



HAL
open science

Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Florence Gasparotto

► To cite this version:

Florence Gasparotto. Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02185642

HAL Id: dumas-02185642

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02185642>

Submitted on 16 Jul 2019

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.

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE de MEDECINE

THESE

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR en MEDECINE
DES de MEDECINE GENERALE**

**PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE AIGUE DU
NOURRISSON EN MEDECINE GENERALE :**

Etude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes

*Présentée et soutenue publiquement
le 8 février 2019 à Nice
dans le cadre du 3ème cycle de Médecine Générale par*

Madame Florence GASPAROTTO

Née le 01 août 1990 à Remiremont (88)

Jury

Madame le Professeur Lisa GIOVANNINI CHAMI

Présidente

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Assesseur

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Assesseur

Madame le Docteur Catherine NACHAR

Directrice

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr DELLAMONICA jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER <u>Liana</u>	M. TOUBOL Jacques
<u>M. FRANCO</u> Alain	M. TRAN Dinh <u>Khiem</u>
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur GIOVANNINI CHAMI, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Merci d'être présente pour apporter votre expertise et juger mon travail.

A Monsieur le Professeur GARDON, merci pour votre participation à ce jury et votre enseignement à la faculté. Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Professeur MONNIER, vous me faites l'honneur de d'être membre de mon jury. Recevez ma profonde considération.

A Madame le Docteur NACHAR, merci de m'avoir accompagné tout au long de la réalisation de ce travail.

Aux médecins interrogés, qui m'ont offert de leur temps pour partager leur expérience et m'apporter des réponses constructives.

TABLE DES MATIERES

<i>ABREVIATIONS</i>	10
<i>INTRODUCTION</i>	11
Définition et épidémiologie	11
Prise en charge thérapeutique	12
Justification de l'étude	14
Objectifs de l'étude	15
<i>MATERIEL et METHODE</i>	16
Type d'étude	16
Recrutement de l'échantillon	16
Méthodologie des entretiens	17
Analyse des données	18
<i>RESULTATS</i>	19
Caractéristiques de l'échantillon	19
Résultats de l'étude	19
Diagnostic	19
Prescriptions médicamenteuses	20
Prescription de la kinésithérapie	22
Mesures associées au traitement	24
Traitement ambulatoire vs hospitalisation ?	25
Relation avec les parents	26
Ressenti du médecin généraliste	28
<i>DISCUSSION</i>	30
Rappel des principaux résultats	30
Comparaison aux données de la littérature	31
Forces et limites de l'étude	35
Perspectives	36
<i>CONCLUSION</i>	37
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	38
<i>ANNEXES</i>	42
<i>SERMENT d'HIPPOCRATE</i>	46

ABREVIATIONS

AFE : Augmentation du Flux Expiratoire

CC : Conférence de Consensus

DRP : Désobstruction Rhino Pharyngée

EBM : Evidence Based Medicine

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INVS : Institut de Veille Sanitaire

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

INTRODUCTION

Définition et épidémiologie

La bronchiolite aiguë du nourrisson est définie comme une infection virale des voies respiratoires inférieures, survenant en période épidémique chez le nourrisson de moins de deux ans. Elle constitue la maladie respiratoire la plus fréquente chez le nourrisson avant un an (1).

Il s'agit d'une infection contagieuse, à transmission interhumaine. Elle est liée au Virus Respiratoire Syncytial (VRS) dans plus de 80% des cas, mais d'autres virus peuvent être en cause (2). En France métropolitaine, la période épidémique débute généralement mi-octobre, atteint un pic mi-décembre et se termine à la fin de l'hiver.

Cliniquement, la bronchiolite se manifeste par une dyspnée à prédominance expiratoire, pouvant être associée à une polypnée, des signes de lutte et un wheezing audible. L'auscultation pulmonaire est marquée par des sibilants, ou des crépitants chez le jeune enfant. La bronchiolite est généralement précédée d'un tableau de rhinopharyngite peu ou non fébrile 48-72 heures auparavant (1).

À partir du troisième épisode de bronchiolite, on peut parler d'« asthme du nourrisson ». L'évolution de l'asthme du nourrisson vers celui du grand enfant concerne seulement 20 à 25 % des patients ; l'existence d'un terrain atopique en est le principal facteur de risque (1).

En France, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime que la bronchiolite concerne chaque année 30% des nourrissons, soit 480 000 cas par an. Dans la grande majorité des cas, la bronchiolite est bénigne et relève d'une prise en charge en ville. Deux à trois % des nourrissons de moins de un an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année (3).

Si la prévalence de la maladie est difficile à évaluer avec précision, les données des réseaux de surveillance ambulatoires et hospitaliers suggèrent une augmentation des consultations pour ce motif au cours des dernières années et une proportion d'hospitalisation stable (4, 5).

La bronchiolite constitue un problème de santé publique, en raison du nombre élevé d'hospitalisations, du coût lié à ces hospitalisations (6), sans compter l'absentéisme des parents qu'elle entraîne.

Prise en charge thérapeutique

En France, la dernière Conférence de Consensus (CC) de la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la prise en charge thérapeutique de la bronchiolite, ainsi que les critères de gravité et d'hospitalisation. Le traitement repose essentiellement sur des mesures symptomatiques (1), comme la désobstruction rhino pharyngée (DRP) au sérum physiologique, le couchage proclive à 30°, le maintien d'une bonne hydratation, une température n'excédant pas 19°C dans la chambre de l'enfant, le fractionnement de l'alimentation, l'éviction du tabac.

Les thérapeutiques médicamenteuses telles que les bronchodilatateurs, les corticoïdes par voie inhalée ou systémique, les antibiotiques n'ont pas montré leur efficacité et ne sont donc pas recommandés.

Les bronchodilatateurs : les bronchodilatateurs (bêta 2 mimétiques, anti cholinergiques, théophylline, épinéphrine) n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication (1). Dans une méta analyse incluant 30 études, le traitement par bronchodilatateur n'améliorait pas significativement la saturation en oxygène et ne diminuait ni le taux d'hospitalisation des patients ambulatoires, ni la durée de séjour des patients hospitalisés (7). Leur utilisation n'est donc pas recommandée, compte tenu des effets indésirables potentiels (tachycardie, désaturation, tremblements). Cependant, les bêta 2 mimétiques (salbutamol) sont souvent utilisés en cas de récurrence, avec une amélioration transitoire de la symptomatologie (8). La plupart des recommandations de bonnes pratiques (RBP) ne proposent pas de traitement d'épreuve par bronchodilatateurs, mais considèrent leur essai pertinent et proposent de poursuivre le traitement par salbutamol si une amélioration est observée (9).

Les corticoïdes : L'utilisation d'une corticothérapie par voie systémique n'a pas montré d'efficacité dans la bronchiolite, à l'inverse de l'asthme. La corticothérapie inhalée n'a pas d'influence sur l'évolution immédiate (1). Une méta analyse d'essais contrôlés randomisés en 2013, ne montrait pas d'effet pertinent de l'administration de glucocorticoïdes, systémiques ou inhalés sur les admissions ni sur la durée d'hospitalisation (10).

Les antibiotiques : D'après la CC, l'indication d'une antibiothérapie se discute devant un ou plusieurs des signes suivants faisant craindre une surinfection bactérienne ou sur un terrain particulier : fièvre $\geq 38,5$ °C pendant plus de 48 heures, otite moyenne aiguë, pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente, foyer pulmonaire radiologiquement documenté, élévation de la CRP et/ou des polynucléaires neutrophiles (1). Une méta analyse récente

d'études contrôlées randomisées sur les antibiotiques versus placebo n'a pas montré de preuves suffisantes pour étayer l'usage systématique des antibiotiques dans la bronchiolite (11), ni en cas de toux persistante en phase post-aiguë (12).

Les autres traitements : La toux permettant d'évacuer les sécrétions doit être respectée, les antitussifs ne sont pas indiqués. De même les fluidifiants bronchiques inhalés peuvent induire un bronchospasme et ne doivent pas être utilisés (1).

La kinésithérapie respiratoire : La CC recommande la prescription de la kinésithérapie respiratoire sur avis d'expert (grade C). Outre la désobstruction bronchique, le kinésithérapeute a un rôle dans la surveillance et l'éducation des familles (1).

Actuellement, le recours à la kinésithérapie respiratoire est très controversé. Elle est largement prescrite et prônée dans les pays européens francophones. En revanche, sa pratique est contestée dans les pays anglo-saxons (9). Les techniques utilisées sont divergentes : les Anglo-Saxons utilisent essentiellement le drainage postural, les percussions et les expirations forcées. En France, les techniques expiratoires passives et lentes sont privilégiées (augmentation du flux expiratoire = AFE) associées à la toux provoquée. L'étude française « Bronkinou », publiée en 2010, essai randomisé comparatif évaluant l'efficacité de l'AFE, n'a pas montré d'efficacité sur la durée d'évolution de la maladie (13). Plus récemment, en 2015, une méta analyse de neuf essais portant sur l'intérêt de la kinésithérapie en hospitalisation, concluait à l'absence de bénéfice clinique lié à la kinésithérapie : absence de modification de la durée d'hospitalisation ou des besoins en oxygène. En revanche, un essai rapportait un plus grand nombre d'épisodes de vomissement et d'instabilité respiratoire après kinésithérapie (14). Ces résultats s'appuient sur des séries hospitalières. Une étude ambulatoire non interventionnelle publiée en 2016, « Bronkilib », a évalué l'effet de la kinésithérapie respiratoire par AFE sur les paramètres respiratoires des nourrissons. Elle a montré une diminution significative de la sévérité de l'épisode, évaluée grâce au score de Wang (Annexe 1), une étude contrôlée randomisée est en cours pour consolider ces résultats (15).

Justification de l'étude

Malgré la CC de 2000, on observe en pratique une grande hétérogénéité dans la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite.

Plusieurs études ont évalué l'impact des recommandations sur la pratique après leur parution. Une étude menée dans le département du Nord montrait que les traitements médicamenteux non recommandés restaient fréquemment prescrits par les médecins libéraux (16) : antibiotiques dans 53% des cas, bronchodilatateurs dans 21% des cas, corticoïdes inhalés dans 34% des cas. Une autre étude ambulatoire en Ile de France, retrouvait une prescription médicamenteuse dans 52% des cas (17). Cependant une étude transversale comparant la prise en charge ambulatoire entre 2003 et 2008 (18) observait une diminution des traitements inutiles (77% vs 60%, $p < 0,001$) ou délétères (38% vs 22%, $p=0,006$) entre les deux périodes, ainsi qu'une meilleure connaissance des recommandations des praticiens.

Devant l'ancienneté des recommandations, le groupe universitaire des hôpitaux du Grand Ouest a proposé en 2013 un protocole interrégional actualisé de la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson de moins de un an, afin d'homogénéiser les pratiques (19).

Une étude en Loire Atlantique, a évalué la conformité de la prise en charge de la bronchiolite par les médecins généralistes par rapport aux recommandations (20). Celle-ci montrait que 57,5% des traitements ambulatoires prescrits étaient concordants avec les CC dans les cas de premières bronchiolites (DRP dans 77,5% des cas, kinésithérapie dans 52,5% des cas, bronchodilatateurs par voie inhalée dans 35% des cas, corticothérapie dans 16,2% des cas, antibiothérapie dans 12,5% des cas).

Au cours de mon stage aux urgences pédiatriques, j'ai pu remarquer une grande hétérogénéité dans les prescriptions initiales des médecins libéraux généralistes et pédiatres, pour la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite.

Plusieurs thèses d'exercice ont étudié les pratiques professionnelles des médecins généralistes en matière de bronchiolite du nourrisson (21,22,23,24). Il s'agissait majoritairement d'études quantitatives qui analysaient la connaissance des recommandations, la connaissance des critères diagnostiques et d'hospitalisation, les prescriptions de première intention. Ces études concluaient à une mise en application difficile des recommandations en ambulatoire, avec un

sur traitement des formes modérées de bronchiolite. Certaines difficultés comme le manque d'options thérapeutiques ou la pression des parents pour obtenir un traitement étaient évoquées. Une étude qualitative s'est intéressée à la prescription de la kinésithérapie respiratoire en soins primaires (25).

Dans ce contexte, il nous semblait intéressant d'étudier de manière qualitative le point de vue des médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite au cabinet.

A notre connaissance, aucune étude n'a été menée à ce sujet dans les Alpes-Maritimes.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de comprendre les facteurs qui déterminent les choix thérapeutiques dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'expérience des médecins généralistes, ainsi que la relation médecin / parents autour de cette pathologie.

MATERIEL et METHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive, basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés conduits auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes.

D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines, la recherche qualitative aborde des questions de recherche différentes de celles qui font l'objet des études quantitatives. Elle cherche à décrire et à comprendre des phénomènes particuliers, elle répond à des questions telles que « pourquoi », « comment » ? (26). La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les expériences, les comportements des personnes étudiées en prenant en compte le contexte, permettant une meilleure compréhension du comportement des sujets (27).

A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (26). Au vu des objectifs de notre étude, le choix de cette méthode nous a paru adapté, puisqu'il ne s'agissait pas de « quantifier » mais d'étudier les processus de décision des cliniciens.

Recrutement de l'échantillon

Les médecins inclus dans l'étude devaient répondre aux critères suivants : être titulaire d'un doctorat de médecine générale, exercer actuellement en libéral, dans le département des Alpes-Maritimes, et avoir une patientèle pédiatrique.

La plupart des médecins interrogés ont été recrutés de manière « théorique » c'est-à-dire sélectionnés sur des caractéristiques différentes, afin d'obtenir ainsi un échantillon varié et diversifié. Ces caractéristiques étaient : le sexe, l'âge, le lieu d'installation (rural, urbain, proximité du CHU), l'exercice seul ou en cabinet de groupe, le statut de maître de stage universitaire.

Pour plusieurs villes des Alpes-Maritimes, une sélection de médecins généralistes était établie à partir de l'annuaire, puis les médecins étaient contactés de manière aléatoire par téléphone. Le sujet et le déroulement des entretiens étaient présentés brièvement ; après acceptation du médecin, un rendez-vous était fixé au cabinet médical.

Quelques médecins ont été recrutés par la méthode « du proche en proche », c'est-à-dire que leurs coordonnées étaient transmises par une personne déjà interrogée. La taille de l'échantillon n'avait pas été fixée au préalable. Le recrutement de nouveaux cas s'est poursuivi jusqu'à saturation des données. La saturation des données est définie comme l'absence de survenue de nouveau concept ou de nouvelle idée au cours des derniers entretiens.

Méthodologie des entretiens

Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire guidés par une grille de questions établie préalablement à la réalisation des entretiens (Annexe 2). Les thèmes abordés étaient les suivants : place de la pédiatrie dans la pratique du médecin, prescriptions médicamenteuses et de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite, attitude et relation avec les parents, organisation des soins.

Ce guide contenait des questions ouvertes et neutres, qui avaient pour but de laisser une grande liberté dans les réponses et qui favorisaient l'association d'idées. Des questions de relance avaient été prévues également lorsqu'un thème n'avait pas été abordé. L'ordre des questions était variable, en fonction des sujets spontanément évoqués par la personne interrogée. Cette technique d'entretien permet à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche (28). Le guide a été présenté au préalable à un médecin généraliste ne participant pas à l'étude pour vérifier sa pertinence.

Les interviews se déroulaient au cabinet du médecin. Il était rappelé au début de l'échange le but du travail, l'anonymat des participants ainsi que l'enregistrement audio pour l'analyse ultérieure des données. Les médecins donnaient leur accord pour participer à l'étude grâce à la signature du formulaire d'information et de consentement (Annexe 3).

Les entretiens se sont déroulés du 15 mars au 15 avril 2018. Leur durée était de 20 à 30 minutes. L'enregistrement était réalisé avec un dictaphone numérique.

Analyse des données

La retranscription des entretiens a été faite au mot à mot, sur fichier Word, afin d'analyser les données de manière plus fiable. Les éléments de communication non verbale (pauses, silences, sourires,..) étaient également retranscrits pour obtenir « un verbatim » le plus authentique possible.

L'analyse des données a été faite grâce à une approche inductive. Ce type d'analyse utilisé en recherche qualitative et exploratoire a pour but d'établir un lien entre les objectifs de la recherche et les données brutes, de « donner un sens » aux données (29). Nous avons procédé à une analyse thématique, entretien par entretien. Celle-ci consiste à découper transversalement ce qui d'un entretien à l'autre se réfère au même thème, de manière à rechercher une cohérence thématique inter entretiens (28). Une fois les thèmes identifiés, il s'agissait de découper les énoncés de chaque entretien et de les classer dans les rubriques correspondantes. Ces énoncés sont des unités de longueur variable (membres de phrases, phrases) (28).

Nous avons utilisé le logiciel d'analyse qualitative NVivo 12 Pro. Ce logiciel permet de coder les données, c'est-à-dire de regrouper les idées en « nœuds » et en « sous-nœuds », afin de dégager les différents thèmes abordés dans les entretiens. À partir de ce codage, une interprétation a pu être réalisée : les idées et thèmes ont été corrélés entre eux pour répondre à la question de recherche.

Les données socio-démographiques (sexe, âge, lieu d'exercice, mode d'exercice) ont été incluses dans un tableur Excel, assurant la diversité de l'échantillon et le recueil plus large d'expériences, de pratiques, d'informations.

RESULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Quatorze médecins ont été interrogés. La saturation des données a été observée à partir du 12^{ème} entretien. Au total 40 médecins ont été contactés. Les raisons des refus étaient le manque de temps, la faible proportion d'enfants dans la patientèle, ou le refus de participer à l'étude.

Huit hommes et six femmes ont été interrogés.

La moyenne d'âge des participants était de 48,5 ans (quatre avaient moins de 40 ans, trois entre 40 et 49 ans, quatre entre 50 et 59 ans, trois avaient 60 ans et plus).

Concernant le lieu d'installation, quatre d'entre eux exerçaient en milieu rural, trois en milieu semi-rural, sept en milieu urbain (dont trois à Nice).

Sept médecins exerçaient en cabinet de groupe et sept médecins travaillaient seuls.

Parmi les participants, on comptait quatre maîtres de stage universitaires.

Résultats de l'étude

Diagnostic

Le diagnostic de bronchiolite était exclusivement clinique. La toux et la dyspnée étaient les deux symptômes prépondérants amenant les parents à consulter. Parmi les facteurs favorisants, les plus cités par les médecins étaient le terrain atopique et le tabagisme parental. D'emblée les médecins abordaient spontanément l'angoisse parentale.

M 11 « c'était cet hiver, euh... donc la mère était très très très stressée [...], elle était elle-même asthmatique mais bon, elle a été affolée parce que son petit, ben il respirait pas trop bien la nuit »

Parmi les examens complémentaires, la radiographie pulmonaire était prescrite secondairement, en cas de suspicion de foyer infectieux pulmonaire, ou de persistance des symptômes.

M 5 « Si il tousse pendant trop longtemps, si il a tendance à revenir trop souvent, c'est sûr qu'on va être plus systématique dans la radio »

Un médecin a déclaré prescrire régulièrement un prélèvement naso-pharyngé à la recherche du VRS, tout en faisant une auto-critique sur son intérêt limité en ville.

Enfin, si le tableau clinique est aisément reconnu, le cadre nosologique entre la bronchiolite et l'asthme pouvait apparaître flou.

M 7 : « la différence entre l'évolution vers ce qu'on appelle la bronchite asthmatiforme du nourrisson, c'est difficile, des fois ya un flou un peu...je sais pas si on a des éléments nouveaux à ce sujet pour bien clarifier les choses, et essayer d'avoir des traitements plus adaptés et,... mais c'est pas toujours très clair »

Prescriptions médicamenteuses

Si tous les médecins déclaraient prescrire essentiellement un traitement symptomatique par DRP, au moins la moitié d'entre eux prescrivaient régulièrement un traitement pharmacologique.

- Les antibiotiques

Le choix d'une antibiothérapie était généralement fondé sur la présence d'un foyer infectieux associé (documenté ou non) et sur la persistance des symptômes plus de 48 heures.

M 12 « Les antibiotiques non ; à moins qu'il y ait... comment dire une infection documentée avec une radio, un foyer auscultatoire des choses comme ça »

M 14 « avec mes traitements symptomatiques, si en 48heures ça va pas mieux, le petit a toujours de la fièvre, je dis de reconsulter, on rajoute un antibio »

En dehors de ces situations, les autres raisons pouvant conduire les médecins à prescrire un antibiotique étaient : l'état général de l'enfant, une toux prolongée, la prescription conjointe d'une corticothérapie.

M 6 « si je mets sous cortisone et surtout si ça fait un bout de temps que ça évolue, en général je couvre par l'antibiotique quand même »

Certains médecins justifiaient ce choix par leur expérience, leur formation initiale, parfois la demande insistante des parents.

M 7 « avant quand je me suis installé, c'était quasiment systématique les antibiotiques. Enfin moi j'ai été élevé à ça pendant mes études. Antibiothérapie de couverture, vous avez pas connu vous êtes trop jeune !, [...]. C'est-à-dire que c'était viral, mais on donnait quand même un antibiotique. Pour éviter la surinfection, donc c'est vrai que nous... sous la plume on a l'antibiotique facile. Donc y a fallu changer nos pratiques aussi »

- Les bronchodilatateurs (β 2 mimétiques)

Les principaux critères cliniques de prescription des bronchodilatateurs mentionnés étaient : l'intensité de la gêne respiratoire, le caractère spastique de l'auscultation, la répétition des épisodes de bronchiolite. Les médecins qui avaient la possibilité de réaliser un aérosol au cabinet (surtout en milieu rural) expliquaient faire parfois un test thérapeutique au salbutamol.

M 10 « Ventoline, en général quand ça siffle oui je leur en donne [...] Ben ça dépend de l'état du petit je veux dire. Si un gamin il siffle énormément, on voit qu'il y a un petit tirage, que ça fonctionne pas bien »

M 11 « on a fait un premier aérosol, euh... donc il respirait déjà un petit peu mieux [...] et puis il est sorti du cabinet avec une ordonnance de Baby haler »

Cependant certains médecins émettaient des réserves quant à leur utilisation, qui pouvait être qualifiée de « faussement rassurante » pour les parents ou évitée en raison des effets secondaires du médicament.

M 9 « j'en donne pas chez les nourrissons ; j'ai peur que les mamans les surdosent quelques fois donc... j'en donne pas trop [...] j'ai vu les gosses arriver en tachycardie quand même un peu prononcée, donc voilà, si je peux m'en passer, je m'en passe. »

M 2 « des fois c'est faussement rassurant parce que du coup ils se disent « tiens j'ai quelque chose » du coup on peut attendre un peu »

- Les corticoïdes

La prescription de corticoïdes par voie systémique était très variable d'un praticien à l'autre, mais globalement plutôt rare. Les indications citées par les médecins étaient la présence d'une toux persistante ou gênante, l'association à un bronchodilatateur, ou le caractère spastique de l'auscultation ; les critères étaient mal définis. Certains avaient observé l'efficacité de ce traitement pour améliorer le confort du nourrisson et justifiaient ainsi leur prescription.

M 8 « Corticoïdes faut vraiment qu'ils aient une toux vraiment pas bien pour que j'en mette »

M 9 « En général avec des flash de Céléstène ça marche très bien, très vite, et très peu... en très peu de temps.[...] Chez le nourrisson oui. Ça paraît peut-être bizarre mais bon, c'est l'expérience. En flash »

M 10 « S'il siffle et qu'il est pas bien, je rajoute la cortisone »

Une minorité de médecins prescrivait un corticoïde par voie inhalée à la phase aiguë, chez les nourrissons les plus grands. Aucun médecin n'en a parlé comme traitement de fond.

- Les autres traitements

Un seul médecin a abordé la prescription d'un antitussif. Un autre médecin a évoqué la prescription de phytothérapie associée à un aérosol de sérum salé.

Prescription de la kinésithérapie

Pour beaucoup de médecins, la kinésithérapie respiratoire occupait une place essentielle dans la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite. Ses intérêts apparaissaient multiples : drainage des sécrétions bronchiques chez les nourrissons les plus encombrés, permettant une amélioration du confort de l'enfant, amélioration de la prise alimentaire, rôle dans la surveillance rapprochée au domicile, éducation thérapeutique auprès des parents (DRP, consignes de surveillance).

M 12 « le bénéfice c'est surtout quand ya beaucoup de sécrétions, un encombrement, ça permet on va dire d'améliorer temporairement l'encombrement. Et peut-être du coup derrière que l'enfant puisse un peu mieux se ... manger, s'hydrater »

M 1 « ya pas que le geste thérapeutique, ya aussi une surveillance, une présence à domicile, la kiné elle fait des lavages de nez aussi, c'est toute une prise en charge en fait. C'est comme une espèce de cocooning, »

Certains médecins émettaient néanmoins des réserves quant à la pertinence de la kinésithérapie respiratoire : manque de preuves sur son efficacité réelle pour réduire la durée des symptômes, bénéfice dépendant de l'expérience du kinésithérapeute, effets indésirables hypothétiques notamment traumatiques.

M 6 « Probablement qu'ils aident certains enfants, à aller mieux. Mais peut-être pas tous, et c'est vrai que, quand je vois les kinés qui font une ou deux séances et que l'enfant va mieux, je me pose la question est-ce qu'ils vont mieux parce que c'est l'évolution de la maladie ou c'est parce que c'est vraiment grâce à eux ? ... »

M 12 « par contre je sais que ya... des risques de traumatisme, de faire plus de mal que de bien »

M 11 « Mais d'expérience, faut vraiment que le kiné soit habitué à le faire, quoi. Pas tous les kinés le font... bien. Voilà (rire) »

Les médecins interrogés soulignaient la disponibilité des kinésithérapeutes malgré la surcharge de travail en période hivernale. Un médecin a évoqué que la présence d'un « réseau » de kinésithérapeutes en période épidémique, facilitait l'accès à cette thérapeutique. Les médecins percevaient les parents comme souvent satisfaits et même demandeurs par la suite de soins par un kinésithérapeute. Plusieurs d'entre eux informaient les parents sur le caractère parfois « brutal » des techniques utilisées afin qu'ils soient mieux préparés aux soins.

M 10 « Ça soulage, les parents disent que ça soulage »

M 9 « Quand on leur dit que les séances de kiné vont être un peu brutales mais que ça va être très efficace sur le gosse, ils foncent, et ils sont préparés à la chose et l'acceptent assez bien »

La controverse actuelle liée à la prescription de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite était spontanément abordée par les participants. Plusieurs médecins mentionnaient le fait qu'elle ne soit plus recommandée d'après les dernières études. Cependant ils justifiaient leur prescription sur des critères empiriques : expérience du bénéfice observé par le médecin ou les parents sur le confort des nourrissons, expérience personnelle satisfaisante vécue en tant que parent, prescription habituelle faite par d'autres confrères.

M 4 « on a la chance sur Nice d'avoir des centres de kiné pédiatrique, moi j'ai pu voir pour mes enfants. Et justement ça les dégage très bien. Donc je sais qu'il y a toujours des articles qui traînent qu'il y a pas d'intérêt de la kiné dans la bronchiolite, je suis pas trop pour cet avis là. La kiné elle a sa place, si l'indication est bien... est bien posée »

M 13 « D'ailleurs on m'a dit que le clapping, ça se faisait plus ; bon, voilà, moi ça se faisait de mon temps mais apparemment ça se fait plus. [.]. Euh... bon, moi je trouve que cliniquement ça les soulageait pas mal »

Finalement la plupart des médecins qualifiait cette prescription de « non systématique ». Les éléments déterminant ce choix les plus cités étaient : l'état clinique de l'enfant (le degré d'encombrement, l'intensité de la gêne respiratoire), la nécessité d'une surveillance rapprochée par un professionnel, un suivi parental peu fiable (par leur capacité ou par leur stress), la demande des parents. D'autres médecins plaçaient la kinésithérapie en deuxième intention en cas d'échec du traitement symptomatique seul.

M 12 « la kiné pas systématiquement, vraiment quand ya beaucoup d'encombrement ; et euh... quand, si les parents sont vraiment demandeurs »

M 3 « ça fait quand même une surveillance. C'est intéressant d'avoir une surveillance »

M 11 « enfin moi perso, à ce moment là un peu de kiné respi au bout de quelques jours si ça s'améliore pas beaucoup, entre 3 et 5 jours à peu près je me laisse, pour prescrire après la kiné respi »

Mesures associées au traitement

Tous les médecins insistaient sur la nécessité d'effectuer des DRP répétées et efficaces, geste inconfortable pour le nourrisson et parfois difficile à réaliser par les parents. Les autres mesures symptomatiques (couchage proclive, alimentation fractionnée, lutte contre la fièvre), les conseils sur l'hygiène et l'environnement (humidification de l'air, température ambiante) étaient rappelés.

M 2 « Généralement on fait souvent lavage de nez, lavage de nez, DRP »

M 4 « le paracétamol en cas de température, le fractionnement du bib, et surtout de bien dégager le nez avant le biberon et de bien la mettre en proclive et puis si ça va pas elle rappelle »

Concernant prévention primaire et secondaire, les mesures les plus citées étaient : l'arrêt du tabagisme parental, l'éviction de l'exposition aux allergènes, les conseils d'hygiène en général.

M 11 « si ya des antécédents d'asthme dans la famille, des allergies respiratoires, souvent on en retrouve des parents qui fument et tout ça. Donc on essaie de lutter un peu contre tout ça, conseiller d'aérer les pièces, de bien ventiler, de pas avoir trop de tapis, de moquettes, ... ou de peluches dans les lits, conseils de base je pense »

Enfin, les consignes de surveillance étaient explicitées aux parents. Ce temps d'éducation thérapeutique constituait un moment primordial de la consultation, pouvant modifier la prise en charge.

M 1 « la difficulté à s'alimenter, le fait de perdre du poids ; la difficulté à ... un enfant qui va pas interagir normalement, une fièvre élevée, tout ça.... Et puis les signes de tirage, on essaie de leur montrer quand on fait l'examen un petit peu ce qui est rassurant et ce qui peut les alerter »

M 5 « ça on explique moi je leur montre, on les met tout nus, je leur montre « voyez, là ça tire, voyez comment il respire, là son ventre, voyez là et tout » on leur montre, ça se voit quand même. Mais ils avaient pas forcément vu avant »

Traitement ambulatoire vs hospitalisation ?

La très grande majorité des bronchiolites vues au cabinet relevaient d'une prise en charge ambulatoire. Les situations qui nécessitaient un recours aux urgences ou une hospitalisation étaient liées essentiellement, en dehors des signes de gravité, à l'entourage de l'enfant.

Facteurs liés à l'enfant

Les principaux critères liés au nourrisson ayant conduit les médecins à orienter les patients à l'hôpital étaient les suivants : âge inférieur à 3 mois, pathologie sous-jacente, détresse respiratoire ou dyspnée sévère, difficultés alimentaires.

M 3 « C'est vrai que s'ils sont tout petits, si on a un ... si on a un 3 mois ou 6 mois qui est pas bien franchement qu'est-ce qu'on va en faire, on va pas prendre le risque »

M 5 « Quand ils sont petits, si ya des signes de gravité, si l'enfant il tire trop, si l'enfant mange pas, si... je veux dire si il est déshydraté »

M 12 « éventuellement ou si c'est un enfant qui a des fragilités dessous, qui peut décompenser. Si il a été prématuré, s'il a des cardiopathies »

Facteurs liés à l'entourage

L'élément décisionnel central énoncé par les médecins était la capacité des parents à assurer les soins et la surveillance de l'enfant au domicile. Cet élément, non spécifique de la prise en charge de la bronchiolite, devenait crucial chez les nourrissons ayant un état respiratoire « limite » ; d'où la difficulté pour les médecins d'apprécier rapidement l'aptitude des parents dans cette situation. L'option intermédiaire était de reconvoquer systématiquement l'enfant à 24 ou 48 heures pour une réévaluation.

M 2 « si jamais c'est des familles qui comprennent pas trop, qu'on sent un peu just, pour nous dire il va bien ou il va pas bien, euh... on va plus avoir tendance à la pousser à l'hosto »

M 4 « Alors moi ça sera surtout les parents. Les parents. Parce que l'enfant il est à une situation limite. Donc ça a été vu par le médecin ; finalement c'est pas les facteurs liés à l'enfant ; ça serait les facteurs liés aux parents [...] c'est la qualité de la surveillance par les parents et l'éloignement géographique. »

M 8 « Sinon on peut reconvoquer les parents si ils sont inquiets, si on voit qu'ils comprennent pas trop on peut les re convoquer dans 48h »

Facteurs liés au contexte

En milieu rural et semi-rural, l'éloignement géographique entraine en compte dans la prise de décision. Le moment de la consultation (fin de journée, veille du week-end) pouvait influencer le recours aux urgences, mais n'était pas cité de manière prépondérante.

Enfin, l'évaluation clinique du kinésithérapeute pouvait intervenir dans la décision d'hospitaliser l'enfant

M 1 « Mais après, c'est rarement notre décision isolément, c'est en discutant avec les patients et [...] On a aussi une équipe qui fonctionne, donc. Et pis c'est arrivé aussi que la kiné nous dise « bon là il s'améliore pas, peut-être que ça vaudrait le coup, d'envoyer aux urgences »

Relation avec les parents

Ressenti des parents

Lorsqu'on interrogeait les médecins sur l'attitude des parents au cours des consultations pour bronchiolite, les termes qui revenaient le plus souvent étaient : inquiétude, anxiété, angoisse, stress. Le fait qu'il s'agisse du premier enfant était le principal facteur associé à l'anxiété parentale. Le caractère impressionnant de la dyspnée, l'inconfort de l'enfant, les difficultés alimentaires, ajoutés à la fatigue des parents accroissaient encore leur anxiété.

M 4 « alors soit c'est le premier enfant... ils ont pas beaucoup d'expérience sur ça donc ; de toute façon un enfant qui a de la fièvre ou qui tousse c'est déjà la fin du monde pour beaucoup de parents »

M 13 « les parents sont inquiets, c'est assez impressionnant de voir son gamin tirer, quand vraiment il a des difficultés à respirer »

L'expérience de la maladie au cours d'un épisode antérieur, ou dans la fratrie, pouvait avoir des conséquences variables : remémoration de l'expérience passée avec recrudescence de l'angoisse, demande de soins, ou au contraire meilleure appréhension de la pathologie, meilleures compétences pour gérer le traitement et la surveillance.

M 14 « si leur enfant a déjà eu une bronchiolite, ils ont déjà eu tout le périple, ils sont très très anxieux, voilà comme je vous disais, ils sont demandeurs de kiné, de soins, alors souvent ils sont très angoissés »

M 11 « après...une ou deux bronchiolites, trois, après ils gèrent un peu mieux et du coup ils sont capables de suite de mettre la Ventoline [...] Surtout quand on commence à avoir plusieurs enfants dans la famille. Le premier on sait pas trop et puis après ceux qui suivent en général on reconnaît les signes, du coup les parents sont moins stressés. »

Difficultés rencontrées

Les difficultés des parents que percevaient les médecins concernaient l'observance du traitement symptomatique (DRP, fractionnement de l'alimentation), et l'appréciation de la gravité de la gêne respiratoire.

M 3 « après je trouve que pour un parent c'est vachement difficile d'apprécier une dyspnée. Déjà que les asthmatiques ils apprécient pas eux-mêmes »

M 5 « je trouve que les parents ils ont plutôt tendance à minimiser la bronchiolite que... je pense qu'ils se rendent pas compte forcément des dangers de la bronchiolite ».

Annonce de la maladie

Face au caractère particulièrement anxiogène de la maladie pour les parents, certains médecins déclaraient qu'ils évitaient volontairement d'employer le terme de « bronchiolite » lorsqu'ils annonçaient le diagnostic.

M 7 « dès qu'on ... le terme de bronchiolite ils stressent »

M 6 « non la plupart du temps moi j'aime pas porter le diagnostic parce que c'est anxiogène quand même[...] en général je dis ça siffle, ça sifflote mais en général, c'est un VRS, un virus, ça provoque des spasmes, une inflammation, ça va se résorber »

Communication avec les parents

Devant ces éléments, l'enjeu pour le médecin consistait à rassurer les parents, tout en leur expliquant les signes de gravité. Dans ces situations, la relation de confiance avec le médecin établie préalablement, semblait être l'élément primordial nécessaire au dialogue.

Les informations délivrées aux parents étaient nombreuses et diverses : éducation aux DRP, mesures symptomatiques, explications sur l'évolution de la maladie, consignes de surveillance. Cette éducation thérapeutique demandait du temps, pas toujours suffisant en une seule consultation, pour donner des messages clairs à des parents déjà fatigués et stressés.

M 10 « Moi je les connais depuis longtemps, donc j'aborde ça tout simplement, [...] Moi je suis assez directe et voilà, je vais pas leur dire que... il va étouffer dans la nuit (rire) mais voilà j'essaie de leur faire prendre conscience que c'est important et qu'il faut pas laisser faire les choses... en général ça se passe bien. Mais on est quand même dans un village et on se connaît »

M 2 « Mais ça prend du temps, c'est pas sur une consulte, c'est en plein de consultes petit à petit ; à chaque fois ils nous les amènent, ils sont un peu stressés, là ça va pas, il respire pas ; bon ben vous voyez on arrive à bien lui laver le nez, regardez comment on fait »

Ressenti du médecin généraliste

Dans les consultations pour bronchiolite du nourrisson, la principale difficulté rapportée par les médecins interrogés était le stress des parents, plus que la maladie elle-même. Face à leur anxiété, l'objectif était la réassurance d'une part, et l'évaluation de leur aptitude à gérer la situation d'autre part. L'angoisse des parents pouvait entraîner une forte demande de thérapeutiques médicamenteuses contrastant avec les mesures essentiellement symptomatiques.

M 7 « Pour moi la plus grande difficulté parfois c'est euh... gérer le stress des parents souvent. Parce que un enfant qui tousse, qui a des difficultés à respirer, à s'alimenter, un nourrisson, ça stresse beaucoup les parents. C'est surtout ça qui est difficile à gérer »

M 1 « on est face à des parents qui sont tellement angoissés qu'ils entendent pas grand-chose, donc du coup qui sont perdus dans une espèce d'agitation anxieuse profuse »

M 2 « C'est surtout d'évaluer le degré de compréhension des parents en fait. Savoir qu'est-ce qu'ils comprennent, qu'est-ce qu'ils arrivent à retenir, qu'est ce qu'ils arrivent à mettre en pratique ? »

A l'inverse, le suivi habituel du nourrisson et la relation de confiance établie avec les parents étaient des éléments facilitant la communication.

M5 « en fait on a pas tellement de souci avec les parents parce qu'en fait c'est des gens qu'on connaît, depuis longtemps, souvent [...] c'est des gens qu'on a vu les bébés qu'on suit, les mères on les a suivi quand elles étaient gamines quoi ! Donc en fait ya une espèce de relation de confiance donc quand on explique les trucs, ça se passe »

Concernant la prise en charge thérapeutique, le manque de traitements médicamenteux face à la demande des parents était mentionné. Certains médecins reconnaissaient que cette « pression thérapeutique » pouvait influencer leurs prescriptions, et les inciter à utiliser des traitements non indiqués en 1ère intention.

M 5 « ça dépend si on sent vraiment qu'il tire beaucoup ou qui tire pas beaucoup. Mais après pour nous en ville c'est hyper dur que...de faire repartir les parents avec du Doliprane. (rire) »

M 6 « En fait on a pas de moyen de traitement tout simplement ».

M7 « –enfin, je sais pas si c'est toujours d'actualité- les bronchodilatateurs servent pas à grand-chose, les corticoïdes non plus, antibiotiques encore moins... alors on sait plus trop quoi prescrire (rire) »

Le manque de temps pendant les consultations, la surcharge de travail en période épidémique pouvaient apparaître comme des difficultés supplémentaires à une prise en charge thérapeutique optimale.

M 12 « c'est quand même une consultation qui prend du temps, comme toutes les consultations ... avec le nourrisson finalement, si c'est en plein hiver, une journée chargée où ya des gripes, du monde tout ça... d'avoir le temps de bien examiner l'enfant, de donner des conseils aux parents, tout ça prend du temps »

Enfin, l'incertitude du médecin était un autre aspect évoqué lors des entretiens : incertitude diagnostique (doute sur un diagnostic différentiel), incertitude sur la décision d'un traitement ambulatoire. L'évolution incertaine de la maladie, sa potentielle gravité étaient des éléments anxigènes cités par certains médecins.

M 4 « est-ce que je suis vraiment ... devant une bronchiolite ? Qu'on passe pas à côté, je sais pas moi, d'une myocardite ou... un problème comme celui là. Parce qu'on peut en voir 10 dans la journée et le 11ème partir sur une bronchiolite et pis, et pis finalement c'est autre chose »

M 9 « c'est suffisamment angoissant pour les parents, et pour nous. Pour nous aussi c'est angoissant [...]. Dans un cabinet médical on est seul. On est seul face à sa responsabilité, face au fait de dire « bon je fais quoi ? » [...] Ca c'est le côté difficile et en même temps passionnant »

M 1 « Le gros challenge, pour un médecin généraliste ici, c'est de savoir passer la main, sans trop tarder »

DISCUSSION

Rappel des principaux résultats

La majorité des médecins déclarait que les mesures symptomatiques constituaient le principal traitement de la bronchiolite du nourrisson. Cependant, une part importante d'entre eux ajoutait une prescription médicamenteuse fondée sur un ensemble de critères scientifiques, objectivables, et de critères empiriques, subjectifs.

Les bronchodilatateurs étaient les plus prescrits, les critères principaux étaient la dyspnée et la présence de sibilants à l'auscultation. D'autres médecins utilisaient le salbutamol pour tester la réversibilité des symptômes. Certains y associaient la prescription d'un corticoïde par voie systémique, traitant l'épisode de manière analogue à une crise d'asthme. Plusieurs médecins ont par ailleurs mentionné que la distinction bronchiolite / asthme du nourrisson leur paraissait floue, et qu'ils sollicitaient parfois l'avis d'un pédiatre. Les critères de prescription des corticoïdes systémiques paraissaient plus subjectifs ; quelquefois utilisés pour soulager la toux, certains médecins expliquaient que d'après leur expérience, ils observaient une résolution plus rapide des symptômes. L'usage des antibiotiques dans la bronchiolite n'était pas fréquent. Si la majorité des participants déclarait en prescrire uniquement en cas de surinfection bactérienne associée (documentée ou non), plusieurs praticiens élargissaient leur emploi à d'autres situations (corticothérapie associée, prévention d'une surinfection).

Pour beaucoup des médecins, le recours à la kinésithérapie respiratoire n'était pas systématique, mais celle-ci avait plusieurs avantages, avec une balance bénéfique/risque nettement favorable. Les déterminants de la prescription de la kinésithérapie en ville étaient d'une part bio médicaux (encombrement du nourrisson, amélioration du confort de l'enfant) et d'autre part psychosociaux (nécessité d'une surveillance rapprochée par un professionnel, réassurance parentale).

En ce qui concerne le choix entre un traitement ambulatoire et un recours aux urgences, l'élément décisionnel central était l'entourage, notamment la capacité des parents à effectuer les soins et la surveillance du nourrisson.

Finalement les déterminants de la prescription étaient multifactoriels, et pour une part non cliniques. La demande des parents, influencée par leurs représentations, croyances, vécu,

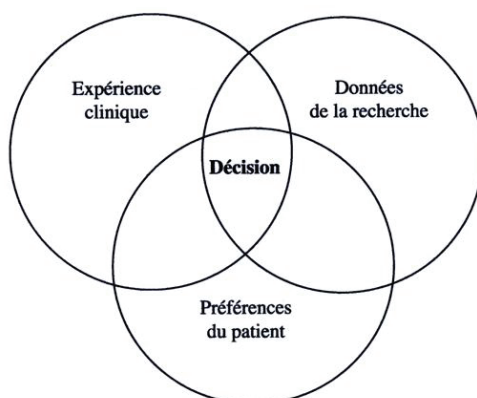
intervenait dans les choix du médecin. Enfin les contraintes liées à l'exercice libéral (durée de la consultation, stress et fatigue) pouvaient « sous-tendre » certaines prescriptions.

Les enjeux de la relation médecin / parents étaient multiples : réassurance, information sur la maladie, rôle éducatif sur les mesures symptomatiques et les consignes de surveillance. Une relation de confiance pré-établie était indispensable à une bonne communication.

Comparaison aux données de la littérature

Depuis la parution de la CC de 2000, les études sur la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale ont montré une prescription médicamenteuse importante (16,17,30) non conforme aux recommandations dans près de la moitié des cas d'après l'étude de E Branchereau (20). Les deux facteurs déterminants indépendants de prises en charge discordantes en analyse multivariée étaient : le nombre d'années d'exercice supérieur ou égal à 10 ans (prescription significativement plus importante de corticothérapie) et la fièvre chez le nourrisson $T \geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (prescription significativement plus importante de bronchodilatateurs).

Cependant les choix thérapeutiques des prescripteurs ne s'appuient pas uniquement sur les recommandations. L'Evidence Based Medicine (EBM), ou médecine fondée sur les preuves, est un concept de plus en plus prôné. Comme le décrit Sackett en 1996, elle consiste à « utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient » (31). Cependant la connaissance des meilleures preuves publiées ne suffit pas à la décision médicale (32). En effet, la mise en œuvre de l'EBM combine : les données de la recherche, l'expérience clinique, et les préférences du patient. La décision médicale prend en compte ces trois paramètres.



Dans la pratique quotidienne, les médecins ne suivent pas toujours les recommandations. J.Y Trépos et P. Laure ont montré dans une étude sociologique que si les médecins déclaraient approuver leur rôle croissant dans la pratique médicale et s'efforçaient d'en tenir compte, ils disaient qu'ils comptaient essentiellement sur leur expérience pour opérer un tri au sein de la masse des recommandations (33). De plus celles-ci décrivent une prise en charge optimale sur des « patients-type », souvent éloignés de la réalité du terrain, ce qui ne favorise pas leur application en pratique (34).

Dans le cas de la bronchiolite, on peut soulever quelques particularités :

- Les recommandations concernent uniquement le premier épisode de bronchiolite
- La plupart des études sont réalisées en milieu hospitalier, sur une population qui diffère des patients ambulatoires
- La frontière entre bronchiolite et asthme est parfois difficilement appréciée en pratique
- Les compétences parentales requises sont indispensables pour assurer la mise en œuvre du traitement et la surveillance
- La pression parentale ressentie est importante
- La nature des symptômes (toux et dyspnée) est angoissante et intolérable pour les parents

L'ensemble de ces éléments contribue à expliquer en partie les discordances entre les recommandations et la pratique.

La formation initiale des médecins a également un impact notable sur leurs prescriptions. Dans notre étude, plusieurs médecins ont abordé l'évolution de leur pratique, suite aux recommandations, largement reprises dans les articles et revues destinées aux professionnels. En effet on trouve chaque année des articles sur le sujet, notamment sur la kinésithérapie respiratoire : « Médecins généralistes et kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson, études des pratiques professionnelles déclarées en soins primaires » *Exercer* en 2012 (35) ; « Bronchiolite chez les nourrissons : pas de bronchodilatateurs » *Prescrire* en 2015 (36) « EBM & pratique clinique dans la bronchiolite du nourrisson » *La Revue de la Médecine Générale* en 2016, « Bronchiolite chez un nourrisson » *Premiers choix Prescrire* en 2017 (37). Néanmoins, nous avons pu voir que malgré l'actualisation de leurs connaissances, certains médecins déclaraient se fier davantage à leur expérience, ou restaient influencés par leur formation initiale. Une autre étude évaluant

les connaissances des généralistes et leur application en matière de bronchiolite (24) montrait des résultats concordants : les médecins les plus jeunes et les médecins ayant une patientèle pédiatrique importante étaient plus à jour au niveau des dernières recommandations.

Un autre facteur majeur conditionnant la prise en charge est la relation médecin/parent. Plusieurs travaux de thèses antérieurs ont étudié les connaissances des parents (38), leurs attentes ou croyances (39), leur vécu de la bronchiolite (40). Ces études montrent un défaut de connaissance du caractère contagieux de la maladie, des modes de transmission, les traitements à mettre en place (DRP peu évoquée). Du point de vue thérapeutique, pour presque la moitié des parents, les prescriptions ne correspondent pas à leurs attentes initiales, une part d'entre eux attend de la Ventoline® ou des antitussifs. La kinésithérapie respiratoire est presque unanimement acceptée. Même si la séance de kinésithérapie est souvent mal vécue (25), son caractère impressionnant ne semble pas être un obstacle pour les parents qui affirment généralement son efficacité. En ce qui concerne le ressenti des mères, les symptômes respiratoires suscitent le plus d'inquiétude et de peur, les amenant à consulter. L'angoisse et la culpabilité sont des émotions récurrentes (40). Face à cette maladie, les mères attendent une disponibilité de leur médecin généraliste, mais aussi d'être informées et rassurées. Dans notre étude, les médecins soulignaient que l'anxiété parentale pouvait empêcher une bonne communication, dans le sens où les parents n'étaient pas dans les meilleures conditions pour écouter les informations et conseils délivrés.

D'autre part on peut s'interroger sur la demande réelle des parents telle qu'elle est perçue par le médecin. En effet, certaines études montrent que les médecins peuvent surestimer la demande de prescription des patients. D'après l'étude de Cockburn, les patients qui attendent un traitement ont trois fois plus de chances d'en recevoir un, et quand le médecin pense que le patient attend un traitement, il a 10 fois plus de chances d'en avoir un (41). Une étude espagnole plus récente va dans le même sens et montre qu'il n'existe pas d'association entre les attentes des patients et la perception de ces attentes par les médecins, celle-ci ayant tendance à être surestimée (42). La pression de prescription peut être directe, verbalisée par le patient, et indirecte, née de l'opinion du médecin en fonction du comportement du patient. L'opinion du médecin est donc un facteur déterminant les

prescriptions, mais il peut apparaître un décalage entre les attentes du patient et le ressenti du médecin.

Les informations délivrées aux parents étaient multiples et abondantes. Dans notre étude, plusieurs médecins évoquaient le manque de temps pendant la consultation, et la nécessité de répéter les informations pour qu'elles soient assimilées. En ce qui concerne la prévention de la maladie, les conseils prodigués (lavage des mains, éviction de la transmission, hygiène du logement) semblaient relever « du bon sens » pour les participants. Néanmoins, le rappel des mesures préventives peut avoir un impact positif sur la sensibilisation des parents. En 2003, l'INPES a lancé une grande campagne de sensibilisation à la bronchiolite du nourrisson : un dépliant a été mis à la disposition des professions de santé, des lieux d'accueil de la petite enfance et des parents, accompagné de spots radio et de communiqués dans la presse professionnelle. Cette action a fait l'objet d'une enquête « avant-après » auprès de médecins généralistes et pédiatres avec des résultats significatifs (43) : les messages diffusés avaient fait évoluer les comportements des parents et des professionnels de santé, plus sensibles aux mesures préventives. Si les brochures rééditées chaque année par l'INPES contribuent à éduquer les parents (44), l'information orale par le médecin reste indispensable et complémentaire. Ce type de communication était largement privilégié par les participants de notre étude.

Enfin, le rôle éducatif du médecin généraliste dans les consultations pédiatriques, en particulier pour la bronchiolite, a été abordé à plusieurs reprises. Les conseils visaient en priorité les consignes de surveillance, l'apprentissage des signes de gravité. Les mesures symptomatiques, comme la démonstration de la DRP, étaient moins citées. Là encore, le manque de temps peut expliquer ce fait, vu la quantité d'informations à délivrer. L'éducation thérapeutique était confiée également au kinésithérapeute, qui pouvait répéter les informations, et ainsi agir de manière conjointe avec le médecin. En effet le kinésithérapeute, en plus des manoeuvres qu'il effectue, explique aux parents la transmission de la maladie, la réalisation correcte des DRP, il dédramatise la maladie (14). Cette action éducative, combinée à celle du médecin généraliste, contribue à expliquer l'intérêt des praticiens pour cette thérapeutique en soins primaires.

Forces et limites de l'étude

Depuis la parution de la CC, beaucoup d'études ont été réalisées sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, et la concordance de leurs prescriptions par rapport aux recommandations. Ces études principalement quantitatives, mettaient en évidence des discordances entre les recommandations et la pratique. Le choix d'une méthode qualitative nous a permis d'explorer l'expérience, le vécu des médecins de manière globale au cours de ces consultations, et ainsi de mieux comprendre leurs choix thérapeutiques.

La méthode par entretien semi-dirigé était basée sur des questions très ouvertes, laissant la possibilité au praticien de s'exprimer librement, d'aborder plusieurs cas de figures ou situations vécues, d'évoquer des sujets ne figurant pas dans les questions initialement. Cela nous a permis d'obtenir des réponses plus riches et de mieux appréhender la complexité des situations. Le caractère individuel des entretiens évitait aux médecins d'être influencés dans leurs réponses, limitant ainsi le biais de déclaration. La retranscription des entretiens au mot-à-mot garantissait l'authenticité des informations recueillies.

Cependant notre étude comporte des limites. Plusieurs biais peuvent apparaître au moment de l'entretien. Tout d'abord il existe un biais de déclaration : les réponses données par les participants peuvent différer de la réalité, soit par oubli (biais de mémorisation), soit par mauvaise compréhension des questions, soit de manière délibérée par l'interviewé (qui peut avoir l'impression d'être jugé). Le moment de l'entretien avait également un impact sur les informations reçues : les médecins les plus disponibles étaient davantage enclins à donner des réponses longues et détaillées. D'autre part, le chercheur lui-même a une influence sur les réponses obtenues. Même s'il s'efforce d'adopter une attitude neutre et bienveillante, l'attitude, le ton de la voix, ses réactions aux réponses peuvent modifier sensiblement le discours de l'interviewé.

Ensuite il existe un biais d'interprétation. Dans l'idéal, l'analyse et l'interprétation doivent être effectuées par au moins deux personnes différentes afin de vérifier la validité interne de l'étude, ce qui n'a pas été possible dans notre étude. Toutes les étapes du travail (entretiens, analyse, interprétation) ont été effectuées par la même personne et coordonnées par le directeur de thèse. Même en étant le plus impartial possible, nos représentations et

hypothèses préalables ont pu influencer l'analyse des résultats. Enfin, l'interprétation des résultats intègre une part de subjectivité.

Perspectives

Au vu de l'ancienneté de la CC (2000), il apparaît nécessaire de mettre à jour les recommandations. Cette actualisation permettrait d'y intégrer d'autres situations cliniques, comme le cas d'un 2ème épisode de bronchiolite. De plus la quasi-totalité des données sont issues d'études hospitalières, avec des résultats difficiles à extrapoler à la médecine de ville. La réalisation d'études en soins primaires permettrait de mieux répondre aux problématiques des médecins généralistes. En ce sens, l'étude « Bronkilib » évalue l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire par AFE chez les nourrissons traités en ambulatoire. Les résultats préliminaires suggèrent un bénéfice de cette thérapeutique, ce qui pourrait aboutir à mieux cibler les situations nécessitant un recours à la kinésithérapie.

En l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse, le médecin prescrit parfois un traitement même s'il sait que l'indication n'est pas valide, pour répondre aux attentes du patient. On peut imaginer que dans certains cas il est difficile pour le médecin de ne prescrire aucun traitement médicamenteux, seulement des mesures symptomatiques ou d'hygiène. Il semble indispensable d'optimiser la communication avec les parents, et d'améliorer l'éducation thérapeutique. Une meilleure éducation et information du médecin, pourrait aider les parents à accepter le refus de traitement médicamenteux.

Enfin l'information des parents sur la maladie pourrait être renforcée. Parmi les moyens de prévention, le carnet de santé pourrait être un outil pour prodiguer les conseils, comme il en existe déjà pour la fièvre ou les conditions de couchage. D'autre part il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une feuille de surveillance et de conseils (DRP, fractionnement alimentaire...) délivrée aux parents, comme cela est déjà mis en place dans certains services d'urgences. Du point de vue de la prévention, des campagnes d'information nationales via les médias, pourraient toucher un large public et dédramatiser la maladie auprès des parents, surtout en période épidémique.

CONCLUSION

Malgré la CC, on observe une hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en soins primaires. La très grande majorité des médecins affirme que le traitement repose essentiellement sur des mesures symptomatiques, néanmoins une part importante d'entre eux ajoute une prescription médicamenteuse.

Les bronchodilatateurs sont les plus prescrits, en cas de dyspnée, d'auscultation spastique, ou pour tester la réversibilité des symptômes. La prescription des corticoïdes est fondée sur des critères plus empiriques, pour soulager la toux, ou obtenir une résolution plus rapide de la symptomatologie. En ce qui concerne la kinésithérapie respiratoire, la balance bénéfice-risque apparaît favorable pour les médecins. La prescription de la kinésithérapie n'est pas systématique, elle est réservée aux nourrissons qui nécessitent une surveillance par un professionnel, ou pour améliorer transitoirement le confort de l'enfant.

Finalement, les déterminants de la prise en charge thérapeutique intègrent des facteurs bio médicaux et psychosociaux. La demande des parents, conditionnée par leurs représentations et leur vécu, la « pression de prescription » ressentie par les médecins, les contraintes liées à l'exercice libéral peuvent influencer l'attitude thérapeutique du praticien.

L'anxiété parentale est un élément prédominant au cours de la consultation, et fait parfois obstacle à une bonne communication. Les enjeux pour le médecin sont la réassurance d'une part, l'information et l'éducation thérapeutique d'autre part (mesures symptomatiques, consignes de surveillance).

L'actualisation des recommandations et la réalisation d'études en soins primaires permettraient de mieux répondre aux problématiques des médecins généralistes afin d'éclairer leurs décisions. Par ailleurs, la diffusion de messages par les autorités de santé à l'intention du grand public via les médias, pourrait contribuer à informer les parents, afin de dédramatiser cette pathologie et de les éduquer aux gestes thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Conférence de Consensus Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. 2000. Disponible sur:
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bronchio.pdf>
2. Freymuth F, Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Lubin C, Vaudecrane A, et al. Les virus des bronchiolites aiguës. *Archives de Pédiatrie* 2010;17: 1192-1201
3. InVS. Aide-mémoire / Bronchiolite / Infections respiratoires / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur:
<http://invs.santepubliquefrance.fr>
4. Santé Publique France. Bronchiolite : bilan de surveillance 2017-18. 2018.
5. Santé Publique France. Bronchiolite : bilan de surveillance 2016-17. 2017.
6. Sannier N, Bocquet N, Timsit S, Cojocaru B, Wille C, Garel D, et al. Évaluation du coût du premier épisode de bronchiolite. *Archives de Pédiatrie*. sept 2001;8(9):922-8.
7. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2014
8. Derouineau C. EBM & pratique clinique dans la bronchiolite du nourrisson. *La Revue de la Médecine Générale* n° 337 novembre 2016
9. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474-e1502. *Pediatrics*. oct 2015;136(4):782.
10. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013
11. Farley R, Spurling GK, Eriksson L, Del Mar CB. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2014
12. McCallum GB, Plumb EJ, Morris PS, Chang AB. Antibiotics for persistent cough or wheeze following acute bronchiolitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 2017;8:CD009834.
13. Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, De Pontual L, Larrar S, et al. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PLoS Medicine*. sept 2010;7(9):e1000345.
14. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2016

15. Evenou D, Sebban S, Fausser C, Girard D. Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. *Kinésithérapie, la Revue*. juill 2017;17(187):3-8.
16. Halna M, Leblond P, Aissi E, Dumonceaux A, Delepoulle F, Kohen RE, et al. Impact de la conférence de consensus sur le traitement ambulatoire des bronchiolites du nourrisson. *La Presse Médicale*, février 2005, Vol 34, N° 4 p277-281
17. Sebban S, Grimprel E, Bray J. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France pendant l'hiver 2003–2004. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2007;14(5):421-6.
18. David M, Luc-Vanuxem C, Loundou A, Bosdure E, Auquier P, Dubus JC, et al. Application de la Conférence de consensus sur la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale : évolution entre 2003 et 2008. *Archives de Pédiatrie* 2010; 17(2):125-31.
19. Verstraete M, Cros P, Gouin M, Oillic H, Bihouée T, Denoual H, et al. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 1 an : actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO). *Archives de Pédiatrie*. 2014;21(1):53-62.
20. Branchereau E, Branger B, Launay E, Verstrate M, Vrignaud B, Levieux K, et al. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. *Archives de Pédiatrie* 2013;20(12):1369-75.
21. Lellouch J, Robert M. Quelles sont les pratiques professionnelles habituelles des médecins généralistes dans la prise en charge des bronchiolites aiguës du nourrisson de moins de 2 ans en ambulatoire dans la Sarthe ? Quels sont les déterminants des discordances évoquées par les médecins généralistes par rapport aux recommandations? 2015 :53. [Thèse d'exercice]
22. Brassat D. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale: taux de guérison et facteurs associés à la guérison. 2017 :74. [Thèse d'exercice]
23. Baillieul F. Évaluation prospective de la prise en charge des bronchiolites par les médecins généralistes et pédiatres de l'agglomération grenobloise vis-à-vis des recommandations françaises lors de l'hiver 2013-2014. :44. [Thèse d'exercice]
24. Salles E. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins généralistes des Hauts de Seine : évaluation des connaissances et de leur application. 2014 :68. [Thèse d'exercice]
25. Bernard C. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire : ressenti des parents et des médecins autour de la kinésithérapie respiratoire. 2014. [Thèse d'exercice]
26. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Med Suisse* 2004; volume 0. 24011
27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008; 84: 142-5.

28. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin; 2010.
29. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives* Vol 26(2); 2006 pp. 1-18
30. Touzet S, Réfabert L, Letrilliart L, Ortolan B, Colin C. Impact of consensus development conference guidelines on primary care of bronchiolitis: are national guidelines being followed? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1 août 2007;13(4):651-6.
31. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
32. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ*. 10 nov 2001;323(7321):1100-1100.
33. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2008; 56(S4):221-229
34. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes, Summary. *Santé Publique*. 2006;18(4):573-84.
35. Michel A., Vial C., Charles R. Médecins généralistes et kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson : étude des pratiques professionnelles déclarées en soins primaires. *Exercer*. 2012;(100):11-7.
36. Bronchiolite chez les nourrissons : pas de bronchodilatateurs. *Prescrire* oct 2015; 35(384) :770-1.
37. Bronchiolite chez un nourrisson. *Premiers choix Prescrire*. mai 2017
38. Rache M. Evaluation des connaissances des parents sur la bronchiolite aiguë du nourrisson : enquête monocentrique aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. 2017 [Thèse d'exercice]
39. Blais A. Croyances et attentes des parents à propos de la bronchiolite du nourrisson : un obstacle à l'application des recommandations ? 2009. [Thèse d'exercice]
40. Silviu P. Mieux comprendre les attentes des mères en matière de la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson : une thèse qualitative en médecine générale. 2017 :109. [Thèse d'exercice]
41. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *BMJ*. 30 août 1997;315(7107):520-3.
42. Lado E, Vacariza M, Fernández-González C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 14(3):453-9.

43. M. Balinska, C.Léon. THÉMA Bronchiolite : informer, évaluer. *Equilibres* janvier 2005 :2.
44. INPES. Votre enfant et la bronchiolite. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/613.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Score de Wang

Score	0	1	2	3
Fréquence respiratoire/minute	<30	30-45	46-60	>60
Wheezing	Aucun	Audible au stéthoscope	Audible à l'expiration sans stéthoscope	Audible à l'inspiration et à l'expiration sans stéthoscope
Tirage	Aucun	Intercostal	Suprasternal	Sévère avec battement des ailes du nez
Appréciation de l'état général	Bon			Epuisement, mauvaise alimentation

Interprétation

Score < 4 = Bronchiolite bénigne

Score 4-9 = Bronchiolite modérée

Score > 9 = Bronchiolite sévère

Source : Evenou D, Sebban S, Fausser C, Girard D. Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. Kinésithérapie, la Revue. juillet 2017

Annexe 2 : Guide d'entretien

1/ Le médecin – son activité

- Présentation du médecin : âge, sexe, année d'installation, lieu et mode d'exercice
- Quelle place occupe la pédiatrie dans votre pratique ?
- Quelle est la proportion d'enfants âgés de 0 à 24 mois ?

2/ Pratiques

- Pourriez- vous me raconter la dernière consultation pour bronchiolite aiguë ?
- De manière générale quelle est votre attitude thérapeutique face à une bronchiolite aiguë sans signe de gravité chez un nourrisson ?
 - o Relance : Quelles types de médicaments utilisez-vous ?
 - Prescrivez vous des antibiotiques et sur quels critères ?
 - Prescrivez vous des corticoïdes / bronchodilatateurs et sur quels critères ?
- Dans quels cas avez-vous recours à la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite ?
 - o Relance : Quel est pour vous le bénéfice risque de cette thérapeutique ?
- Quels conseils et informations donnez-vous aux parents ?
- Comment abordez-vous la prévention de cette pathologie ?

3/ Le patient/les parents

- Quels éléments liés au nourrisson ou à son entourage peuvent modifier votre prise en charge ?
 - o Age, contexte social, accompagnants
- Quelles sont les craintes / les attentes les plus fréquentes exprimées par les parents ?
 - o Relance : Comment l'attitude des parents influence votre prise en charge ?

4/ Contexte de la consultation

- Le contexte de la consultation (horaire, jour, lieu) a-t-il un impact sur vos prescriptions ?
- Quelles circonstances vous amènent à orienter le patient aux urgences ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez dans la prise en charge de la bronchiolite ?

Annexe 3 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE d'INFORMATION et de CONSENTEMENT

Titre du projet : Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale

Recherche qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes

Introduction: Etudier des pratiques des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

- L'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson
- Les éléments participants à la décision médicale dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë en médecine générale
- Etudier la relation médecin / parents autour de cette pathologie

La finalité est de comprendre les facteurs qui déterminent les choix thérapeutiques dans la bronchiolite aiguë en médecine générale afin d'améliorer sa prise en charge.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Florence GASPAROTTO suivant vos disponibilités, dans votre cabinet. Il durera de 20 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant expérience de médecin généraliste.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Florence GASPAROTTO.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse « Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale » et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) : Florence
GASPAROTTO

Date _____

Date

Nom

SERMENT d'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Contexte : La bronchiolite aiguë du nourrisson constitue la maladie respiratoire la plus fréquente chez l'enfant de moins de un an. Malgré la CC de 2000, on observe une grande hétérogénéité des prescriptions en médecine générale. L'objectif de notre étude était de comprendre les facteurs qui déterminent les choix thérapeutiques dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en soins primaires.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels a été menée auprès de 14 médecins généralistes dans plusieurs communes des Alpes-Maritimes. Après retranscription des entretiens, le codage des verbatims sur le logiciel N'vivo a permis d'aboutir à une analyse thématique des idées.

Résultats : La majorité des médecins prescrit essentiellement un traitement symptomatique (DRP, éviction du tabac, couchage proclive, alimentation fractionnée), mais une part importante d'entre eux ajoute une prescription médicamenteuse. Les bronchodilatateurs sont les plus prescrits en présence de sibilants ou pour tester la réversibilité des symptômes. Le recours à la kinésithérapie respiratoire n'est pas systématique, elle est prescrite pour améliorer le confort de l'enfant ou lorsque une surveillance par un professionnel s'avère nécessaire. L'éducation des parents aux gestes thérapeutiques et aux consignes de surveillance est essentielle. Les déterminants de la prescription sont multifactoriels, et pour une part non cliniques. La demande des parents ressentie par les médecins, les contraintes liées à l'exercice libéral peut influencer l'attitude thérapeutique du praticien.

Conclusion : Cette étude montre que l'actualisation des recommandations et la recherche en soins primaires pourrait permettre de mieux répondre aux problématiques des médecins généralistes. La diffusion de messages par les autorités de santé à l'intention du grand public contribuerait à informer les parents et les éduquer aux gestes thérapeutiques.