



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etat des lieux des pratiques des internes de médecine générale
de Lille face à une suspicion d'asthme du nourrisson
de moins de 36 mois en cabinet de ville**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2024 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Louisa LASRI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur :

Monsieur le Docteur Pascal PHILIPPE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aude DEWITTE

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

B2CA Bêta 2 mimétiques de courte durée d'action

B2LA Bêta 2 mimétiques de longue durée d'action

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSI Corticostéroïdes inhalés

EFR Explorations Fonctionnelles Respiratoires

GINA Global Initiative for Asthma

HAS Haute Autorité de Santé

RGO Reflux Gastro Œsophagien

RGPD Règlement Général sur la Protection des Données

SP2A Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
Matériels et méthodes	7
1) Type d'étude	7
2) Population cible	7
3) Questionnaire	7
4) Recueil des données	7
5) Analyse des données	8
6) Ethique.....	8
Résultats	10
1) Descriptif de la population	10
2) Caractéristiques de la population	11
3) Faire le diagnostic de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois.....	13
4) Evaluer la sévérité de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois	15
5) Mettre en œuvre une prise en charge initiale adaptée	16
6) Savoir adapter la stratégie thérapeutique en fonction du contrôle de l'asthme	18
7) Evaluer régulièrement la qualité de la prise en charge du nourrisson asthmatique	20
Discussion	22
1) Résultats principaux	22
A) Faire le diagnostic d'asthme du nourrisson	22
B) Evaluer la sévérité de l'asthme du nourrisson	23
C) Initier une prise en charge adaptée	24
D) Savoir adapter le traitement en fonction du contrôle de l'asthme	26
E) Evaluer régulièrement la qualité de la prise en charge	27
2) Forces et limites de l'étude	28
A) Forces de l'étude	28
B) Limites de l'étude	28
Conclusion	30
Bibliographie.....	31
Annexes.....	34
1) Attestation de déclaration de traitement des données.....	34
2) Questionnaire	35
3) Liste des tableaux	40
4) Liste des figures	40

Résumé

Contexte : L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant et son diagnostic doit être le plus précoce possible pour réduire sa morbidité. Les dernières recommandations françaises concernant la prise en charge de l'asthme du nourrisson datent de 2009.

Objectif : Faire un état des lieux des pratiques des internes de médecine générale de Lille concernant la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans et situer leurs pratiques vis à vis des recommandations de la HAS.

Méthode : Etude quantitative et descriptive réalisée de février à avril 2024 à partir de questionnaires anonymes envoyés à un échantillon de 635 internes de médecine générale de Lille.

Résultats : Le taux de participation à l'étude était de 20%. La majorité des répondants était des femmes (77,36%) et principalement en fin de cursus (46,22% en dernière année). La totalité des internes évoquait un asthme devant une respiration sifflante et des sibilants à l'auscultation. Ils considéraient un enfant asthmatique à partir du troisième épisode de dyspnée sifflante (83,02%) et prescrivaient une radiographie de thorax à partir de ce 3^{ème} épisode (36,79%). Le traitement de fond était initié pour un minimum de 3 mois (73,58%) avec une chambre d'inhalation et un masque adapté à l'âge (96,23%) et le mode d'administration était généralement expliqué aux parents (89,62%). La moitié des répondants donnait aux parents un plan d'action à suivre en cas de crise d'asthme (53,77%). Face à un mauvais contrôle de l'asthme, seulement la moitié remettait en cause le diagnostic d'asthme initialement posé.

Conclusion : Les pratiques des internes de médecine générale de Lille sont partiellement conformes aux recommandations de la HAS.

Introduction

L'asthme est une maladie chronique qui touche environ 4 millions de personnes en France (1). En 2006, on estime que 10% de la population française a souffert d'asthme au moins une fois dans sa vie (asthme vie entière) et 7% en a souffert au cours de l'année 2006 (2).

Chez l'enfant, l'asthme est la maladie chronique la plus fréquente avec une prévalence cumulée estimée à 9% (3). Des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées alternativement dans les classes de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième et les résultats montrent une prévalence croissante de l'asthme dans ces populations au fil des années (4). Lors de l'année scolaire 2005-2006, la prévalence de l'asthme vie entière était de 9,8% en grande section de maternelle contre 11% lors de l'année scolaire 2012-2013. En fonction du niveau scolaire, la prévalence varie entre 10 et 16% (5).

Concernant les enfants de moins de 36 mois, il n'y a pas d'estimation précise de la prévalence de l'asthme. Pourtant, ils représentent plus de la moitié des hospitalisations pour symptômes d'asthme entre 2002 et 2010 (6)(7).

Chez les adultes et les enfants d'âge scolaire, le diagnostic d'asthme repose sur l'histoire de la maladie, la clinique et surtout les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) qui confirment le diagnostic de manière objective (8)(9). Chez l'enfant de moins de 4 ans (et par conséquent chez les moins de 36 mois), il n'y a pas d'examen pouvant confirmer le diagnostic d'asthme car les EFR ne sont pas réalisables à cet âge (10).

Dans cette population, le diagnostic qui repose donc essentiellement sur l'histoire de la maladie et la probabilité clinique d'avoir un asthme, peut alors être retardé. Or, un diagnostic précoce permet de limiter le nombre d'exacerbations et leurs conséquences potentielles, notamment l'infléchissement de la fonction pulmonaire. En effet, il a été constaté que les épisodes de dyspnée sifflante en début de vie sont associés à une diminution de la fonction pulmonaire qui peut persister jusqu'à l'âge adulte (11). Par ailleurs, la morbidité chez les enfants de moins de 3 ans est plus importante du fait des exacerbations sévères et de la prise en charge pré hospitalière moins efficace que chez les enfants plus âgés (6). Il est donc important de poser le diagnostic aussi tôt que possible pour traiter précocement les jeunes patients et ainsi éviter que leur fonction pulmonaire ne décline.

Le diagnostic est également plus difficile chez les nourrissons de moins de 36 mois car les épisodes de sifflements et de toux sont fréquents lors des infections virales respiratoires (10) et ne sont pas spécifiques de l'asthme.

En ce sens, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2009 des recommandations de bonnes pratiques. Celles-ci ont pour but d'harmoniser les pratiques et d'aider les médecins généralistes à améliorer le diagnostic de l'asthme chez le nourrisson de moins de 36 mois en dehors des épisodes aigus. L'objectif principal est la limitation des exacerbations, des hospitalisations et de la prise de corticoïdes oraux (12).

L'asthme est caractérisé par la survenue de crises, se manifestant par des épisodes de gêne respiratoire (dyspnée) sifflante. Entre deux crises, la respiration est le plus souvent normale (13).

La crise d'asthme survient lors de la contraction des muscles lisses qui entourent les bronches, conduisant à une réduction du diamètre de ces dernières. Selon l'intensité, l'asthme se manifeste uniquement par une toux ou, le plus fréquemment, par une dyspnée sifflante. Lors d'une crise d'asthme, les muqueuses bronchiques sont irritées et produisent une quantité plus importante de sécrétions. Les symptômes peuvent s'aggraver lors d'un effort physique ou pendant la nuit (14).

Les crises d'asthme peuvent être provoquées par plusieurs facteurs (13) : des allergènes respiratoires (acariens/moisissures/squames/pollen) ou alimentaires, des infections respiratoires saisonnières, des irritants respiratoires (tabac/pollution), l'air froid, l'exercice physique, les pleurs, les rires et certains médicaments comme les anti-inflammatoires.

Comme indiqué précédemment, la HAS a édité des recommandations en 2009. Ces préconisations ont été effectuées en collaboration avec la Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie (SP2A) (15). L'asthme du nourrisson y est défini comme *« Tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance, et cela quels que soient l'âge de début, la cause déclenchante, l'existence ou non d'une atopie. Ces épisodes de sifflements sont discontinus, avec des périodes pendant lesquelles l'enfant est asymptomatique »*.

Pour éliminer les diagnostics différentiels, une radiographie de thorax doit être réalisée après le 3^{ème} épisode de dyspnée sifflante.

Après trois épisodes de dyspnée sifflante et une radiographie de thorax normale, un traitement de fond par corticostéroïdes inhalés pendant un minimum de 3 mois peut alors être mis en place, selon la sévérité de l'asthme.

L'asthme persistant nécessite un traitement de fond alors que l'asthme intermittent est traité par Ventoline (Béta 2 mimétiques de courte durée d'action : B2CA) en cas de crise. Le traitement est administré par les parents via une chambre d'inhalation avec un masque adapté à l'âge (15).

Le but du traitement et son mode d'administration doivent donc être expliqués aux parents au préalable. Le traitement de fond est ensuite adapté au niveau de contrôle de l'asthme (fréquence des symptômes diurnes et nocturnes, retentissement sur les activités quotidiennes, prise de B2CA et fréquence des exacerbations).

Les parents doivent recevoir un plan d'action à suivre en cas de crise et veiller à l'éviction des facteurs aggravants comme l'exposition au tabac, aux moisissures et aux allergènes identifiés (15). Ils doivent connaître et comprendre au mieux la maladie pour détecter les symptômes et administrer le traitement correctement, aux bonnes doses et le plus tôt possible.

Après élimination des diagnostics différentiels, les raisons pouvant expliquer un mauvais contrôle de l'asthme malgré l'introduction d'un traitement de fond et sur lesquelles le médecin généraliste doit s'interroger sont (15) :

- Une mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation,
- Une mauvaise observance du traitement de fond,
- Une connaissance insuffisante de la maladie,
- Un défaut de contrôle de l'environnement domestique.

En 2018, de nouvelles recommandations européennes et internationales ont été publiées par la Global Initiative for Asthma (GINA) (8) concernant la prise en charge de l'asthme de l'adulte, de l'enfant de plus de 5 ans et de l'enfant de moins de 5 ans, elles ont été réactualisées en 2023 (16).

L'asthme y est défini par un ensemble de signes cliniques qui regroupe : sifflements récidivants, toux sèche récurrente et persistante, essoufflement. Ces signes sont d'autant plus attribuables à de l'asthme qu'ils apparaissent lors d'efforts, de fous rires ou de pleurs. La GINA préconise de réaliser un traitement d'épreuve durant 2-3 mois. S'il y a récurrence des symptômes lors de l'arrêt de ce traitement d'épreuve alors le diagnostic d'asthme est renforcé. A noter aussi que la HAS prévoit l'instauration d'un traitement de fond et le dosage de celui-ci selon la sévérité de l'asthme (asthme persistant), alors que la GINA préconise la mise en place du traitement de fond à dose faible pendant 3 mois peu importe la sévérité clinique et la fréquence de la symptomatologie, une réévaluation est réalisée après ces 3 mois de traitement (8).

En 2016, dans le cadre d'une thèse d'exercice, une étude sur la prise en charge de l'asthme chez les enfants de moins de 3 ans a été réalisée auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais. Celle-ci a montré que les pratiques observées étaient partiellement conformes à celles attendues par la HAS (17). En 2021, une étude similaire a été réalisée auprès des médecins généralistes de la Sarthe mais concernant la prise en charge de l'asthme des enfants de moins de 5 ans (18). Celle-ci a démontré que les médecins généralistes de la Sarthe prenaient en compte un ensemble de signes cliniques et une positivité au traitement d'épreuve pour poser le diagnostic d'asthme comme le préconisent les recommandations de la GINA.

Le but de notre étude est d'observer les pratiques un peu plus en amont et s'adresse donc, spécifiquement, aux internes de médecine générale de Lille. Ces pratiques sont confrontées aux recommandations de la HAS de 2009.

Matériels et méthodes

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale, centrée sur la faculté de médecine de Lille. Elle a été réalisée auprès des internes de médecine générale de Lille avec envoi de questionnaires standardisés, anonymes, sur une période allant du 07/02/2024 au 07/04/2024.

2) Population cible

La population cible était celle des internes de médecine générale de Lille ayant déjà effectué leur premier stage en cabinet (N1) ou étant en cours de stage de N1.

Nous avons exclu les internes ne remplissant pas cette condition.

La population regroupait les 3 promotions actuelles d'internes de médecine générale.

3) Questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire a été envoyé à une demi douzaine d'internes en dehors de la spécialité de médecine générale afin de vérifier la bonne compréhension des items. Aucune question n'a été modifiée après retour de ces internes.

Les questionnaires n'étaient validés que si toutes les questions étaient traitées. Tout questionnaire incomplet était donc systématiquement rejeté. Le questionnaire envoyé aux internes est fourni en annexe.

4) Recueil des données

Les questionnaires ont été envoyés aux internes des 3 promotions de médecine générale de Lille via les groupes Facebook des différentes promotions. Au total, 4 relances ont été effectuées.

5) Analyse des données

Les questionnaires ont été créés sur LimeSurvey.

Ils ont été anonymisés, les données personnelles (nom, prénom, âge, adresse mail, adresse IP) n'ont pas été recueillies.

Les données ont ensuite été extraites et transférées sur le logiciel EXCEL pour analyse statistique.

Le questionnaire a été créé en miroir des recommandations de la HAS concernant les critères de bonne pratique face à une suspicion d'asthme du nourrisson. Il a été divisé en 5 objectifs correspondants à ceux de la HAS et les résultats ont été analysés au regard de ces objectifs.

Il a ensuite été réalisé une analyse descriptive avec calcul de pourcentages.

L'objectif principal est d'analyser les pratiques des internes de médecine générale dans la prise en charge de l'asthme du nourrisson de moins de 3 ans. L'objectif secondaire est de comparer ces pratiques aux recommandations de la HAS.

6) Ethique

Cette étude ne répond pas à la loi Jardé car elle n'implique pas la personne humaine.

La déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire car l'étude n'utilise pas le traitement des données médicales des patients et repose uniquement sur la pratique des internes de médecine générale.

Un dossier de déclaration de traitement des données a été transmis au délégué à la protection des données, Mr Jean Luc Tessier, qui a attesté que l'étude était exonérée de déclaration relative au règlement général sur la protection des données (RGPD).

En préambule du questionnaire, les objectifs de l'étude ont été précisés. Les internes ont été informés de l'anonymisation des données et de la possibilité de refuser de participer à l'étude.

Résultats

1) Descriptif de la population

Le souhait était que la population de l'étude contienne au moins cent internes. Le taux de réponse estimé étant de 30%, il nous fallait donc interroger au moins deux promotions de médecine générale de Lille. Au final, pour sécuriser l'étude, nous avons décidé de solliciter les trois promotions actuelles.

Comme indiqué précédemment, l'envoi des questionnaires s'est fait via les groupes Facebook des trois promotions. Le groupe Facebook de la promotion 2021-2022 comprenait 213 personnes, celui de 2022-2023 comprenait 212 personnes et celui de la promotion 2023-2024 comprenait 210 personnes. Au total, 635 personnes ont donc potentiellement eu accès au questionnaire.

Il était stipulé dans le message accompagnant le questionnaire que ce dernier était anonyme et que les internes devaient remplir le critère d'inclusion portant sur la réalisation de leur stage de N1 (stage en cours ou passé). Les internes de première année en stage aux urgences adultes étaient donc exclus, ce qui représente la moitié de la promotion 2023-2024.

Parmi les 635 internes ayant reçu le questionnaire, 530 étaient donc concernés par l'enquête et 129 ont répondu. Par ailleurs, 23 questionnaires ont été écartés car ils n'étaient pas finalisés. Finalement 106 réponses ont été analysées, le taux de réponses exploitables était donc de 20%. Ce pourcentage, en-deçà de celui estimé, valide à posteriori notre choix d'interroger l'ensemble des trois promotions en cours. La figure ci-après illustre les étapes qui ont mené à la taille de l'échantillon analysé.

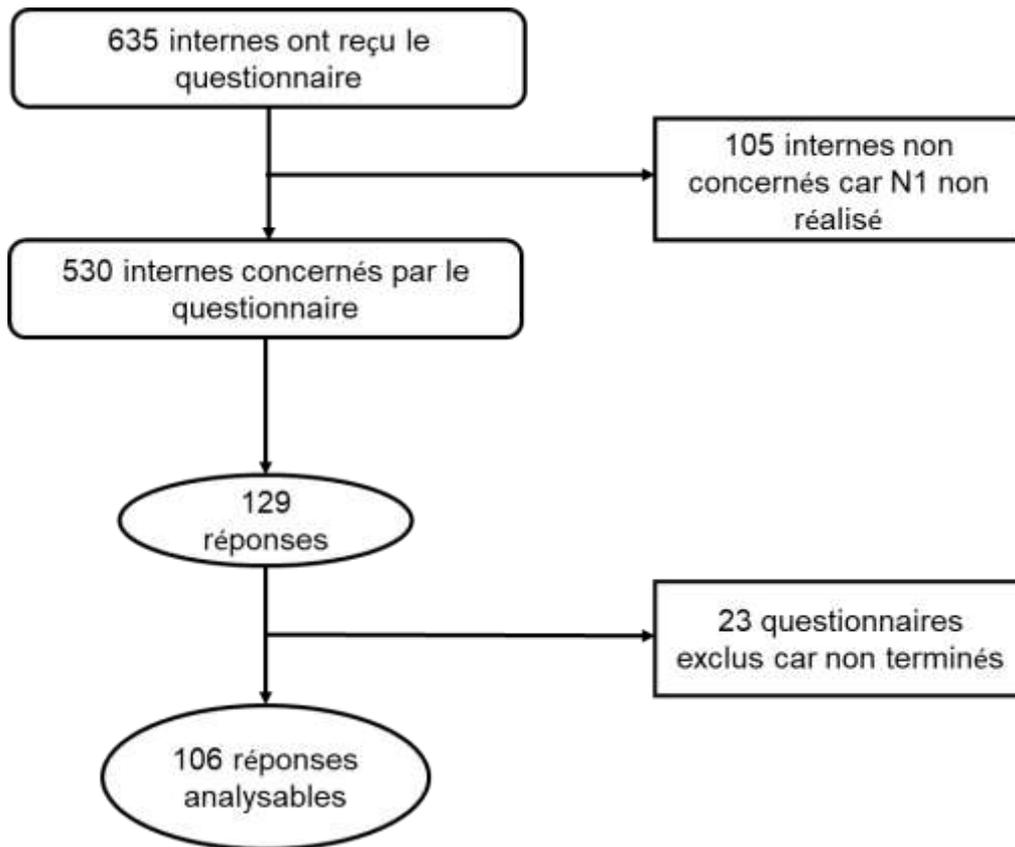


Figure 1 : Diagramme de flux

2) Caractéristiques de la population

Les répondants étaient :

- Des femmes à 77,36 %,
- Principalement en fin de cursus avec 46,22% en 5^{ème} semestre,
- 81,13% avaient réalisé leur N1 et 18,87% était en cours de réalisation,
- 64,15% avaient réalisé leur stage de pédiatrie.

L'étude s'étant déroulée sur le semestre d'hiver, les internes étaient donc en premier, troisième ou cinquième semestre.

Le tableau ci-dessous précise les caractéristiques de la population étudiée.

Caractéristiques	N = nombre	%
Taille de l'échantillon	106	
Sexe		
- Femme	82	77,36 %
- Homme	24	22,64 %
Semestre actuel		
- 1	20	18,87%
- 2	0	0%
- 3	37	34,91%
- 4	0	0%
- 5	49	46,22%
- 6	0	0%
Stage N1 réalisé		
- Oui	86	81,13%
- Non	0	0%
- En cours	20	18,87%
Stage de pédiatrie réalisé/en cours		
- Oui	68	64,15%
- Non	38	35,85%

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Comme indiqué dans la partie Matériels et Méthodes, le questionnaire a été divisé en 5 grands items qui correspondent aux objectifs de la HAS. Les résultats sont donc analysés au travers des réponses apportées à ces 5 objectifs :

- Faire le diagnostic de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois,
- Evaluer la sévérité de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois,
- Mettre en œuvre une prise en charge initiale adaptée,
- Savoir adapter la stratégie thérapeutique en fonction du contrôle de l'asthme,
- Evaluer régulièrement la qualité de prise en charge du nourrisson asthmatique.

3) Faire le diagnostic de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois

La totalité des répondants évoque un asthme devant une respiration sifflante, des sibilants à l'auscultation et 95,28% devant une dyspnée.

34,91% l'évoquent devant un épisode de cyanose, 20,75% devant une rhinorrhée chronique, 15,09% devant une virose ORL, 10,38% devant des crépitants à l'auscultation et 5,66% devant une toux laryngée.

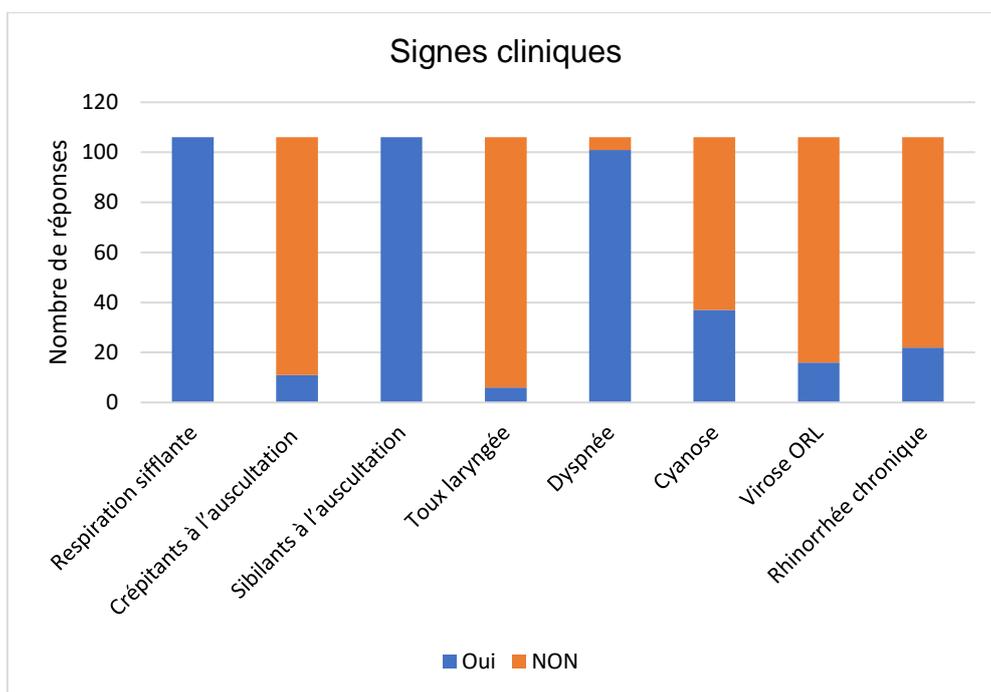


Figure 2 : Signes cliniques faisant évoquer un asthme chez le nourrisson.

La majorité des répondants, 83,02%, considère un nourrisson asthmatique après le 3^{ème} épisode de dyspnée sifflante et 14,15% après le 2^{ème} épisode. Les quelques trois derniers pourcents se répartissent sur les réponses indiquant un épisode (0,94%) et plus de quatre épisodes (1,89%).

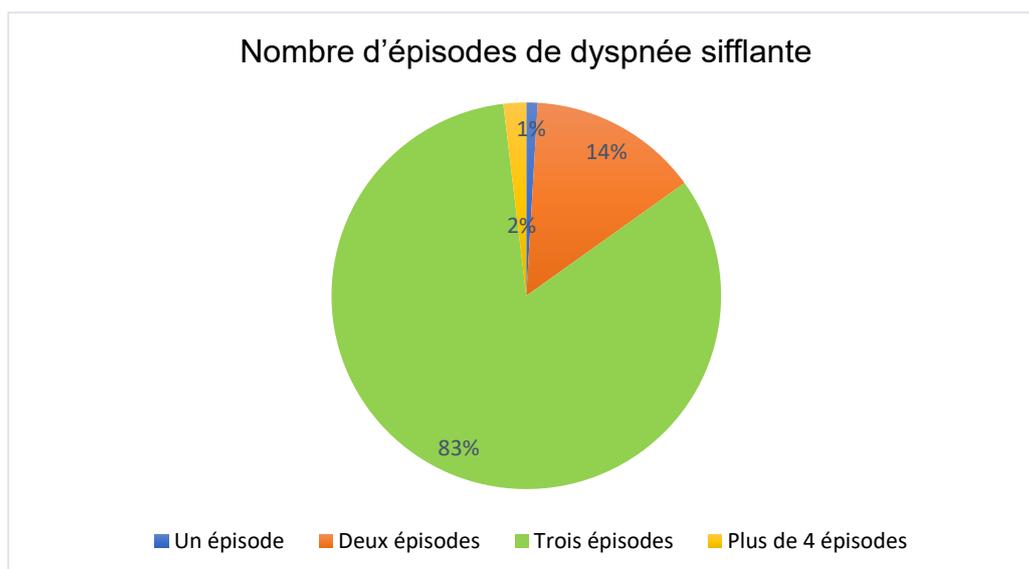


Figure 3 : Nombre d'épisodes de dyspnée sifflante confirmant l'asthme

Concernant la prescription d'examens complémentaires, 36,79% des répondants prescrivent une radiographie de thorax après le 3^{ème} épisode de dyspnée sifflante, 31,13% le font seulement lorsqu'ils ont un doute sur le diagnostic, 21,7% le font après le premier épisode, 6,6% après le second épisode et 3,77% n'en prescrivent jamais.

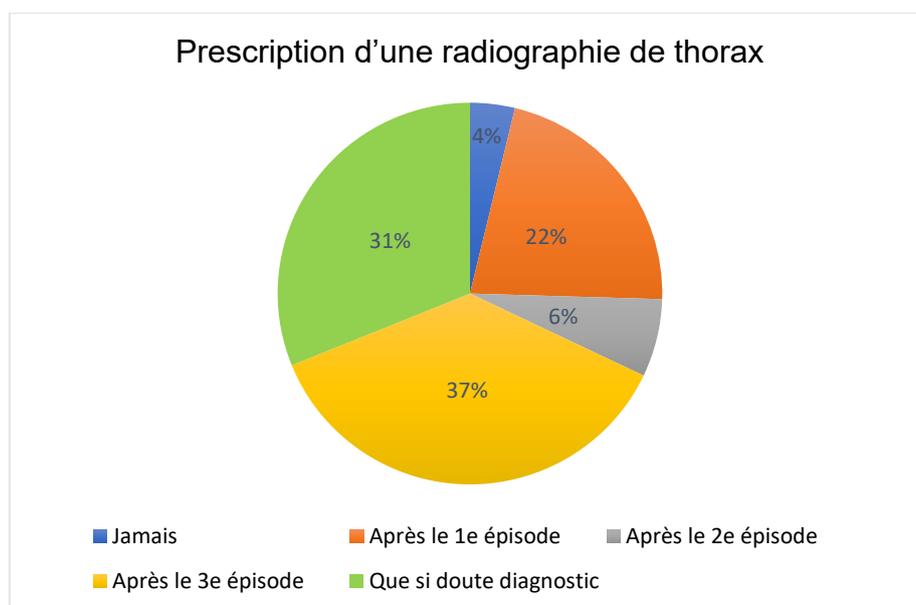


Figure 4 : Temporalité de la prescription d'une radiographie de thorax

Parmi les répondants, 3 internes (2,83%) prescrivent d'autres examens complémentaires de manière systématique. Des IgE spécifiques sont ainsi prescrites par un interne sur les trois et des EFR ainsi que des prick tests par 2 internes sur les trois.

4) Evaluer la sévérité de l'asthme chez un nourrisson de moins de 36 mois

Comme l'indique la Figure 5, pour évaluer la sévérité de l'asthme, 93,4% des internes prennent en compte la fréquence des exacerbations, 90,57% la fréquence des symptômes diurnes et nocturnes ainsi que le retentissement sur les activités quotidiennes, 80,19% prennent en compte la prise de B2CA. Les internes considèrent que le nombre d'hospitalisations (84,91%), le besoin d'oxygène durant les crises (50%) et la présence de cyanose pendant les crises (41,51%) comme des marqueurs de sévérité.

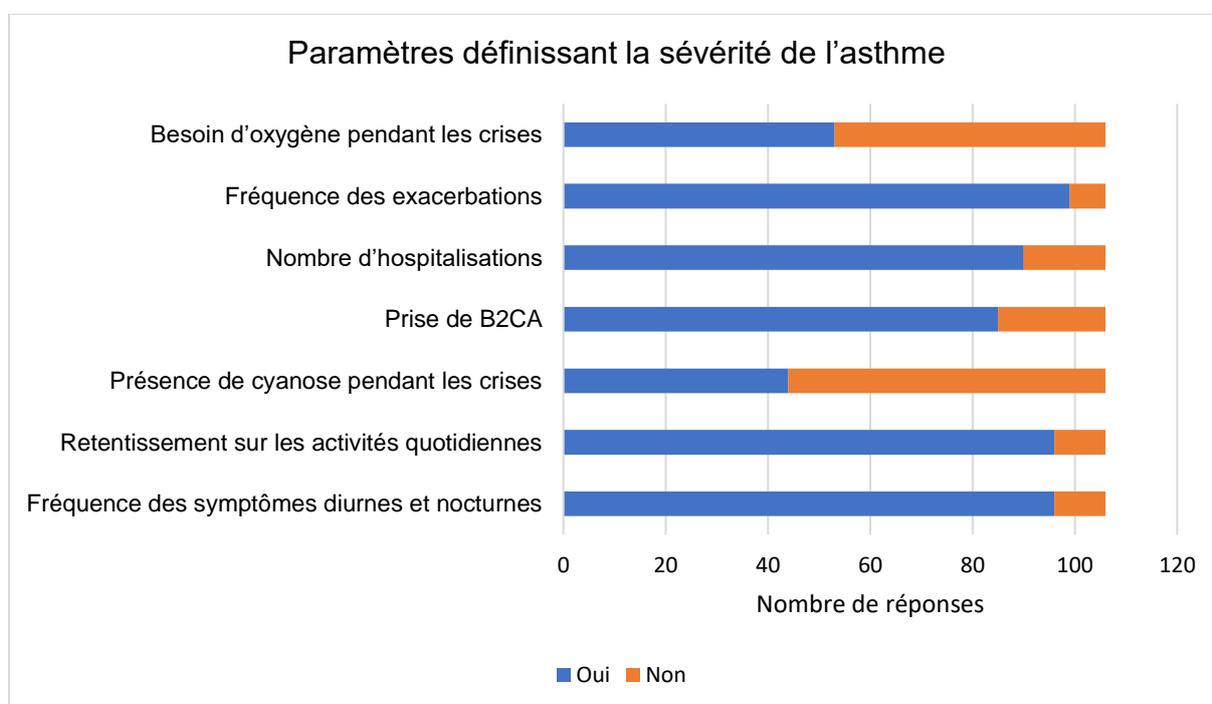


Figure 5 : Paramètres pris en compte pour définir la sévérité de l'asthme

5) Mettre en œuvre une prise en charge initiale adaptée

Deux cas de figure mettant en scène deux nourrissons, Léo et Léa, sont envisagés. Dans la situation de Léo, qui présente un asthme intermittent, 100% des répondants ont prescrit de la Ventoline à utiliser en cas de crise.

Dans la situation de Léa, qui présente un asthme persistant, 94,34% des répondants ont initié un traitement de fond par corticostéroïdes inhalés et 5,66% ont prescrit des B2LA. Aucun interne n'a prescrit de corticoïdes per os, d'anti-leucotriènes ou de B2CA.

Lors de l'initiation d'un traitement par CSI :

- Une grande majorité, 73,58% des répondants, le prescrit pour 3 mois (14,15% pour 1 mois, 10,38% pour 6 mois, 1,89% pour un an),
- Pratiquement la totalité des répondants (96,23%), le prescrit avec une chambre d'inhalation et un masque adapté à l'âge (3,77% le prescrivent avec chambre d'inhalation et uniquement embout buccal),
- Une part largement majoritaire des répondants (89,62%), explique de manière systématique le mode d'administration aux parents (9,43% le font parfois et 0,94% ne le font jamais)

Conduite à tenir en cas de crise :

- Un peu plus de la moitié des répondants (53,77%) donne systématiquement un plan d'action aux parents expliquant la marche à suivre en cas de crise d'asthme (39,62% le font parfois et 6,61% jamais).
- Une faible proportion des répondants (13,21%) inscrit systématiquement le plan d'action dans le carnet de santé, tandis que 44,34% ne le font jamais et 42,45% le font de temps en temps.

- Plus de la moitié des répondants (58,49%) inscrit dans le carnet de santé le nombre d'épisodes de dyspnée sifflante, l'auscultation et la prise en charge réalisée (35,85% le font parfois et 5,66% ne le font jamais).

Concernant les facteurs aggravants et/ou associés, la totalité des internes participant à l'étude recherche une exposition au tabac, 94,34% aux allergènes, 86,79% aux moisissures.

88,68% s'attardent sur les antécédents familiaux d'asthme ou de dermatite atopique. 84,91% recherchent une dermatite atopique et 66,04% des infections virales concomitantes. Seulement 61,32% cherchent un RGO et 62,26% une pathologie de la sphère ORL.

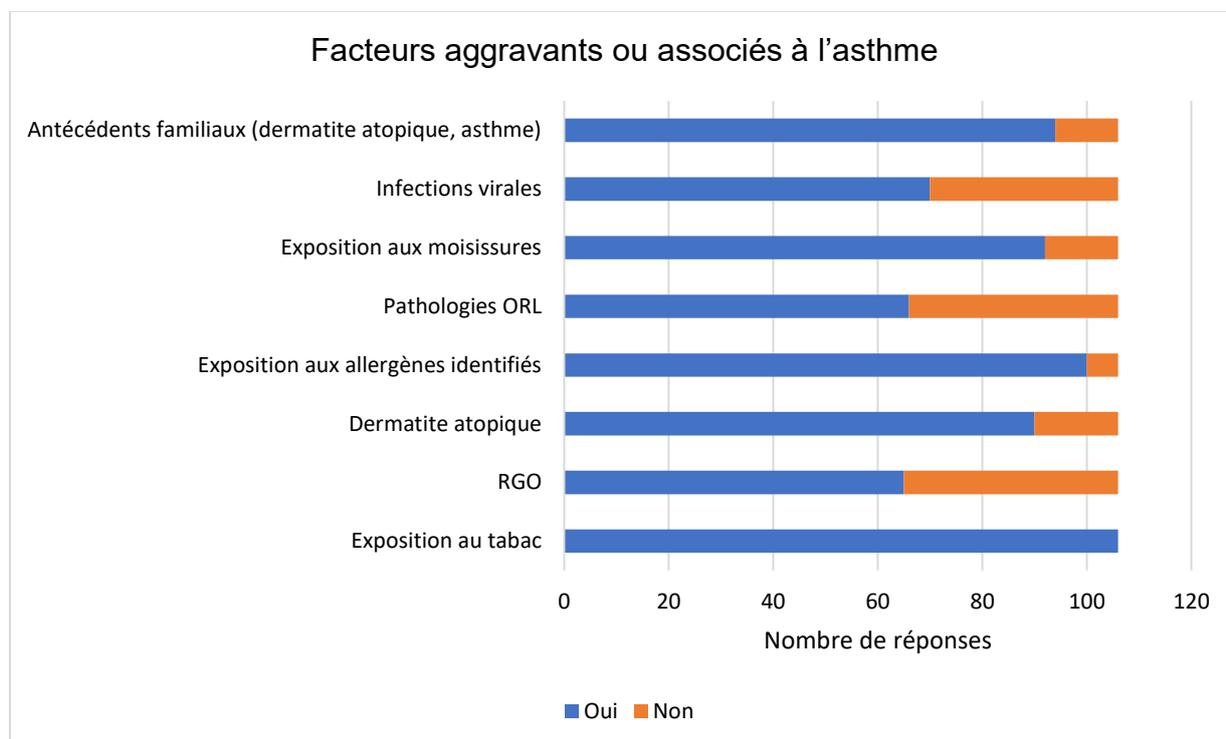


Figure 6 : Recherche de facteurs aggravants ou associés à l'asthme

6) Savoir adapter la stratégie thérapeutique en fonction du contrôle de l'asthme

Selon les internes, les différentes causes du mauvais contrôle de l'asthme sont :

- Principalement la mauvaise observance du traitement de fond (99,06%),
- La mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation (98,11%),
- Le défaut de contrôle des allergènes (95,28%),
- La connaissance insuffisante de la maladie par les parents (87,74%),
- L'association à une pathologie ORL (45,28%).

Seulement 50% remettent en cause le diagnostic d'asthme.

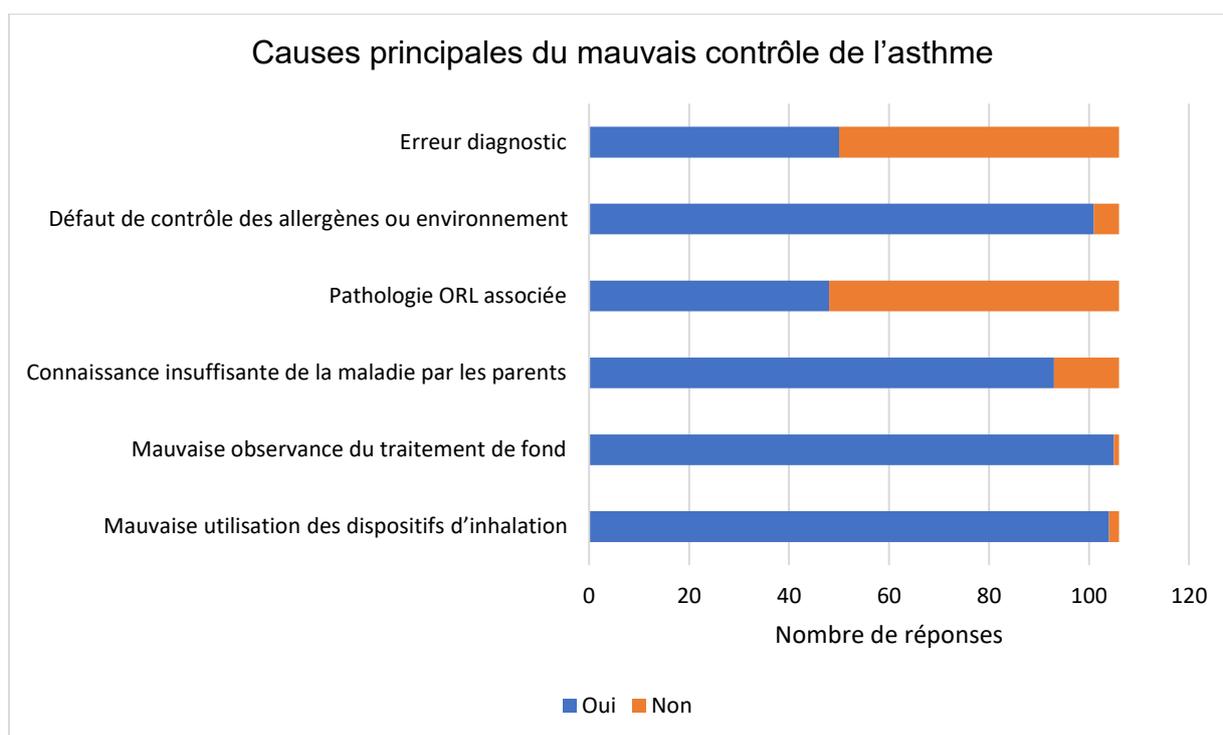


Figure 7 : Causes principales du mauvais contrôle de l'asthme

D'après les répondants, les symptômes pouvant remettre en cause le diagnostic de l'asthme sont :

- La présence d'un souffle cardiaque dans 90,57% des cas,
- La stagnation de la courbe staturo-pondérale dans 70,75% des cas,
- La présence de troubles chroniques du transit dans 66,98% des cas,
- Le début des symptômes dès la naissance dans 57,55% des cas,
- Une infection virale coïncidant avec les symptômes dans 15,09% des cas,
- L'absence d'antécédent personnel d'atopie dans 13,21%,
- L'absence d'antécédent familial d'asthme dans 6,6% des cas.

	N	%
Début des symptômes dès la naissance	61	57,55%
Infection virale coïncidant avec les symptômes	16	15,09%
Stagnation de la courbe staturo-pondérale	75	70,75%
Souffle cardiaque	96	90,57%
Absence d'antécédent personnel d'atopie	14	13,21%
Trouble chronique du transit	71	66,98%
Absence d'antécédent familial d'asthme	7	6,60%

Tableau 2 : Symptômes faisant remettre en question le diagnostic d'asthme

7) Evaluer régulièrement la qualité de la prise en charge du nourrisson asthmatique

La fréquence du suivi en l'absence de traitement par CSI se traduit par :

- Le suivi habituel du jeune enfant de moins de 3 ans par le médecin généraliste ou le pédiatre pour 71,70% des répondants,
- Des consultations tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre pour 27,36% des répondants,
- Des consultations tous les 1 à 3 mois chez le pédiatre pour 0,94% des internes.

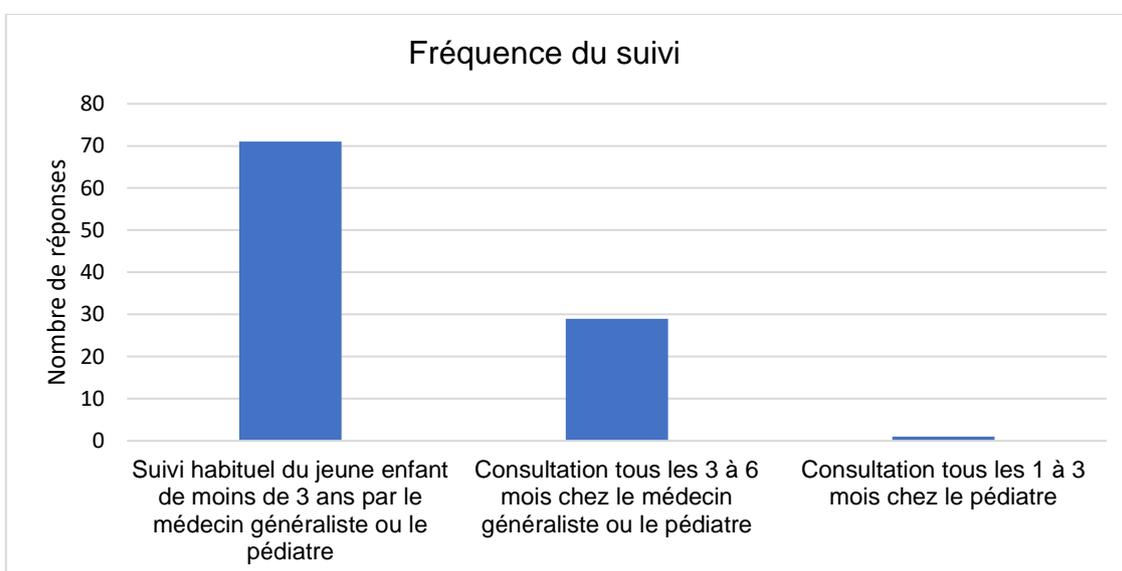


Figure 8 : Suivi du nourrisson asthmatique en l'absence de traitement par CSI

En cas de traitement par CSI à faibles ou moyennes doses, le suivi instauré par les internes est le suivant :

- Suivi habituel du jeune enfant de moins de 3 ans par le médecin généraliste ou le pédiatre pour 6,61% des répondants,
- Consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre pour 81,13% des internes,
- Consultation tous les 1 à 3 mois chez le pédiatre pour 12,26% des internes.

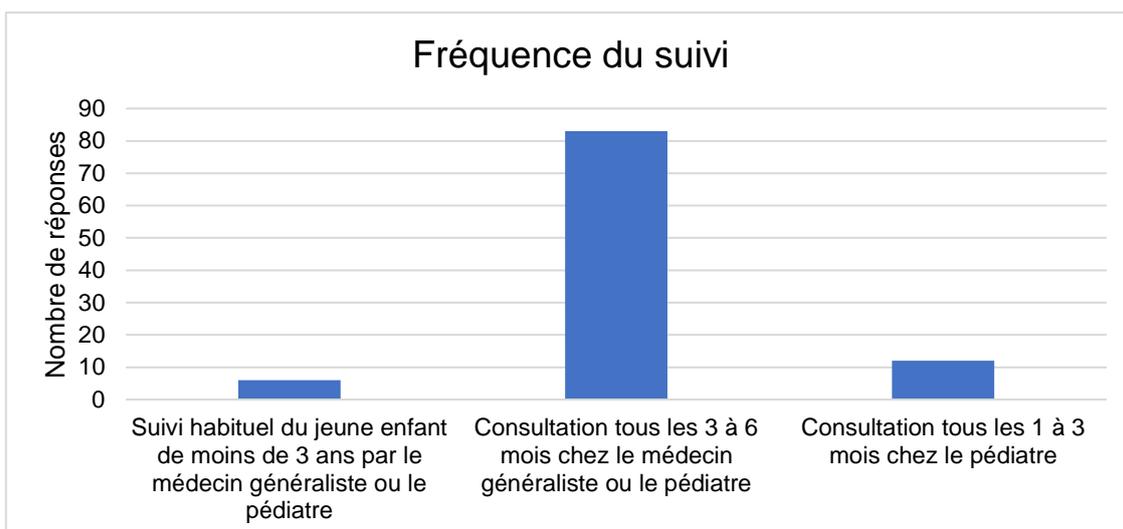


Figure 9 : Suivi du nourrisson asthmatique sous faibles ou moyennes doses de CSI
 Les internes ont également été interrogés sur le moment à partir duquel ils orientent leurs patients vers un pédiatre ou pneumo-pédiatre :

- 64,15% orientent leurs patients lorsqu'ils résistent au traitement de première intention ou malgré leur escalade thérapeutique,
- 53,77% le font pour éliminer un diagnostic différentiel,
- 10,38% le font dès la suspicion d'asthme,
- 1,89% les orientent avant de débiter un traitement de fond.

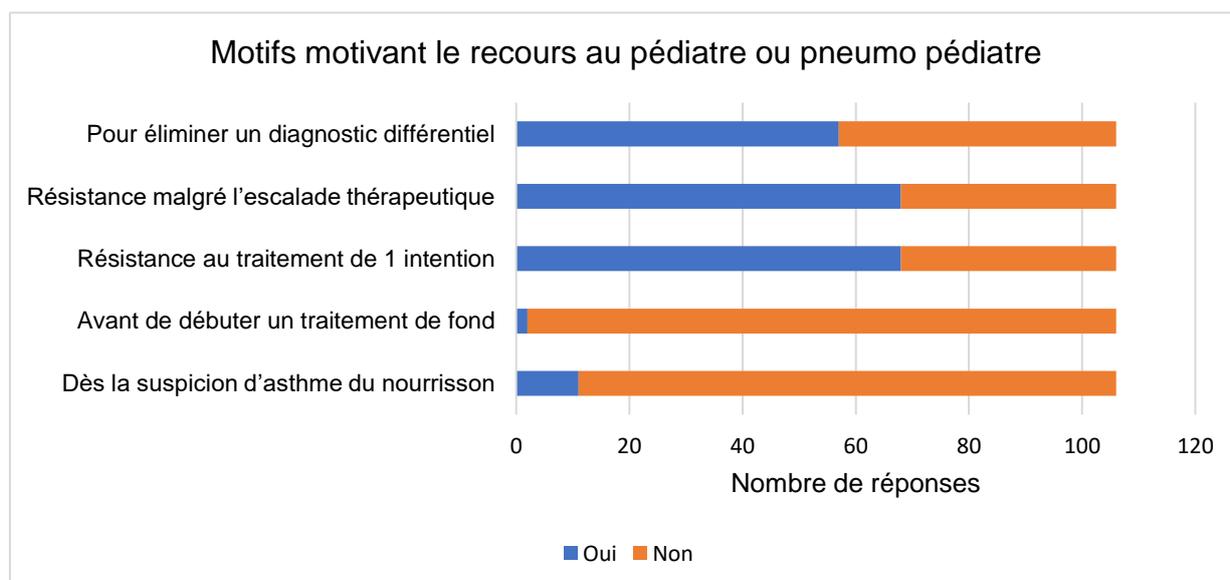


Figure 10 : Eléments faisant adresser le jeune enfant de moins de 3 ans au pédiatre ou pneumo pédiatre

Discussion

1) Résultats principaux

Les résultats sont discutés dans l'ordre des cinq objectifs fixés par la HAS concernant l'asthme chez le nourrisson de moins de trois ans.

A) Faire le diagnostic d'asthme du nourrisson

L'asthme du nourrisson est défini par la HAS par « tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance », définition bien connue des internes de médecine générale de Lille.

En effet, pour la totalité des internes, la respiration sifflante et les sibilants à l'auscultation sont évocateurs d'un asthme du nourrisson et pour 95% d'entre eux, la dyspnée est également en faveur du diagnostic. Il est parfois difficile de poser le diagnostic car les sibilants ne sont pas spécifiques de l'asthme et on estime qu'environ un nourrisson sur trois présente des épisodes de sifflements avant l'âge de 2 ans (19). Pour 35% des internes, la présence de cyanose est un élément diagnostique d'asthme or ce signe doit plutôt faire rechercher un diagnostic différentiel, notamment d'origine cardiaque, surtout en dehors d'un épisode aigu (20). Lors d'une crise d'asthme, la cyanose est un élément à prendre en compte pour évaluer la gravité de la crise mais pas pour en faire le diagnostic (21).

Les internes posent le diagnostic d'asthme du nourrisson après le 3^{ème} épisode de dyspnée sifflante dans 83% des cas et 37% d'entre eux prescrivent une radiographie de thorax au moment du diagnostic pour éliminer les diagnostics différentiels. Une part importante d'internes (31%) la prescrit uniquement lorsqu'ils ont un doute diagnostique or la radiographie de thorax est un examen clé dans l'asthme du nourrisson car c'est le seul examen disponible en routine permettant d'écarter une infection pulmonaire,

une malformation pulmonaire ou l'inhalation d'un corps étranger. 22% des internes prescrivent une radiographie de thorax dès le premier épisode de dyspnée, ce qui est indiqué uniquement si l'épisode initial est sévère ou atypique (21).

Parmi les internes, 3 prescrivent également des pricks tests, des EFR ou un dosage des IgE plasmatiques.

Or, les EFR ne sont réalisables et exploitables qu'à partir de l'âge de 4 ans, donc non nécessaires devant un asthme du nourrisson (10). L'enquête allergologique cutanée est systématique après 3 ans. Avant 3 ans, elle n'est réalisée que face à un asthme sévère, des symptômes extra respiratoires évocateurs d'allergie ou devant une histoire familiale d'atopie marquée, donc non systématique (22). Enfin, la recherche d'IgE plasmatiques, les Trophatop et Phadiatop ne sont pas des examens à réaliser en première intention et ne sont pas spécifiques. Ils sont parfois réalisés après l'âge de 3 ans comme examens de débrouillage en attendant la consultation allergologique. Cependant, la non spécificité de ces tests peut engendrer un risque d'éviction d'un élément dont le patient n'est finalement pas allergique.

Aussi, les tests allergologiques ne sont recommandés qu'à partir de 3 ans car la positivité à ces tests croît avec l'âge et sont peu fiables chez le nourrisson (23).

B) Evaluer la sévérité de l'asthme du nourrisson

Selon la HAS, la sévérité de l'asthme s'évalue sur la fréquence des exacerbations, la fréquence des symptômes diurnes et nocturnes, le retentissement sur les activités quotidiennes et la prise de B2CA.

Plus de 90% des répondants évaluent effectivement la sévérité de l'asthme sur ces critères.

Cependant, une majorité prend également en compte le nombre d'hospitalisations comme un marqueur de sévérité (85%), le besoin en oxygène durant les crises (50%) et la présence de cyanose pendant les crises (41,5%).

Ces critères ne sont pas décrits dans les recommandations de la HAS mais sont, en effet, des critères que l'on peut prendre en compte en pratique.

Une étude réalisée en Tunisie a d'ailleurs montré qu'un nombre important d'hospitalisations pour exacerbation était un critère de sévérité de l'asthme (24).

C) Initier une prise en charge adaptée

Dans les recommandations de la HAS, on distingue l'asthme persistant et l'asthme intermittent qui relèvent de prises en charge différentes. En pratique, ces dénominations ne sont plus utilisées et les prises en charge sont plus uniformisées.

Là où auparavant uniquement de la Ventoline était prescrite dans un asthme intermittent, aujourd'hui un traitement de fond est instauré dès le diagnostic d'asthme, comme le préconise la GINA (8).

Cette nomenclature étant peu utilisée de nos jours, nous avons choisi de présenter l'asthme intermittent et l'asthme persistant sous forme de deux cas cliniques pour que ce soit plus parlant pour les internes.

La prise en charge initiée par les internes est conforme aux recommandations dans 100% des cas pour l'asthme intermittent et 95% des cas pour l'asthme persistant.

Le traitement de fond est prescrit pour une période de 3 mois par pratiquement trois quarts des internes (73,5%). Une chambre d'inhalation et un masque adapté à l'âge sont prescrits dans 96% des cas et 90% des internes expliquent systématiquement le mode d'administration du traitement, comme le recommande la HAS (25).

C'est un élément très important car les erreurs d'utilisation de la chambre d'inhalation sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 4 ans (26). C'est la raison pour laquelle l'éducation parentale est un point clé dans la prise en charge de l'asthme du nourrisson.

Le rôle des médecins généralistes est d'expliquer au mieux la pathologie et les modalités de traitement pour espérer une meilleure observance et un meilleur contrôle de l'asthme.

Un plan d'action en cas de crise est remis systématiquement aux parents dans plus de la moitié des cas rencontrés (54%) et est inscrit dans le carnet de santé par 13% des internes seulement. Ces chiffres sont en dessous de ceux espérés car le plan d'action permet aux parents d'avoir une conduite à tenir claire et précise en facilitant le repérage et le traitement de la crise, ce qui permet de diminuer la morbidité de l'asthme (27)(28).

Le nombre d'épisodes de dyspnée sifflante, l'auscultation et la prise en charge sont reportés dans le carnet de santé par 58% des internes. Cette proportion, relativement moyenne, mériterait d'être augmentée car il est très important que chaque professionnel de santé puisse disposer de ces informations au moment de la consultation pour se situer quant au nombre exact de dyspnées que le nourrisson a présenté depuis la naissance.

Les internes sont au clair quant aux facteurs aggravants ou associés à l'asthme à rechercher. En effet, plus de huit internes sur dix recherchent des paramètres tels qu'une exposition au tabac, aux allergènes identifiés, aux moisissures ou encore la présence d'une dermatite atopique ou d'antécédents familiaux particuliers.

D) Savoir adapter le traitement en fonction du contrôle de l'asthme

Une fois le traitement initié, il faut l'adapter en fonction du contrôle de l'asthme. Il faut systématiquement s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'asthme n'est pas contrôlé malgré l'introduction d'un traitement, a priori, à bonne dose. Les internes questionnés remettent systématiquement en cause le bon suivi du traitement puisque pour 95 à 99% d'entre eux, les causes principales de mauvais contrôle de l'asthme sont : la mauvaise observance du traitement de fond (99%), la mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation (98%) et le défaut de contrôle de l'environnement domestique (95%). La connaissance insuffisante de la maladie par les parents est également largement mise en avant (88%). Seulement la moitié des internes interrogés remet en question le diagnostic.

Aussi, dans l'objectif d'élargir les causes possibles d'un mauvais contrôle de l'asthme, nous avons cherché quels seraient les signes qui pourraient remettre en cause le diagnostic initial d'asthme. Ainsi, la remise en question du diagnostic d'asthme serait envisageable dans le cas de la présence d'un souffle cardiaque pour pratiquement tout le panel (90%), ou d'une stagnation de la courbe staturo-pondérale pour près de trois quarts des interrogés (71%), ou de troubles chroniques du transit pour environ deux tiers des répondants (67%) ou enfin un début des symptômes dès la naissance pour plus de la moitié d'entre eux (58%).

Il apparaît par ailleurs qu'une infection virale concomitante à la crise d'asthme peut être un facteur de confusion et ferait remettre en question le diagnostic chez 15% des internes, alors que la majorité des exacerbations d'asthme sont viro-induites (29). Dans notre étude, moins de 15% des internes remettent en cause le diagnostic devant l'absence antécédents personnels ou familiaux d'asthme ou d'atopie. Leur présence renforce le diagnostic mais leur absence ne doit pas l'écarter (30).

Les principaux diagnostics différentiels à éliminer en cas de mauvaise réponse malgré un traitement bien conduit ou en cas d'examen clinique atypique sont : l'inhalation de corps étrangers, la mucoviscidose, la dysplasie broncho-pulmonaire, la dyskinésie des voies aériennes, la tuberculose, la cardiopathie congénitale, le reflux gastro-œsophagien, le déficit immunitaire, la dyskinésie ciliaire primitive (31).

E) Evaluer régulièrement la qualité de la prise en charge

Comme toute pathologie chronique, le suivi de l'asthme doit être régulier. Pour 72% des internes, le suivi d'un nourrisson asthmatique en l'absence de traitement par CSI est le même que le suivi du jeune enfant de moins de 3 ans sans pathologie. En cas de traitement par CSI à doses faible ou moyenne, 81% des internes instaurent un suivi tous les 3 à 6 mois, ce qui correspond aux recommandations de la HAS (32).

Concernant l'orientation du nourrisson vers le pédiatre, la HAS le préconise en cas de résistance au traitement de fond maximal ou en cas de diagnostic différentiel. Selon notre étude, les internes interrogés adressent leur patient chez le pédiatre lorsque l'asthme n'est pas stabilisé avec le traitement de première intention ou malgré leur escalade thérapeutique dans la majorité des cas (64%). Pour un peu plus de la moitié (54%) ils le font également pour éliminer un diagnostic différentiel.

Peu d'internes questionnés répondent le faire dès la suspicion d'asthme (10%) et quasiment aucun avant d'essayer un traitement (2%).

Enfin, parmi les internes interrogés, 64% ont réalisé leur stage de pédiatrie et 84% d'entre eux estiment que ce stage les a aidés dans leur prise en charge de l'asthme du nourrisson en cabinet de ville, d'où l'importance du stage de pédiatrie dans la maquette de médecine générale.

2) Forces et limites de l'étude

A) Forces de l'étude

Nous avons trouvé plusieurs études traitant de l'asthme de l'enfant de plus de 5 ans (33) mais peu traitent de l'asthme du nourrisson. En effet, seules quelques thèses quantitatives ont été réalisées sur la prise en charge de l'asthme en pédiatrie. De plus, celles-ci s'intéressent principalement aux pratiques des médecins généralistes (17)(34). Il nous a donc semblé intéressant de coupler deux aspects, asthme du nourrisson et pratiques des internes de médecine générale vis-à-vis de cette pathologie.

B) Limites de l'étude

Concernant notre étude, il peut exister un biais de sélection car les internes ayant répondu au questionnaire sont susceptibles d'être des internes qui sont intéressés par la pédiatrie ou formés à cette pratique et à la prise en charge de l'asthme, donc plus à même de répondre correctement au questionnaire.

Aussi, pour avoir un taux de participation correct, nous avons sollicité les trois promotions. De jeunes internes n'ayant pas encore réalisé leur semestre de pédiatrie (36%) ont donc pu répondre alors qu'ils avaient une expérience plus limitée.

De plus, l'étude étant observationnelle et portant sur les pratiques professionnelles, il peut exister un biais de valorisation quant à ce qui est déclaré par les internes. L'anonymisation des réponses aide à limiter ce biais et à obtenir les réponses les plus honnêtes possibles.

Nous avons basé notre étude sur les dernières recommandations françaises concernant l'asthme du nourrisson et avons composé notre questionnaire à partir de celles-ci (32).

Ces dernières datant de 2009, il est clair que les pratiques ont évolué et ne sont plus en totale conformité avec celles préconisées par la HAS. Nous avons tout de même décidé de nous baser sur les recommandations françaises et non pas internationales comme celles de la GINA qui sont pourtant plus récentes (8), car concernant nos pratiques médicales, la HAS reste la référence utilisée sur notre territoire. Pour le moment, les recommandations françaises n'ont pas encore été réactualisées.

Conclusion

La prise en charge de l'asthme du nourrisson est un sujet peu étudié pour lequel les recommandations de la HAS sont relativement anciennes. De plus, les études menées concernent essentiellement les pratiques des médecins généralistes. Aussi, il nous a semblé intéressant d'interroger et d'analyser les pratiques des internes de médecine générale de Lille. Nous avons donc réalisé une étude quantitative via un questionnaire standardisé et anonymisé conçu en miroir des recommandations de la HAS.

Notre étude a permis d'identifier des carences dans les pratiques des internes de médecine générale, notamment concernant la prescription des examens complémentaires, la délivrance des informations aux parents, que ce soit à l'écrit ou à l'oral, et la retranscription de ces informations dans le carnet de santé. L'éducation parentale dans le cadre de maladies chroniques pédiatriques est pourtant un élément primordial de la prise en charge.

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative pour comprendre quels sont les freins à une meilleure prise en charge de l'asthme chez les nourrissons et les difficultés ressenties par les internes de médecine générale.

Bibliographie

1. Cohorte Elfe [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/cohorte-elfe>
2. Affrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. IRDES ;janvier 2011.Report No.549.
3. Delmas mC, Guignon n, leynaert B, Com-ruelle l, Annesimaesano i, herbet jB, et al. prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Arch pediatr. 2009;16:1261-9.
4. Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Chardon O. Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France: Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008. Bull Epidémiol Hebd. 1 janv 2014;20:360-5.
5. Asthme, données épidémiologiques [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme>
6. Delmas M-C, Marguet C, Raheison C, Nicolau J, Fuhrman C. Les hospitalisations pour asthme chez l'enfant en France, 2002–2010. Arch Pédiatrie. Avril 2013 ;20(7) :739-47.
7. Masson E. EM-Consulte. [cité 24 avr 2024]. Caractéristiques des hospitalisations pour exacerbation d'asthme en pédiatrie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/248028/caracteristiques-des-hospitalisations-pour-exacerb>
8. 2018-GINA.pdf [Internet]. [cité 12 déc 2023]. Disponible sur: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2018-GINA.pdf>
9. Lougheed MD, Lemiere C, Ducharme FM, Liciskai C, Dell SD, Rowe BH, et al. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. Can Respir J. 2012;19(2):127-64.
10. Pedersen S. Preschool asthma — not so easy to diagnose. Prim Care Respir J. févr 2007;16(1):4-6.
11. Long-term outcomes of early-onset wheeze and asthma - PMC [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424262/>
12. Haute Autorité de Santé - Améliorer la prise en charge de l'asthme du jeune enfant par un meilleur diagnostic [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_797381/fr/ameliorer-la-prise-en-charge-de-l-asthme-du-jeune-enfant-par-un-meilleur-diagnostic
13. Asthme, la maladie [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme>

14. Comprendre l'asthme du nourrisson [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthme-nourrisson/definition-facteurs-favorisants-aggravants>
15. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. sept 2009;22(6):286-95.
16. GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf
17. Miquel PM. Prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans : Pratiques des médecins généralistes du Nord Pas de Calais. [Thèse de Doctorat en Médecine] Lille ; 2016
18. Marie P. Diagnostic de l'asthme de l'enfant de moins de 5 ans. Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Sarthe [Thèse de Doctorat en Médecine] Angers ; 2021
19. Herr M, Nikasinovic L, Foucault C, Marec A-ML, Giordanella J-P, Just J, et al. Prise en charge des sifflements chez le nourrisson dans la cohorte de nouveau-nés PARIS. *Rev Mal Respir*. janv 2012;29(1):52-9.
20. Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WT, Yang CL, et al. Le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire : document de principes de la Société canadienne de thoracologie et de la Société canadienne de pédiatrie. *Paediatr Child Health*. oct 2015;20(7):362-71.
21. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Wheezing et asthme chez le nourrisson et l'enfant en bas âge - Pédiatrie.
22. Delacourt C. Asthme du jeune enfant, Améliorer encore son diagnostic et sa prise en charge : Données épidémiologiques hétérogènes à l'image de la maladie. *Concours Méd*. avril 2012 ; Tome 134(4) :270-2.
23. Delacourt C. L'enfant siffleur de zéro à trois ans : place de l'enquête allergologique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*. 1 avr 2002;42(3):267-70.
24. Ben Ameer S, Belhadj R, Yaich S, Maaloul I, Damak J, Kammoun T. Asthme du petit enfant : facteurs prédictifs de sévérité et de persistance Analyse de 180 observations. *Tunis Med*. déc 2021;99(12):1174-9.
25. [asthme_de_lenfant_de_moins_de_36_mois_-_document_dinformation_-_a4.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-07/asthme_de_lenfant_de_moins_de_36_mois_-_document_dinformation_-_a4.pdf) [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-07/asthme_de_lenfant_de_moins_de_36_mois_-_document_dinformation_-_a4.pdf
26. Dubus J-C. Méthodes d'inhalation chez le nourrisson. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. févr 2003 ;6(1):21-6

27. Feuillet-Dassonval C, Gagnayre R, Rossignol B, Bidat E, Stheneur C. Le plan d'action écrit : un outil pour l'autogestion de l'asthme. Archives de Pédiatrie. déc 2005;12(12):1788-96.
28. Marguet C. Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant (nourrisson inclus). Revue des Maladies Respiratoires. avr 2007;24(4):427-39.
29. De Blic J. Asthme de l'enfant et du jeune enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie. 2016. p. 11(1):1-15.
30. Siret D. Pourquoi l'asthme reste-t-il une maladie sous-traitée : la faute du médecin ? EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Arch Pédiatrie. Juin 2007 ;14(6) :699-701.
31. Marguet C, Couderc L, Lubrano M, Mallet E. Les pièges diagnostiques chez le nourrisson siffleur : quelles stratégies d'investigations ? Rev Fr Allergol. avril 2002;42(3):271-8
32. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus, série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Journal de Pédiatrie et de Puériculture; mars 2010;22(6):286-95.
33. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and Wheezing in the First Six Years of Life. New England Journal of Medicine. 19 janv 1995;332(3):133-8.
34. Buytaert I. Prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 36 mois par les médecins généralistes : enquête de pratique auprès des médecins généralistes des portes du Médoc. [Thèse de Doctorat en Médecine] Bordeaux ; 2016.

Annexes

1) Attestation de déclaration de traitement des données



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Etat des lieux des pratiques des internes de médecine générale de Lille face à une suspicion d'asthme du nourrisson en cabinet de ville

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Aude DEWITTE
Interlocuteur (s) : Mme Louisa LASRI

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 11 mars 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

2) Questionnaire

Objectif 1 : Faire le diagnostic de l'asthme chez un enfant de moins de 36 mois

Dans votre pratique, quels signes cliniques vous font penser à un asthme du nourrisson ? (Plusieurs réponses possibles)

- Respiration sifflante
- Crépitants à l'auscultation
- Sibilants à l'auscultation
- Toux laryngée
- Dyspnée
- Cyanose
- Virose ORL
- Rhinorrhée chronique

A partir de combien d'épisodes de dyspnée sifflante considérez-vous le nourrisson asthmatique ? (Réponse unique)

- Un seul
- 2
- 3
- > 4

Dans votre pratique, à quel moment prescrivez-vous une radiographie de thorax ? (Réponse unique)

- Jamais
- Après le 1^e épisode
- Après le second épisode
- Après le 3^e épisode
- Que si vous avez un doute sur le diagnostic

Prescrivez-vous systématiquement d'autres examens ? (Réponse unique)

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)

- EFR
- Prick test
- Dosage IgE spécifiques (phadiatop, trophatop...)

Objectif 2. Évaluer la sévérité de l'asthme chez un enfant de moins de 36 mois

Dans votre pratique, quels paramètres recherchez-vous pour définir la sévérité de l'asthme (asthme intermittent/persistant) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Fréquence des symptômes diurnes et nocturnes
- Le retentissement sur les activités quotidiennes
- Présence de cyanose pendant les crises
- La prise de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action (B2CA)
- Nombre d'hospitalisations
- La fréquence des exacerbations
- Besoin en oxygène lors des crises

Objectif 3. Mettre en œuvre une prise en charge initiale adaptée

Vous recevez en consultation de ville Léo - 25 mois. Son papa vous informe que Léo a présenté une seule fois une respiration sifflante en 2 mois, qu'il va très bien, dort bien, se développe bien. Le papa dit que la respiration s'est améliorée après lui avoir donné de la Ventoline, mais qu'il n'en a plus (Asthme intermittent). Vous prescrivez ? (Réponse unique)

- Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action à la demande
- Des corticostéroïdes inhalés
- Des corticoïdes PO
- Anti leucotriènes
- Bêta 2 mimétiques de longue durée d'action

Vous recevez en consultation de ville, Léa - 10 mois. Sa maman lui a donné de la Ventoline au moins 5 fois ce mois-ci car elle a présenté des quintes de toux et des épisodes de dyspnée sifflante qui la gênaient au quotidien (Asthme persistant). Vous initiez un traitement de fond, lequel ? (Réponse unique)

- Bêta 2 mimétiques de courte durée d'action
- Des corticostéroïdes inhalés
- Des corticoïdes PO
- Anti leucotriènes
- Bêta 2 mimétiques de longue durée d'action

Lorsque vous instaurez un traitement de fond par corticostéroïdes inhalés, vous le prescrivez pour au minimum ? (Réponse unique)

- Un mois
- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

Lorsque vous instaurez un traitement de fond par CSI, vous le prescrivez : (Réponse unique)

- En spray directement dans la bouche
- En poudre sèche (diskus, turbuhaler...)
- Avec chambre d'inhalation et embout buccal
- Avec chambre d'inhalation et masque adapté à l'âge

Expliquez-vous le mode d'administration du traitement aux parents ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Est-ce que vous donnez aux parents un plan d'action écrit à suivre en cas de crise ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Inscrivez-vous également ce plan d'action sur le carnet de santé ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Quels facteurs aggravants ou associés à l'asthme recherchez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- L'exposition au tabac
- Le RGO
- La dermatite atopique
- L'exposition aux allergènes identifiés
- Les pathologies ORL
- L'exposition aux moisissures
- Les infections virales
- Les antécédents familiaux : dermatite atopique, asthme

Inscrivez-vous le nombre d'épisodes de dyspnée sifflante, l'auscultation et la prise en charge réalisée dans le carnet de santé ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Objectif 4. Savoir adapter la stratégie thérapeutique en fonction du contrôle de l'asthme**Quelles sont les causes principales de mauvais contrôle de l'asthme ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation
- Mauvaise observance du traitement de fond
- Connaissance insuffisante de la maladie par les parents (reconnaissance d'une exacerbation, modalités d'administration de traitement...)
- Pathologie ORL associée
- Défaut de contrôle des allergènes ou de l'environnement (tabagisme, moisissures...)
- Erreur de diagnostic

Quels symptômes vous font remettre en question le diagnostic d'asthme ? (Plusieurs réponses possibles)

- Début des symptômes dès la naissance
- Infection virale coïncidant avec les symptômes
- Stagnation de la courbe staturo-pondérale
- Souffle cardiaque
- Absence d'antécédent personnel d'atopie
- Troubles chroniques du transit
- Absence d'antécédent familial d'asthme

Objectif 5. Evaluer régulièrement la qualité de la prise en charge de l'enfant asthmatique

Quelle est la fréquence du suivi que vous instaurez en l'absence de traitement par corticostéroïdes inhalés (CSI) ? (Réponse unique)

- Suivi habituel du jeune enfant de moins de 3 ans par le médecin généraliste ou le pédiatre
- Consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre
- Consultation tous les 1 à 3 mois chez le pédiatre

Quelle est la fréquence du suivi que vous instaurez en cas de traitement par CSI à doses faibles ou moyennes ? (Réponse unique)

- Suivi habituel du jeune enfant de moins de 3 ans par le médecin généraliste ou le pédiatre
- Consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre
- Consultation tous les 1 à 3 mois chez le pédiatre

Dans votre pratique, quand orientez-vous votre patient vers un pédiatre/pneumo pédiatre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Dès que vous suspectez un asthme du nourrisson
- Avant de débiter le traitement de fond
- Résistance au traitement de 1^e intention
- Résistance malgré votre escalade thérapeutique
- Pour éliminer un diagnostic différentiel

Données socio-économiques

Etes-vous ?

- Un homme
- Une femme

Quel est votre semestre actuel ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Avez-vous réalisé votre stage de N1 ?

- Oui
- Non
- En cours de réalisation

Avez-vous réalisé votre stage de pédiatrie (ou êtes-vous en cours de stage de pédiatrie) ?

- Oui
- Non

Si oui, ce stage vous a t'il aidé pour la prise en charge de l'asthme du nourrisson dans votre pratique en cabinet de ville ?

- Oui
- Non

3) Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 2 : Symptômes faisant remettre en question le diagnostic d'asthme

4) Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Signes cliniques faisant évoquer un asthme chez le nourrisson.

Figure 3 : Nombre d'épisodes de dyspnée sifflante confirmant l'asthme

Figure 4 : Temporalité de la prescription d'une radiographie de thorax

Figure 5 : Paramètres pris en compte pour définir la sévérité de l'asthme

Figure 6 : Recherche de facteurs aggravants ou associés à l'asthme

Figure 7 : Causes principales du mauvais contrôle de l'asthme

Figure 8 : Suivi du nourrisson asthmatique en l'absence de traitement par CSI

Figure 9 : Suivi du nourrisson asthmatique sous faibles ou moyennes doses de CSI

Figure 10 : Eléments faisant adresser le jeune enfant de moins de 3 ans au pédiatre

ou pneumo pédiatre

AUTEURE : Nom : LASRI

Prénom : Louisa

Date de soutenance : 27/06/2024

Titre de la thèse : Etat des lieux des pratiques des internes de médecine générale de Lille face à une suspicion d'asthme du nourrisson de moins de 36 mois en cabinet de ville

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale ; Asthme ; Nourrisson ; Recommandations de bonnes pratiques

Résumé :

Contexte

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant et son diagnostic doit être le plus précoce possible pour réduire sa morbidité. Les dernières recommandations françaises concernant la prise en charge de l'asthme du nourrisson datent de 2009.

Objectif

Faire un état des lieux des pratiques des internes de médecine générale de Lille concernant la prise en charge de l'asthme de l'enfant de moins de 3 ans et situer leurs pratiques vis à vis des recommandations de la HAS.

Méthode

Etude quantitative et descriptive réalisée de février à avril 2024 à partir de questionnaires anonymes envoyés à un échantillon de 635 internes de médecine générale de Lille.

Résultats

Le taux de participation à l'étude était de 20%. La majorité des répondants était des femmes (77,36%) et principalement en fin de cursus (46,22% en dernière année). La totalité des internes évoquait un asthme devant une respiration sifflante et des sibilants à l'auscultation. Ils considéraient un enfant asthmatique à partir du troisième épisode de dyspnée sifflante (83,02%) et prescrivaient une radiographie de thorax à partir de ce 3ème épisode (36,79%). Le traitement de fond était initié pour un minimum de 3 mois (73,58%) avec une chambre d'inhalation et un masque adapté à l'âge (96,23%) et le mode d'administration était généralement expliqué aux parents (89,62%). La moitié des répondants donnait aux parents un plan d'action à suivre en cas de crise d'asthme (53,77%). Face à un mauvais contrôle de l'asthme, seulement la moitié remettait en cause le diagnostic d'asthme initialement posé.

Conclusion

Les pratiques des internes de médecine générale de Lille sont partiellement conformes aux recommandations de la HAS.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Nassir Messaadi

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Pascal Philippe

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aude Dewitte