ai une suspicion forte d'allergie, je rajoute un antihistaminique. Et parfois du singulair. Et au moment de la crise, je rajoute des corticoïdes par voie orale.

A partir de quel âge le singulair ?

A partir de 2 ans.

Quels sont les objectifs de votre traitement ?

Moins de toux, moins d'épisodes de sifflements.

Est-ce que ça vous semble facile d'avoir une radio dans le coin ?

Oui sans problème.

Et l'accès aux spécialistes ?

Ya un délai, mais dans l'ensemble on y arrive !

Est-ce que vous avez recours au kinésithérapeute ?

Oui assez fréquemment

Est-ce que vous reconvoquez les enfants pour le suivi de l'asthme ou est-ce que les examens de routine suffisent ?

Pour les tous petits, je les vois pour les examens de routine, on les voit pour les bilans, pour les petites pathologies ORL, donc on les voit régulièrement. Je ne fais pas de consultation dédiée à l'asthme.

Est-ce que vous faites appel à l'école de l'asthme ?

Pas pour les moins de 3 ans.

Si jamais un enfant est mal équilibré, que recherchez-vous ?

Des facteurs de décompensation infectieuse en premier et puis ensuite environnementaux.

Est-ce que vous pouvez dire que le diagnostic d'asthme est facile à faire ? est-ce que vous êtes à l'aise avec cette pathologie ?

Pas facile à faire car des bronchiolites, on en a beaucoup et des enfants touseurs aussi, ce n'est pas pour ça qu'ils sont asthmatiques. C'est quelque chose pas très compliqué mais pas toujours évident de faire le diagnostic.

Est-ce que vous avez l'impression que les parents admettent bien ce diagnostic quand on l'évoque ?

Assez bien, si on leur explique que ça devrait bien évoluer avec l'âge, qu'il y a des traitements s'ils sont bien conduits, qu'il n'y a pas de raison d'avoir de soucis graves. C'est pour ça que je fais appel aussi souvent au pneumologue comme ça il y a deux personnes qui posent bien le cadre dès le début.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : L'asthme représente un problème de santé publique du fait de sa fréquence, des comorbidités, de la morbi-mortalité, et du poids économique généré. C'est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant. Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de soins primaires, a un rôle à jouer dans le diagnostic puis dans le suivi et l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille. L'objectif de cette étude est d'analyser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois.

Méthode : Etude observationnelle et transversale type enquête de pratique déclarative réalisée auprès des médecins généralistes de 3 communes du Médoc (33). L'entretien était guidé par un questionnaire semi-directif construit en miroir des recommandations officielles.

Résultats : 12 médecins ont été interviewés. Les médecins généralistes disent ne pas éprouver de difficulté dans le diagnostic d'asthme et déclarent réaliser une radiographie des poumons dans la majorité des cas pour éliminer un diagnostic différentiel conformément aux recommandations. Le recours aux examens allergologiques présente des disparités. La vaccination antigrippale est insuffisamment pratiquée. Le traitement de fond est partiellement conforme aux recommandations, puisque les médecins prescrivent les corticoïdes inhalés selon les recommandations mais pas suffisamment longtemps.

Conclusion : Malgré l'existence de recommandations officielles sur la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois, notre étude met en évidence des disparités à différentes étapes de cette prise en charge. Si ces résultats sont confirmés à plus grande échelle, des mesures seront à mettre en œuvre pour mieux adapter les recommandations de bonne pratique à la Médecine Générale.

Discipline

Médecine Générale

Mots clés

Asthme - nourrisson – enfant - prise en charge - enquête de pratique - médecine générale

UFR des Sciences Médicales

Département de Médecine Générale

Université de Bordeaux Segalen

146 rue Léo Saignat

33076 Bordeaux Cedex