



HAL
open science

Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson : évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des stratégies de prise en charge

Alix Armengau

► To cite this version:

Alix Armengau. Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson : évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des stratégies de prise en charge. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938987

HAL Id: dumas-01938987

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938987v1>

Submitted on 29 Nov 2018

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.



**Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson:
évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des
stratégies de prise en charge**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Alix ARMENGAU

Née le 21 mai 1989 à Versailles (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	Assesseur
Monsieur le Docteur CHETTI Mourad	Directeur
Monsieur le Docteur VINCEY Christian	Assesseur



**Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson:
évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des
stratégies de prise en charge**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Alix ARMENGAU

Née le 21 mai 1989 à Versailles (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	Assesseur
Monsieur le Docteur CHETTI Mourad	Directeur
Monsieur le Docteur VINCEY Christian	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs

DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur

P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs

R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur

P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRANELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. A mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe DUBUS

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ce jury. Soyez assuré de toute ma reconnaissance ainsi que de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX :

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici, l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Sébastien ADNOT

Je suis honorée de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mon sincère respect.

A Monsieur le Docteur Mourad CHETTI

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être le directeur de cette thèse. Je vous remercie pour votre aide, votre soutien, et pour la confiance que vous m'avez accordée. Vous avez tout mon respect et ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Christian VINCEY

Je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de votre présence en ce jour si important. Vous m'avez apporté un grand nombre de connaissances sur notre belle profession, mais également sur la vie tout simplement. Votre place prend tout son sens en ce jury à mes yeux et pour ce vous avez ma plus grande reconnaissance.

A ma Maman

Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu m'as apporté. Pour tout ton amour, ta bienveillance et les valeurs que tu m'as inculquées. Tu as été patiente durant ces 10 dernières années, tu m'as toujours soutenue et encouragée. Merci Maman.

Merci également à Jean-Claude, sans qui tu ne serais pas aussi épanouie, et moi non plus !

A mon Papa

Sans toi non plus je n'en serais pas là, merci pour ta présence, ton soutien, tes bons conseils et pour ton amour. Un remerciement spécial pour ton aide précieuse dans la dernière ligne droite. Merci Papa.

Merci également à Maria, qui est à tes côtés et là pour Antoine et moi depuis si longtemps.

A mon Jérôme

Merci pour tout cet amour que tu me portes. Merci d'être aux petits soins avec moi, tu sais toujours me rassurer, même quand le stress prend le dessus ! Merci d'être qui tu es, je t'aime fort.

A ma grand-mère

Ma petite mamie, merci pour ta belle philosophie de vie, tu es un si bel exemple à suivre
Merci d'avoir toujours été ma plus grande supportrice, moi je suis ta plus grande fan !

A ma Mina

Merci à toi ma petite Mina, tu es une grand-mère merveilleuse, une véritable force de la nature, merci d'avoir toujours été là, je te dois beaucoup.

A mon frère Antoine

Merci pour ton amour. Ta présence me manque. Je suis si fière de toi, hâte de vous revoir toi et ta femme Cécile. Je t'aime petit frère.

A Maëlla

Mon petit ange... Il y a la famille, et puis il y a les amis... et puis il y a les amis qui deviennent la famille...
Je t'aime si fort ! Merci pour tout.

A Nana :

Ma Maïté... Merci d'être mon amie, première rencontre sur Marseille, on a eu de beaux moments, et tellement d'autres à venir... tu es une amie en or. Merci ma Nana.

A Juliette :

Duo de boucans formé dès le premier jour des choix de stages d'internat. Une rencontre improbable mais finalement tellement évidente ! On se sera soutenues jusqu'au bout ma juju, merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A Clémence :

Merci à toi colloc de choc ! Tu sais toujours donner le sourire, superbe rencontre.

A tous mes co-internes :

Amélie, Fabien, Jimmy, Oday, Seb, Simon... on a bien rigolé, tout en travaillant bien sûr !
Merci à mes co-internes sur Montolivet : Romain, Julie, Milou et Emilie... vous êtes des collègues au top, j'ai adoré travailler avec vous on a passé de bons moments !

A mes maîtres de stage :

Un grand merci au Pr. A.P GILLE qui m'a tant aidée, épaulée et enseigné. Je ne vous remercierais jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Merci aux médecins avec qui j'ai travaillé lors de mon SASPAS.

Merci aux chefs des urgences de Aix en Provence qui m'ont beaucoup appris.

Merci aux chefs du cours séjour du Centre Gérontologique Départemental de Marseille : passer mon dernier stage d'internat chez vous m'a apporté tellement de connaissances et de nouvelles perspectives professionnelles. Merci vous avez été géniaux.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	3
I.1.	Rappel historique : l'interdiction de prescription des médicaments antitussifs, mucofluidifiants et mucolytiques chez le nourrisson de moins de 2 ans en 2010-2011	3
I.2.	Conséquences de cette interdiction de prescription d'antitussifs chez les nourrissons pour les médecins généralistes	7
I.3.	Vécu des parents face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson.....	9
II.	METHODE.....	10
II.1.	La recherche bibliographique :	10
II.2.	Le choix d'une étude qualitative :	10
II.2.1.	Méthode d'étude qualitative :	10
II.2.2.	Des entretiens individuels semi-dirigés :	10
II.3.	Le choix de la population étudiée	10
II.3.1.	Critères d'inclusion et d'exclusion :	10
II.3.2.	Variabilité recherchée de l'échantillon :	11
II.3.3.	Le recrutement des médecins :	11
II.3.4.	La taille de l'échantillon :	11
II.4.	L'entretien semi dirigé :	12
II.4.1.	Conception du guide d'entretien :	12
II.4.2.	Déroulement de l'entretien :	12
II.4.3.	Retranscription des entretiens :	13
II.5.	Méthode d'analyse des données, la « Grounded Theory » ou théorie ancrée (13)	13
III.	RESULTATS	14
III.1.	Caractéristiques de la population étudiée :	14
III.2.	Caractéristiques des entretiens.....	15
III.3.	Analyse des données :	16
III.3.1.	Vécu des médecins face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson :	16
III.3.2.	Répercussions sur la prise en charge médicale de la toux aiguë du nourrisson et stratégies mise en place :	18
III.3.3.	Vécu des médecins de la relation avec les parents et difficultés rencontrées :	21
III.3.4.	Evolution des pensées depuis 7 ans :	23
III.3.5.	Une alternative thérapeutique médicamenteuse parallèle en ascension : l'homéopathie et la phytothérapie :	25
III.3.6.	Persistance d'administration d'antitussifs chez les nourrissons de moins de 2 ans et facteurs participant :	26

IV. DISCUSSION.....	28
IV.1. Forces de l'étude	28
IV.1.1. Le sujet étudié :	28
IV.1.2. La méthode qualitative :	28
IV.1.3. L'échantillonnage :	29
IV.1.4. Les entretiens semi-dirigés :	29
IV.1.5. Une étude fiable :	29
IV.1.6. Validités de l'étude :	29
IV.2. Faiblesses de l'étude	30
IV.2.1. Représentativité de l'échantillon :	30
IV.2.2. Biais de récolte et d'analyse des données :	30
IV.2.3. Biais affectifs :	30
IV.2.4. Biais de déclaration :	30
IV.2.5. Biais de temps de recueil des données en entretien :	31
IV.3. Discussion des résultats.....	32
IV.3.1. Deux catégories de médecins : anciennement prescripteurs et anciennement non prescripteurs :	32
IV.3.2. Un rapport avec les parents souvent compliqué, refus des parents de la non-prescription médicamenteuse :	32
IV.3.3. Un temps de prise en charge allongé :	33
IV.3.4. Une interdiction de prescription aux explications floues :	33
IV.3.5. Manque de diffusion d'information, manque de rappel d'information et manque de participation des médias :	33
IV.3.6. Absence de thérapeutique de substitution, report de prescription médicamenteuse :	34
IV.3.7. Une interdiction de prescription intégrée par le corps médical et mieux connue des parents :	35
IV.3.8. Un problème grandissant : l'automédication :	35
V. CONCLUSION.....	37
VI. ANNEXES	38
Annexe1 Guide d'entretien semi dirigé n°1	38
Annexe2 Guide d'entretien semi dirigé n°2 :	40
VII. Bibliographie	42
VIII. LISTE DES ABREVIATIONS :	44

I. INTRODUCTION

La toux est un symptôme réflexe de défense du système respiratoire en réponse à l'irritation mécanique ou chimique de la muqueuse des voies aériennes.

Son caractère aigu est défini par une durée inférieure à trois semaines (1).

Ce symptôme constitue en pédiatrie un des plus fréquents motifs de consultation. En effet, 50% des enfants âgés de moins de 4 ans consultent pour cette raison au moins 1 fois par an (2).

La toux connaît chez l'enfant des particularités physiopathologiques en comparaison à celles de l'adulte, à savoir un plus grand nombre de glandes muqueuses, une clairance mucociliaire inférieure, une moindre rigidité des cartilages trachéo-bronchiques, un plus petit diamètre de la trachée et des bronches, la faiblesse des muscles intercostaux et du diaphragme ainsi qu'une immaturité du réflexe de toux notamment chez le jeune nourrisson.

La toux n'entraîne donc pas, chez le jeune enfant, de désobstruction efficace des voies aériennes (3,4).

La toux est source d'anxiété importante chez les parents, devant l'inconfort et les difficultés respiratoires de l'enfant.

Elle suscite également la peur de la mort subite du nourrisson. Elle entraîne une perturbation du sommeil et des activités quotidiennes familiales et professionnelles (absentéisme scolaire et professionnel) (2).

Nous savons que depuis 2010-2011, la prescription de médicaments antitussifs, mucofluidifiants et mucolytiques est interdite par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), anciennement AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).

En tant que jeune médecin généraliste remplaçante, j'ai été confrontée au cours de mon exercice en cabinet à cet obstacle de prescription et ai dû suivre les nouvelles recommandations ordonnées tout en mettant en place des stratégies répondant aux difficultés occasionnées par cette interdiction de prescription.

Il était évident que dans les mises en situation au cabinet, les recommandations portées par l'ANSM ne réglaient pas un certain nombre de problèmes d'ordre thérapeutique, organisationnel, et de rapport avec les parents de nourrissons.

C'est pourquoi j'ai décidé de réaliser, avec l'association de mon directeur de thèse, lui-même médecin généraliste, un travail de recherche portant sur l'interdiction de prescription de ces classes médicamenteuses que sont les antitussifs, mucofluidifiants et mucolytiques que nous résumerons au cours de cette étude au terme antitussifs.

Devant cette thématique, nous avons rapidement pensé à une approche qualitative du sujet, menée à travers la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

L'**objectif principal** de cette étude qualitative était d'évaluer les **difficultés** rencontrées par les médecins généralistes face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson de moins de 2 ans en 2010-2011, et d'objectiver les **stratégies** mises en place afin de contourner ces difficultés.

L'**objectif secondaire** de cette étude était d'observer l'**évolution de ces difficultés** et des **stratégies de prise en charge** de la toux aiguë du nourrisson depuis 7 ans.

I.1. Rappel historique : l'interdiction de prescription des médicaments antitussifs, mucofluidifiants et mucolytiques chez le nourrisson de moins de 2 ans en 2010-2011

Entre 2010 et 2011, la prise en charge de la toux aiguë banale du nourrisson (enfant de moins de 2 ans) s'est vue bouleversée.

Les mucolytiques, mucofluidifiants et l'hélicidine :

Le 29 avril 2010, les spécialités mucolytiques (acétylcystéine, carbocystéine), mucofluidifiantes (benzoate de méglumine) et l'hélicidine sont contre-indiquées chez les nourrissons en raison d'une absence de preuve d'efficacité et d'effets indésirables parfois graves relevés à savoir : aggravation de la maladie avec augmentation de la toux, risque de surencombrement bronchique, majoration de la gêne respiratoire voire une détresse respiratoire et aussi fréquemment une toux émétisante avec la survenue de vomissements muqueux.

Des troubles digestifs tels que la survenue de vomissements ou des diarrhées ont été rapportés, ainsi que de rares cas d'hypersensibilité à l'acétylcystéine et la carbocystéine (3,5,6).

Les antihistaminiques H1 (phénothiazine, chlorphéniramine, pimétixène) :

Le 15 mars 2011, les antihistaminiques H1 de première génération et le fenspiridine sont contre-indiqués chez le nourrisson du fait d'un manque de preuve d'efficacité et d'un certain nombre d'effets indésirables rapportés, tant sur le plan neuropsychiatrique avec agitation, convulsions, somnolence ; que sur le plan respiratoire avec dépressions respiratoires et majoration de l'encombrement bronchique notamment par formation de bouchons muqueux du fait de leur action atropinique (6,7).

Les dérivés terpéniques (suppositoires, voie cutanée ou nasale) :

Le 15 décembre 2011, les suppositoires à base de dérivés terpéniques sont contre-indiqués chez les enfants de moins de 30 mois, et/ou ayant des antécédents de convulsions fébriles, et/ou ayant des antécédents d'épilepsie (8).

Les terpènes à application cutanée sont contre-indiqués chez les enfants de moins de 30 mois depuis 1996 (6).

Des complications neurologiques à type de somnolence, agitation, convulsions rapportées avaient fait pencher la balance bénéfice-risque en faveur de la contre-indication de cette spécialité médicamenteuse chez le nourrisson (8).

On avait également relevé des effets indésirables sur le plan cutané, comme des irritations rectales ou fessières pour les terpènes en suppositoire ; et des éruptions cutanées urticarienne ou des érythèmes polymorphes pour les terpènes à application cutanée (6).

Campagne d'information menée par l'AFSSAPS :

A cette époque, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), devenue depuis le 1er mai 2012 l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), diffusait des documents d'information pour accompagner les professionnels de santé dans leur pratique et éclairer au mieux les parents.

Une mise au point intitulée « prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de 2 ans » a été adressée par courrier aux médecins généralistes, pédiatres et kinésithérapeutes en octobre 2010.

Un dépliant « bébé touse ? » mis à disposition dans les pharmacies, résumait les mesures qui permettent d'améliorer le confort de l'enfant.

De plus, un formulaire question réponse était en ligne sur le site www.afssaps.fr.

Enfin, une affichette indiquant les messages clés a été conçue et affichée le 9 novembre 2010 dans les cabinets médicaux, les centres de PMI (Protection maternelle et infantile), les crèches et haltes garderies (1,7).



M E S S A G E S - C L E S

- La toux est un symptôme fréquent chez le nourrisson (enfants de moins de deux ans). Elle constitue un réflexe naturel de défense de l'organisme qu'il convient de respecter.
- La toux aiguë du nourrisson est liée le plus souvent à une simple infection virale des voies respiratoires (rhinopharyngite, bronchite).
- Au cours de leurs 2 premières années de vie, les nourrissons en bonne santé feront de fréquents épisodes d'infection des voies respiratoires associée à une toux. Dans la majorité des cas, la toux disparaîtra dans un délai maximal de 10 à 14 jours. Dans certains cas, elle pourra régresser plus lentement en 3 à 4 semaines sans pour autant être liée à une complication, qu'il conviendra cependant d'éliminer.
- Un interrogatoire et un examen clinique rechercheront des signes de gravité et élimineront une cause sous-jacente ou une affection associée nécessitant une prise en charge spécifique adaptée.
- De simples mesures d'hygiène (éviction du tabac dans les pièces, désencombrement des fosses nasales en cas de rhinite associée..) seront préconisées.
- Il n'y a pas lieu de prescrire d'antitussifs chez le nourrisson.
- Aucune spécialité utilisée dans la toux chez le nourrisson n'a démontré qu'elle diminuait la durée et l'intensité des épisodes de toux ; de plus, ces spécialités présentent dans certains cas des effets indésirables.
- Les mucolytiques, les mucofluidifiants et l'hélicidine sont contre-indiqués chez le nourrisson depuis le 29 avril 2010.
- Dans la perspective d'une extension de la contre-indication chez le nourrisson aux antitussifs anti-histaminiques de première génération qui entrera en vigueur d'ici quelques mois comme cela a été le cas dans d'autres pays européens et outre Atlantique, il est rappelé qu'il n'est pas nécessaire de traiter une toux sèche aiguë, ou grasse, chez le nourrisson, avec un traitement médical antitussif.
Il est, en outre, envisagé de contre-indiquer le fenspiride chez le nourrisson et les suppositoires à base de dérivés terpéniques chez les enfants de moins de 30 mois.
- Il n'y a pas lieu de prescrire des antibiotiques, des bronchodilatateurs inhalés, des corticoïdes par voie générale ou inhalée, et/ou des antisécrétoires gastriques, en cas de toux aiguë due à une rhinopharyngite non compliquée, une pharyngite, une bronchite aiguë, une trachéite, une laryngite non dyspnéique, ni même au cours du premier ou du deuxième épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson.
- Il est nécessaire d'informer les parents d'une part, sur l'évolution habituelle de la toux et l'apparition de signes éventuels devant inciter à consulter à nouveau et d'autre part, sur l'absence d'intérêt des antitussifs.

I.2. Conséquences de cette interdiction de prescription d'antitussifs chez les nourrissons pour les médecins généralistes

Ressenti et problèmes rencontrés par les médecins généralistes :

Dans les années 2010- 2011, l'opinion des médecins généralistes sur cette interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson était majoritairement positive ; elle confortait même les médecins anciennement non prescripteurs de cette classe thérapeutique et leur permettait de justifier la non-prescription de ces médicaments auprès des parents demandeurs.

Pendant les modifications de prise en charge de la toux aiguë du nourrisson étaient plus ou moins bien appréhendées par les médecins généralistes.

En effet, certains l'avaient vécu comme une contrainte, une frustration voire une fatalité et dénonçaient un manque de thérapeutique symptomatique de substitution.

Un manque de consultation des professionnels médicaux était dénoncé, certains médecins parlaient même d'une déconnexion des experts par rapport à la réalité du terrain (6).

Stratégies mises en place par les médecins généralistes :

-Une contre-indication pas toujours respectée :

Une étude datant de 2014, réalisée dans les Alpes-Maritimes (1) et fondée sur une enquête auprès des médecins généralistes et des pédiatres libéraux ainsi que sur une enquête auprès de la direction régionale du service médical (DRSM) de la région PACA-Corse, montrait que près de 20% des médecins ne respectaient pas la contre-indication de prescription des antitussifs chez le nourrisson et ce malgré les campagnes d'information menées par l'ANSM.

Cette étude montrait par ailleurs que l'Hélicidine, pourtant contre-indiquée depuis avril 2010, avait été prescrite quelques mois plus tard (hiver 2010-2011) pour un nombre élevé de nourrissons ; l'hiver suivant, la prescription de cette spécialité chez le nourrisson avait baissée de 11%.

Le respect de la contre-indication des antihistaminiques avait été plus important, avec une chute de prescription de 54% entre l'hiver 2010-2011 et 2011-2012.

C'est la contre-indication des opiacées qui avait été la mieux respectée. Aucune donnée n'avait été obtenue concernant les suppositoires terpéniques ou les mucolytiques et mucofluidifiants car ces derniers n'étaient plus remboursés par l'Assurance-maladie.

Au total, une baisse de 33% d'enfants bénéficiaires de médicaments allopathiques antitussifs était observée entre les hivers 2010-2011 et 2011-2012 (1).

-Un report de prescription médicamenteuse :

L'homéopathie :

Cette observation donc plutôt favorable est cependant pondérée par une importante augmentation de prescriptions de traitements antitussifs homéopathiques (1).

Ce report de prescription répond au double besoin de médicaments de substitution pour le médecin et de nécessité ressentie par les parents de traiter leur jeune enfant.

La phytothérapie :

Certains produits à base d'huiles essentielles contiennent des terpènes et sont accessibles à des nourrissons de 3 mois alors que l'ANSM a contre-indiqué les suppositoires terpéniques chez le nourrisson de moins de 2 ans.

Les corticoïdes (voie orale, aérosol ou spray nasal) :

Pour diminuer l'inflammation et indirectement calmer la toux. Or, les corticoïdes n'ont pas montré leur efficacité dans la prise en charge de la toux de l'enfant non asthmatique (6).

- Alternatives thérapeutiques non-médicamenteuses :

Améliorer le cadre de vie :

Il était recommandé de ne pas fumer dans l'environnement de vie de l'enfant, de maintenir une température tempérée et de surveiller le taux d'hygrométrie de la chambre. Les poussières étaient à éviter et par le corolaire, les moquettes ou autres peluches. Enfin, il était conseillé d'aérer la maison.

Position du nourrisson :

Il était préférable de maintenir le nourrisson en décubitus dorsal mais légèrement proclive pendant son sommeil.

Règles hygiéno-diététiques :

L'AFSSAPS recommandait une bonne hydratation de l'enfant, de fractionner ses repas en cas de toux, et d'assurer une bonne hygiène des mains de l'entourage de l'enfant.

Le drainage rhinopharyngé (DRP) :

Cette technique de désobstruction rhinopharyngée était perçue par la plupart des médecins comme un véritable traitement de la toux du nourrisson, car la toux venait, dans la grande majorité des cas, d'un écoulement postérieur des mucosités s'écoulant du rhinopharynx.

Il était alors important de prendre le temps de bien expliquer aux parents la bonne pratique de cette technique.

Le miel :

Des petits essais contrôlés randomisés ont permis de montrer que le miel serait mieux que l'absence de traitement ou le placebo pour soulager la toux.

Le miel semble plus efficace que la diphénhydramine (ingrédient habituel des sirops antitussifs) pour soulager la toux et améliorer la qualité de la nuit des nourrissons et des parents.

Cependant, les effets sur la toux du miel et du dextrométhorphan (autre ingrédient fréquent des sirops antitussifs) ne diffèrent pas.

Concernant les effets secondaires, on n'en retrouve que des minimes comme une surexcitation, une agitation ou une difficulté d'endormissement.

Il n'y a à ce jour, aucun élément de preuve solide à l'appui ou à l'encontre de l'utilisation du miel contre la toux (9).

La kinésithérapie respiratoire :

L'AFSSAPS rappelle qu'il n'est pas nécessaire de prescrire de la kinésithérapie respiratoire chez un nourrisson présentant une toux aiguë liée à une infection banale des voies respiratoires, non compliquée.

En revanche, la kinésithérapie doit être discutée au cas par cas dans les cas de bronchiolite (4).

I.3. Vécu des parents face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson

Selon une étude de IPSOS Santé publiée en 2005 (10), 46% des médecins français déclaraient faire l'objet de pressions de la part des patients, se traduisant dans 10% des cas par une prescription contre leur gré.

Dans une étude menée en 2016 qui s'intéressait à la représentation parentale de la toux du nourrisson et à leurs attentes sur sa prise en charge, les parents attendaient la prescription d'un traitement dans 63,9% des cas.

65,3% des parents jugeaient les antitussifs efficaces ou utiles et un tiers des parents en avait déjà donné à leur enfant sans prescription médicale.

Si les mesures hygiéno-diététiques étaient bien intégrées par la majorité des parents, et que 76% d'entre eux considéraient que le drainage rhinopharyngé était efficace, un tiers d'entre eux considère les corticoïdes comme une alternative thérapeutique médicamenteuse de prédilection suivi par la phytothérapie et l'homéopathie.

La kinésithérapie respiratoire apparaît comme l'alternative thérapeutique non médicamenteuse la plus considérée par les parents.

La toux chez le nourrisson reste un symptôme inquiétant pour les parents, notamment lorsqu'elle est nocturne et que les parents n'ont qu'un seul enfant.

Cette anxiété parentale réside dans la perception des conséquences de la toux : douleur, difficultés respiratoires, maladies graves comme l'asthme, l'infection respiratoire ou la mort subite du nourrisson.

Les règles hygiéno-diététiques à appliquer dans un contexte de toux du nourrisson sont bien intégrées par les parents, cependant environ un tiers des parents restent inquiets et démunis face à l'absence de traitement ce qui pousse à l'automédication ou à la demande de traitements non indiqués au médecin généraliste (11).

II. METHODE

II.1. La recherche bibliographique :

Les principaux mots clés de recherche utilisés étaient : antitussifs, mucolytiques, mucofluidifiants, nourrissons, toux, médecine générale.

Les principales sources utilisées étaient la revue française de médecine générale, ScienceDirect, les archives de pédiatrie (Elsevier Masson), le site internet de l'AFSSAPS, cochrane, pubmed, le catalogue du système universitaire de documentation (SUDOC), Google et des thèses de médecine en lien avec la problématique de l'étude.

Les recherches bibliographiques se sont déroulées de février 2017 à octobre 2017.

II.2. Le choix d'une étude qualitative :

II.2.1. Méthode d'étude qualitative :

Afin d'analyser le ressenti, d'observer les difficultés rencontrées et les stratégies mises en place par les médecins généralistes depuis l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson et d'évaluer l'évolution de prise en charge d'une toux aiguë chez le nourrisson, une étude qualitative a été menée.

L'intérêt était d'obtenir une approche compréhensive du sujet, d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements des médecins et leurs expériences personnelles.

Cette étude qualitative a permis d'avoir accès à un abord plus élargi de la compréhension de ce sujet.

II.2.2. Des entretiens individuels semi-dirigés :

Le recueil des données s'est déroulé à travers des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes préalablement élargés par appels téléphoniques ou par mails.

L'entretien était mené à travers un guide d'entretien.

Les questions ouvertes laissaient la possibilité aux médecins généralistes de s'exprimer librement sur les grands thèmes qui structuraient l'entretien et sur le sujet de l'étude de façon globale.

II.3. Le choix de la population étudiée

II.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion :

L'échantillon était constitué de médecins généralistes exerçant dans le département des Bouches du Rhône.

Les jeunes praticiens ayant commencé leur activité après l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson de 2010-2011 ont été volontairement écartés afin de répondre au mieux à la problématique de l'étude.

II.3.2. Variabilité recherchée de l'échantillon :

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». Une diversité des intervenants, de leurs caractéristiques, de leur vécu, de leur ressenti et de leur pratique était recherchée. Différentes variables ont été identifiées chez les praticiens :

Le sexe, l'âge, la date de début d'exercice, le nombre de patients consultés par jour et la proportion de consultations pédiatriques par jour.

II.3.3. Le recrutement des médecins :

La plupart des médecins généralistes étudiés étaient des praticiens libéraux, seuls 2 d'entre eux étaient des praticiens salariés en PMI (centre de Protection Maternelle et Infantile).

16 médecins généralistes ont été sollicités, 11 par téléphone, 5 par mail.

5 d'entre eux étaient des connaissances directes, 5 autres étaient des médecins conseillés par les connaissances directes, 2 d'entre eux étaient d'anciens maîtres de stage d'un proche interne en médecine générale, et 4 étaient des médecins repérés sur le site internet des Pages Jaunes.

Parmi les 11 médecins contactés par téléphone, 7 ont accepté de participer à cette étude ; les 4 restants n'étaient pas d'accord car pas intéressés, pas à l'aise avec les entretiens semi-dirigés, ou pas disponibles.

Parmi les 5 médecins contactés par mail, 4 ont accepté de participer à cette étude ; le médecin restant a accepté initialement par mail puis ne répondait plus à nos sollicitations.

Lorsque les médecins étaient sollicités, le sujet d'étude était exposé sans révéler la problématique de l'étude ni ses objectifs afin d'éviter les biais de discours influencés et préparés lors des entretiens. Les médecins ont été sollicités un par un, après chaque entretien réalisé.

La constitution de l'échantillon s'est produite d'août 2017 à mi-novembre 2017.

II.3.4. La taille de l'échantillon :

Les entretiens se sont arrêtés à la fin du onzième car nous arrivions à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et leurs analyses ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours (12).

II.4. L'entretien semi dirigé :

II.4.1. Conception du guide d'entretien :

Un guide d'entretien a été élaboré en veillant à ce que celui-ci ne soit pas trop directif. Ce guide se divisait en 6 grandes parties.

La première partie qualifiée de « question brise-glace » demandait au médecin de se présenter sans révéler son identité (son âge, la date de son installation, le nombre d'actes par jour et la proportion d'actes pédiatriques).

La seconde partie s'intéressait aux problèmes que le médecin avait pu rencontrer à l'époque de 2010-2011 lors de l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson par l'ANSM.

Une première sous-partie s'intéressait à son ressenti à lui en tant que médecin dans sa pratique.

Une seconde sous partie s'intéressait à son ressenti et vécu par rapport aux parents.

Une troisième sous partie s'intéressait aux alternatives thérapeutiques mises en place pour prendre en charge la toux aiguë du nourrisson.

La troisième partie portait sur le vécu du médecin aujourd'hui face à cette prise en charge de la toux aiguë du nourrisson.

Une quatrième partie demandait au médecin s'il ressentait une évolution des pensées et dans quel sens selon lui.

Une cinquième partie permettait au médecin de s'exprimer librement sur le sujet.

Enfin, une sixième partie permettait au médecin d'apporter des critiques à l'entretien afin de favoriser l'amélioration de celui-ci au gré des entretiens.

II.4.2. Déroulement de l'entretien :

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins libéraux interviewés, et en centre de PMI pour les 2 médecins salariés au sein de ces centres.

Les entretiens se déroulaient pendant les horaires de consultation, entre deux consultations de patients.

L'enquêteur commençait tout d'abord par se présenter nominativement en tant qu'interne en médecine générale, communiquait son âge, son année d'étude et son projet de thèse.

La problématique ainsi que les objectifs de l'étude étaient ensuite exposés.

Ensuite il était demandé au médecin son accord oral pour être interviewé et enregistré sur dictaphone tout en lui précisant que l'enregistrement serait anonyme.

Une fois l'accord du médecin obtenu, il pouvait se présenter à son tour sans donner son nom, ce qui permettait au médecin d'être en confiance.

Puis le médecin pouvait s'exprimer sur son vécu et ressenti en tant que médecin lors de l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson.

Cette question qui portait sur son ressenti permettait de le mettre encore plus en confiance.

Enfin il était laissé libre cours à l'expression du médecin tout en veillant à obtenir les informations recherchées lors de la conception du guide d'entretien.

Des questions de relance ouvertes étaient prévues à cet effet. Le guide d'entretien initial a été remanié à la suite du premier entretien.

Une première partie d'introduction sur le sujet et les données tirées de nos recherches bibliographiques y étaient exposées.

Nous nous sommes rendu compte que cela phagocytait une partie de l'expression du médecin et influençait ses réponses. Cette introduction a donc été retirée.

Le guide d'entretien initial est en annexe 1, le final est en annexe 2.

II.4.3. Retranscription des entretiens :

La retranscription mot par mot des enregistrements vocaux était réalisée sur logiciel Word, sans faire de correction de langage.

La durée totale des enregistrements était de 127.86 minutes soit un peu plus de 2 heures.

II.5. Méthode d'analyse des données, la « Grounded Theory » ou théorie ancrée (13)

La « Grounded Theory » est une approche inductive par laquelle l'immersion dans les données empiriques est le point de départ au développement d'une théorie sur un phénomène et par laquelle le chercheur conserve toujours le lien d'évidence avec les données du terrain (14).

Cette approche est développée en 1967 par Glaser et Strauss (15).

Une étude utilisant la « Grounded Theory » commence en général par une question suscitant des réponses, ou données.

Une fois les données récoltées, le chercheur remarque que certaines d'entre elles ainsi que des concepts se répètent.

Ces répétitions sont codées en verbatim. Au fur et à mesure de la récolte des données à travers les entretiens, d'autres verbatim ou codes sont alors regroupés en catégories.

De ces catégories de concepts ressortent de nouvelles théories, ces théories permettent de structurer les données de l'étude.

Une familiarisation avec les données a été effectuée par plusieurs relectures des retranscriptions d'entretiens.

Un codage des données en verbatims a été réalisé de façon manuelle, et ces verbatims ont été réarrangés en une liste de catégories faisant émerger les idées principales.

Un arbre d'idées a ainsi pu être élaboré en lien avec la problématique de l'étude.

L'analyse des données a commencé à la suite du huitième entretien puis s'est poursuivie après chaque entretien.

Ainsi des associations de verbatim ont pu être réalisées, et de nouvelles idées et sous idées ont pu émerger.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques de la population étudiée :

Médecin	Âge	Sexe	Date d'installation	Actes par jour	Actes nourrissons
1	60-69	M	1979	35	5%
2	50-59	M	1991	40	12,50%
3	50-59	F	1989	25	10%
4	50-59	M	1995	20	10%
5	40-49	F	2011	35	14%
6	60-69	M	1987	25	2%
7	50-59	F	1996	30	20%
8	50-59	M	1989	30	40%
9	50-59	M	1986	40	0,50%
10	60-69	F	2012	15	95%
11	50-59	F	1992	15	50%

La moyenne d'âge de la population de médecins était de 56.4 ans.

Le plus jeune avait 41 ans, le plus âgé 65 ans. 6 d'entre eux étaient des hommes, et 5 étaient des femmes.

Tous avaient commencé leur exercice avant l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson en 2010-2011.

Deux médecins s'étaient installés en France en 2011 et 2012, mais pratiquaient déjà la médecine générale à l'étranger antérieurement.

Les médecins pratiquaient entre 15 et 40 consultations par jour et voyaient entre 0.5% et 95% de nourrissons selon leur appréciation.

La population étudiée était donc diversifiée.

III.2. Caractéristiques des entretiens

Entretien	Durée (minutes)	Lieu
1	11.14	Cabinet
2	09.26	Cabinet
3	14.11	Cabinet
4	17.44	Cabinet
5	14.06	Cabinet
6	14.53	Cabinet
7	09.20	Cabinet
8	09.18	Cabinet
9	08.21	Cabinet
10	12.51	PMI
11	08.22	PMI

La durée moyenne des entretiens était de 11.6 minutes ce qui correspondait à la durée d'une consultation en retirant les présentations et salutations.

Les entretiens se déroulaient sur les horaires de consultations des médecins entre 2 consultations de patients.

9 entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins interviewés et 2 en centre de PMI.

III.3. Analyse des données :

III.3.1. Vécu des médecins face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson :

Avis péjoratif sur les antitussifs :

La plupart des médecins avaient un avis négatif sur les antitussifs, d'autant plus quant à sa prescription chez le nourrisson.

- M2 : *« Je n'ai pas eu de problèmes avec cette interdiction ... , je suis complètement pour, j'ai toujours préféré un traitement causal plutôt que symptomatique. »*
- M4 : *« c'était une bonne chose. »*
- M5 : *« au mieux ça ne servait à rien, au pire ça donnait des complications dangereuses... »*
- M9 : *« il faut préserver les mécanismes de défense pour préserver l'enfant. »*
- M10 : *« je suis en France depuis 5 ans, quand je suis arrivée j'étais surtout étonnée qu'on prescrive encore parfois ce genre de médicaments Dans les pays sous-développés ça fait déjà bien longtemps qu'on ne les utilise plus. »*
- M11 : *« ça n'a fait que conforter mon point de vue sur ces produits... »*

Les médecins prescrivaient rarement ce genre de médicaments à des nourrissons, et ce même avant la loi de 2010 et 2011.

- M2 : *« on en prescrivait déjà peu avant la loi de 2011... »*
- M6 : *« oh on en prescrivait pas des tonnes... »*
- M7 : *« j'en prescrivais pas beaucoup, sauf les mucolytiques et le coquelusedal... »*
- M8 : *« j'ai eu une formation de pédiatrie initialement, du coup de j'en prescrivais pas beaucoup, je mettais souvent des mucolytiques mais sur les otites et au long cours pendant 3 ou 4 mois. »*
- M9 : *« je me souviens que de toutes façon on en mettait pas souvent parce qu'il y avait trop de risques comparé aux bénéfices, on entendait souvent mort subite ou allergie... »*
- M11 : *« je les utilisais plus depuis un certain nombre d'années,... on était informés par des articles des méfaits liés à ces produits. »*

Les médecins ont nettement souligné que cette interdiction de prescription par l'AFSSAPS était un appui fort dans leur prise en charge de la toux banale du nourrisson face aux parents demandeurs d'antitussifs pour leur enfant.

- M2 : *« au moins c'était clair,... il n'y avait plus de négociation avec les parents. »*
- M4 : *« ça permettait enfin d'appuyer ce que je pensais de ces médicaments auprès des parents. »*
- M5 : *« j'avais une formation plus neuve, en Roumanie on ne les prescrivait plus, ...j'étais en accord avec les nouvelles recommandations... du coup les parents m'écoutaient peut-être plus. »*
- M11 : *« ça a renforcé notre message par rapport aux parents. »*

Une ancienne utilisation sous certaines conditions :

Certains médecins avaient un avis positif relatif sur les antitussifs, et les utilisaient dans certains cas de toux sèches sans signes de complications.

- M3 : « un petit sirop c'était pour nous assez banal et sans conséquences..., ça nous servait un peu, quand on ne voulait pas donner de traitement lourds aux enfants,... une toux simple sans fièvre, on avait quand même un peu de mal à faire ressortir un enfant avec simple lavage de nez,... ça nous laissait une petite marge de 48 heures. »
- M6 : « on avait plus grand-chose sous la main à prescrire,... c'est dommage qu'ils aient été interdits, c'était bien adapté à une toux sèche. »
- M9 : « on était bien contents d'avoir quelques produits qui permettaient de passer le cap »

Certains médecins, était dans l'incompréhension de cette interdiction de prescription.

Des facteurs ont été reconnus comme favorisant cette incompréhension :

Le manque d'information du corps médical :

- M3 : « on s'est un peu demandé d'où ça tombait. »
- M7 : « on n'a pas été vraiment informés par l'AFSSAPS à l'époque, on a eu un seul papier... »
- M9 : « ça nous ai un peu tombé dessus... je trouve qu'on n'a pas été bien informés »

Manque d'explications éclairées sur les raisons de cette interdiction de prescription :

- M3 : « on s'est demandé si c'était d'ordre économique ou purement médical, on a toujours la double casquette de donner un traitement médical adéquat aux enfants tout en faisant des économies de santé... je ne sais pas le pourquoi du comment par rapport à cette interdiction... on a pas eu d'études avec des chiffres précis qui rapportaient le nombre de morts ou de complications... ça n'a pas été à mon sens bien expliqué, catalogué et mesuré. »
- M7 : « on n'a pas été vraiment informés des raisons et explications de cette interdiction... »

Méconnaissance des complications liées aux produits :

- M3 : « personnellement, je n'ai jamais vu de problèmes avec ces médicaments,... antitussifs ou fluidifiants »
- M6 : « je savais même pas qu'il y avait des risques parce que je n'en avais jamais vu... »
- M8 : « je n'ai jamais été confronté à une complication grave chez un enfant qui avait pris des antitussifs,... une seule fois pendant mon internat mais c'était un enfant handicapé... »

Un avis partagé :

Certains médecins avaient un avis partagé sur les antitussifs, ces produits étaient vus comme peu efficaces mais permettaient d'apporter un certain confort tant pour eux même dans leur prise en charge que pour les parents :

- M2 : « *les parents avaient besoin de faire cesser un symptôme qui les agaçait dans leur rythme de vie... »*
- M3 : « *ça faisait plaisir aux parents, ils ressortaient avec une ordonnance au moins... »*
- M9 : « *le problème c'est qu'au début les parents pensaient qu'on était un mauvais médecin parce qu'on ne donnait rien,... ils voulaient que ça s'arrête, ils n'en pouvaient plus des nuits blanches...c'était presque plus pour leur confort. »*
- M11: « *c'était leur habitude, les parents voulaient que ça cesse. »*

III.3.2. Répercussions sur la prise en charge médicale de la toux aiguë du nourrisson et stratégies mises en place :

Un temps de prise en charge allongé :

La majorité des médecins anciennement prescripteurs d'antitussifs ont mentionné l'importance du temps que leur a coûté cette interdiction de prescription.

Les facteurs favorisant l'allongement du temps de prise en charge retrouvés étaient les suivants.

La nécessité d'une éducation des parents :

- M1 : « *si on n'explique pas les choses aux parents, ils vont toujours chercher des réponses ailleurs et c'est là le danger,... mais oui ça prend du temps. »*
- M3 : « *la phase éducative des parents nous a coûté beaucoup de temps,... »*
- M4 : « *je manque clairement de temps pour éduquer les parents, quand vous avez une salle d'attente pleine, surtout en hiver quand plein d'enfants sont malades, si on doit prendre le temps pour l'éducation thérapeutique c'est pas possible. »*
- M11: « *l'éducation thérapeutique tient ici toute sa place, et pour tout autre prise en charge qui ne nécessite plus la prescription de médicaments, mais c'est sûr que ça prend du temps. »*

L'explication et démonstration de la pratique du drainage rhinopharyngé (DRP) :

- M2 : « *j'essaye de prendre le temps de montrer aux parents comment faire une bonne DRP pendant les consultations obligatoires... »*
- M5 : « *au départ j'ai vraiment pris le temps d'expliquer et de montrer comment on faisait le mouche bébé,... »*
- M8 : « *l'explication de la pratique de la DRP est fondamentale, en plus les parents ont souvent peur de cette pratique, alors qu'on finit c'est la seule chose à faire. »*
- M10: « *en PMI, on a la chance d'avoir une équipe de puéricultrices qui sont là pour accompagner les parents,... plus facile pour expliquer la DRP. »*

Le retour en consultation :

- M3: « les parents reviennent beaucoup plus en consultation pour la même raison, ils s'agacent, ils sont inquiets, la toux persiste, du coup on le revoit...ça prend du temps. »
- M9 : « les parents revenaient tout le temps avec leur bébé qui toussait toujours,...c'était chaud, ils voulaient qu'on prescrive quelque chose. »

Les médecins qui ne prescrivaient pas auparavant d'antitussifs ne voyaient pas vraiment de changement de temps de prise en charge, leur patientèle était déjà habituée.

Le temps pour expliquer la technique de DRP et dédié à l'éducation parentale était toujours le même, et les retours en consultation étaient moins importantes que chez les médecins anciennement prescripteurs.

- M5 : « les parents savaient déjà que je ne prescrivais pas ces produits,...c'était plus facile de leur faire accepter,...je prenais toujours le même temps pour leur expliquer la DRP et les rassurer. »
- M8 : « j'ai pas eu de problèmes avec ça, ma patientèle était habituée,...je leur en donnais pas avant ou peu,... ils me faisaient confiance. »
- M10: « c'était pas vraiment un problème, mais les parents posaient plus de questions, ...mais sans insistance. »

Alternatives thérapeutiques non médicamenteuses :

Les médecins se sont adaptés dans leur prise en charge de la toux aiguë banale du nourrisson.

Ils ont suivi les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS quant aux alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, mais se sont également tournés, pour certains, vers des médicaments hors AMM (autorisation de mise sur le marché) qu'ils ne prescrivaient pas forcément avant l'interdiction de prescription des antitussifs.

C'est ce que l'on a appelé le report de prescription.

Parmi ces alternatives thérapeutiques, les recommandations de l'AFSSAPS étaient largement comprises et pratiquées par les médecins.

- M2 : « je conseille et j'explique comment faire une bonne DRP,... j'insiste sur la nécessité du positionnement proclive du bébé quand les parents le couchent,... l'environnement du bébé c'est aussi très important,...le taux d'hygrométrie est à surveiller,... limiter les moquettes, les doudous,... »
- M3: « le traitement préventif c'est presque le plus important,... limiter les peluches,... pas de tabac,... aérer la maison,...même il faut pratiquer la DRP en préventif 2 fois par jour, ça marche... »
- M4 : « « je conseille de pas trop chauffer la maison,... il faut bien laver le nez du petit,...il faut informer les parents sur les critères à surveiller qui pourraient amener à une re consultation à 48 heures. » de la pratique de la DRP est fondamentale, en plus les parents ont souvent peur de cette pratique, alors qu'on finit c'est la seule chose à faire. »
- M5: « il faut prendre le temps d'éduquer les parents au mouche bébé. »

Des mesures non médicamenteuses non recommandées par l'AFSSAPS étaient également prescrites ou conseillées par les médecins.

- M1 : *« ça m'arrive de prescrire de la kiné respiratoire parfois, ... quand l'enfant est vraiment encombré,... aussi du miel quand il est très inflammé. »*
- M3 : *« on peut dire ce qu'on veut, je pense qu'une séance de clapping ça nous économise 5 jours de traitement,...je ne vois aucun danger au clapping, si ce n'est la peur que ça provoque chez les parents. »*
- M8 : *« j'admets que de prescrire de la kiné respiratoire ou pas, l'évolution de la toux sera la même, mais le fait de proposer quelque chose aux parents et de traiter un symptôme, pour moi c'est non négligeable,... alors je le prescris. »*
- M10 : *« ... la kiné respiratoire,... de moins en moins car elle est remise en question,... je conseille le miel aussi, mais lui aussi commence à être controversé. »*

Alternatives thérapeutiques médicamenteuses :

Des médicaments non recommandés dans le cadre d'une toux simple aiguë du nourrisson étaient souvent prescrits dans certaines conditions par les médecins, et sous l'influence de certains facteurs.

En effet, des traitements comme les corticoïdes (per os, en aérosols, ou en spray nasaux), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (en suppositoire ou per-os) étaient largement prescrits, ils étaient surtout prescrits dans les cas de toux très irritatives, et quand les parents revenaient consulter et insistaient sur le besoin de prescription médicamenteuse.

On retrouvait également des médecins prescripteurs d'antibiotiques, en général avoué à demi-mot et avec regret, tout en soulignant qu'ils les prescrivaient seulement si l'enfant avait de la fièvre, que la toux durait plus de 48 ou 72 heures et que les parents leur réclamaient avec insistance un traitement plus efficace.

Une partie des médecins prescrivait, de façon précoce dans l'évolution de la toux de l'homéopathie et peu de phytothérapie.

Certains médecins prescrivaient même encore des antitussifs dont le principal mentionné était le coquelusedal.

- M1 : *« je donne pas mal de l'advil,... du nifluril en suppo,... »*
- M2 : *« si la DRP n'a pas suffi, je prescris des corticoïdes en chambre d'inhalation, puis si ça marche pas, de la kiné, puis si ça marche toujours pas des antibiotiques,... si on reste purement symptomatique après on peut toujours mettre un peu du coquelusedal ou nifluril en suppo. »*
- M4 : *« si les parents avaient du mal avec la DRP, je leur donnais un sirop type placebothérapie comme le Maxilase,...je me suis autoformé à l'homéopathie, ça permet de conforter les parents l'homéopathie. »*
- M5 : *« je donne quand même un peu de coquelusedal parfois, ou des sirops qui contiennent simplement de la glycérine,... je me suis formé en France à l'homéopathie pour les enfants,... pas d'huiles essentielles pour les tout-petits, ça donne des allergies graves. »*
- M6 : *« il nous reste le coquelusedal,... on peut prescrire des toutes petites doses de fluidifiants sur des toux très grasses mais sans fièvre,... facilement malheureusement une seconde ordonnance d'antibiotiques au cas où la toux dure plus de 5-6 jours et si il y a une fébricule à 38. »*

M9: « *j'utilise surtout de l'homéopathie chez les enfants,... c'est plus pour donner quelque chose et pour rassurer les parents. »*

Ce report de prescription n'était pas bien vécu par les médecins, ils regrettaient de devoir donner de façon précoce un traitement médicamenteux inadéquat qui avant 2010-2011 était devancé par un traitement symptomatique selon eux « moins lourd ».

M3: « *maintenant on donne plus de traitements lourds aux enfants et plus rapidement,... les antitussifs permettaient de nous laisser un peu plus le temps, on attendait la complication pour mettre des corticoïdes ou des antibiotiques... »*

M8: « *j'utilise beaucoup les corticoïdes en aérosols, sûrement même trop,...quasiment à chaque fois qu'un enfant tousse... »*

III.3.3. Vécu des médecins de la relation avec les parents et difficultés rencontrées :

La relation en consultation avec les parents n'était pas vécue de la même façon par les médecins interviewés.

Si certains vivaient ce rapport d'une façon sereine et sans difficultés, la plupart d'entre eux critiquaient de façon négative la relation avec les parents dans un contexte de consultation pour un nourrisson qui tousse.

Vécu positif :

Les médecins **non prescripteurs** d'antitussifs avant 2010-2011, mentionnaient une certaine facilité dans le relationnel avec les parents.

M5: « *ma formation était plus neuve,...les parents acceptaient de façon plus sereine mes indications, ...j'ai peut-être aussi développé ma patientèle pédiatrique par rapport à ça. »*

M8: « *j'ai eu très peu de problèmes avec les parents puisque j'étais déjà convaincu avant de la non utilité de ces produits chez le nourrisson,...les parents étaient déjà habitués à ne pas en avoir avec moi. »*

Certains médecins **anciennement peu prescripteurs** n'avaient pas eu de réelles difficultés de négociation avec les parents.

M1: « *il fallait bien leur expliquer,...avec une bonne explication aux parents on arrive à peu près à tout. »*

M7: « *ils ont bien compris... »*

Vécu négatif :

La plupart des médecins **anciennement prescripteurs** avaient ressenti des difficultés relationnelles avec les parents, les facteurs contribuant à ce vécu négatif étaient les suivants.

Manque de confiance des parents en leur médecin :

- M9 : « les parents avaient limite l'impression que si on ne donnait rien à leur petit, on était des mauvais médecins. »
- M1: « les gens ont quand même du mal en France avec l'absence de prescription,...on est encore dans une vision de la médecine très portée sur les médicaments dès le moindre symptôme. »
- M4 : « la prise en charge non médicamenteuse, ça angoissait beaucoup les parents. »

Manque d'information des parents par les médias :

- M4 : « je pense que la loi de 2011 n'a pas été assez médiatisée,...c'est nous qui avons dû gérer ça avec les parents,...ils ne l'avaient pas appris dans les médias. »
- M7: « dans mes souvenirs, mes patients n'ont été informés que par moi,...pas entendu parler de campagnes d'information auprès des parents,... »
- M3 : « c'est moi qui l'apprenais aux parents,...autrement ils ne le savaient pas,... c'est d'ailleurs pour ça qu'ils étaient surpris au début. »

Les médecins ont rapporté une pression exercée par les parents. Un certain nombre de facteurs favorisant cette pression ont été soulignés.

Premier enfant :

En effet le fait d'avoir un premier enfant qui tousse était vu comme anxiogène par les médecins, ils remarquaient une plus grande insistance de la part des parents.

- M3 : « quand c'est le premier bébé, c'est toujours plus compliqué,... »
- M5: « je revois beaucoup les mamans en consultation quand c'est leur premier,...c'est très souvent là où c'est plus difficile de faire entendre qu'on ne prescrit rien au bébé »

Enfant(s) eu avant 2010-2011 :

Le fait d'avoir eu un enfant avant l'interdiction de prescription ne favorisait pas la compréhension des parents quand leur médecin ne leur prescrivait plus d'antitussifs alors qu'il s'agissait de leur second enfant.

- M11 : « c'était leurs habitudes,...ils ne comprenaient pas pourquoi,... »
- M6: « ils étaient carrément perplexes, pourquoi ne plus en donner alors qu'ils ont toujours eu ce genre de produits,...même quand ils étaient petits eux-mêmes. »
- M9 : « c'est toujours bien compliqué de faire changer les habitudes des gens,... »

Angoisse suscitée par la toux de leur enfant :

- M1: « voir leur petit qui toussait, une bonne partie de l'hiver, tout le temps et surtout la nuit,...ça les inquiétait,...ils pensaient que c'était une maladie grave,...pas un symptôme banal. »
- M9 : « ils étaient super angoissés de voir leur bébé tousser sans arrêt,... »

Angoisse provoquée par la pratique de la DRP :

La DRP était, pour un certain nombre de parents, mal vécue selon les médecins.

- M5: « j'ai entendu certains parents dire que le lavage de nez ça ne servait à rien,...je me rendais compte qu'ils ne savaient pas bien le faire,...ils n'osaient pas,...ça leur faisait peur,...l'impression de noyer leur petit,... »
- M3 : « ...pas simple de faire accepter aux parents le lavage de nez,...je devais leur montrer en consultation que ça n'était pas dangereux pour leur enfant,... »

Fatigue occasionnée par la toux de leur enfant :

Les médecins rapportaient la fatigue morale et physique dont se plaignaient les parents en consultation.

Ils étaient souvent épuisés par la toux de leur enfant, le jour et surtout la nuit. Cela engendrait beaucoup de fatigue et des répercussions sur leur vie quotidienne et professionnelle.

- M6 : « ils étaient à bout de nerfs,...fatigués,...ils ne dormaient pas de la nuit. »
- M9: « ils voulaient que ça s'arrête, ils n'en pouvaient plus des insomnies,...ils manquaient leur boulot »
- M11 : « les parents faisaient du forcing,... ils voulaient parfois plus dormir qu'autre chose ! »

III.3.4. Evolution des pensées depuis 7 ans :

Une interdiction de prescription intégrée par le corps médical :

Un changement des pratiques était ressenti durant les entretiens, les médecins étaient tous dans la connaissance de cette interdiction de prescription, et ne prescrivait globalement plus d'antitussifs.

- M2: « je trouve qu'on a évolué,...je n'en prescris plus ou très rarement un peu de coquelusedal,... »
- M3: « nous l'avons compris et intégré,... »
- M6 : « je trouve que les médecins suivent les recommandations,...on est surveillés,... on fait attention à s'adapter. »

Une tendance à la non prescription médicamenteuse :

- M1: « on prescrit de moins en moins de médicaments,...j'avoue que je suis plutôt pour,...ça a tellement évolué,...je me souviens de piqûres d'anti-inflammatoire à des doses de cheval faites aux enfants..., les antibiotiques aussi,... »
- M4: « je ne suis pas trop pour les médicaments, d'ailleurs c'est une pensée à la mode,... j'en suis très content,... »
- M9: « je suis pas trop médicaments,... on en prescrivait à tout va avant,...on sent que ça change,... »

Persistance de difficulté d'acceptation de la non prescription par les parents :

Selon les médecins, la plupart des parents ont effectivement une tendance à de plus en plus avoir un avis négatif sur les médicaments, mais cela ne leur enlève pas la difficulté persistante d'acceptation d'une ordonnance sans traitement médicamenteux.

- M3: « ça passe mieux avec les parents, ils le savent,... mais ils disent toujours « d'accords mais vous allez bien me donner quelque chose ? »
- M6: « à contrario des médecins, je trouve que les parents n'ont pas tellement évolué dans leur façon de penser,...bien souvent j'entends encore « mais vous ne me donnez que ça ? »
- M8: « si on ne prescrit rien, ça ne passe toujours pas avec les parents... »

Des parents de plus en plus au courant de l'interdiction de prescription de ces médicaments :

- M9: « c'est rentré dans les mœurs, les parents savent qu'on ne peut plus en prescrire,... »
- M10: « les parents sont de moins en moins demandeurs,... ils le savent »
- M2: « les parents savent qu'ils ne vont pas sortir de consultation avec un sirop pour la toux,...le terme « sirop pour la toux » c'est obsolète maintenant. »
- M3: « les parents savent maintenant l'existence de cette interdiction,... ils l'ont lu, leur médecin leur a dit,... »

Manque de rappel d'information, manque de participation des médias :

Des médecins ont remarqué le manque de campagnes d'information sur le sujet, et le manque de rappel d'information saisonnier.

Ils proposaient une participation plus importante des médias dans cette campagne, et lançaient l'idée d'un slogan comparable à celui concernant les antibiotiques.

- M8: « je pense que les médecins doivent se tenir informés des nouvelles recommandations,... on ne nous informe pas, c'est nous qui devons nous informer,... »
- M4: « je trouve que ça manque de campagnes d'information surtout pour les parents,...comme on a pu le voir pour les antibiotiques dans les médias,...ça appuierait encore plus notre message, les gens écoutent beaucoup les médias,... il faudrait un rappel tous les ans en hiver, si on ne fait pas de rappel les gens oublient,... »

III.3.5. Une alternative thérapeutique médicamenteuse parallèle en ascension : l'homéopathie et la phytothérapie :

Les médecins interviewés ont fréquemment parlé de la place de plus en plus importante que prenait l'homéopathie dans la prise en charge de la toux aiguë banale, surtout chez le nourrisson. Certains en prescrivaient d'autres non.

Mais ils constataient en très grande majorité un engouement des parents pour cette pratique. Les avis des médecins sur l'homéopathie divergeaient.

Avis positif des médecins :

- M1: « j'ai de plus en plus recours à l'homéopathie chez les tout petits,... »
M5: « je me suis formée à l'homéopathie pour les enfants,... »
M9: « j'utilise beaucoup l'homéopathie chez les enfants, ça peut pas faire de mal, et ça rassure les parents,... »
M4 : « je me suis fait une autoformation à l'homéopathie, ça permet de conforter les parents, ils se disent qu'il n'y a pas que le lavage de nez,... »

Avis négatif des médecins et facteurs favorisant :

Thérapeutique non contrôlée :

- M3: « il faut faire très attention, je fais confiance aux médicaments qui sont testés,...contrôlés et qui passent par des essais thérapeutiques. »

Absence de formation :

- M2: « je n'en prescris pas,...ne suis pas formé. »
M6: « je n'en prescris pas je ne sais pas ce que c'est,... »
M8: « je ne prescris pas d'homéopathie, ça ne m'intéresse pas,... »

Manque d'efficacité :

- M2: « c'est de la poudre de perlimpinpin,... »
M3: « ça ne sert pas à grand-chose on le sait tous,... »
M7: « au final,...même principe que les antitussifs, ça ne sert à rien,... l'évolution de la toux sera la même. »

Risques d'effets indésirables :

- M5: « des cas d'allergie massive avec la phytothérapie... »
M7: « certains traitements homéopathiques ou des huiles essentielles contiennent quand même des molécules qu'on retrouve dans les antitussifs,...pas logique d'en donner à des enfants ou à des nourrissons,... »

En vente libre en pharmacie, une porte ouverte à l'automédication :

M2: « les parents automédiquent leurs enfants, surtout avec l'homéopathie,... »

M4: « il y a quand même un paradoxe entre ces parents qui ne veulent plus donner de médicaments à leurs enfants mais qui se ruent en pharmacie pour avoir accès à de l'homéopathie sans demander son avis à leur médecin,...en général les parents arrivent en consultation en ayant déjà eu un sirop homéopathique contre la toux en pharmacie avant...inefficace. »

III.3.6. Persistance d'administration d'antitussifs chez les nourrissons de moins de 2 ans et facteurs participants :

L'automédication :

Certains médecins mentionnaient une automédication des enfants par leurs parents, dénonçaient cette pratique, et critiquaient un certain fonctionnement en pharmacie.

Médicaments allopathiques en vente libre en pharmacie :

M4: « en général, les parents arrivent en consultation en ayant déjà eu un sirop pour la toux avant en pharmacie,...surtout en période hivernale,...dolorhum, vasoconstricteurs... »

M6: « il y a toujours de l'automédication,...de plus en plus je trouve, faut voir parfois en visite ce qu'on trouve dans le placard à pharmacie des gens,... »

M3: « il y a aussi une méconnaissance des limites d'âge du nourrisson,...ça pousse certains parents à se procurer des antitussifs qu'on retrouve encore en vente libre malheureusement,... »

Méconnaissance ou ignorance des recommandations par les pharmaciens :

M7: « faut dire que les pharmaciens ne jouent pas tous le jeu par rapport à ça,...surtout avec les mucolytiques »

M6: « je trouve qu'il y a de plus en plus de médication par les pharmaciens qui ne donnent pas toujours le bon produit... »

Médicaments homéopathiques et phytothérapie en vente libre en pharmacie :

M3: « les parents comprennent mieux qu'il faille attendre au moins 5 jours pour avoir une efficacité avec de l'homéopathie, qu'il faille attendre 48 heures sans traitement avant de voir si il y a indication ou non d'un traitement allopathique, voir attendre 5 jours sans aucun traitement avec simple lavage de nez et attendre que la toux passe toute seule... »

M2: « les parents automédiquent leurs enfants, surtout avec l'homéopathie,... »

La prescription médicale encore présente et facteurs favorisants :

Des médecins ont souligné qu'ils voyaient ou entendaient encore des confrères prescrire des antitussifs à des nourrissons de moins de 2 ans.

Ils ont permis de souligner certains facteurs qui favorisaient cette persistance de prescription.

Défaut de formation continue :

M1: *« il faut toujours se former, c'est très important,...j'en vois encore qui prescrivent,...notamment des pédiatres,...ça n'est pas normal. »*

M5: *« j'essaye de me former régulièrement,...je pense que les médecins ont globalement évolué, mais on voit encore des collègues, souvent des médecins plus âgés qui ont du mal à changer leurs habitudes. »*

M8: *« je pense que les médecins doivent bien se tenir informés... »*

Manque de formation et de pratique de consultations pédiatriques :

M9: *« on en voit nettement moins en consultations des enfants, surtout les nourrissons, c'est les pédiatres maintenant qui ont un peu la mainmise,... »*

M6: *« j'en vois si peu des nourrissons,... »*

M8: *« à mon avis, si on maîtrise bien la pédiatrie, ça devrait pas poser de problèmes,...si des médecins prescrivent encore des antitussifs c'est qu'ils ne sont pas à l'aise avec les nourrissons. »*

Manque de temps pour la consultation pédiatrique :

Le manque de temps était parfois mentionné par les médecins, surtout en période hivernale, où l'affluence est bien souvent plus forte dans les salles d'attente, en lien avec les affections virales saisonnières (VRS, grippe...).

M6: *« j'ai pas le temps,...ça prend trop de temps les enfants,... »*

M9: *« ,...mainmise des pédiatres,...dans un sens ça m'arrange,...ça prend trop de temps »*

M4: *« c'est sûr qu'on manque de temps parfois pour bien faire les choses,...éduquer les parents, montrer la technique pour la DRP,...et surtout que c'est à faire pour chaque parent qui consulte et c'est souvent en grand nombre l'hiver. »*

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces de l'étude

IV.1.1. Le sujet étudié :

Ce sujet traite de l'évolution des pratiques médicales et des difficultés rencontrées face à une prise en charge bien spécifique.

Il s'agissait d'analyser les répercussions d'une recommandation datant de 7 ans auparavant sur les conduites des médecins et les stratégies adoptées par ces derniers pour s'adapter aux recommandations de l'ANSM (anciennement AFSSAPS).

A notre connaissance, ce sujet n'avait pas été traité depuis 2013 (6) à travers une étude qualitative.

De plus, c'est la première fois, à notre connaissance, que ce sujet est abordé à travers des entretiens semi-dirigés s'adressant exclusivement à des médecins généralistes.

IV.1.2. La méthode qualitative :

Avoir choisi une méthode qualitative était une force de notre étude.

Nous souhaitons que les thèmes et éléments de réponse à la problématique de l'étude émergent des réponses des médecins généralistes concernés par ce sujet au quotidien.

Cette approche a permis de favoriser l'expression libre des médecins, sans que celle-ci soit trop influencée par l'investigateur.

En effet, cette étude a apporté une approche compréhensive du sujet, et a permis d'explorer le lien entre la « vraie vie » du médecin et la « science dure » (13).

Cette analyse qualitative a permis d'apporter une complémentarité aux données obtenues lors des précédentes études quantitatives.

Nous avons tenté de répondre à un certain nombre de critères de qualité, en répondant aux critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (16) :

Une équipe de recherche et de réflexion : L'enquêteur était une femme de 28 ans, interne en dernier semestre de médecine générale, elle avait une expérience de jeune médecin généraliste remplaçante en cabinet de médecine générale.

Une relation professionnelle existait avec un certain nombre de participants de l'étude car elle les avait déjà remplacés en cabinet.

D'autres étaient des connaissances indirectes conseillées soit par un proche soit par les participants interviewés.

Les médecins participants connaissaient les motivations de l'enquêteur à savoir la conception d'une thèse.

Conception de l'étude : Le cadre théorique était basé sur la théorie ancrée comme décrit précédemment. Les stratégies inhérentes à l'échantillonnage ont été respectées ainsi que le cadre de collecte des données. Enfin les techniques de recueil et d'analyse des données ont été explicitées.

IV.1.3. L'échantillonnage :

Nous avons pris le soin de recruter uniquement des médecins généralistes pour qui la date de début d'exercice de leur profession datait d'avant l'interdiction de prescription des antitussifs afin d'apporter un réel sens aux réponses à la problématique de l'étude.

IV.1.4. Les entretiens semi-dirigés :

Nous avons préféré alimenter cette étude qualitative à travers des entretiens semi-dirigés, au profit d'une approche par entretiens de groupes.

Bien que plus chronophages, les entretiens individuels semi-dirigés permettaient d'aborder le sujet d'étude de façon plus délicate, et enlevait l'effet de soumission dans les réponses que l'on peut retrouver parfois dans les entretiens de groupes.

IV.1.5. Une étude fiable :

Les données récoltées tout au long de cette étude peuvent être considérées comme fiables car les réponses obtenues sont restées globalement stables au fil des entretiens.

IV.1.6. Validités de l'étude :

Nous sommes arrivés à saturation des données à partir du neuvième entretien, ce qui validait notre échantillonnage et donc assurait la validité interne de l'étude.

Nous avons retrouvé des similitudes entre les données récoltées durant l'étude et les données recensées dans nos recherches de littérature, en cela nous pouvons trouver une validité externe à cette étude, à savoir la possibilité de généralisation des résultats.

IV.2. Faiblesses de l'étude

IV.2.1. Représentativité de l'échantillon :

Une recherche qualitative ne permet pas de sélectionner un échantillon de manière aléatoire en comparaison à la recherche quantitative où par définition une représentativité statistique est recherchée.

Les résultats obtenus lors de notre étude n'étaient donc pas généralisables à l'ensemble de la population de médecins généralistes installés.

Cependant une représentativité qualitative était recherchée en incluant des médecins généralistes ayant des caractéristiques variées, c'est la recherche de variabilité maximale qui contribue à la richesse des données.

IV.2.2. Biais de récolte et d'analyse des données :

Etant notre première recherche qualitative, un certain nombre d'erreurs ont dû se retrouver lors de la conception du guide d'entretien et de son déroulement, ainsi que pendant la phase d'analyse des résultats et de la conception de l'arbre de codage.

Cependant les médecins interviewés exprimaient un retour positif sur le déroulement des entretiens et semblait libres et non influencés dans leurs réponses.

De plus, nous avons pris le soin de décrire l'arbre de codage à travers la partie résultats de cette étude.

IV.2.3. Biais affectifs :

Notre jugement a pu être influencé par notre état affectif lors de certains entretiens ce qui a pu affecter notre jugement moral, et notre recueil d'information.

Une minorité de médecins interviewés ne manifestaient pas toujours un grand intérêt à l'entretien ce qui a pu altérer notre engouement et motivation malgré les efforts mis en œuvre afin de lutter contre ce processus.

IV.2.4. Biais de déclaration :

Il était difficile de savoir si les déclarations des médecins interviewés étaient toujours tenues par la subjectivité, et si tous les sentiments, vécus et émotions étaient exprimés, par crainte de notre jugement.

Cependant si certains médecins semblaient mal à l'aise au début de l'entretien, il nous semblait obtenir leur confiance au gré de son déroulement.

IV.2.5. Biais de temps de recueil des données en entretien :

Afin d'assurer un maximum de réponses favorables à nos sollicitations, nous proposons aux médecins un entretien se déroulant sur une plage horaire de consultation médicale au cabinet entre la consultation de deux patients.

De ce fait, la durée des entretiens était limitée à 10 ou 15 minutes, ce qui limitait probablement la quantité d'information à recueillir.

Malgré ce manque de temps, nous sommes arrivés à saturation des données à l'issue du neuvième entretien, ce qui allait en faveur de l'exhaustivité des informations recherchées.

IV.3. Discussion des résultats

L'**objectif principal** de cette étude qualitative était d'évaluer les **difficultés** rencontrées par les médecins généralistes face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson de moins de 2 ans en 2010-2011, et d'objectiver les **stratégies** mises en place afin de contourner ces difficultés.

L'**objectif secondaire** de cette étude était d'observer l'**évolution de ces difficultés** et des **stratégies de prise en charge** de la toux aiguë du nourrisson depuis 7 ans.

IV.3.1. Deux catégories de médecins : anciennement prescripteurs et anciennement non prescripteurs :

Il est tout de suite apparu, lors du déroulement des entretiens, une nuance dans la richesse et qualité des réponses conditionnée par la pratique des médecins généralistes.

En effet, les médecins anciennement prescripteurs d'antitussifs avaient vu leur pratique bouleversée, leurs habitudes de prescription ont été changées, et le rapport avec les parents avaient été plus compliqué que pour les médecins anciennement non prescripteurs.

IV.3.2. Un rapport avec les parents souvent compliqué, refus des parents de la non-prescription médicamenteuse :

L'une des principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes était le rapport avec les parents de nourrisson.

S'ils constataient une meilleure connaissance des parents quant à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson, les médecins généralistes constataient cependant une persistance de difficulté d'acceptation des parents de la non prescription médicamenteuse.

Les médecins mentionnaient une certaine pression exercée par les parents à leur égard, ce qui les poussait à céder et prescrire des médicaments hors AMM pour satisfaire des parents insistants.

Nous retrouvons là le paradoxe dont souffre la France, à savoir que les patients rejettent de plus en plus les médicaments mais ont de grandes difficultés à sortir de consultation avec une ordonnance vierge.

Les mécanismes y contribuant comptent principalement la peur d'une persistance ou récurrence de la maladie et la crainte d'une baisse de performance thérapeutique (17).

Les médecins ont pu repérer certains facteurs favorisant les rapports conflictuels avec les parents de nourrissons qui toussaient comme le fait d'être nouveau parents (favorisant l'angoisse), le fait d'avoir eu d'autres enfants avant l'interdiction de prescription des antitussifs ou bien le fait de considérer la toux comme une maladie grave et pas un symptôme utile.

IV.3.3. Un temps de prise en charge allongé :

Les médecins généralistes ont massivement déploré l'inadaptabilité de la durée de consultation avec la prise en charge d'un nourrisson qui tousse.

En effet, les recommandations de prise en charge de l'ANSM (anciennement AFSSAPS) se déconnectaient des réalités du terrain pour la plupart des médecins (6).

La démonstration de la DRP semblait difficilement réalisable, qui plus est associée au sein d'une même consultation à l'éducation et information des parents sur les règles hygiéno-diététiques à respecter.

Le retour en consultation était également perçu comme une difficulté par les médecins généralistes car amenait souvent à une pression exercée par les parents.

En cela existe un problème difficile à résoudre dans le cadre d'une consultation de médecine générale en cabinet traditionnel.

Nous avons déjà pu remarquer un élargissement du temps de consultation pédiatrique ainsi qu'une majoration des honoraires encore dernièrement le 1^{er} mai 2017.

Il est évident qu'une consultation pédiatrique coûte du temps, mais la démonstration de la DRP reste indispensable au même titre que l'éducation parentale afin d'améliorer la compréhension et les bonnes pratiques des parents.

Il semblerait plus aisé de pratiquer cette éducation thérapeutique au sein de structures telles que les maisons médicales où des intervenants paramédicaux seraient prévus à cet effet.

IV.3.4. Une interdiction de prescription aux explications floues :

Certains médecins ont exprimé ne pas avoir véritablement été informés par l'AFSSAPS sur les raisons de l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson.

Cette classe médicamenteuse était vue certes comme peu efficace mais également peu dangereuse par les médecins généralistes.

De plus, ces médicaments apportaient aux médecins un certain confort dans la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson, leur permettait de prescrire un traitement « doux » à leur sens, et surtout de remplir l'ordonnance pour rassurer les parents.

Il semblerait intéressant d'améliorer l'information en termes de quantité et de qualité sur les raisons de l'interdiction des antitussifs, ceci permettrait probablement aux médecins généralistes d'apporter un message plus argumenté aux parents ce qui faciliterait leur conviction.

IV.3.5. Manque de diffusion d'information, manque de rappel d'information et manque de participation des médias :

Les médecins soulignaient que la non indication des antitussifs chez le nourrisson n'avait été que peu diffusée.

Ils avaient été les principaux messagers pour ne pas dire les seuls auprès des parents. De plus, il existe un manque de rappel saisonnier (hivernal) d'information à ce sujet.

Une participation médiatique serait un moyen de diffusion d'information fort et perçu par les médecins comme une aide à leur pouvoir de persuasion.

Rappelons-nous de l'impact du slogan « les antibiotiques, c'est pas automatique » sur les patients (18) (19).

Rappelons-nous également de l'impact fort qu'a pu avoir la mise à disposition des tests de diagnostic rapides (TDR) dans le cadre de la prise en charge de l'angine. En effet, ce test simple a permis aux médecins de limiter la prescription d'antibiotiques (20).

Nous avons pu également nous rendre compte, par expérience et dialogue avec d'autres confrères, que ce TDR avait permis aux médecins généralistes d'appuyer leur décision de non prescription d'antibiotiques auprès des patients.

Ces derniers avaient alors une preuve matérielle que l'antibiotique n'était pas nécessaire lors d'une infection virale. De ce fait, il serait intéressant de créer un test de diagnostic similaire qui pourrait être utilisé dans le cadre d'une toux aigüe.

Mais cette conception semble pour le moment complexe à mettre en œuvre.

Une matérialisation plus simple serait en revanche à développer, à savoir la conception d'un score diagnostic qui par l'intermédiaire d'un certain nombre de critères permettrait de différencier une toux aigüe simple d'une toux compliquée.

Les parents de nourrisson seraient alors peut-être plus rassurés et convaincus de la non indication de prescription médicamenteuse dans ce cadre.

IV.3.6. Absence de thérapeutique de substitution, report de prescription médicamenteuse :

Une grande majorité des médecins, anciennement prescripteurs ou non d'antitussifs, reconnaissent avoir recours à un certain nombre d'alternatives thérapeutiques médicamenteuses.

Ces thérapeutiques n'avaient pas l'AMM dans le cadre de la prise en charge d'une toux aigüe du nourrisson.

On retrouvait majoritairement les corticoïdes, la plupart du temps en aérosol dont on compte plusieurs types de chambre d'inhalation (21); et les anti-inflammatoires non stéroïdiens majoritairement en suppositoire.

Les médecins les prescrivaient plus par soucis d'efficacité thérapeutique.

Il est alors important de souligner que la prescription des aérosols est contrôlée par la sécurité sociale.

On entend depuis le début de l'année 2018 parler de restrictions de prescriptions des aérosols par les médecins généralistes, or ces restrictions étaient déjà en vigueur depuis longtemps.

En effet, les produits utilisés sont soumis à des indications précises et toutes les spécialités médicales ne sont pas autorisées à les prescrire.

Par exemple, le terbutaline (Bricanyl) bien souvent prescrit, est classé par son AMM en "médicament à prescription réservée aux spécialistes en pneumologie ou pédiatrie, et ne peuvent pas être prescrits par un médecin généraliste".

Le report de prescription, utilisé comme stratégie thérapeutique de substitution aux antitussifs, est donc à manipuler avec prudence.

Certains médecins reconnaissent se porter de plus en plus vers les thérapeutiques homéopathiques, souvent par autoformation, pour répondre à une double demande : la difficulté d'acceptation de la non prescription du côté des parents et le désir de réduction de toxicité thérapeutique pour le nourrisson du côté des médecins (22).

Demeure également une large prescription de coquelusedal nourrisson.

Ce terpène suppositoire de liste I reste effectivement autorisé chez le nourrisson de moins de 30 mois à condition que l'enfant n'ait pas de lésion anale récente.

Cependant, la durée de prescription ne doit pas dépasser 3 jours consécutifs.

De plus, les terpènes ont été lourdement contre-indiqués en 2011 dans le cadre d'une toux aiguë du nourrisson, il avait d'ailleurs été envisagé de contre-indiquer toutes les spécialités suppositoires terpéniques dont le coquelusedal chez les enfants de moins de 30 mois (5).

Il semble alors important de rappeler que le coquelusedal reste à utiliser avec parcimonie.

IV.3.7. Une interdiction de prescription intégrée par le corps médical et mieux connue des parents :

Malgré des interrogations soulevées par cette interdiction de prescription, nous avons pu constater qu'elle était maintenant entrée dans les mœurs.

C'est également le cas pour les parents. En effet, les médecins généralistes ont constaté une meilleure connaissance des faits du côté des parents.

La négociation est ainsi plus douce pour ce qui est des antitussifs, mais l'absence de prescription pose toujours soucis.

IV.3.8. Un problème grandissant : l'automédication :

Les médecins constataient souvent une ascension du phénomène d'automédication des parents pour leur enfant dans un contexte de toux (11).

Selon eux, le fait de ne plus pouvoir prescrire d'antitussifs ne prévient pas totalement les parents de se détacher de cette ancienne pratique.

Un fait important et dénoncé lourdement par les médecins généralistes est qu'en effet, s'ils n'ont plus l'autorisation de prescrire d'antitussifs chez les nourrissons, ces produits sont toujours accessibles en vente libre en pharmacie.

Il est évident qu'un parent ne pourra pas faire confiance à son médecin quand ce dernier lui expliquera l'importance de ne pas administrer d'antitussif à son enfant, s'il peut s'en procurer par lui-même en pharmacie.

Bien qu'en possession de ces produits, les pharmaciens devraient être en connaissance des recommandations thérapeutiques et les appliquer car il est important de rappeler que le pharmacien est un acteur de santé de proximité, qu'il contribue au diagnostic des maladies et certifie l'efficacité, la sécurité et la qualité du médicament ou du produit de santé qu'il dispense (23).

La réalisation de cette étude qualitative a permis de montrer que si la non indication des antitussifs chez le nourrisson déclarée en 2010-2011 était intégrée, un certain nombre d'obstacles vécus par les médecins généralistes et inhérents à cette interdiction de prescription perdurent.

La mise en place de stratégies a permis aux médecins généralistes de contourner certains de ces obstacles.

De plus, cette étude a permis de mettre en lumière une évolution des pensées autour de la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson tant de la part des médecins que de celle des parents.

Nous avons pu remarquer que les parents pouvaient constituer un frein dans la prise en charge de la toux de leur enfant, en ce sens il serait intéressant de mener une étude qualitative sur les ressentis et attentes des parents dans le cadre de la prise en charge d'une toux aiguë chez leur nourrisson.

Le lien avec les patients est vital à la pratique de notre profession, il est ainsi nécessaire de renforcer la confiance qu'ont ces derniers à notre égard.

Les changements de recommandations et de pratiques nourrissent les craintes des patients, il est donc à nous médecins de les rassurer et les convaincre en développant un certain nombre de stratégies.

En ce sens, la mise en place d'un protocole de prise en charge de la toux aiguë du nourrisson pourrait être un outil simple permettant à la fois au médecin d'appliquer les recommandations de non prescription médicamenteuse et à la fois aux parents de se sentir plus encadrer, aidé et en confiance.

Ce protocole simple serait alors un palliatif à l'ordonnance de médicaments dont les parents ont toujours besoin.

V. CONCLUSION

L'**objectif principal** de cette étude qualitative était d'évaluer les **difficultés** rencontrées par les médecins généralistes face à l'interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson de moins de 2 ans en 2010-2011, et d'objectiver les **stratégies** mises en place afin de contourner ces difficultés.

L'**objectif secondaire** de cette étude était d'observer l'**évolution de ces difficultés** et des **stratégies de prise en charge** de la toux aiguë du nourrisson depuis 7 ans.

Grace à cette étude, nous avons pu constater que l'interdiction de prescription des antitussifs était **intégrée** par le corps médical.

De plus, les **parents** semblent plus **en connaissance** de cause qu'il y a 7 ans.

Nous avons ainsi pu constater que les recommandations d'**information** et d'**éducation thérapeutique** portées par l'AFSSAPS ont eu un **impact positif** sur la prise en charge de la toux aiguë du nourrisson.

Cependant des **obstacles demeurent**.

En effet, les **parents** demeurent toujours **réticents** face à la **non prescription** médicamenteuse. Ils se tournent alors souvent vers l'**automédication**. Les risques de mésusage médicamenteux ne sont ainsi que renforcés.

Des **efforts** restent à fournir quant à l'**éducation thérapeutique** dans laquelle chaque intervenant du parcours de soin a son rôle à jouer :

Les **médecins** doivent y consacrer du temps et de l'importance bien qu'elle soit chronophage. La démonstration de la DRP doit être rigoureusement faite en cabinet afin de rassurer les parents.

La mise au point de protocoles de prise en charge délivrés aux parents serait un nouvel élément qui pourrait se substituer à l'ordonnance médicamenteuse.

Il accompagnerait les parents et les inclurait dans la prise en charge thérapeutique de leur enfant. En ce sens le lien de confiance qui unit les médecins généralistes et les patients serait renforcé.

L'information doit être renforcée et rappelée par nos **autorités de santé**.

Une diffusion médiatique hivernale annuelle serait un moyen de renforcer le message du médecin fait aux parents et aurait un pouvoir persuasif sur la population générale.

Enfin, les **pharmaciens**, bien qu'en possession de produits antitussifs, doivent se tenir au courant des recommandations portées par nos autorités et les respecter.

Médecins et pharmaciens travaillent ensemble dans le parcours de soin des patients, en ce sens notre message et nos pratiques doivent aller dans le même sens.

VI. ANNEXES

Annexe1 Guide d'entretien semi dirigé n°1

Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson : évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des stratégies de prise en charge.

Introduction :

Les antitussifs sont contre-indiqués chez les nourrissons de moins de 2 ans par l'ANSM (anciennement AFSSAPS) depuis 2010-2011.

Déjà à l'époque, les médecins généralistes étaient confrontés à certaines difficultés de prise en charge de la toux aigue du nourrisson.

En effet, l'attitude thérapeutique des médecins avait été pour certains bouleversée.

Certains dénonçaient un manque de thérapeutique à proposer.

De plus, cette interdiction de prescription pouvait être vécue comme une frustration, une contrainte voire une fatalité.

Les médecins généralistes dénonçaient un manque de consultation des professionnels médicaux par les autorités de santé et parlaient même d'une déconnexion des experts par rapport à la réalité du terrain.

Enfin, les médecins généralistes se sentaient parfois seuls face à des parents souvent insistants car dans l'incompréhension, et angoissés par la toux de leur jeune enfant.

Concernant les stratégies mises en place à l'époque, on a pu constater que si l'éducation thérapeutique et l'information portée aux parents suffisaient pour certains médecins généralistes, un manque de temps crucial pour cette éducation était dénoncé par d'autres.

Question brise-glace :

Pouvez-vous vous présenter sans révéler votre identité ?

- Sexe
- Age
- Date de début d'exercice
- Nombre de consultations par jour en moyenne
- Proportion de consultations pédiatriques par jour en moyenne

Décrivez votre vécu lors de l'interdiction de prescription des spécialités mucolytiques mucofluidifiantes et antitussives entre 2010 et 2011 chez les enfants de moins de 2 ans :

Questions de relance :

- Votre ressenti à vous en tant que médecin généraliste
- Votre ressenti par rapport aux parents
- Quelles stratégies aviez-vous mise en œuvre ?
- Quelles alternatives thérapeutiques non médicamenteuses proposiez-vous ?
- Quelles alternatives thérapeutiques médicamenteuses proposiez-vous ?

Comment vivez-vous la prise en charge d'une toux aigue du nourrisson aujourd'hui ?

Questions de relance :

- Du côté des médecins ?
- Du côté des parents ?

Ressentez-vous une évolution des pensées en rapport avec la prise en charge de la toux aigue du nourrisson ?

Questions de relance :

- Ressentez-vous une évolution des pensées médicales à ce sujet ?
- Ressentez-vous une évolution des pensées des parents à ce sujet ?
- Persiste-t-il encore certaines difficultés, en existe-t-il des nouvelles, en tant que médecin, et par rapport aux parents, lesquelles ?

Expression libre sur le sujet :

Critiques et remarques à apporter à l'entretien:

Annexe2 Guide d'entretien semi dirigé n°2 :

Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson : évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des stratégies de prise en charge.

Question brise-glace :

Pouvez-vous vous présenter sans révéler votre identité ?

- Sexe
- Age
- Date de début d'exercice
- Nombre de consultations par jour en moyenne
- Proportion de consultations pédiatriques par jour en moyenne

Décrivez votre vécu lors de l'interdiction de prescription des spécialités mucolytiques mucofluidifiantes et antitussives entre 2010 et 2011 chez les enfants de moins de 2 ans :

Questions de relance :

- Votre ressenti à vous en tant que médecin généraliste
- Votre ressenti par rapport aux parents
- Quelles stratégies aviez-vous mise en œuvre ?
- Quelles alternatives thérapeutiques non médicamenteuses proposiez-vous ?
- Quelles alternatives thérapeutiques médicamenteuses proposiez-vous ?

Comment vivez-vous la prise en charge d'une toux aigue du nourrisson aujourd'hui ?

Questions de relance :

- Du côté des médecins ?
- Du côté des parents ?

Ressentez-vous une évolution des pensées en rapport avec la prise en charge de la toux aigue du nourrisson ?

Questions de relance :

- Ressentez-vous une évolution des pensées médicales à ce sujet ?
- Ressentez-vous une évolution des pensées des parents à ce sujet ?

- Persiste-t-il encore certaines difficultés, en existe-t-il des nouvelles, en tant que médecin, et par rapport aux parents, lesquelles ?
-

Expression libre sur le sujet :

Critiques et remarques à apporter à l'entretien:

VII. Bibliographie

1. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/890755/main.pdf>
2. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/890756/main.pdf>
3. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/259372/main.pdf>
4. AFSSAPS [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/fa84be12b0ebddf5e5ad026a59f6a996.pdf
5. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/278751/main.pdf>
6. thèse grenoble 7 [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00864142/document>
7. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/296888/main.pdf>
8. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/694267/main.pdf>
9. Le miel comme traitement de la toux aiguë de l'enfant | Cochrane [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD007094/le-miel-comme-traitement-de-la-toux-aigue-de-lenfant>
10. ipsos [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
11. [Internet]. [cité 21 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1041820/main.pdf>
12. propos de recherche et méthode qualitative P.Boro [Internet]. [cité 22 févr 2018].
Disponible sur: http://probo.free.fr/ecrits_divers/methodes_qualitatives.pdf
13. introduction à la recherche qualitative [Internet]. [cité 22 févr 2018].
Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
14. Grounded Theory innover [Internet]. [cité 22 févr 2018].
Disponible sur: http://www.lar.univ-paris-diderot.fr/sites/default/files/fguillemette_ch.pdf
15. Grounded Theory Glaser and Strauss 1967 [Internet]. [cité 22 févr 2018].
Disponible sur: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
16. critères-COREQ.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2018].
Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

17. déprescription thèse [Internet]. [cité 22 févr 2018].
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474734/document>
18. antibiotiques pas automatiques [Internet]. [cité 23 févr 2018].
Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00700534/document>
19. comment améliorer la prescription d'antibiotiques [Internet]. [cité 8 mars 2018].
Disponible sur: https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S0755498204987805/1-s2.0-S0755498204987805-main.pdf?_tid=7d91d9e2-b74e-4143-8bc6-4cb2670b5eb6&acdnat=1520540739_1cd840ae9daee95aa3cecf23d6da24cb
20. impact du TDR sur la prescription d'Antibiotiques [Internet]. [cité 8 mars 2018].
Disponible sur: https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S0929693X07003879/1-s2.0-S0929693X07003879-main.pdf?_tid=0cd1080c-6e76-47a1-bdab-07245bf3e866&acdnat=1520541509_5bd3421531ded213f3f9673c341d5d7b
21. Pourchez J, Leclerc L, Sarry G, Vergnon J-M, Dubus JC.
Chambres d'inhalation pour délivrance de fluticasone chez le nourrisson au banc d'essai. *Rev Mal Respir.* janv 2017;34(1):29-35.
22. thèse homéopathie chez les MG non homéopathes [Internet]. [cité 23 févr 2018].
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01526717/document>
23. responsabilité des pharmaciens [Internet]. [cité 8 mars 2018].
Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/content/download/346605/1695126/version/3/file/Cahier+th%C3%A9matique+11+-+Responsabilit%C3%A9+du+pharmacien-interactif.pdf>

VIII. LISTE DES ABREVIATIONS :

AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
COREQ :	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DRP :	Désobstruction rhinopharyngée
DRSM :	Direction régionale du service médical
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMI :	Protection maternelle et infantile
SUDOC :	Catalogue du système universitaire de documentation
TDR :	Test de Diagnostic Rapide

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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.



RESUME

Interdiction de prescription des antitussifs chez le nourrisson : évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes et des stratégies de prise en charge.

Introduction : Depuis 2010-2011, la prescription de médicaments antitussifs, mucofluidifiants et mucolytiques est interdite par l'ANSM.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'évolution des difficultés ressenties par les médecins généralistes depuis l'interdiction de prescription de ces produits.

L'objectif secondaire était de percevoir l'évolution des stratégies de prise en charge de la toux aiguë du nourrisson.

Méthode : Une approche qualitative a été menée à travers la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels auprès de 11 médecins généralistes.

La conception de cette étude répondait aux critères COREQ, et l'analyse des données était basée sur la méthode de la théorie ancrée.

Résultats : Les médecins ont rencontré des difficultés mais ont intégré cette interdiction de prescription à leur pratique en mettant en œuvre divers stratégies. Le rapport avec les parents constitue toujours un frein à cette prise en charge. Des alternatives thérapeutiques sont donc prescrites bien que hors AMM. Les médecins dénoncent les pharmaciens qui continuent de délivrer en vente libre des produits antitussifs aux parents.

Discussion : Les médecins doivent conserver le lien de confiance qui les unit à leurs patients. L'éducation thérapeutique tient ici toute sa place. Un score diagnostique et un protocole de prise en charge de la toux du nourrisson rassurerait probablement les parents.

Une participation médiatique serait une aide à l'information et la conviction des parents.

Conclusion : Cette étude a permis d'exposer les difficultés ressenties par les médecins généralistes, les stratégies mises en place pour y répondre. Les pensées ont évolué, mais des obstacles demeurent apportant une réflexion sur des solutions nouvelles à apporter.

Mots clés : *antitussifs, toux aiguë, nourrisson, médecins généralistes*