



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes de la région Bretagne

Vefa Letty

► To cite this version:

Vefa Letty. État des lieux de la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes de la région Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03012638

HAL Id: dumas-03012638

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03012638>

Submitted on 18 Nov 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Etat des lieux de la prise en charge de la
bronchiolite aiguë du nourrisson par les
masseurs-kinésithérapeutes et les médecins
généralistes de la région Bretagne**

LETTY Vefa

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Juin 2020

Remerciements

Pour commencer je tiens à adresser mes remerciements :

A mon directeur de mémoire Thibaud Simonin pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa disponibilité tout le long de ce travail de recherche.

A toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest : Ronan, Laurence, Marc, Vincent, Christelle et Dominique.

A tous les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes qui ont contribué à ce travail, en acceptant de répondre à mes questionnaires.

A la promotion 2016-2020 pour ces quatre belles années de formation. A Chlochlo, Soso, Lulu, Chacha, Juju, Marin et Nannou pour leur joie de vivre.

A mon « QG des gros » pour leur soutien inconditionnel, elles se reconnaîtront et les p'tits loups de Plouguerneau pour la force qu'ils me transmettent.

A mes parents pour leurs encouragements, pour m'avoir toujours soutenue et avoir toujours cru en moi durant ma scolarité. Merci pour vos nombreuses relectures et corrections, echu !

A Youenn, Ilan, Clem, Thomas et les petits : Yuna et Elouan, pour m'avoir bien fait rigoler, écoutée et soutenue pendant ces années et à Erell, merci de m'avoir motivée, conseillée et épaulée dans ce projet.

A la tribu Letty-Quenach pour tous ces bons moments en famille : à l'Ile, à Trézien, à Bessans et un peu partout. Merci Elé pour tes compétences en Anglais. A Anaboule qui a toujours su être là pour discuter et rigoler, et avec qui je partage des super moments depuis longtemps.

Et bien sûr à Gabi, merci de m'avoir transmis ta surdose d'énergie et ton soutien à travers les travaux. A tous nos projets !

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Cadre conceptuel : la bronchiolite aiguë du nourrisson	3
2.1. Définition	3
2.2. Epidémiologie	4
2.3. Physiopathologie	5
2.4. Critères de gravité	6
2.5. Critères de vulnérabilité et environnementaux	7
2.6. Problème de santé publique	8
2.7. Prise en charge thérapeutique et traitement de la BAN	9
3. Problématique et hypothèses de recherche	16
4. Méthode de recherche	17
4.1. Objectifs de l'étude	17
4.2. Choix de l'outil	17
4.3. Population cible.....	17
4.4. Elaboration et format des questionnaires	18
4.5. Diffusion et durée.....	19
4.6. Recueil et analyse des données	20
5. Résultats.....	21
5.1. Caractéristiques des professionnels de santé.....	21
5.2. Résultats des médecins généralistes.....	23
5.3. Résultats des masseurs-kinésithérapeutes	28
5.4. Résultats tri-croisé.....	33
6. Discussion	39
6.1. Retour sur les hypothèses.....	39
6.2. Discussion des principaux résultats	40
6.3. Limites et forces de ce travail	50
6.4. Perspectives.....	53
7. Conclusion	55

Bibliographie

Annexes

Index des Abréviations

AFE : Augmentation du Flux Expiratoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BAN : Bronchiolite Aiguë du Nourrisson

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

KR : Kinésithérapie Respiratoire.

MG : Médecins Généralistes

MK : Masseur-Kinésithérapeutes

TP : Toux Provoquée

VAS : Voies Aériennes Supérieures

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

1. Introduction

La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est un problème de santé publique mondial. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire cependant il existe des différences dans la prise en charge de la BAN entre les pays (1–5). En France, au cours des dernières années, l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire (KR) a été de plus en plus discutée dans le traitement de la BAN. Cette attitude repose sur de nombreuses études réalisées pour la plupart dans le milieu hospitalier (6–9). Malgré tout, les médecins libéraux continuent à prescrire très régulièrement de la KR ou adressent leurs patients à des masseurs-kinésithérapeutes (MK) en cas de BAN. La prise en charge en ambulatoire représente plus de 90% des prises en charge de BAN (10). Il n'y aurait que 2 à 3% des nourrissons de moins d'un an, hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année (11).

Lors de mon stage de début de 2^{ème} année de masseur-kinésithérapeute, dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional et Universitaire à l'hôpital Morvan à Brest, j'ai eu la chance de prendre en soin des nourrissons atteints de BAN avec ma tutrice de stage. Ils étaient adressés pour de la KR par les pédiatres ou les médecins. Pour nous les prescriptions de KR englobaient les différentes techniques de KR, la surveillance clinique de ces enfants mais également un rôle dans l'éducation des parents.

J'ai été surprise de voir que certains médecins prescrivaient de la KR systématiquement et d'autres non. J'avais eu l'opportunité de pouvoir échanger avec un des médecins du service de pédiatrie, qui a contribué à des travaux écrits sur les recommandations de la prise en charge de la BAN au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) (8). Il m'affirmait que plus aucun des médecins à l'hôpital ne prescrivait de KR aux enfants atteints de BAN sauf dans des cas rares. Cela avait suscité mon intérêt pour ce sujet et aiguisé ma réflexion autour de ce domaine, particulièrement pour la Bretagne, vu qu'après mes études dans cette région, je n'envisageais pas de travailler ailleurs.

En recensant les études menées sur le sujet, il apparaissait des résultats parfois contradictoires sur l'intérêt de la KR. Cependant la plupart des recherches visaient à uniformiser cette prise en charge par les différents professionnels de santé. En effet il était évident que la pratique de la KR différait selon les hôpitaux, les cabinets de MK mais également les praticiens. Il existait, en particulier, une discordance très nette de prise en

charge en ambulatoire par rapport aux recommandations de la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) datant de 2000, qui s'appuyaient principalement sur des études hospitalières (12). Ce fait venait sans doute, au moins en partie, de la population rencontrée par les uns et les autres. Cependant très peu d'études avaient évalué l'intérêt de la KR dans cette pathologie en ambulatoire (10,13–17).

Or, les objectifs des nouvelles recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge de la BAN chez le nourrisson de moins de 12 mois, datant de novembre 2019, étaient d'actualiser celles de 2000 et d'harmoniser, une nouvelle fois, les pratiques des différents professionnels en France dans le cadre d'un parcours de soins coordonné entre l'hôpital et la ville (11). Cependant, on peut noter qu'elles s'appuient encore essentiellement sur des études hospitalières.

Au vu de ces éléments contradictoires, il est donc légitime de se demander quels sont la place et le rôle que le MK peut jouer en ambulatoire, face à cette affection. Il est également important de noter quelles sont les pratiques, les représentations et les difficultés des professionnels de santé lorsqu'ils sont confrontés à la BAN en ambulatoire et s'il existe des changements éventuels causés par les nouvelles recommandations de novembre 2019. Pour finir, il semble intéressant de déterminer si les attentes des médecins généralistes (MG) et des MK concordent.

L'objectif principal de ce mémoire de fin d'étude est donc de faire un état des lieux de la prise en charge de la BAN en ambulatoire par les MK et les MG de la région Bretagne. Après avoir développé le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie mise en place pour répondre à ma problématique, j'exposerai ensuite les résultats obtenus et la discussion finale me permettra de confirmer ou de nuancer mes différentes hypothèses.

2. Cadre conceptuel : la bronchiolite aiguë du nourrisson

2.1. Définition

La BAN est la première pathologie et la maladie virale respiratoire la plus fréquente des voies aériennes respiratoires du nourrisson de moins de 12 mois.

C'est une infection virale qui touche les bronchioles (voies aériennes de petit calibre dépourvues de cartilage et d'un diamètre inférieur à 1 mm) des nourrissons (18).

En France, les dernières recommandations de bonnes pratiques de la HAS datant de novembre 2019 ont redéfini la BAN comme étant un premier épisode aigu de gêne respiratoire. Elle débute par une rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitants accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire (2). La BAN est souvent bénigne malgré les symptômes impressionnants.

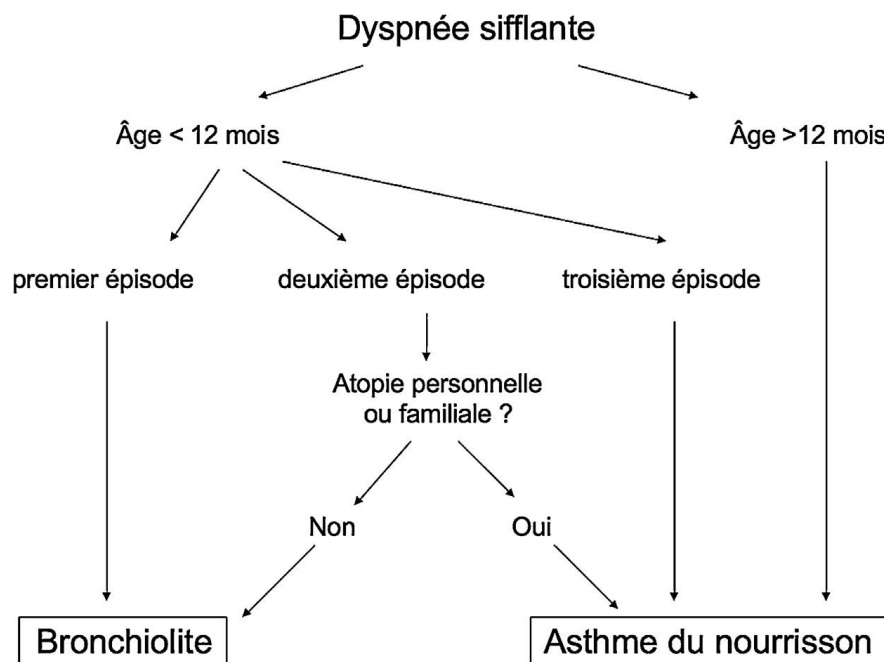


Figure 1: Distinction entre bronchiolite et asthme du nourrisson selon l'âge et les antécédents de l'enfant (3).

Il existe des récurrences de bronchiolite. Mais aujourd'hui devant un deuxième épisode rapproché de dyspnée sifflante, il est nécessaire de se demander s'il existe une atopie (terrain atopique) personnelle ou familiale. A partir du troisième épisode, on ne parlera plus de bronchiolite mais d'asthme du nourrisson (souvent confondu avec la BAN) (11,19).

2.2. Epidémiologie

En France, la BAN touche 480 000 nourrissons chaque année en période épidémique (30% des enfants de moins de 2 ans) (5).

Le site de Santé Publique France estime que 2 à 3% des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année (20).

L'épidémie débute généralement début à la mi-octobre pour atteindre un pic au mois de décembre et se terminer vers la fin de l'hiver. Sa durée est en général de 15 semaines (21).

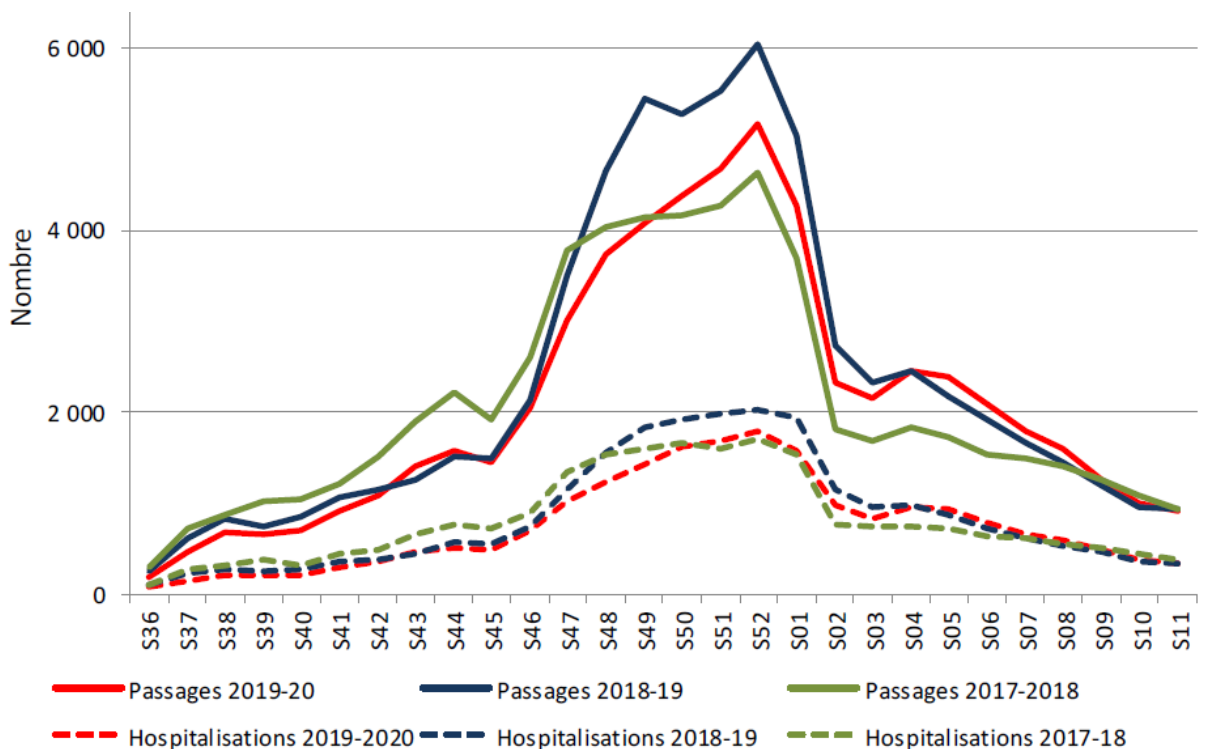


Figure 2 : Fréquentation des urgences pour BAN en France métropolitaine chez les enfants de moins de 2 ans en fonction des semaines, épidémiologie 2017-2020 (22)

Epidémiologie saison 2018-2019 (23):

Pendant la saison 2018-2019, l'épidémie de BAN a débuté en semaine 44 pour atteindre un pic en semaine 49 et s'est terminée en semaine 7. Elle a été d'une amplitude légèrement plus importante au moment du pic que lors des saisons précédentes. La proportion d'hospitalisations pour bronchiolite a été plus faible que lors des 4 dernières saisons.

En région Bretagne, la pré-épidémie a débuté semaine 3 et l'épidémie s'est étendue de la semaine 4 à la semaine 9 (5 semaines).

Epidémiologie saison 2019-2020 (22) :

Concernant la saison 2019-2020, l'épidémie de BAN a débuté en semaine 40 pour atteindre un pic en semaine 52 et s'est terminée en semaine 10. Elle a été d'une amplitude légèrement plus faible au moment du pic que lors de la saison précédente.

En région Bretagne, cette année il n'y a pas eu de phase pré-épidémie. L'épidémie s'est étendue de la semaine 47 à la semaine 5 (11 semaines) et la phase de post-épidémie de la semaine 6 à la 9.

2.3. Physiopathologie

2.3.1. Agents infectieux

Le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) est le principal agent infectieux responsable de 60 à 90% des cas de bronchiolite (11,24).

Par ailleurs, d'autres virus peuvent en être responsable comme le Méta-pneumovirus : 5 à 25%, Myxovirus Para-Influenzae, Adénovirus, Rhinovirus...) (25).

Ils présentent le même mode de transmission que le VRS (11).

2.3.2. Transmission

Le VRS est très contagieux et son réservoir est essentiellement humain. 2 types de transmission peuvent être distingués : la contamination par voie directe aérienne par le biais de sécrétions nasopharyngées contaminées (toux, éternuement, gouttelettes), favorisée par la promiscuité et la contamination par voie indirecte qui correspond à la transmission manuportée ou contact avec des surfaces ou des matériels souillés (sucres...) (11).

Le délai d'incubation oscille entre 2 et 8 jours. Après sa multiplication au sein de la muqueuse nasale, le virus se propage dans les voies aériennes inférieures. Son élimination des voies aériennes se fait dans un délai de 3 à 7 jours, mais peut parfois être plus longue (3 à 4 semaines).

Le VRS peut survivre « à l'air libre » 30 minutes sur la peau et jusqu'à 6 heures sur le linge ou les surfaces non poreuses (sucres, stéthoscopes, jouets), dans l'environnement de l'enfant (table à langer) ce qui permet une large diffusion au cœur de la famille et des collectivités (26,27).

2.3.3. Symptomatologie

L'obstruction des bronchioles (réduction de la lumière) a deux origines.

Tout d'abord, une origine endoluminale : il se forme un bouchon muqueux dû à l'accumulation des cellules nécrotiques desquamées et des sécrétions muqueuses.

Mais il existe également une origine pariétale liée à une inflammation de la muqueuse bronchique qui altère le système de drainage : le tapis roulant muculo-ciliaire.

Les particularités chez le nourrisson (28–30):

- Les cellules à mucus sont plus nombreuses que chez l'enfant ce qui provoque une hypersécrétion, une obstruction et un encombrement.
- Les résistances de voies aériennes (intrathoraciques) sont élevées en raison du petit calibre des bronches ce qui augmente la sévérité de l'obstruction et le wheezing.

2.3.4. Evolution

La BAN est souvent bénigne. Elle dure en moyenne 10 jours avec une disparition des signes d'obstruction bronchique.

Son évolution est très variable allant de la forme bénigne avec une prise en charge en ambulatoire à une forme plus sévère nécessitant une hospitalisation en service de pédiatrie et dans les cas les plus graves, en réanimation.

Elle est favorable dans la majorité des cas avec un pic des symptômes au 3ème jour. Pendant les 48 premières heures après le début des symptômes respiratoire, il convient d'avoir une attention accrue pour l'état du nourrisson car c'est une période pendant laquelle l'état de tout nourrisson est susceptible de s'aggraver (11). Une toux résiduelle peut persister pendant 2 semaines. Les décès imputables à la BAN sont très rares (inférieurs à 1 %) (20).

2.4. Critères de gravité

Les critères de gravité imposant une l'hospitalisation sont (11) :

- Fréquence Respiratoire sur 1 minute ($> 60/ \text{min}$ ou $<30/\text{min}$)
- Fréquence cardiaque ($>180/\text{min}$ ou $<80/\text{min}$)
- Pausés respiratoires

- Respiration superficielle
- Signes de lutte respiratoire intense : mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battement des ailes du nez
- Alimentation : < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire
- SpO2 (saturation pulsée en oxygène) < 92%

Au moins 1 critère de gravité suffit à l'hospitalisation.

2.5. Critères de vulnérabilité et environnementaux

Certains critères de vulnérabilité et environnementaux nécessitent une surveillance accrue du nourrisson lors de l'évaluation de l'épisode de BAN. Ce sont des facteurs associés à un risque d'hospitalisation plus élevé. De même, un début de gêne respiratoire supérieur à 48h sera un facteur aggravant. (Voir les différents grades **Annexe I**).

Les critères de vulnérabilité d'après la HAS sont (grade B) (11):

- Prématurité <36 semaines d'aménorrhée (SA)
- Age < 2 mois d'âge corrigé
- Comorbidités : Dysplasie broncho-pulmonaire, ventilation néonatale prolongée, cardiopathie congénitale avec shunt non opérée, déficits immunitaires, pathologies avec risque accru de toux inefficace et fatigabilité musculaire (les maladies neuro musculaires, polyhandicaps, trisomie 21, etc.) et enfants présentant une indication de traitement par Palivizumab

Les critères environnementaux d'après la HAS sont (grade A à C) (11) :

- Contextes sociaux ou économiques défavorables, des difficultés d'accès aux soins (capacités de recours aux soins) ne permettant pas un retour à domicile (grade C)
- Pour les prématurés <35 SA (grade B) : Tabagisme pendant la grossesse (grade A), tabagisme passif (grade A), naissance dans la période autour de l'épidémie à VRS (grade B), fratrie (grade C), crèche (grade A), absence d'allaitement maternel (grade A)
- Tabagisme passif (augmente le risque de recours de soins (grade A) ou d'hospitalisation en réanimation) (grade C)

2.6. Problème de santé publique

Lors de cette épidémie hivernale, la BAN constitue un véritable enjeu pour les différents professionnels de santé (MG, pédiatres, MK). Elle a un impact important sur notre système de soins, surchargé en ces périodes de viroses hivernales : gastro-entérite, grippe... mobilisant chaque année des moyens considérables. Elle occasionne une demande de consultations importante, la plupart du temps par des parents qui se trouvent démunis, auprès des MG et des réseaux de soins hospitaliers.

D'après la HAS, sa prise en charge est essentiellement traitée en ambulatoire (>90%) et seulement 2 à 3% des nourrissons de moins de 1 an seraient ainsi hospitalisés chaque année. (31).

C'est tout d'abord un enjeu de santé publique important qui concerne plusieurs points : Premièrement sur le plan financier, c'est une pathologie qui touche plus de 480 000 cas chaque année en période épidémique selon le site de Santé Publique France, ce qui représente un coût important. Selon l'étude menée durant l'épidémie 1999-2000 à l'hôpital Necker enfants Malades à Paris sur les enfants examinés aux urgences pour BAN (32), l'estimation de cette prise en charge était de 5671 euros (+/- 3356 euros) lorsque le nourrisson était hospitalisé (pendant 7 jours en moyenne) alors que les soins ambulatoires étaient en moyenne estimés à 194 euros (+/-95euros). La prise en charge en hospitalisation coûte 30 fois plus cher qu'une prise en charge en ambulatoire et cette surcharge des services d'urgences pourrait être parfois évitée (33).

Il faut noter que cette estimation date de 2001, les dépenses sont variables suivant le coût d'hospitalisation et le taux pratiqué par les régions. D'autres études devront être réalisées pour la mettre à jour suivant les nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

En outre, la BAN est courante et contagieuse. On a constaté une augmentation du nombre de BAN depuis plusieurs années, liée sûrement à l'entrée à la crèche plus précoce de ces enfants. Les gestes de prévention et les mesures d'hygiène doivent être connus et appliqués afin de réduire cette proportion de nourrissons et même si on observe une stabilité au niveau des cas, il reste des progrès à faire.

Depuis les années 2000, la mise en place de réseaux de kinésithérapeutes spécialisés a permis de diminuer de manière significative le recours aux services des urgences des

nourrissons atteints de bronchiolite. Cette organisation permet de recevoir les parents les soirées et les week-ends (11,34).

2.7. Prise en charge thérapeutique et traitement de la BAN

En France, les recommandations discutant des différents traitements de cette pathologie datant de 2000 ont évolué (12). Plusieurs discussions et débats ont provoqué de nombreuses études.

Depuis novembre 2019, la HAS en partenariat avec le Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP), a élaboré des nouvelles recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de la bronchiolite. Ces recommandations concernent uniquement les nouveaux nés et les nourrissons âgés de moins de 12 mois ayant une première bronchiolite aiguë (11).

2.7.1. Mesures générales

On peut noter que la prise en charge de la BAN est essentiellement symptomatique.

Les différentes mesures générales de prévention (transmissions et complications) doivent être transmises et expliquées aux parents de l'enfant. Selon l'avis des experts : elles sont peu abordées dans la littérature scientifique et n'ont pas de fait l'objet d'études scientifiques mais sont le fruit de l'expérience quotidienne (8).

Elles comprennent : (voir les différents grades **Annexe I**)

- Le maintien d'une nutrition et d'une hydratation suffisante. Il est recommandé de fractionner l'alimentation (grade A) (11).
- Une désobstruction rhinopharyngée (DRP) fréquente, avec du sérum physiologique, à réaliser de façon efficace de préférence avant les repas pour faciliter la prise alimentaire du nourrisson (8).
- Des conseils d'adaptation de l'environnement : il est recommandé de maintenir une température ambiante de la pièce où séjourne le nourrisson à 19°C à l'instar des recommandations sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson et d'aérer celle-ci pendant 30 min (35).
- Suppression maximale du tabagisme passif, celui-ci étant un facteur de risque majeur de survenue d'une BA (grade A) et arrêt du tabagisme pendant la grossesse car c'est un

facteur de risque de développer une BAN pendant la première année de vie (grade A). Il est également recommandé d'exclure tout tabagisme dans les transports et les lieux de vie du nourrisson (grade A) (11).

- Positionnement du nourrisson sur le dos à plat lors du coucher (35). Aucune étude à ce jour ne permet de recommander la position proclive à 30° (grade A).

- Hygiène des mains avant et après la prise en charge et avec masque chirurgical FP2 (grade A) (11).

2.7.2. Traitements symptomatiques médicamenteux

Les nouvelles recommandations de la HAS datant de 2019 ne recommandent pas l'administration de traitements médicamenteux. Ils n'ont pas leur place dans le traitement de la BAN (11).

L'administration de bronchodilatateurs et de beta-2 mimétiques (absence de données suffisantes et grade B), d'adrénaline (grade A), des corticoïdes inhalés (grade B) ou corticoïdes systémiques (grade C), d'antibiotiques (pathologie virale : grade A), de surfactant et des immunoglobulines (peu d'études) n'est pas recommandée dans la prise en charge de la BAN. Les antitussifs ne sont pas recommandés et contre-indiqués chez le nourrisson de moins de 2 ans.

Cependant ces nouvelles recommandations préconisent de prescrire une antibiothérapie si elle est justifiée en cas d'une infection bactérienne concomitante, documentée ou fortement suspectée (grade A).

2.7.3. Thérapeutiques non médicamenteuses

2.7.3.1. Oxygénothérapie

Un apport supplémentaire en oxygène peut être indispensable pour une saturation en oxygène <92%, justifiant alors une hospitalisation. Mais aujourd'hui, peu de données permettent de conclure sur l'indication de l'héliox (mélange gazeux d'hélium et d'oxygène) dans la prise en charge de la BAN (grade C) (11).

2.7.3.2. Nébulisation de sérum salé hypertonique

La nébulisation de sérum salé hypertonique n'est pas recommandée dans la prise en charge de la BAN aux urgences et en hospitalisation (grade A) (11).

2.7.4. Efficacité discutée de la kinésithérapie respiratoire

2.7.4.1. DRP des voies aériennes supérieures (VAS)

Pour les nourrissons ayant principalement une respiration nasale, il est indispensable d'assurer une libération des VAS (avis d'expert : preuve de concept).

Les données de la littérature suggèrent une amélioration de la SpO₂% après la libération des VAS, en faveur d'une amélioration de l'hématose (Grade C). Par contre, aucune technique ne peut être recommandée par rapport à une autre (11).

La DRP par instillation de sérum salé, telle qu'elle est pratiquée en France n'a pas été étudiée. Les aspirations nasopharyngées provoqueraient un certain nombre d'évènements traumatiques (Grade C) (11).

2.7.4.2. Prise en charge kinésithérapie

En France, la conférence de consensus de l'ANAES datant de 2000 avait recommandé la KR dans la BAN (12). Elle reposait sur un avis d'experts (donc un grade C). Plusieurs techniques de désencombrement bronchique étaient recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994 (36). Elle indiquait le rôle du MK dans la DRP et dans l'exécution des techniques expiratoires passives et lentes prolongées (l'Expiration lente prolongée (ELPr) et l'augmentation du flux expiratoire lente (AFE lente)) associées à la toux provoquée (TP) qui vise à obtenir l'expectoration. Elle soulignait également le rôle important du MK dans la désobstruction bronchique mais également dans la surveillance clinique du nourrisson et l'éducation des familles.

Elle indiquait également que la prescription de kinésithérapie n'était pas systématique et qu'elle dépendait de l'état clinique du nourrisson. La conférence de consensus avait aussi souligné que d'autres études devraient être poursuivies pour obtenir une base scientifique solide et donc un plus haut niveau de preuve.

Mais depuis des années, l'efficacité de la KR est de plus en plus discutée dans le traitement de la BAN. Elle est au cœur du débat entre les différents professionnels. Son recours est très controversé et continue à faire l'objet de plusieurs études et de discussions.

Etudes hospitalières :

De nombreuses études sur l'efficacité et l'intérêt des différentes techniques de KR utilisées dans la BAN ont été réalisées à l'hôpital et elles se rejoignent sur de nombreux points.

Premièrement, l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques (anglaises (1), italiennes (37), américaines (3), canadiennes (4) et australo-néozélandaises (5)) les plus récentes ne recommandent pas l'utilisation de la KR dans la prise en charge de la BAN. Seule exception, les recommandations anglaises la préconise en cas de comorbidités associées (1).

Une méta-analyse réalisée par la revue Cochrane publiée en 2016 a souligné qu'aucune technique de KR (méthodes conventionnelles : drainage postural avec percussion et vibration et techniques de travail sur les flux expiratoires) n'avait démontré de réduction de sévérité des bronchiolites chez les nourrissons hospitalisés (38). En ce qui concerne les techniques expiratoires passives (lentes et forcées), les auteurs soulignent qu'elles ne sont pas recommandées dans les formes graves c'est-à-dire pour des nourrissons hospitalisés (grade A) même si elle semble apporter un effet bénéfique transitoire dans certains cas (formes modérées). Par ailleurs ils soulignent l'absence de données dans les formes modérées de bronchiolite et pour les prises en charge en ambulatoire. Il faut souligner également que l'hétérogénéité entre les différentes études n'a pas été étudiée.

De même, une étude française dans 7 hôpitaux parisiens sur des nourrissons hospitalisés pour bronchiolite n'a pas trouvé de différence sur le délai de récupération quelle que soit la technique utilisée (AFE+ avec toux assistée et aspirations nasales ou juste aspiration nasales) (7).

Par ailleurs, en 2013, devant l'ancienneté des recommandations de la HAS, un groupe de travail composé de pédiatres et d'urgentistes au sein des hôpitaux universitaires du grand Ouest (HUGO) a redéfini les modalités de prise en charge de la BAN et a proposé une homogénéisation des pratiques (8). Il préconisait de ne pas prescrire de la KR systématiquement dans la BAN, mais n'avoir recours à la KR que dans des circonstances spécifiques (comorbidités sous-jacentes). Il faut noter que toutes ces études ont choisi comme critère de preuve principal, la durée d'hospitalisation pour une population de nourrissons hospitalisés pour une BAN. On ne peut cependant pas négliger les études qui ne vont pas dans ce sens et qui s'appuient sur d'autres critères de preuve (comme le score clinique de l'enfant).

En 2018, une revue analytique descriptive de 15 articles publiés entre 1985 et 2018 souligne, dans 7 études, les effets positifs de la KR associée à une DRP pour des nourrissons hospitalisés atteints de formes modérées (9).

Etudes ambulatoires :

De même, à ce jour, il y a très peu de données et de revues dans la littérature concernant la KR dans la BAN en ambulatoire alors que sa prescription reste prépondérante. La prise en charge en ambulatoire représente plus de 90% des prises en charge de BAN (11,39). La HAS a sélectionné quelques études françaises réalisées en ambulatoire qui tentaient d'évaluer l'efficacité et l'intérêt des différentes techniques de KR, utilisées dans la BAN.

En 2013, une étude prospective monocentrique au sein du réseau bronchiolite Picard en milieu libéral s'est intéressée aux effets de la KR sur la BAN (39). Elle a tenté également d'évaluer son impact sur la qualité de vie de l'enfant et de ses parents. Elle a souligné une certaine amélioration du score de Wang après 2 séances à 24 heures d'intervalle mais qui ne semble pas cliniquement significative. On peut également regretter le faible effectif analysé (n=15 inclus mais 9 nourrissons analysés) et l'absence de groupe témoin.

Une autre étude a été menée en ambulatoire dans le cadre de l'évaluation du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite en Essonne entre 2002 et 2003, publiée en 2006 (13). Elle portait sur 697 nourrissons traités par AFE et TP. Elle a relevé, après traitement de kinésithérapie, une stabilité sur le score clinique ou la fréquence respiratoire et une amélioration du score de désencombrement entre le bilan initial avant kinésithérapie et le bilan final après kinésithérapie (obtenu au cours de la séance). Cependant il manque un groupe contrôle et une étude en aveugle.

Une étude observationnelle multicentrique en ambulatoire publiée en 2016 « BRONKILIB » a également évalué l'effet de la KR par AFE sur le score de Wang chez 163 nourrissons ayant une forme légère à modérée de bronchiolite, avant et après les 2 premières séances (17). Les auteurs ont souligné une diminution de celui-ci (avant et après la 1^{ère} séance de KR comprenant la DRP et après 2 séances d'AFE). Cette étude a confirmé que l'effet bénéfique de la KR n'est pas systématique mais qu'elle pourrait être intéressante dans une prise en charge ambulatoire pour certains nourrissons. Mais cette

étude souffre de certains biais : l'évaluateur est l'opérateur de l'étude et il manque un groupe contrôle.

Pour finir, une étude pilote a été réalisée au Service d'Accueil des Urgences de Robert-Debré publiée en 2017. Un faible effectif de 19 nourrissons a été inclus mais chez 18 d'entre eux, le score de Wang s'est amélioré. Les auteurs soulignent également un changement de la décision d'hospitalisation par le médecin (n=6) avant et après une séance de KR (DRP avec modulation de flux + TP). Les auteurs ont conclu qu'une prise en charge coordonnée médico-kinésithérapique préhospitalière pourrait réduire le nombre d'hospitalisations pour bronchiolite. Il serait cependant nécessaire de réaliser un essai clinique randomisé de plus grande envergure pour confirmer ces conclusions (14).

Il existe bien une étude sur l'évaluation de l'effet de la KR avec AFE dans la prise en charge de la BAN en pratique de ville (Bronkilib 2) menée de novembre 2016 à février 2017, mais il est difficile d'accorder du crédit à ses résultats car la revue utilisée est reconnue comme « prédatrice ». Elle n'est pas indexée dans Pubmed ni dans d'autres bases de données internationales de qualité (15).

D'autres études, en ambulatoire pour évaluer l'intérêt de la prescription de la KR dans la prise en charge des BAN seraient donc intéressantes et permettraient d'approfondir la réflexion. Il est par contre difficile de trouver des éléments de comparaison à l'international vu qu'il n'y a qu'en Belgique et en France qu'on prescrit de la KR en ambulatoire pour la BAN. On pourrait effectuer une étude nationale en ambulatoire en utilisant des critères de jugement plus pertinents que ceux qui sont actuellement utilisés : score de qualité de vie de l'enfant et de son entourage, alimentation, satisfaction des parents, non recours hospitalier, etc.

C'est ce que propose un groupe d'experts de la HAS.

Il est également à noter qu'une étude contrôlée randomisée française multicentrique est en cours de recrutement *Evaluation of the Effects of Respiratory Physiotherapy in Infants With Moderate Acute Bronchiolitis* (16).

Nouvelles recommandations de 2019 (11) :

Face à ces divergences dans les études, en France, en novembre 2019, de nouvelles recommandations sur la prise en charge de la bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois ont essayé d'actualiser celles de 2000 et d'harmoniser les pratiques des

différents professionnels dans le cadre d'un parcours de soins coordonné entre l'hôpital et la ville. A la suite de ce travail, plusieurs recommandations ont été émises (voir les différents grades en **Annexe I**) :

- Les techniques de KR par drainage postural, vibration, clapping sont contre-indiquées dans la BAN (grade A).
- La KR par AFE n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé (grade B).
- La KR peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire) (grade AE).
- En l'absence de données de haut niveau de preuve, la KR de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier (grade AE).

Malgré tout, le sujet continue à faire débat (médias etc.) en particulier parce que, pour beaucoup de gens, la KR semble se réduire à l'acte du drainage bronchique alors qu'elle englobe d'autres rôles comme la surveillance clinique du nourrisson, les conseils et l'éducation des parents à la DRP. D'autre part, les dernières recommandations ont suscité une vive réaction de l'Ordre des MK (40) : le 18 novembre 2019, il a rappelé que, ces études étant réalisées en hospitalier, les techniques de modulation de flux expiratoire utilisées en ambulatoire ne sont pas contre-indiquées, comme l'ont interprété les médias, mais « pas recommandées ». La raison n'est pas tant leur manque d'efficacité voire leur dangerosité que le manque d'études menées à ce sujet. Cela explique la recommandation de mettre en place une étude randomisée pour notamment évaluer l'impact de la KR sur le recours hospitalier. De plus, l'Ordre des MK souligne qu'en hospitalier et en ambulatoire les exigences ne sont pas les mêmes : d'un côté, il s'agit de réduire le temps d'hospitalisation des nourrissons admis dans les services et de l'autre, d'améliorer son sommeil, son alimentation et son bien-être.

La prise en charge par KR de la BAN reste donc pertinente en ambulatoire pour l'Ordre des MK.

3. Problématique et hypothèses de recherche

Ce mémoire de fin d'étude a pour objectif principal de faire un état des lieux de la prise en charge de la BAN en ambulatoire par les MK et les MG de la région Bretagne. Les objectifs seront premièrement de voir quels sont le rôle et la place que le MK peut jouer en ambulatoire, face à cette affection. Deuxièmement l'objectif est de relever les pratiques, les représentations et les difficultés des professionnels de santé lorsqu'ils sont confrontés à la BAN en ambulatoire et s'il existe des changements éventuels causés par les nouvelles recommandations de novembre 2019. Pour finir, le dernier objectif est de déterminer si les attentes des MG et des MK concordent.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Le MK a un rôle autre que le désencombrement bronchique (Prévention, conseils, surveillance).
- Le MG pense que la KR est souvent capable d'améliorer une bronchiolite et peut éviter une hospitalisation.
- Les recommandations de la HAS datant de 2019 ne sont ni bien connues ni bien suivies.
- Les documents d'informations sur la BAN ne sont pas suffisamment distribués aux parents.
- La pathologie est complexe donc difficile à diagnostiquer et difficile à prendre en charge.
- Selon l'expérience et le fait d'avoir suivi une formation au sujet de la BAN, le comportement des soignants face à la bronchiolite est différent.

4. Méthode de recherche

4.1. Objectifs de l'étude

Dans cette étude, la mise en perspective des prises en charge respectives des MG et des MK libéraux permet de les confronter. Mais au-delà, elle permettra, du moins partiellement, de définir le rôle et la place que peut tenir le MK en ambulatoire, face à cette affection.

4.2. Choix de l'outil

Pour tenter d'atteindre ces objectifs, il a semblé pertinent d'avoir recours à une étude quantitative observationnelle descriptive via deux questionnaires informatisés anonymes envoyés durant l'hiver 2019-2020. L'un à destination des MK et l'autre à destination des MG libéraux. En effet, ces derniers déterminent toute la prise en charge par la qualité de leur observation du nourrisson. Ils sont également les principaux prescripteurs de KR.

Ces questionnaires ont été élaborés grâce aux recherches dans la littérature scientifique et après un certain nombre d'échanges avec plusieurs professionnels de santé rencontrés durant mes stages.

Cet outil semblait alors le plus adapté pour toucher le plus grand nombre de professionnels et obtenir un maximum de réponses de la population cible. Ils étaient informatisés afin de faciliter leur diffusion. De plus ils étaient simples d'utilisation pour les répondants et ne demandaient que peu de temps pour y répondre.

4.3. Population cible

Les MK diplômés d'état et les MG thésés, en activité libérale, amenés à suivre des nourrissons atteints de bronchiolite et installés dans la région Bretagne ont été inclus.

Les critères d'inclusion pour ces deux groupes de professionnels étaient les suivants :

- Avoir obtenu le diplôme d'état pour les MK et de la thèse pour les MG
- Pratiquer une activité libérale ou mixte
- Exercer en région Bretagne

Les critères de non-inclusion étaient :

- Exercer dans le milieu hospitalier
- Exercer hors région Bretagne

Tout questionnaire incomplètement rempli était exclu, qu'il ait été simplement ouvert ou que le professionnel l'ait fermé avant d'avoir répondu à l'ensemble des questions. Ce choix permettait de limiter certains biais et de rendre ainsi les données plus exploitables.

4.4. Elaboration et format des questionnaires

Les questionnaires ont été réalisés à l'aide du logiciel LimeSurvey mis à disposition en accès gratuit par l'Université de Bretagne Occidentale (UBO). Ce logiciel a été choisi car il est très complet et facile d'utilisation pour l'enquêteur. Pour sécuriser les données, les réponses ont été anonymisées par un numéro, qui a été donné à chaque questionnaire pour permettre l'analyse des résultats. On a gardé le format paramétré par défaut par l'UBO.

Ils sont accompagnés d'un texte d'introduction expliquant brièvement les modalités et les objectifs de l'étude aux différents professionnels.

Le questionnaire à l'intention des MK comprenait 19 questions, celui des MG, 23 questions. Les 2 questionnaires sont disponibles en annexe (**Annexe II et Annexe III**).

Ils sont composés de deux parties. La première, commune aux deux professions, traite des « informations générales » des répondants ce qui permet d'analyser leurs caractéristiques individuelles. Ils doivent en effet indiquer leur genre, le département dans lequel ils exercent, l'année de leur diplôme, le mode et le milieu d'exercice, s'ils ont des enfants et s'ils ont suivi une formation sur la bronchiolite. Les médecins doivent aussi préciser leur profession. La seconde partie vise à recueillir des données sur les pratiques des MK et des MG sur leur « prise en charge de la BAN » en ambulatoire.

Certaines questions sont techniques et identiques dans les deux questionnaires. Ils doivent indiquer le nombre de consultations pour BAN par mois en période épidémique, le nombre de nourrissons qu'ils orientent vers les urgences hospitalières et s'ils distribuent un document d'information pour les parents.

D'autres sont spécifiques. Les MG doivent indiquer s'ils prescrivent de la KR et s'ils programment un suivi pour réévaluer l'état du nourrisson alors que les MK doivent préciser par quels professionnels la KR est prescrite.

D'autres encore sont en miroir et subjectives, les MG doivent préciser leurs facilités ou non à poser le diagnostic de la BAN, quels sont leurs critères de prescription ou de non-prescription de KR et quel rôle peut jouer le MK selon eux. De leur côté, les MK indiquent leurs facilités ou non à prendre en charge la BAN, les raisons pour lesquelles, selon eux, la KR est prescrite en l'absence de nécessité de désencombrement bronchique et quel rôle ils jouent dans cette prise en charge.

La dernière partie des deux questionnaires porte sur les connaissances des nouvelles recommandations datant de novembre 2019 et l'impact de celle-ci dans leurs pratiques.

Les 2 questionnaires se terminent par une page de remerciements.

Pour faciliter l'analyse statistique des résultats, la plupart des questions posées sont fermées ou mixtes. Il n'y a pas de questions ouvertes.

4.5. Diffusion et durée

Avant de diffuser les questionnaires, il était important de les faire tester.

Ainsi 2 MG et 2 MK ont testé les questionnaires afin de vérifier s'ils étaient compréhensibles, si l'ordre et le sens des questions semblaient logiques mais également si le temps nécessaire pour y répondre n'était pas trop important.

Ce test permettait de prendre conscience d'éventuelles difficultés rencontrées lors du remplissage du questionnaire mais également d'évaluer le temps nécessaire pour pouvoir le remplir. Il ne fallait pas que les questionnaires soient trop longs pour qu'il y ait un maximum de réponses. Les différents professionnels testeurs ont estimé le temps de passation à moins de 4 minutes pour les 2 questionnaires.

Après quelques modifications, les questionnaires ont été diffusés en ligne sur une période d'un mois et demi, du 12 décembre 2019 au 31 janvier 2020. Cette période de diffusion semblait intéressante car les professionnels étaient en pleine période épidémique et qu'elle se déroulait après la sortie des nouvelles recommandations de la BAN.

La diffusion du questionnaire des MK s'est faite via le lien du questionnaire posté sur 2 groupes de kinés privés « Kinés du Finistère » et « Breizh kiné », via le réseau social

facebook qui regroupe des MK libéraux exerçant dans le Finistère et en Bretagne. La diffusion a été réalisée également par un MK via son compte instagram (Major Mouvement). Certains intervenants MK de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Brest ont diffusé mon questionnaire, via e-mail, à leurs contacts professionnels.

Pour diffuser le questionnaire aux MG, un lien par mail au conseil de l'ordre départemental du Finistère (895 MG) et des côtes d'Armor (437 MG) a été privilégié. Par ailleurs une MG finistérienne a partagé mon lien via e-mail par son réseau professionnel.

Une relance, avec renvoi des questionnaires a été réalisée un mois plus tard.

4.6. Recueil et analyse des données

La période de recueil des données s'est échelonnée du 12 décembre 2019 au 31 janvier 2020.

Les résultats obtenus grâce à ces deux questionnaires ont ensuite été sauvegardés anonymement et transférés dans un tableur du logiciel Microsoft Excel pour constituer la base de données.

Le traitement des données s'est effectué de 2 manières : en tri à plat ce qui calcule, en pourcentage, la répartition des modalités de réponse à une question, et en tri croisé qui met en corrélation plusieurs questions en même temps ce qui permet de croiser plusieurs variables via ce logiciel.

Le traitement de données a été effectué par le logiciel en ligne BiostaTGV, particulièrement intéressant pour ses outils statistiques. Le test de Khi-2 et le test exact de Fischer, quand les effectifs étaient trop faibles, ont été utilisés dans le but de vérifier s'il existe une différence significative entre les deux populations étudiées. La p-value retenue comme seuil de significativité était inférieure à 0,05 (5%).

5. Résultats

5.1. Caractéristiques des professionnels de santé

5.1.1. Caractéristiques des répondants

Des 63 réponses reçues par les MG et pédiatres, 39 ont pu finalement être analysées, 16 étant hors région Bretagne (dont les 2 pédiatres) et 8 étant incomplètes.

Des 1019 réponses reçues par les MK, 62 ont pu finalement être analysées, 184 étant hors région Bretagne et 773 incomplètes.

5.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé

Les caractéristiques socio-démographiques des MG et des MK sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	MG (N=39)	MK (N=62)
Sexe		
Femme	51,28% (20)	69,35% (43)
Homme	48,72% (19)	30,65% (19)
Mode d'exercice		
Libéral	97,44% (38)	95,16% (59)
Hospitalier	0% (0)	0% (0)
Exercice mixte	2,56% (1)	3,23% (3)
Milieu d'exercice		
Rural	64,10% (25)	48,39% (30)
Urbain	15,38 % (6)	51,61% (32)
Semi-rural	20,52% (8)	0% (0)
Parents		
Oui	92,30% (36)	51,61% (32)
Non	7,70% (3)	48,39% (30)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé

Parmi les MG, on peut remarquer qu'il y a autant d'hommes (48,72%) que de femmes (51,28%). Alors que le groupe des MK est plus féminin (69,35%).

La majorité de tous les professionnels de santé exercent en milieu libéral (95,16% des MK et 97,44% des MG).

La plupart des MG exercent en milieu rural (64,10%). Les MK eux exercent pour la moitié en milieu rural (48,39%) et l'autre en milieu urbain (51,61%).

92,30% des MG sont parents et 51,61% des MK le sont.

5.1.3. Ancienneté des différents professionnels

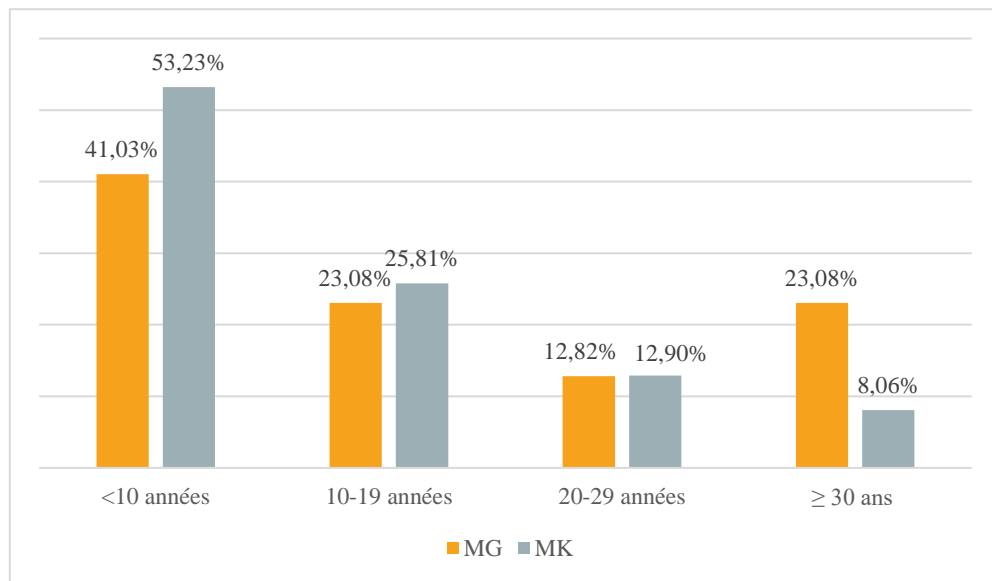


Figure 3 : Ancienneté des différents professionnels

41,03% des MG et 53,23% des MK répondants ont obtenu leur diplôme il y a moins de 10 ans.

5.1.4. Formation sur la bronchiolite

	MG (N=39)	MK (N=62)
Oui	15,38% (6)	59,68% (37)
Non	84,62% (33)	40,32% (25)

Tableau 2 : formation sur la bronchiolite.

La majorité des MG (84,62%) n'ont pas suivi de formation sur la bronchiolite alors que plus de la moitié des MK (59,68%) en ont suivi une.

5.2. Résultats des médecins généralistes

5.2.1. Consultation médicale mensuelle pour bronchiolite

En moyenne dans votre patientèle, combien de nourrissons atteints de bronchiolite voyez-vous par mois, en période épidémique ? (N=39)	
0 à 5	51,28% (20)
5 à 10	33,33% (13)
10 à 15	12,82% (5)
15 à 20	2,56% (1)

Tableau 3 : consultation médicale mensuelle pour bronchiolite

La majorité des MG (84,62%) voient en moyenne moins de 10 nourrissons atteints de bronchiolite par mois en période épidémique.

5.2.2. Facilités à diagnostiquer la bronchiolite du nourrisson

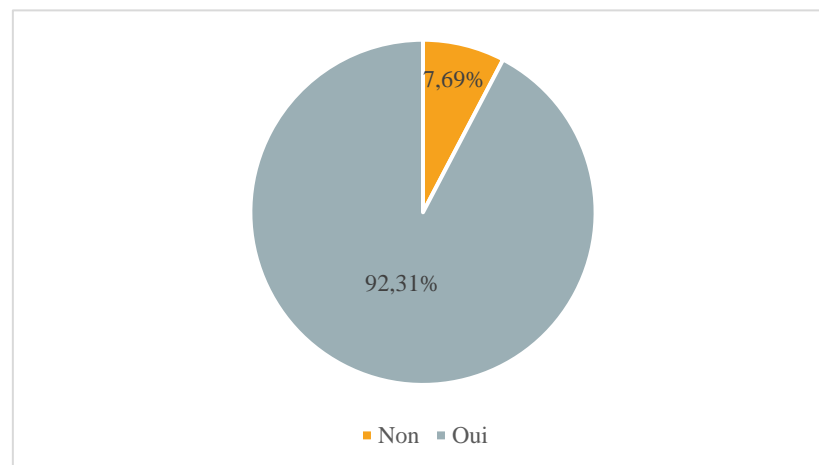


Figure 4 : Facilités à diagnostiquer la bronchiolite

92,31% des MG sont à l'aise pour diagnostiquer la bronchiolite du nourrisson. Parmi les 3 MG qui ne sont pas à l'aise face à cette pathologie, tous craignent un mauvais diagnostic, 2 d'entre eux trouvent que le diagnostic est trop difficile et 1 médecin sur les 3 se dit rarement confronté à cette pathologie. Aucun n'a souligné la pression des parents.

5.2.3. Document d'information sur la bronchiolite

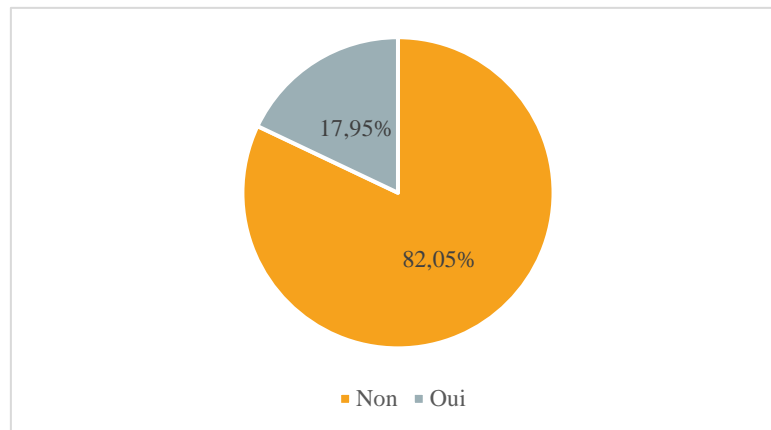


Figure 5 : Distribution d'un document d'information sur la bronchiolite aux parents

La majorité des MG (82,05%) ne distribuent pas de document d'information sur la bronchiolite aux parents, mais parmi eux 90,62% trouveraient intéressant d'en avoir un à disposition.

5.2.4. Suivi de l'état du nourrisson

92,31% des MG programment une consultation de suivi pour réévaluer l'état du nourrisson.

5.2.5. Prescription de la kinésithérapie respiratoire par les médecins généralistes

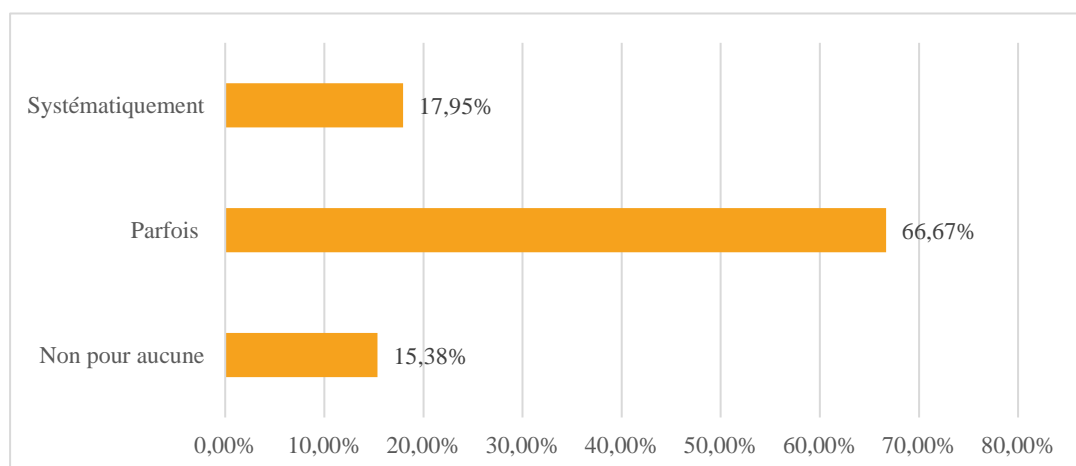


Figure 6 : Prescription de la KR par les MG

84,62 % des MG prescrivent parfois ou systématiquement de la KR quand ils diagnostiquent une bronchiolite du nourrisson.

5.2.5.1. Critères de non-prescription de kiné respiratoire

Les raisons pour lesquelles les 15,38% des médecins ne prescrivent jamais de KR lorsqu'ils diagnostiquent une bronchiolite chez le nourrisson sont le manque d'efficacité de la KR et le désagrément pour le nourrisson. Certains médecins déclarent qu'ils ne prescrivent pas de KR car cette pratique est non-prise en charge par la sécurité sociale en médecine libérale, mais également que les études n'ont pas prouvé cette technique et qu'elle n'est pas validée dans les recommandations de la HAS.

5.2.5.2. Critères de prescription de kiné respiratoire

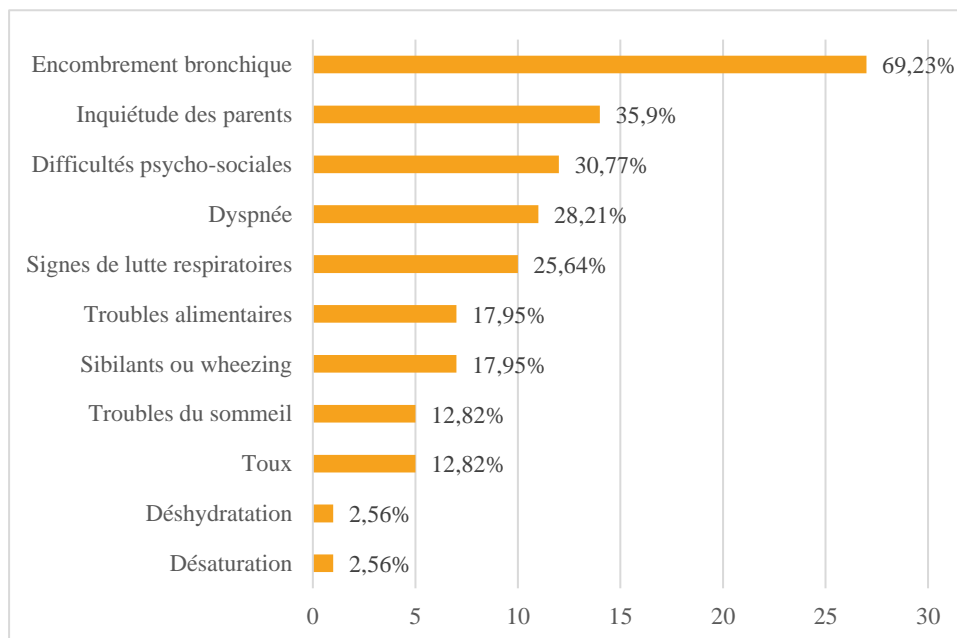


Figure 7 : Critères de prescription de KR par les MG

Les raisons principales pour lesquelles les MG prescrivent de la KR sont : l'encombrement bronchique, l'inquiétude des parents, les difficultés psycho-sociales.

5.2.6. Rôles du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge selon les médecins généralistes

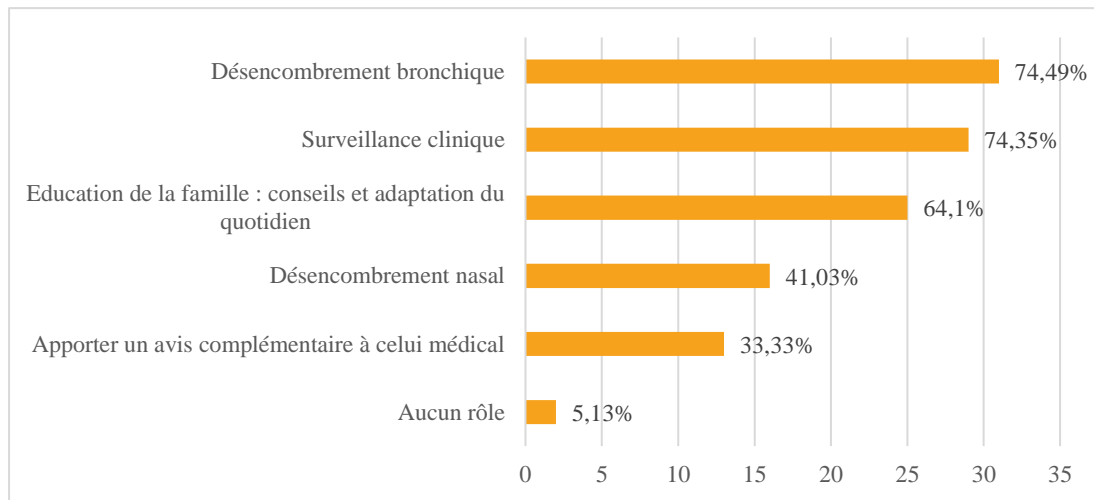


Figure 8 : Les rôles du MK dans la prise en charge selon les MG

Pour les MG, les rôles principaux du MK sont le désencombrement bronchique, la surveillance clinique et l'éducation de la famille (conseils et adaptation du quotidien). 5,13% (2 MG) considèrent que le MK n'a aucun rôle dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson.

5.2.7. Orientation vers les urgences hospitalières

La majorité des MG (92,31%) orientent moins de 25 % des nourrissons atteints bronchiolites qu'ils voient vers les urgences hospitalières.

5.2.8. Connaissance par les médecins généralistes des nouvelles recommandations datant de novembre 2019.

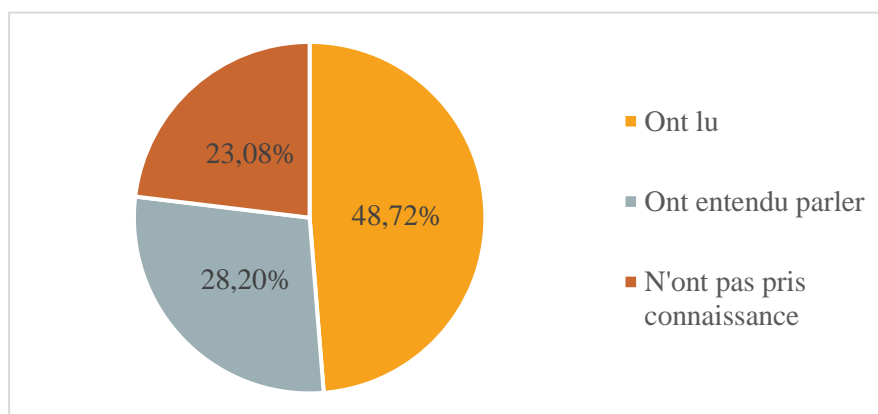


Figure 9 : Connaissance par les MG des nouvelles recommandations de la HAS datant de novembre 2019.

5.2.9. Impact des nouvelles recommandations sur la pratique professionnelle des médecins généralistes

Parmi les MG ayant déjà lu les nouvelles recommandations datant de novembre 2019, 84,21% n'ont pas changé leur pratique :

- 75% (12) d'entre eux continuent à prescrire occasionnellement,
- 18,75% (3) continuent à ne pas en prescrire,
- 6,25% (1) systématiquement.

Parmi les MG ayant entendu parler, 63,64% disent ne pas avoir changé leurs habitudes :

- 71,43% (5) d'entre eux continuent à prescrire occasionnellement,
- 14,29 % (1) continue à ne pas en prescrire,
- 14,29% (1) systématiquement.

Sur les 76,92% MG qui ont lu ou entendu parler des nouvelles recommandations, 23,33% d'entre eux soulignent avoir modifié leur pratique : tous prescrivaient de la KR avant les recommandations et aujourd'hui plus aucun n'en prescrit.

23,08% n'ont pas pris connaissance de ces nouvelles recommandations.

5.3. Résultats des masseurs-kinésithérapeutes

5.3.1. Consultation kinésithérapie mensuelle pour bronchiolite

En moyenne dans votre patientèle, combien de nourrissons atteints de bronchiolite voyez-vous par mois, en période épidémique ? (N=62)	
0 à 5	58,06% (36)
5 à 10	29,03% (18)
10 à 15	8,06% (5)
15 à 20	1,61% (1)
+ 20	3,23% (2)

Tableau 4 : Consultation kinésithérapie mensuelle pour bronchiolite

La majorité des MK (87,09%) voient moins de 10 nourrissons atteints de bronchiolite par mois en période épidémique.

5.3.2. Répartition des différents prescripteurs de kinésithérapie respiratoire

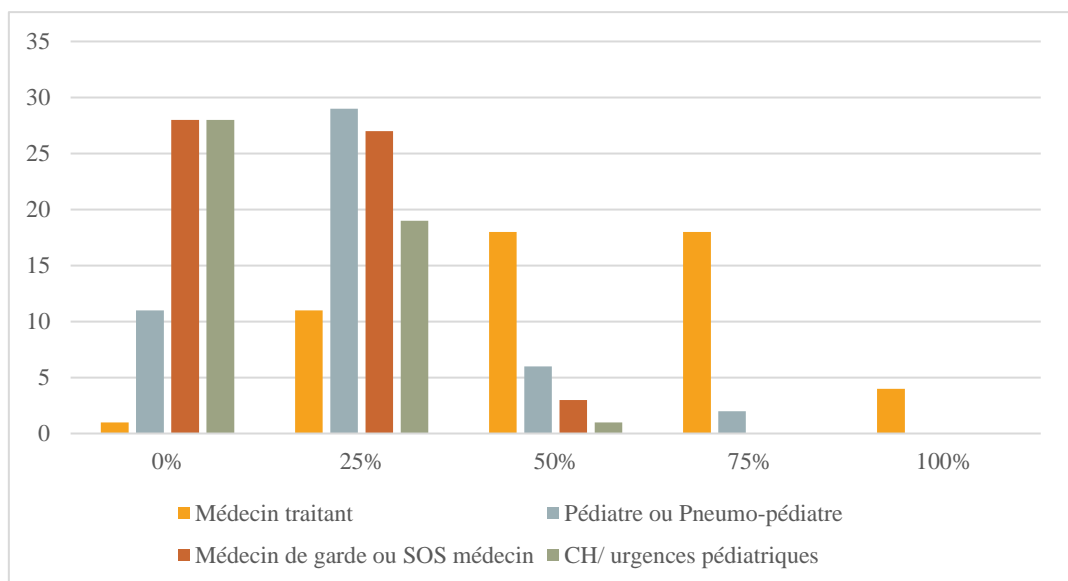


Figure 10 : Répartition des différents prescripteurs de KR

Les MK reçoivent majoritairement les prescriptions de KR par les MG.

5.3.3. Rôles dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson selon les masseurs-kinésithérapeutes

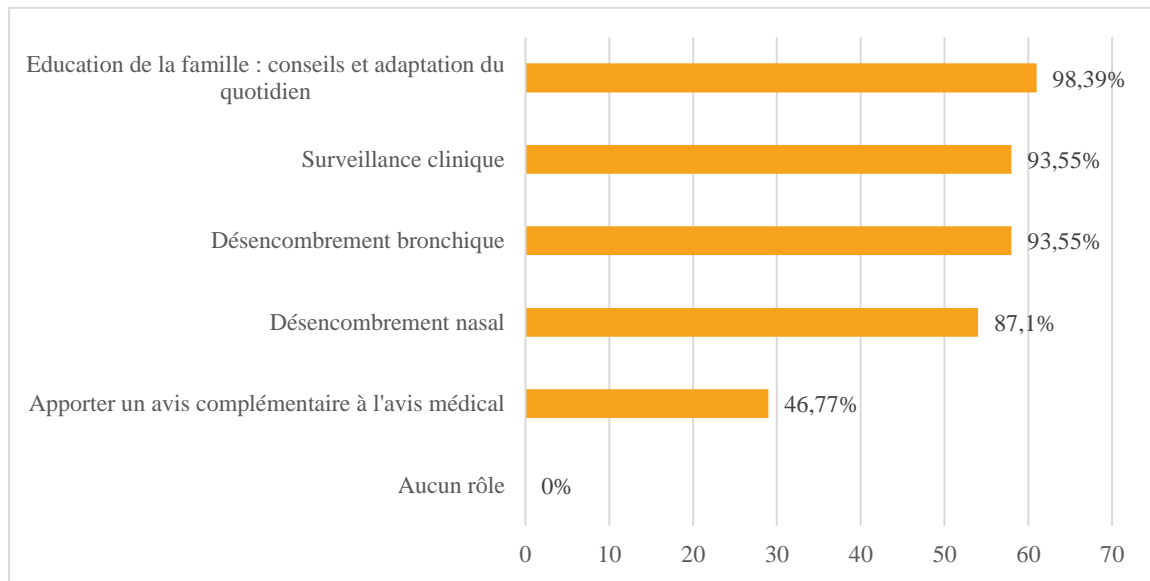


Figure 11 : Rôles dans la prise en charge de BAN selon les MK

Les MK considèrent qu'ils ont essentiellement comme rôle : l'éducation de la famille (conseils et adaptation du quotidien), la surveillance clinique et le désencombrement bronchique.

Aucun MK ne considère que la KR soit inutile dans la prise en charge de la BAN.

5.3.4. Raisons de prescription quand la kinésithérapie respiratoire pour désencombrement bronchique n'est pas indispensable

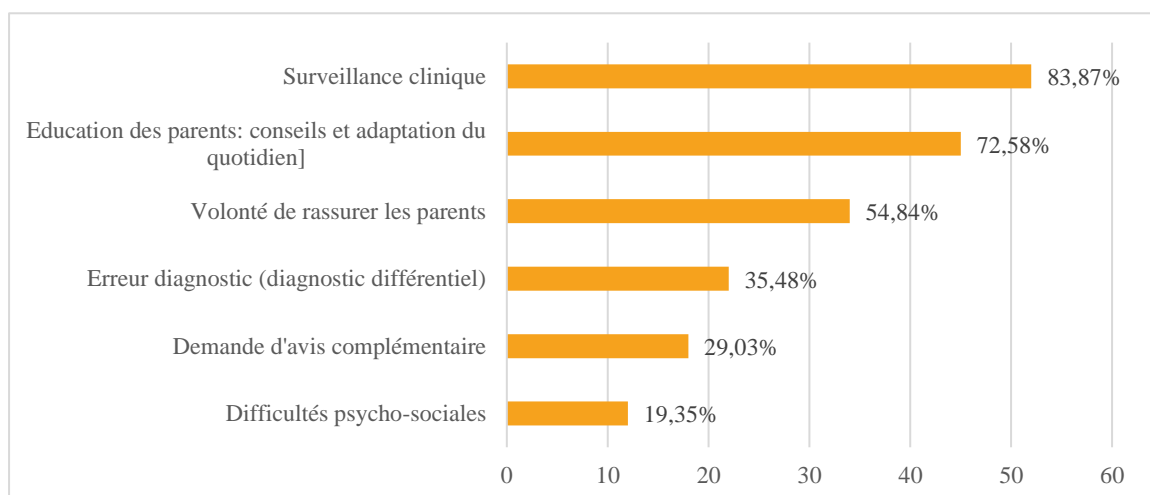


Figure 12 : Raisons de prescription quand la KR par désencombrement bronchique n'est pas indispensable

Quand la KR par désencombrement bronchique n'est pas indispensable, les 3 raisons majoritaires pour lesquelles elle est quand même prescrite, selon les MK, sont les suivantes : surveiller cliniquement le nourrisson, réaliser de l'éducation pour les parents et également les rassurer.

5.3.4. Facilités dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson

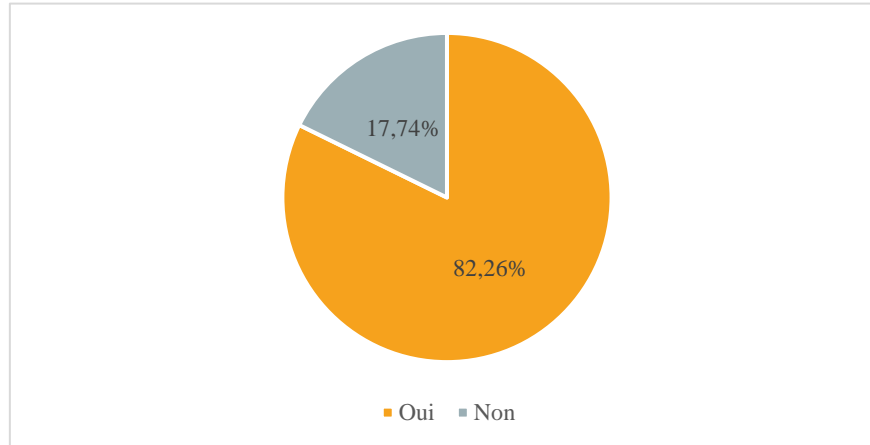


Figure 13 : Facilités à prendre en charge la bronchiolite du nourrisson

82,26% des MK indiquent être à l'aise dans la prise en charge de la bronchiolite.

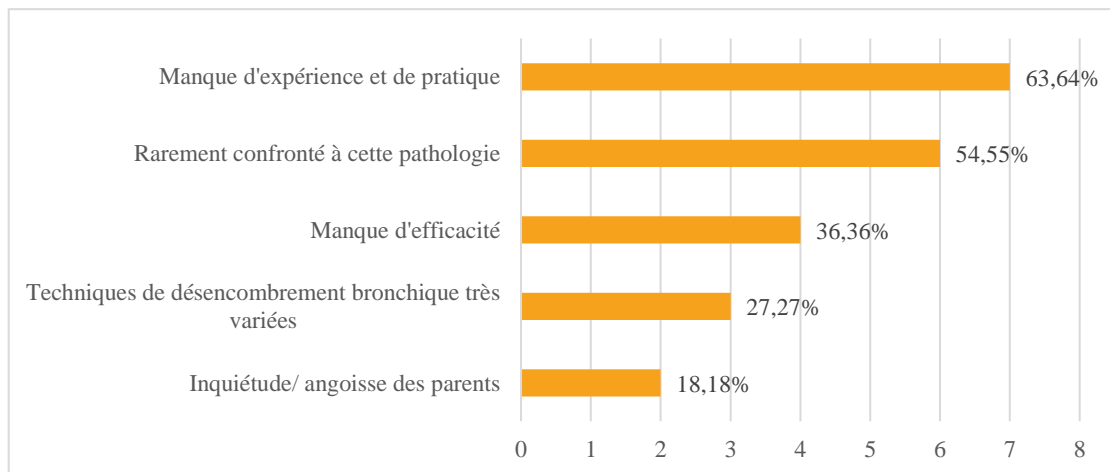


Figure 14 : Difficultés rencontrées lors de la prise en charge de la bronchiolite

Sur les 17,74% MK qui ne semblent pas être à l'aise dans cette prise en charge, 63,64% d'entre eux soulignent le manque d'expérience et de pratique pour cette pathologie, la moitié (54,55%) disent y avoir été rarement confrontés et 36,36% d'entre eux ne se trouvent pas efficaces dans cette prise en charge.

5.3.5. Document d'information sur la bronchiolite

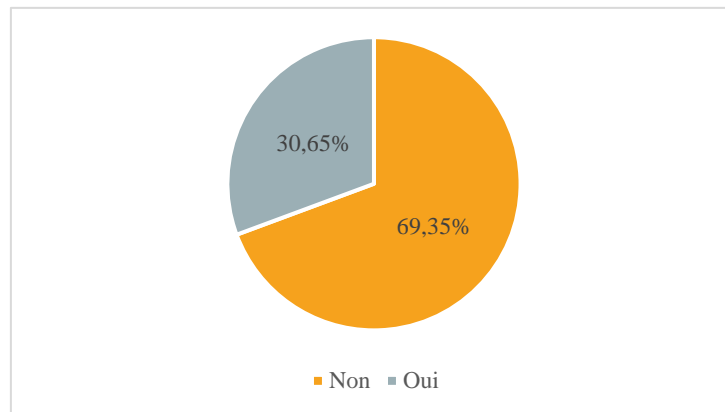


Figure 15 : Distribution d'un document d'information sur la bronchiolite aux parents
La majorité des MK (69,35%) ne distribuent pas de document d'information sur la bronchiolite aux parents, mais parmi eux 76,74% trouveraient intéressant d'en avoir un à disposition.

5.3.6. Orientation vers les urgences hospitalières

Tous les MK orientent moins de 25% les nourrissons atteints de bronchiolite qu'ils voient vers les urgences hospitalières.

5.3.7. Connaissance par les masseurs-kinésithérapeutes des nouvelles recommandations datant de novembre 2019

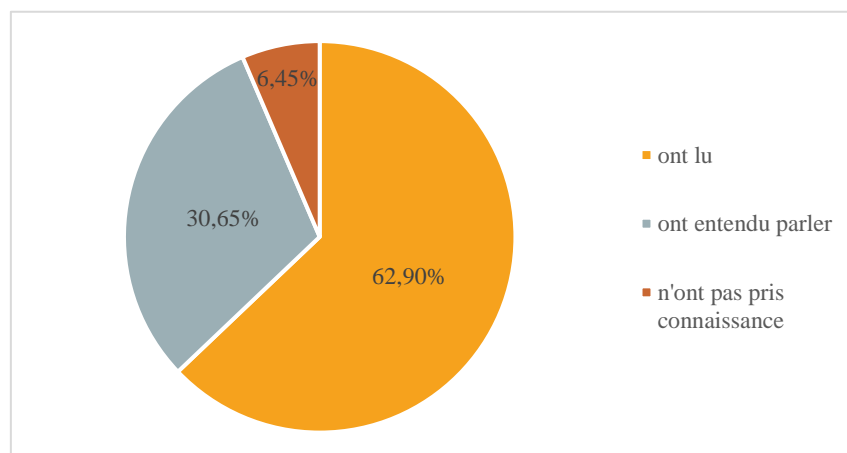


Figure 16 : Connaissance par les MK des nouvelles recommandations datant de novembre 2019.

5.3.8. Impact des nouvelles recommandations dans les prescriptions médicales

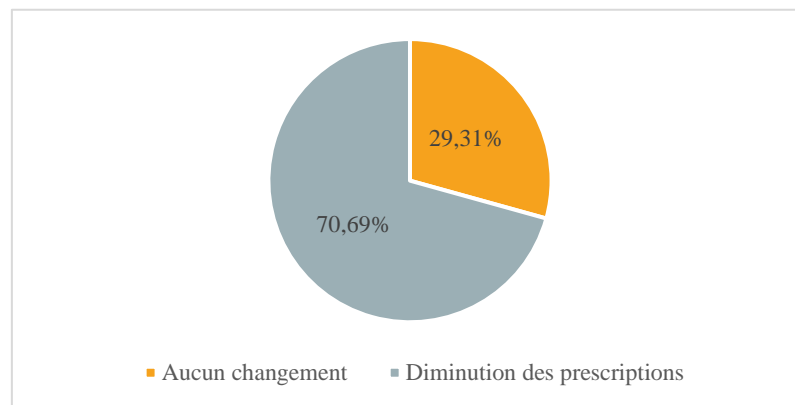


Figure 17 : Changement dans les pratiques médicales depuis l'apparition des nouvelles recommandations

Depuis l'apparition des nouvelles recommandations de la HAS, parmi les 93,55% (58) MK qui ont pris connaissance ou lu les nouvelles recommandations, 70,69% (41) d'entre eux ont observé une diminution des prescriptions par les médecins généralistes.

5.3.9. Impact des nouvelles recommandations sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes

Tous les MK continuent à pratiquer les techniques de désencombrement bronchique lorsqu'ils en estiment le besoin face aux nourrissons atteints de bronchiolite.

5.4. Résultats tri-croisé

5.4.1. Facteurs influençant la facilité des MG à diagnostiquer la BAN

Il n'existe pas de facteurs significativement associés à la facilité du diagnostic médical de la BAN entre les deux groupes de MG, ceux qui sont à l'aise et ceux qui ne le sont pas.

Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	MG à l'aise (N=36)	MG pas à l'aise (N=3)	P
Milieu d'exercice			
Rural	22 (61,11%)	3 (100%)	0.737
Urbain	6 (16,67%)	0	
Semi-rural	8 (22,22%)	0	
Formation sur la BAN			
Oui	6 (16,67%)	0	1
Non	30 (83,33%)	3 (100%)	
Parents			
Oui	33 (91,67%)	3 (100%)	1
Non	3 (8,33%)	0	
Diplômés			
Depuis - de 20 ans	22 (61,11%)	3 (100%)	0.540
Depuis + de 20 ans	14 (28,89%)	0	
Connaissance des recommandations			
Oui	27 (75%)	3 (100%)	1
Non	9 (25%)	0	
Consultation médicale mensuelle pour BAN			
+ de 10 nourrissons	6 (16,67%)	0	1
- de 10 nourrissons	30 (83,33%)	3 (100%)	

Tableau 5 : Comparabilité des groupes de MG à l'aise dans le diagnostic et ceux qui ne le sont pas (Test de Fisher, $p < 0,05$).

5.4.2. Facteurs influençant la facilité des MK dans la prise en charge de la BAN

Nous avons identifié 3 facteurs significativement associés à la facilité dans la prise en charge de la BAN par les MK en ce qui concerne le suivi de formation, la connaissance des recommandations et le nombre de nourrissons qu'ils voient en période épidémique.

Cependant, il n'y a pas d'autres facteurs significatifs entre les groupes de MK à l'aise et ceux qui ne le sont pas. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	MK à l'aise (N=51)	MK pas à l'aise (N=11)	P
Milieu d'exercice			
Rural	27 (52,94%)	5 (45,45%)	0.745
Urbain	24 (47,06%)	6 (54,55%)	
Formation sur la BAN			
Oui	34 (66,67%)	3 (27,27%)	0.021*
Non	17 (33,33%)	8 (72,73%)	
Parents			
Oui	28 (54,90%)	4 (36,36%)	0.329
Non	23 (45,10%)	7 (63,64%)	
Diplômés			
Depuis - de 20 ans	38 (74,51%)	11 (100%)	0.1
Depuis + de 20 ans	13 (25,49%)	0	
Connaissance des recommandations			
Oui	50 (98,04%)	8 (72,73%)	0.016*
Non	1 (1,96%)	3 (27,27%)	
Consultation kinésithérapie mensuelle			
+ de 10 nourrissons	18 (35,29%)	0	0.025*
- de 10 nourrissons	33 (64,71%)	11 (100%)	

Tableau 6 : Comparabilité des groupes de MK à l'aise dans la prise en charge de la BAN et ceux qui ne le sont pas (Test de Fisher, $p < 0,05$ / * = $p < 0,05$: résultat significatif).

5.4.3. Facteurs influençant la prescription de la KR par les MG

Il n'existe pas de facteurs significativement associés à la prescription de KR par les MG entre les groupes de MG qui prescrivent et ceux qui ne prescrivent pas. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	MG prescripteur de KR (N=33)	MG non prescripteur de KR (N=6)	P
Milieu d'exercice			
Urbain	4 (12,12%)	2 (33,33%)	0.274
Rural	21 (63,64%)	4 (66,67%)	
Semi-rural	8 (24,24%)	0	
Formation sur la BAN			
Oui	4 (12,12%)	2 (33,33%)	0.224
Non	29 (87,88%)	4 (66,67%)	
Parents			
Oui	30 (90,91%)	6 (100%)	1
Non	3 (9,09%)	0	
Diplômés			
Depuis + de 10 ans	18 (54,55%)	5 (83,33%)	0.370
Depuis - de 10 ans	15 (45,45%)	1 (16,67%)	
Connaissance des recommandations			
Oui	26 (78,79%)	4 (66,67%)	0.607
Non	7 (21,21%)	2 (33,33%)	

Consultation médicale mensuelle pour BAN - de 10 nourrissons + de 10 nourrissons	28 (84,85%) 5 (15,15%)	5 (83,33%) 1 (16,67%)	1
Distribution document d'information Oui Non	4 (12,12%) 29 (87,88%)	3 (50%) 3 (50%)	0.059
Suivi de l'état du nourrisson Oui Non	31 (93,94%) 2 (6,06%)	5 (83,33%) 1 (16,67%)	0.403
Facilités à diagnostiquer la BAN Oui Non	30 (90,91%) 3 (9,09%)	6 (100%) 0	1

Tableau 7 : Comparabilité des groupes de MG qui prescrivent de la KR et ceux qui ne prescrivent pas (Test de Fisher, $p < 0,05$).

5.4.5. Facteurs influençant la non-distribution d'un document d'information aux parents par les professionnels de santé

En ce qui concerne les MG :

Nous n'avons pas identifié de facteurs significativement associés à la distribution ou non d'un document d'information aux parents par les MG. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	Non distribution d'un document par les MG (N=32)	Distribution d'un document par les MG (N=7)	P
Formation sur la BAN Oui Non	4 (12,5%) 28 (87,5%)	2 (71,43%) 5 (28,57%)	0.290
Consultation médicale mensuelle pour BAN - de 10 nourrissons + de 10 nourrissons	27 (84,375%) 5 (15,625%)	6 (85,71%) 1 (14,29%)	1
Diplômés Depuis - de 20 ans Depuis + de 20 ans	22 (68,75%) 10 (31,25%)	3 (42,86%) 4 (57,14%)	0.225
Connaissance des recommandations Oui Non	26 (81,25%) 6 (18,75%)	4 (57,14%) 3 (42,86%)	0.319
Parents Oui Non	29 (90,625%) 3 (9,375%)	7 (100%) 0	1
Facilités à diagnostiquer la BAN Oui Non	3 (9,375%) 29 (90,625%)	0 7 (100%)	1

Prescription KR			
Oui	29 (90,625%)	4 (57,14%)	0.059
Non	3 (9,375%)	3 (42,86%)	
Suivi de l'état du nourrisson			
Oui	30 (93,75%)	6 (85,71%)	0.457
Non	2 (6,25%)	1 (14,29%)	

Tableau 8 : Comparabilité des groupes de MG qui ne distribuent pas de document et ceux qui en distribuent (Test de Fisher, $p < 0,05$).

En ce qui concerne les MK :

Nous n'avons pas identifié de facteurs significativement associés à la non-distribution d'un document d'information aux parents par les MK. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	Non distribution d'un document par les MK (N=43)	Distribution d'un document par les MK (N=19)	P
Formation sur la BAN			
Oui	25 (58,14%)	12 (63,16)	0.784
Non	18 (41,86%)	7 (36,84%)	
Consultation kinésithérapie mensuelle			
- de 10 nourrissons	39 (90,70%)	15 (78,95%)	0.235
+ de 10 nourrissons	4 (9,30%)	4 (21,05%)	
Diplômés			
Depuis – de 20 ans	34 (70,07%)	15 (78,95%)	1
Depuis + de 20 ans	9 (29,93%)	4 (21,05%)	
Connaissance des recommandations			
Oui	40 (93,02%)	18 (94,74%)	1
Non	3 (6,98%)	1 (5,26%)	
Parents			
Oui	22 (51,16%)	10 (52,63%)	1
Non parents	21 (48,84%)	9 (47,37%)	
Facilité dans la prise en charge de la BAN			
Non	9 (20,93%)	2 (10,53%)	0.478
Oui	34 (79,07%)	17 (89,47%)	

Tableau 9 : Comparabilité des groupes de MK qui ne distribuent pas de document et ceux qui en distribuent aux parents (Test de Fisher, $p < 0,05$).

5.4.6. Facteurs influençant l'intérêt d'avoir un document d'information à distribuer aux parents

En ce qui concerne les MG :

Nous n'avons pas identifié de facteurs significativement associés à l'intérêt des MG pour un document d'information à distribuer aux parents. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	MG intéressés (N=29)	MG non intéressés (N=3)	P
Parents			
Oui	26 (89,66%)	3 (100%)	1
Non	3 (10,34%)	0	
Diplômés			0.224
Depuis – de 20 ans	21 (72,41%)	1 (33,33%)	
Depuis + de 20ans	8 (27,59%)	2 (66,67%)	
Formation sur la BAN			1
Non	25 (86,21%)	3 (100%)	
Oui	4 (13,79%)	0	
Consultation médicale mensuelle pour BAN			0.410
Voient - de 10 nourrissons	25 (86,21%)	2 (66,67%)	
Voient + de 10 nourrissons	4 (13,79%)	1 (33,33%)	
Connaissance des recommandations			0.083
Oui	25 (86,21%)	1 (33,33%)	
Non	4 (13,79%)	2 (66,67%)	
Facilités à diagnostiquer la BAN			1
Oui	26 (89,66%)	3 (100%)	
Non	3 (10,34%)	0	
Prescription KR			1
Oui	26 (89,66%)	3 (100%)	
Non	3 (10,34%)	0	
Suivi de l'état du nourrisson			0.181
Oui	28 (96,55%)	2 (66,67%)	
Non	1 (3,45%)	1 (33,33%)	

Tableau 10 : Comparabilité des groupes de MG qui sont intéressés par un document à distribuer aux parents et ceux qui ne le sont pas (Test de Fisher, $p < 0,05$).

En ce qui concerne les MK :

Nous avons identifié un facteur significativement associé à l'intérêt des MK pour un document d'information à distribuer aux parents : le fait qu'ils voient moins de 10 nourrissons par mois en période épidémique. Cependant, il n'y a pas d'autres facteurs significatifs entre les deux groupes de MK qui sont intéressés et ceux qui ne le sont pas. Ces résultats sont visibles dans le tableau ci-dessous :

	MK intéressés (N=33)	MK non intéressés (N=10)	P
Parents			
Oui	19 (57,58%)	3 (30%)	0.162
Non	14 (42,42%)	7 (70%)	
Diplômés			
Depuis – de 20 ans	28 (84,85%)	6 (60%)	0.177
Depuis + de 20 ans	5 (15,15%)	4 (40%)	
Formation sur la BAN			
Non	14 (42,42%)	5 (50%)	0.727
Oui	19 (57,58%)	5 (50%)	
Consultation kinésithérapie mensuelle			
- de 10 nourrissons	32 (96,97%)	7 (70%)	0.034*
+ de 10 nourrissons	1 (3,03%)	3 (30%)	
Connaissance des recommandations			
Oui	30 (90,91%)	10 (100%)	1
Non	3 (9,09%)	0	
Facilités dans la PEC de la BAN			
Oui	25 (75,76%)	9 (90%)	0.659
Non	8 (24,24%)	1 (10%)	

Tableau 11 : Comparabilité des groupes de MK qui sont intéressés par un document à distribuer aux parents et ceux qui ne le sont pas. (Test de Fisher, $p < 0,05$ /= $p < 0,05$: résultat significatif).*

6. Discussion

Dans cette discussion nous reviendrons sur les résultats obtenus au cours de ce travail en fonction des hypothèses émises. Nous identifierons ensuite les faiblesses et l'intérêt de la méthodologie, ainsi que les perspectives que l'on peut envisager.

6.1. Retour sur les hypothèses

Cette étude a montré que certaines des hypothèses envisagées n'étaient pas validées.

Tout d'abord, la pathologie de la BAN semble finalement facile à diagnostiquer par les MG Bretons puisque 92,31% semblent être à l'aise face à cette affection. C'est également une pathologie qui n'impressionne pas les MK bretons puisqu'une grande majorité (82,36%) indique être à l'aise.

Par ailleurs, je supposais que l'expérience et le suivi d'une formation au sujet de la BAN avaient une influence sur le comportement des professionnels de santé, or si cela s'avère pour les MK, au contraire, cela ne semble pas véritablement jouer un rôle pour les MG. Cependant, vu que l'échantillon est faible, il est difficile d'en tirer des conclusions fiables.

Les autres hypothèses émises semblent au contraire être confirmés par l'étude.

D'une part la prescription pour KR dans la BAN reste importante en ambulatoire en Bretagne puisque 84,62% des MG interrogés continuent à la prescrire.

Par ailleurs, les MG comptent bien sur le MK pour désencombrer le nourrisson mais également pour le surveiller afin d'accompagner les parents et leur fournir des conseils de prévention et de traitement. Les MK de notre étude confirment également qu'ils pensent jouer un rôle majeur dans l'éducation à la santé.

On voit aussi que les documents d'informations sur la BAN ne sont pas suffisamment exploités afin d'accompagner au mieux la famille dans la prise en charge de leur enfant et de les aider à atténuer leurs inquiétudes.

Enfin, bien que les professionnels de santé aient pris connaissance en général des nouvelles recommandations de la HAS datant de 2019, celles-ci ne semblent pas respectées ni bien connues dans les détails. Les MK continuent à pratiquer le désencombrement bronchique s'ils en estiment le besoin. Cependant leur impact est réel puisque depuis cette date, la KR pour désencombrement bronchique est nettement moins prescrite, ce que confirment les MK.

6.2. Discussion des principaux résultats

6.2.1. Une pathologie facile à diagnostiquer par les médecins généralistes

La majorité (92,31%) des MG bretons interrogés déclarent être à l'aise pour diagnostiquer la BAN.

Il n'existe pas de facteurs significativement associés à la facilité du diagnostic médical de la BAN. Entre les MG qui sont à l'aise et ceux qui ne le sont pas, on ne voit pas apparaître de différence significative selon le milieu dans lequel ils exercent ($p=0.737$), le suivi de formation ($p=1$), le fait d'être parents ($p=1$), l'ancienneté dans la profession ($p=0.54$), le nombre de nourrissons vus par mois en période épidémique ($p=1$) ou la connaissance des nouvelles recommandations ($p=1$). Sans doute est-ce lié, au moins en partie, à la taille réduite de mon échantillon.

Le fait que les MG soient à l'aise dans ce diagnostic clinique signifie qu'ils ne trouvent pas complexe cette pathologie et qu'ils ne craignent pas un mauvais diagnostic (diagnostic différentiel). Malgré tout, cela n'exclut pas l'erreur de diagnostic vu qu'entre professionnels de santé, il n'y a pas de retour systématique sur la bonne ou mauvaise orientation du nourrisson.

Cette proportion reste cependant étonnante. En effet, on peut noter qu'en évoquant le contexte des nouvelles recommandations de la HAS, les auteurs soulignent bien que leur actualisation était nécessaire, vu le recours aux soins important en période épidémique et surtout, vu la demande importante de mises au point et de conduites à tenir de la part de médecins et de pédiatres désireux d'harmoniser les pratiques et de recevoir une aide dans leur décision médicale (11).

Par ailleurs, si 75% des MG qui sont à l'aise dans cette prise en charge ont lu ou entendu parler de ces recommandations, dans quelle mesure en tiennent-ils compte strictement pour faire leur diagnostic ? On ne peut exclure qu'une connaissance approximative des critères objectifs de sévérité, classés en 3 niveaux, conformément aux recommandations de la HAS, n'entraîne un biais dans l'évaluation du niveau de gravité de la BAN.

Cependant, vu qu'ils sont les principaux prescripteurs de KR et que la qualité de leur évaluation du nourrisson détermine toute la prise en charge par les autres professionnels de santé, il est plutôt rassurant de voir qu'ils se sentent à l'aise dans ce diagnostic. Cela peut s'expliquer peut-être par une formation initiale ou continue, sur ce sujet, suffisante

en pédiatrie, mais aussi par une pratique régulière qui entraîne la réalisation d'un bon bilan diagnostique et la connaissance des critères décisionnels. Mais cela peut également venir de la sévérité moyenne des BAN retrouvées en ambulatoire.

6.2.2. Facilités à prendre en charge la BAN par les masseurs-kinésithérapeutes

82,26% des MK bretons indiquent être à l'aise dans la prise en charge de la bronchiolite.

Dans notre étude, il existe 3 facteurs significativement associés à la facilité dans la prise en charge de la bronchiolite par les MK : le fait d'avoir suivi une formation ($p=0.021$), de connaître les nouvelles recommandations ($p=0.016$) et de voir plus de 10 nourrissons par mois en période épidémique ($p=0.025$). Cela semble logique, vu que ces facteurs indiquent une plus grande confrontation à la maladie et de meilleures techniques ou critères de soins. Cependant entre les MK qui se sentent à l'aise et ceux qui ne le sont pas, on ne note pas de différence significative liée au milieu dans lequel ils exercent ($p=0.745$), au fait d'avoir des enfants ($p=0.329$), ni à l'ancienneté dans la profession ($p=0.1$). C'est un peu étonnant car l'expérience devrait logiquement donner une plus grande aisance. Une étude menée sur un plus grand nombre de MK devrait pouvoir nuancer ces résultats.

Il serait également intéressant de savoir pourquoi ils sont à l'aise, de façon générale, dans cette prise en charge. Cela vient peut-être de la sévérité de la BAN qu'ils retrouvent en ambulatoire, les cas les plus graves étant souvent dirigés vers les urgences pédiatriques. On peut aussi penser que l'expérience joue un grand rôle dans la réalisation d'un bon bilan diagnostique kinésithérapeute, or chaque année, l'épidémie de bronchiolite confronte une bonne partie des MK libéraux à cette pathologie. Cela vient aussi sans doute du fait que le MG transmet les informations nécessaires à la continuité des soins, par le dossier médical ou par oral. Il est possible, enfin, que la formation initiale obtenue par les cours et les stages de l'IFMK soit suffisante.

6.2.3. Forte prescription médicale pour KR en ambulatoire

Dans notre étude réalisée en ambulatoire, la KR a été largement prescrite par les MG bretons avec 84,62% de prescription (parfois ou systématiquement) quand ils diagnostiquent une BAN. Cela est confirmé par les MK de l'étude qui soulignent recevoir majoritairement les prescriptions de KR par les MG.

Ce taux est en accord avec le taux de l'étude de Sebban S et al réalisée en 2003, sur la base d'une simulation par cas cliniques, puisque les auteurs retrouvent un taux de prescription de 93% (41).

Cependant, on observe qu'aucun facteur ne semble avoir d'influence sur ce taux important de prescription. En effet, aucun facteur significatif n'est lié au groupe des MG qui prescrit et aucun non plus à celui qui ne prescrit pas. Le milieu d'exercice, le suivi d'une formation, le fait d'être parents, l'ancienneté dans la profession, le nombre de nourrissons vus en période épidémique, le fait de distribuer un document d'information, le suivi de l'état du nourrisson, le fait d'être à l'aise dans la prise en charge et la connaissance des recommandations, tous ces facteurs obtiennent un p inférieur à 0.05.

Ce taux important de prescription de KR pourrait alors peut-être s'expliquer par leurs pratiques personnelles et leur expérience de l'efficacité de la KR. Les MG, dans le système de soins actuel, entretiennent des collaborations souvent intéressantes avec les MK. Ces derniers ont une place importante dans le suivi de leur patientèle et les trois quarts des actes de masso-kinésithérapie sont prescrits par des MG (42).

Les raisons principales pour lesquelles les MG de notre étude prescrivent de la KR sont, dans l'ordre d'importance : l'encombrement bronchique, l'inquiétude des parents ainsi que les difficultés psycho-sociales.

C'est également ce que retrouve E. Salles dans sa thèse réalisée en 2014, « les motifs de prescription sont l'encombrement bronchique à 92% et milieu social inadéquat 55% des cas »(43).

En 2014, A. Bazin souligne dans sa thèse qualitative que « la prescription de KR est appréhendée par la majorité des parents qui en ont peur vu que, selon eux, elle est synonyme de gravité. Mais tous les parents l'estiment cependant efficace, améliorant à la fois la gêne respiratoire, l'alimentation et le sommeil du nourrisson» (44).

On peut donc s'interroger sur les déterminants de la PEC thérapeutique de KR (facteurs bio-médicaux et psycho-sociaux), propres à la pratique de médecine libérale, qui peuvent influencer l'attitude thérapeutique du praticien.

On voit que depuis l'apparition des nouvelles recommandations de la HAS, parmi les 76,92% des MG qui en ont pris connaissance ou entendu parler, 23,33% d'entre eux ont changé leur pratique : ils ont arrêté complètement de prescrire de la KR. On peut supposer

que, pour eux, la KR est assimilée purement et simplement aux techniques de désencombrement bronchique. C'est une confusion qui existe également dans le grand public, on l'a nettement senti dans les gros titres des journaux publiés à la suite des nouvelles recommandations. Cette diminution des prescriptions a été confirmée par les MK puisque parmi les 93,55% MK qui ont pris connaissance des nouvelles recommandations, 70,69% ont observé une diminution des prescriptions par les MG.

On peut noter, malgré tout, qu'un taux important (73.08%) de MG n'a pas changé sa pratique : ils continuent à prescrire, occasionnellement ou systématiquement, de la KR. Cela souligne tout d'abord que les MG assurent la continuité de soins des nourrissons en ambulatoire en ayant recours au MK libéral. Ils lui font également confiance pour utiliser la KR pour une prise en charge optimale, afin d'améliorer l'état initial du nourrisson dans la prise en charge de la BAN. Ils comptent enfin sur lui pour partager cette surcharge de travail en période épidémique. Cela va dans le sens du rapport de la HAS publié en 2008 valorisant l'application de la coopération professionnelle afin d'améliorer la prise en charge globale des patients (45).

6.2.4. La KR sert au désencombrement bronchique de l'enfant

Pour les MG de notre étude (79,49%) le premier but de la KR est le désencombrement bronchique. Lorsqu'on demande leur avis aux MK, (93,55%) ils associent d'abord la KR à l'éducation (conseils et surveillance) mais le désencombrement bronchique arrive tout de même en 2^{ème} position. De plus, malgré l'apparition des nouvelles recommandations, tous les MK de notre étude continuent à pratiquer les techniques de désencombrement bronchique lorsqu'ils en estiment le besoin face aux nourrissons atteints de BAN.

Tous les professionnels de santé soulignent donc l'efficacité du désencombrement bronchique de l'enfant. Ce résultat se retrouve dans l'étude ambulatoire dans le cadre de l'évaluation du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite en Essonne publiée en 2006, qui souligne une amélioration du score de désencombrement après traitement de kinésithérapie chez les nourrissons traités par AFE et TP (13). Les auteurs de « BRONKILIB » ont constaté également une diminution du score de Wang chez les nourrissons traités par AFE et comprenant la DRP qui pourrait confirmer l'effet bénéfique de la KR, pas systématique mais parfois intéressant dans le cadre de cette prise en charge (17).

Une étude pilote réalisée en 2017 au Service d'Accueil des Urgences de Robert-Debré note, elle aussi, une amélioration du score de Wang et les auteurs soulignent également un changement de décision d'hospitalisation par les médecins avant et après une séance de KR (DRP avec modulation de flux TP). Ils en ont conclu qu'une prise en charge coordonnée médico-kinésithérapique préhospitalière pourrait réduire le nombre d'hospitalisations pour bronchiolite (14).

A ce jour, en l'absence de données de haut niveau de preuve, la KR de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire par les nouvelles recommandations de la HAS datant de 2019 (11). Ces études manquent de puissance comme le soulignent les recommandations, il est donc difficile d'évaluer l'efficacité de la KR par désencombrement, mais il serait intéressant de réaliser d'autres études dont une étude nationale randomisée pour approfondir la réflexion, en utilisant d'autres critères de jugement plus pertinents que ceux qui sont actuellement utilisés (score de Wang, score clinique de désencombrement) : score de qualité de vie du nourrisson et de son entourage, alimentation, sommeil, satisfaction des parents et non-recours hospitalier.

Cependant la KR ne peut pas se réduire à l'acte du drainage bronchique. Elle englobe d'autres rôles. En effet le MK, en surveillant l'état de santé du nourrisson et en conseillant les familles, n'a-t-il pas une part primordiale à la fois dans la prise en charge de la BAN et dans sa prévention ?

6.2.5. La KR sert à la surveillance clinique de l'enfant

On peut constater en effet que la KR reste, malgré tout, très souvent prescrite quand les MG de notre étude ne trouvent pas d'encombrement bronchique. Ils soulignent ainsi que les MK ont un rôle important dans la surveillance clinique de l'enfant. C'est un des rôles principaux des MK selon les MG de notre étude (74,36%). Les MK les rejoignent sur ce critère, quand ils mentionnent leur rôle, il est classé en 2^{ème} position à égalité avec le désencombrement bronchique.

Plusieurs thèses qualitatives soulignent l'importance de ce rôle pour les parents. En 2014, A.Bazin souligne que « les parents accordent également un rôle essentiel et rassurant au MK dans la surveillance quotidienne des enfants »(44). En 2017, S.Popescu retrouve que « les sentiments les plus évoqués par les mères dans le cadre de la prise en charge de la BAN de leur enfant sont l'inquiétude, la peur, la difficulté des soins et la surveillance » (46).

En effet la possibilité de voir régulièrement le nourrisson permet non seulement de noter une éventuelle dégradation de son état mais permet également de rassurer les parents. Les MG de notre étude prescrivent donc de la KR pour diminuer l'inquiétude des parents mais également en raison de difficultés psycho-sociales. Le MK peut aider ou soutenir des parents incapables de suivre seuls leur enfant soit en raison d'un manque de sérieux, de temps ou de compréhension et parfois dans un contexte social défavorisé qui ne facilite pas la prévention.

En effet, les nouvelles recommandations de la HAS soulignent que le MK a un rôle dans l'éducation des parents : les consignes de surveillance ainsi que les signes d'alerte devant amener à faire réévaluer le nourrisson doivent être soulignés et enseignés par les MK (11). Ces consignes doivent être transmises aux parents afin d'éviter, lorsque ce n'est pas indispensable, l'orientation des nourrissons vers les urgences hospitalières déjà fortement encombrées dans cette période épidémique. Il serait d'ailleurs intéressant de faire l'inventaire des conseils donnés par les MK afin que les parents puissent bien surveiller leur enfant à domicile.

6.2.6. La KR indispensable à l'éducation et la prévention de la famille

L'éducation à la prévention des familles représente également une part primordiale de cette prise en charge.

Les MG comptent sur le MK pour éduquer la famille (conseils et adaptation du quotidien) (64,10%). Lorsqu'il n'y a pas besoin de KR pour le désencombrement bronchique, les MG (72,58%) prescrivent quand même de la KR pour l'éducation.

Les MK, à 98,39%, les rejoignent sur cet avis car ils considèrent que c'est leur rôle principal.

L'éducation fait partie des compétences que l'on retrouve dans le référentiel des compétences des MKDE publié par l'ordre des MK en 2013 : « Le MK doit concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage »(47). En effet, le MK possède une place dans l'apport des connaissances théoriques et pratiques.

Les recommandations de la HAS de 2019 soulignent que la prise en charge est essentiellement symptomatique (1). Le rôle du MK est donc important dans l'éducation des parents. Le MK doit pouvoir donner des explications et transmettre les mesures générales de préventions aux parents du nourrisson. Cela pourrait permettre, là encore, de

rassurer les parents et diminuer leurs difficultés psycho-sociales soulignaient les MG de notre étude.

Cette éducation des parents par les MK permettrait de les placer en co-acteurs dans la prise en charge de leur nourrisson.

Par exemple, l'application de la DRP est souvent mal maîtrisée par les parents. Selon G.Postiaux en 2018, " La question de la réalisation de l'acte par un personnel de santé est posée en raison de la mauvaise connaissance parentale du lavage de nez avec seulement 21 % d'entre eux sachant le réaliser (48). Elle est aussi difficile à mettre en place parce qu'elle est inconfortable pour l'enfant. Dans l'étude de Perez C. et al, parue en 2001, "60% des mamans pensent que leur enfant a mal mais, malgré le vécu difficile de ces thérapeutiques, les parents disent pourtant qu'elles participent au bien-être de leur enfant en améliorant certains symptômes et le confort de leur bébé"(49).

Le parent doit donc bien connaître la technique, et être convaincu du mieux-être que cela entraînera ultérieurement pour l'enfant (afin de supporter ses pleurs et l'impression de lui faire mal). Là encore, il serait intéressant de savoir quelles sont les attentes des parents en matière d'acquisition de compétences, de gestes techniques et de conseils.

Ce temps d'éducation constitue donc un moment primordial lors de la consultation/ prise en charge des nourrissons pour BAN par les professionnels de santé de notre étude. Un support d'information serait intéressant à utiliser lors de cette éducation afin d'accompagner au mieux les parents dans la PEC de leur enfant et d'aider à atténuer leurs craintes.

6.2.7. Les documents d'information sur la BAN pas suffisamment exploités

D'après les résultats de l'étude, la majorité des MG (82,05%) et des MK (69,36%) déclarent ne pas distribuer de document d'information sur la BAN aux parents lors de la prise en charge en ambulatoire.

Aucun facteur significatif n'a de réelle influence sur ce taux important chez les MG et les MK. Dans les deux groupes, le suivi d'une formation, le nombre de nourrissons qu'ils voient en période épidémique, l'ancienneté dans la profession ou encore le fait d'être parents ne semblent pas déterminants.

Il n'y a pas non plus de différence significative entre les groupes des MG qui prescrivent ou non de la KR, et qui programment ou non une consultation pour un suivi de l'état du

nourrisson. Le fait d'être à l'aise dans le diagnostic, pour les MG, ou dans la prise en charge de la BAN par les MK ne peut pas non plus expliquer ce pourcentage ($p=0,478$).

Toujours est-il que ces documents sont très peu distribués aux parents par les professionnels de santé bien que leur utilisation soit recommandée par les nouvelles recommandations de la HAS datant de 2019 (11).

Cette proportion importante de professionnels ne distribuant pas de document d'information, alors qu'il en existe à leur disposition, est tout de même étonnante. De nombreuses brochures d'informations sont éditées sur le site de Santé Publique France et mises à jour régulièrement (50). Le groupe de travail de la HAS a également élaboré une fiche d'outils et de conseils à fournir aux parents afin de leur transmettre des éléments d'informations pratiques (51).

Les auteurs de deux études françaises ont montré également qu'il est possible de diminuer l'incidence de la BAN en incitant les parents à appliquer les mesures de prévention soit directement par l'intermédiaire des professionnels de santé, soit par une campagne de prévention grand public (52,53).

Il serait alors intéressant de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les différents professionnels n'en distribuent pas. Est-ce lié à l'ignorance de l'existence de ces fiches ? Cela témoignerait donc d'un manque de connaissances de certains professionnels sur le sujet et pourrait exprimer un certain désintérêt pour la question ou est-ce dû à des documents mal adaptés, qu'ils trouvent trop complexes ou peu précis ?

6.2.6.1 Une grande volonté de diffusion d'information de la part des professionnels

Cependant, lorsque l'on demande l'avis des différents professionnels de santé, les MG (90,62%) et les MK (76,74%) trouveraient intéressant d'en avoir un à disposition. A l'évidence, les professionnels de notre étude semblent, paradoxalement, très favorables à la distribution de ces documents d'information aux parents. On voit également que les MG, tous critères confondus, sont soucieux de jouer un rôle éducatif par le biais de ce document et qu'ils sentent, à part quelques-uns, que les conseils oraux sont souvent insuffisants ou mal retenus. Mais on peut se demander si ce n'est qu'une simple déclaration d'intention, vu qu'ils ne distribuent pas ceux qui existent déjà. Il est vrai qu'il existe une multitude de documents à l'intention des patients et que cela demande du temps de les trier. La difficulté est sans doute d'avoir le bon document, à disposition, quand on en a besoin !

Par ailleurs, ce pourcentage souligne encore le rôle éducatif indispensable du MK et la volonté de rassurer les parents en leur permettant d'en avoir un à disposition. Deux études montrent d'ailleurs que les parents sont demandeurs d'informations (54,55). Il faudrait alors réfléchir, peut-être avec les parents, à l'élaboration d'une fiche reconnue pour son efficacité. L'avis des parents sur ces documents d'informations permettrait de savoir s'ils ont besoin de ces conseils mais également ce qu'ils attendent du document et des professionnels.

Il serait donc intéressant pour les professionnels de distribuer ce document soit lors de la première consultation ou séance afin de conclure la discussion soit lors de la consultation de suivi, vu que 92,31% des MG de notre étude en programment une pour réévaluer l'état du nourrisson.

A travers ces questionnaires, on voit donc apparaître clairement l'importance du rôle éducatif des professionnels de santé et en particulier des MK. M.Chauvin note en effet dans sa thèse en 2019, que « les médecins manquent de temps, vu la démographie médicale en baisse » (56) , or l'éducation à la DRP nécessite trois temps : l'explication orale, la démonstration favorisant l'apprentissage du geste et la réalisation supervisée du geste par les parents sous contrôle du MK.

Il serait souhaitable que cette sensibilisation soit effectuée dans les premiers mois, lors d'une consultation dédiée à l'éducation à la DRP, afin que les bonnes habitudes soient prises d'emblée par les parents. De simples gestes, bien effectués et de façon systématique, grâce à l'aide d'un MK pourraient souvent limiter la gravité d'une BAN et du moins éviter l'hospitalisation.

Il semble aussi qu'un support d'informations et de prévention officiel, qui pourrait jouer le rôle d'aide-mémoire, serait primordial afin d'accompagner au mieux les parents dans la prise en charge de leur enfant et de les aider à atténuer leurs craintes. Cela permettrait également de renforcer leur participation aux soins.

Il faut donc continuer à promouvoir les moyens et conseils de prévention par des campagnes de sensibilisation à destination des parents et rendre plus visibles ou plus accessibles les supports d'informations déjà existants à disposition du public (ex : vidéo interactive, brochure de la HAS (ou INPES) dans les salles d'attente, suivi dans le carnet de santé).

L'amélioration des pratiques de prise en charge pourrait également être favorisée par des formations réciproques des professionnels de santé. Cela permettrait à chacune de ces professions de réaliser ce que l'autre fait réellement et de mieux définir le partage des tâches pour un meilleur accompagnement du nourrisson et de sa famille.

6.3. Limites et forces de ce travail

Ce travail d'initiation à la recherche de fin d'études propose des pistes de réflexion qui pourront être explorées dans la prise en charge de la BAN en ambulatoire par les différents professionnels de santé. Il a permis de mettre en évidence des tendances sur lesquelles je pourrai m'appuyer pour enrichir ma réflexion sur cette prise en charge spécifique. Cependant, ce travail connaît un certain nombre de biais et ces résultats doivent être relativisés. L'identification de ces biais est importante si l'on souhaite améliorer la qualité de l'étude et pouvoir tirer une meilleure interprétation des résultats obtenus.

6.3.1. Limites de cette étude

- Méthode de diffusion

Tout d'abord, il existe un biais de sélection en raison de la méthodologie choisie qui est celle du questionnaire informatisé.

Le questionnaire des MK a été diffusé sur le réseau social Facebook et Instagram, seules les personnes ayant accès aux groupes privés ou abonnées à la chaîne Instagram pouvaient y avoir accès. Le questionnaire des MG a quant à lui été diffusé par les conseils départementaux de l'ordre et par mail d'une médecin généraliste finistérienne. Seuls les conseils départementaux du Finistère et du Morbihan ont accepté de les diffuser. On ne peut donc pas généraliser les résultats obtenus à la Bretagne. On ne peut pas non plus savoir exactement combien de MK et de MG ont été touchés par cette diffusion vu qu'une partie de ces professionnels n'ont pas transmis leur adresse mail au conseil de l'ordre.

Il existe également un biais d'échantillonnage ou de sélection. En effet, il était annoncé lors de la diffusion des questionnaires que le sujet traitait d'un sujet précis : la prise en charge de la BAN en ambulatoire. Le sujet étant spécifiques, les différents professionnels qui ont répondu à cette étude étaient sans doute à priori plus intéressés par ce sujet et plus informés que la moyenne. Ces différents éléments entraînent un risque de surestimation des résultats.

- Taille de l'échantillon

Par ailleurs, la taille de l'échantillon reste faible puisque 39 MG et 62 MK ont été inclus dans cette étude. Souvent les populations comparées n'avaient pas les mêmes effectifs. On ne peut donc pas affirmer que les résultats sont parfaitement en corrélation avec la tendance régionale ni à plus forte raison nationale. Il est difficile de savoir si oui

ou non les différences observées sont dues au hasard vu que souvent l'effet est trop petit pour être décelable. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être considérés comme significatifs et il faut rester prudent quant aux conclusions que nous pouvons en tirer.

Pour que cette étude gagne en puissance et en fiabilité, nous avons calculé les effectifs nécessaires à la région Bretagne. En 2017, la cartographie du conseil de l'ordre des MK recensait 3098 MG libéraux et 3909 MK libéraux. Il faudrait alors 1353 MG et 1488 MK répondants.

- Format des questionnaires

La présence dans les questionnaires de plusieurs questions fermées ou mixtes qui orientaient les réponses de nos répondants, induisait un risque de biais de subjectivité. Il n'y avait aucune question ouverte, ce qui visait à faciliter l'analyse des résultats. Cependant, ce choix de format imposait de répondre aux différentes propositions et pouvait même suggérer une réponse. Nous avons tenté de l'amoinrir en insérant des réponses mixtes avec un encadré « autre » à la fin de certaines questions.

D'autre part, en analysant les résultats, il est apparu que certaines questions auraient pu être posées pour préciser les résultats de l'étude, par exemple de quelle façon les professionnels de santé considéraient la DRP et s'ils en faisaient la démonstration aux parents.

- Choix de la méthode

Enfin, la méthode quantitative par questionnaire ne permet pas une évaluation précise et fine du questionnement et de l'intérêt des professionnels pour ce sujet, comme une étude qualitative l'aurait fait.

Après réflexion, il me semble qu'il serait intéressant maintenant de questionner les parents des nourrissons atteints de bronchiolite pour connaître leurs avis/ leurs ressentis / leurs difficultés/ leurs appréhensions/ les inconvénients concernant la PEC globale et kinésithérapique de leur enfant. Cela permettrait ainsi de clore le tour d'horizon des différents acteurs concernés par ce problème et de nuancer les solutions envisagées.

En tout cas ce mémoire révèle le manque d'études sur ce sujet, en ambulatoire, la bibliographie avec haut niveau de preuve est rare.

6.3.2. Intérêt de cette étude

En dépit de ces réserves, cette étude permet cependant de mettre en évidence un certain nombre de points intéressants.

Tout d'abord, il est frappant de voir l'intérêt des professionnels soignants pour ce sujet. (taux de participation : 55 réponses MG et 246 réponses MK). L'originalité de cette étude tient aussi dans le fait qu'elle inclut tous les professionnels d'un même territoire, qui sont amenés à suivre des nourrissons atteints de bronchiolite en ambulatoire. A notre connaissance, aucune étude sur ce sujet n'avait été réalisée auparavant en région Bretagne, et encore moins à l'échelle nationale. Elle permet donc de compléter, au moins en partie, les résultats des études effectuées dans d'autres régions.

D'autre part, les études sur ce sujet ne ciblent, le plus souvent, qu'une seule profession (MG, MK) ou encore les parents. Il nous a donc semblé intéressant d'évaluer simultanément et à partir de questionnaires complémentaires, le point de vue et les pratiques des MK et des MG sur cette prise en charge, vu que ces derniers sont les principaux prescripteurs de KR.

De plus, toutes les études qui ont étudié l'efficacité de la KR sont le plus souvent réalisées dans le milieu hospitalier, or l'hospitalisation ne représente que les cas les plus graves. Très peu d'études ont été réalisées en ambulatoire alors la prise en charge de la BAN est en majorité ambulatoire. Il nous a donc semblé intéressant de cibler notre étude sur la prise en charge essentiellement en ambulatoire.

Elle nous a enfin permis d'établir un état des lieux concernant la prise en charge de la BAN en ambulatoire après la sortie des nouvelles recommandations en région Bretagne, de confronter le point de vue et la pratique professionnelle des MK et des MG et de comprendre les raisons des discordances dans la prise en charge thérapeutique.

6.4. Perspectives

Ce travail ouvre plusieurs pistes de réflexions.

J'avais exclu de l'analyse toutes les réponses reçues des MK exerçant hors Bretagne vu que l'étude ciblait essentiellement cette région. Or il m'a semblé intéressant de dépouiller les 171 questionnaires remplis par des MK libéraux exerçant hors région Bretagne. Cela me permettait de prolonger l'étude en augmentant l'échantillon étudié et de voir si les tendances observées étaient ou non confirmées. Lorsque j'ai comparé les pourcentages obtenus, j'ai toujours commencé par celui du groupe de MK non breton VS le pourcentage du groupe de MK breton. L'analyse des caractéristiques socio-démographiques de ces MK révèle quelques différences que l'on peut noter même si, là encore, on ne sent pas une influence systématique de la plupart d'entre elles sur les réponses données dans la suite du questionnaire. Le groupe est encore plus féminin (81,29%), que celui des répondants Bretons (69,65%). D'autre part, 70,18% ne sont pas parents alors que 48,39% des MK bretons le sont. Ils sont aussi beaucoup plus nombreux (74,26%) à avoir obtenu leur diplôme il y a moins de 10 ans (VS 53,23%). Tous les autres critères sont semblables.

On voit également qu'ils s'attribuent les mêmes rôles essentiels que les MK bretons dans le traitement de la BAN : éducation de la famille, désencombrement nasal et bronchique ainsi que surveillance du nourrisson. Tous ces rôles obtiennent entre 87% et 97%, placés toutefois dans un ordre différent : ils privilégient, à l'inverse des MK bretons, le désencombrement nasal (96,49%) au désencombrement bronchique (87,72%). Aucun ne considère que la KR soit inutile dans la PEC de la BAN, comme les MK bretons et quasiment le même pourcentage se sent à l'aise dans cette prise en charge (80,12% VS 82,26%). Ils sont d'ailleurs encore moins nombreux que les Bretons à ne pas se trouver efficaces dans cette prise en charge (11,76% VS 36,36 %).

De même, en l'absence d'encombrement bronchique, ils estiment que les MG leur adressent les nourrissons pour : l'éducation des parents (81,87% VS 72,58%), la surveillance clinique (71,93% VS 83,87%) et la volonté de rassurer les parents (66,08% VS 54,84%). On le voit, les taux varient légèrement mais la tendance est la même et les autres raisons, plus secondaires, obtiennent des résultats encore plus proches.

On retrouve aussi, et de façon encore plus nette, le problème de la distribution d'un document d'informations, ils sont plus nombreux à ne pas le faire (82,46% VS 69,35%) et pourtant, parmi eux, pratiquement tous souhaiteraient en avoir un.

L'impact des nouvelles recommandations de la HAS est également visible. Tout d'abord, on peut noter combien les MK se sont sentis concernés, voire visés par elles puisqu'ils sont 97,07% à en avoir pris connaissance. Cependant la diminution des prescriptions de KR est beaucoup moins sensible : 48,80% d'entre eux en ont observé une (VS 70,69%) et 50,60% n'ont pas remarqué de changement (VS 29,31%). De toute façon, là encore, ces recommandations ne jouent qu'un rôle secondaire puisque 95,78% continuent à pratiquer les techniques de désencombrement bronchique lorsqu'ils en estiment le besoin.

Enfin, il est intéressant de comparer les facteurs influençant. Dans cet échantillon, on retrouve logiquement l'influence de la formation sur la BAN sur le fait de se sentir à l'aise. Mais, contrairement à ce que l'on trouve chez les MK bretons, dans cet échantillon plus important, le fait d'être parent ($p=0,036\%$) semble faciliter la prise en charge de la BAN et augmente l'intérêt pour un document d'information à distribuer ($p=0,022\%$). A l'inverse, le nombre de nourrissons vus en consultation ne semble pas le faire.

On voit donc que cet élargissement permet de confirmer les grandes tendances obtenues par l'étude des professionnels de santé bretons. On peut donc penser qu'elle reflète au moins en partie la réalité de leurs pratiques et de leur attitude face à la BAN du nourrisson. Cependant, ces résultats nécessiteraient d'être confirmés par d'autres études à plus grande échelle pour gagner en puissance.

Il serait également intéressant maintenant de réaliser une étude qualitative auprès des parents des nourrissons atteints de bronchiolite afin de connaître leurs connaissances, leurs ressentis et leurs difficultés concernant la prise en charge globale et kinésithérapique de leur enfant afin de mieux comprendre comment améliorer cette prise en charge. Cela permettrait ainsi de clore le tour d'horizon des différents acteurs concernés par ce problème et de nuancer les solutions envisagées.

7. Conclusion

En France, au cours des dernières années, l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire a été de plus en plus discutée dans le traitement de la BAN. Abandonnée dans les hôpitaux, elle reste prescrite en ambulatoire.

Ce mémoire avait pour objectif principal de faire un état des lieux sur la prise en charge de la BAN en ambulatoire par les MK et les MG de la région Bretagne. Plus précisément, je voulais tenter d'évaluer quels sont la place et le rôle que le MK pouvait encore jouer dans le traitement de cette affection en ambulatoire. Je souhaitais également souligner quelles étaient les pratiques, les représentations et les difficultés des professionnels de santé confrontés à la BAN en ambulatoire et si les nouvelles recommandations de 2019 avaient modifié celles-ci. Il me semblait enfin intéressant de déterminer si les attentes des MG et des MK concordent.

Bien sûr, il faut rester prudent quant à l'interprétation des résultats obtenus étant donné que cette étude présente un certain nombre de biais, au premier rang desquels on peut citer la faiblesse de l'échantillon. Il est d'ailleurs fort dommage que l'URPS, les conseils de l'ordre des médecins du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine aient refusé de distribuer les questionnaires. Cela a diminué le nombre de réponses données par les MG bretons.

Ce travail semble tout d'abord montrer que le diagnostic médical de la BAN ne pose pas de problème aux MG. Cette affection n'impressionne pas non plus les MK puisque la majorité d'entre eux indique être à l'aise. L'étude a montré également que la KR pour BAN reste fortement prescrite en ambulatoire. Elle est adressée le plus souvent pour désencombrement bronchique, bien que les dernières recommandations de la HAS datant de 2019 ne la préconisent pas, faute d'études de haut niveau de preuve. En plus du désencombrement bronchique, les MG et les MK s'accordent sur les autres rôles principaux que le MK peut jouer dans cette affection : la surveillance clinique du nourrisson, la prévention et l'éducation de la famille. Par ailleurs, il est évident de noter que l'utilisation et la distribution des documents d'informations, à destination des parents, posent problème.

Cette étude a démontré, par ailleurs, qu'il existe des discordances très nettes de prise en charge entre les recommandations et la pratique, en ambulatoire. Est-ce lié au fait que les recommandations venaient d'être publiées lorsque ce travail a été entrepris ? N'est-il pas non plus difficile de changer ses habitudes de prescription et ses pratiques surtout lorsque

les recommandations s'appuient encore principalement sur des études hospitalières qui concernent seulement 3% des nourrissons ? Il est sans doute tentant de se fier à son expérience clinique plutôt qu'à des recommandations de bonnes pratiques, d'autant plus que les professionnels de santé doivent s'adapter à la singularité du patient et de son entourage. C'est en tenant compte de tous ces paramètres qu'ils font un tri dans les recommandations (L'Evidence Based Medecine).

Enfin, ce travail montre la nécessité de réaliser d'autres études complémentaires en ambulatoire sur l'efficacité de la KR et son intérêt dans la prise en charge des BAN. On pourrait utiliser des critères de jugement plus pertinents que ceux qui sont actuellement utilisés comme le score de qualité de vie de l'enfant, son sommeil ou son alimentation ou le non-recours hospitalier. Cela permettrait d'approfondir la réflexion. Cependant, même si les résultats de ces études prouvent à l'avenir que le désencombrement bronchique est inutile, il faut souhaiter que la KR reste largement prescrite en ambulatoire car ses autres rôles sont essentiels dans le traitement de la BAN et évitent le plus souvent l'hospitalisation du nourrisson.

Bibliographie

1. Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, Cunningham S, on behalf of the guideline development group and technical team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2 juin 2015;350(jun02 14):h2305-h2305.
2. Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, Rossi GA, Vandini S, Rimini A, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatr*. déc 2014;40(1):65.
3. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *PEDIATRICS*. 1 nov 2014;134(5):e1474-502.
4. Friedman JN, Rieder MJ, Walton JM, Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee, Drug Therapy and Hazardous Substances Committee. Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. *Paediatr Child Health*. 3 nov 2014;19(9):485-91.
5. on behalf of the Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT) network, Australasia, O'Brien S, Wilson S, Gill FJ, Cotterell E, Borland ML, et al. The management of children with bronchiolitis in the Australasian hospital setting: development of a clinical practice guideline. *BMC Med Res Methodol*. déc 2018;18(1):22.
6. 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. *Cochrane Acute Respiratory Infections Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 1 févr 2016 [cité 19 mars 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004873.pub5>
7. 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. *Smyth RL, éditeur. PLoS Med*. 28 sept 2010;7(9):e1000345.
8. 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). *Arch Pédiatrie*. janv 2014;21(1):53-62.
9. Gomes GR, Donadio MVF. Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis. *Arch Pédiatrie*. août 2018;25(6):394-8.
10. Moore A. Évaluer l'intérêt d'associer la kiné respiratoire à la fibroscopie bronchique du patient non ventilé en réanimation. *Kinésithérapie Rev*. févr 2013;13(134):49-50.
11. HAS. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. nov 2019; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf
12. ANAES. Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. 21 sept 2000;

13. André-Vert J, Gazave M, Goudenège P, Moreno J. Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne. *Kinésithérapie Rev.* févr 2006;6(50):25-34.
14. Sebban S, Pull L, Smail A, Menier I, Berthaud C, Boulkedid R, et al. Influence de la kinésithérapie respiratoire sur la décision d'hospitalisation du nourrisson de moins d'un an atteint de bronchiolite aux urgences pédiatriques. *Kinésithérapie Rev.* mars 2017;17(183):3-8.
15. Sebban S, Evenou D, Jung C, Fausser C, Jeulin SJ, Durand S, et al. Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. *Bronkilib 2.* 2019;7.
16. Evaluation of the Effects of Respiratory Physiotherapy in Infants With Moderate Acute Bronchiolitis - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03753802>
17. 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 Rev.* juill 2017;17(187):3-8.
18. Labbé A. Prise en charge des bronchiolites aiguës du nourrisson. 2020;4.
19. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. *J Pédiatrie Puériculture.* sept 2009;22(6):286-95.
20. Santé publique France. Bronchiolite [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite>
21. ARS Bretagne. Bronchiolite : prévenir la transmission, mieux soigner la maladie et limiter le recours aux urgences [Internet]. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/bronchiolite-prevenir-la-transmission-mieux-soigner-la-maladie-et-limiter-le-recours-aux-urgences>
22. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique bronchiolite, bilan de la surveillance 2019-2020 [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=bulletin%20bronchiolite&themes=bronchiolite>
23. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique bronchiolite, bilan de la surveillance 2018-2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=bulletin%20bronchiolite&themes=bronchiolite>.
24. Freymuth F, Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Lubin C, Vaudecrane A, et al. Les virus des bronchiolites aiguës. *Arch Pédiatrie.* août 2010;17(8):1192-201.
25. Freymuth F. Virus syncytial respiratoire et virus para-influenza humains : épidémiologie. *EMC - Pédiatrie.* févr 2004;1(1):2-11.
26. Krilov LR, Harkness SH. Inactivation of respiratory syncytial virus by detergents and désinfectants. *Pediatr Infect J.* juill 1993;12(7):582-4.
27. Bronchiolite à VRS. Agent pathogène - Base de données EFICATT - INRS [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur:

http://www.inrs.fr/publications/bdd/eficatt/fiche.html?refINRS=EFICATT_Bronchiolite%20%C3%A0%20VRS

28. Henrickson KJ. Advances in the laboratory diagnosis of viral respiratory disease: *Pediatr Infect Dis J.* janv 2004;23(Supplement):S6-10.
29. RSV | Home | Respiratory Syncytial Virus | CDC [Internet]. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/rsv/index.html>
30. Rosalind L Smyth, Peter J M Openshaw. Bronchiolitis. *Lancet.* 22 juill 2006;368:312–22.
31. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *PEDIATRICS.* 1 nov 2014;134(5):e1474-502.
32. Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Pierre ABALLEA. Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous del'hôpital Robert Debrède l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris,Et recommandations pour les réseaux d'urgence villehôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis. IGAS. juill 2004;
33. Aubin I, Coblentz L, Cixous B. La bronchiolite aiguë du nourrisson : des recommandations à la pratique. :4.
34. Bronchiolite et kinésithérapie : [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/bronchiolite-et-kinesitherapie/>
35. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). *J Pédiatrie Puériculture.* juin 2008;21(3):158-61.
36. Recommandations de la 1re conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire. déc 1995;
37. Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, Rossi GA, Vandini S, Rimini A, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatr.* déc 2014;40(1):65.
38. 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. Cochrane Acute Respiratory Infections Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1 févr 2016 [cité 1 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004873.pub5>
39. Moore A. Évaluer l'intérêt d'associer la kiné respiratoire à la fibroscopie bronchique du patient non ventilé en réanimation. *Kinésithérapie Rev.* févr 2013;13(134):49-50.
40. Bronchiolite et kinésithérapie : [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/bronchiolite-et-kinesitherapie/>
41. Sebban S, Grimpel 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. *Arch Pédiatrie.* mai 2007;14(5):421-6.
42. Activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en France métropolitaine de 1980 à 2010. [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

[cité 23 avr 2020]. Disponible sur:
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>

43. 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. PARIS EST CRETEIL; 2014.
44. Bazin Leclerc A. Ressentis des parents concernant les différentes méthodes de soins apportées à leur enfant atteint de bronchiolite : une thèse qualitative en médecine générale. FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN; 2014.
45. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Droit Déontologie Soin. sept 2008;8(3):278-330.
46. Popescu S. Mieux comprendre les attentes des mères en matière de la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson: une thèse qualitative en médecine générale.
47. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. 2013.
48. Postiaux G, Maffei P, Villiot-Danger J-C, Dubus J-C. La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Arguments pour/contre. Rev Mal Respir. avr 2018;35(4):403-15.
49. Perez C et al. La kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites : le «souffle-douleur» des mères. Kinésithérapie Sci. sept 2001;(414):46-50.
50. Santé Publique France. Votre enfant et la bronchiolite. 2017.
51. HAS. Fiche outil- 1er épisode de bronchiolite aiguë-Conseils aux parents. 2019.
52. Balinska MA, Leon C. Prévention de la bronchiolite du nourrisson : évaluation de la campagne de sensibilisation de l'INPES. Médecine Enfance. 2004;
53. Maidenberg M, Grimpel E, Costa A. Impact de mesures préventives au domicile sur la survenue des bronchiolites du nourrisson de moins de trois mois. Médecine Enfance. 2001;
54. Levailant B, Guillois B, Bonte J-B, Brouard J, Herlicoviez M. Enquête d'opinion auprès de parents sur l'intérêt de la distribution, à la sortie de maternité, d'une brochure d'informations sur la bronchiolite. Arch Pédiatrie. mars 2008;15(3):324-5.
55. Campbell A, Hartling L, Louie-Poon S, Scott SD. Parents' information needs and preferences related to bronchiolitis: a qualitative study. CMAJ Open. oct 2019;7(4):E640-5.
56. Chauvin M. La désobstruction rhinopharyngée dans la prise en charge de la bronchiolite : évaluation de la pratique clinique et de l'éducation des patients par les médecins généralistes dans les Bouches du Rhône. LA FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE; 2019.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I: Grade des recommandations.....	I
Annexe II: Questionnaire à destination des médecins généralistes	II
Annexe III: Questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état.....	VIII

Annexe I: Grade des recommandations

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois ».

Tableau 1. Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Annexe II: Questionnaire à destination des médecins généralistes

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire par les médecins libéraux

Bonjour, je suis actuellement étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Brest. Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état, j'ai choisi de réaliser un mémoire dans lequel je m'intéresse à la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en ambulatoire par les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins libéraux.

Dans ce cadre, j'ai réalisé un questionnaire qui vise à mettre en évidence les pratiques des médecins libéraux confrontés à cette pathologie.

Ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Merci de votre coopération et n'hésitez pas à partager.

Il y a 23 questions dans ce questionnaire

Informations générales

Vous êtes ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme

Dans quel département exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 29
- 22
- 56
- 35
- Autre

Quelle est votre année de diplôme ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre profession ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Autre

Quel est votre mode d'exercice ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Libéral
- Salarié
- Mixte

Dans quel milieu exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Urbain
- Autre

Etes-vous parent ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà suivi une formation complémentaire sur la bronchiolite ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Prise en charge de la bronchiolite

En moyenne dans votre patientèle, combien de nourrissons atteints de bronchiolite voyez-vous par mois, en période épidémique ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- entre 0 et 5
- entre 5 et 10
- entre 10 et 15
- entre 15 et 20
- + de 20

Vous sentez-vous à l'aise pour diagnostiquer la bronchiolite du nourrisson ?

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non ' à la question '10 [diagnostic]' (Vous sentez-vous à l'aise pour diagnostiquer la bronchiolite du nourrisson ?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Rarement confronté à cette pathologie
- Crainte d'un mauvais diagnostic
- Examen clinique difficile : symptômes trop nombreux/ ambigus
- Pression des parents
- Autre:

Vous arrive-t-il de programmer une autre consultation pour suivre l'état du nourrisson ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Distribuez-vous un document d'information sur la bronchiolite aux parents ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si non, est-ce que vous trouveriez intéressant d'en avoir un à disposition ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non ' à la question '13 [docinf]' (Distribuez-vous un document d'information sur la bronchiolite aux parents ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vous arrive-t-il de prescrire de la kinésithérapie respiratoire quand vous diagnostiquez une bronchiolite chez un nourrisson ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui systématiquement
- Parfois
- Non pour aucune

Et si oui, sur quels critères ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui systématiquement' ou 'Parfois' à la question '15 [prescrireKR]' (Vous arrive-t-il de prescrire de la kinésithérapie respiratoire quand vous diagnostiquez une bronchiolite chez un nourrisson ?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Encombrement bronchique
- Signes de lutte respiratoire
- Désaturation
- Inquiétude des parents
- Troubles alimentaires
- Troubles du sommeil
- Déshydratation
- Sibilants ou wheezing
- Dyspnée
- Difficultés psycho-sociales
- Toux
- Autre:

Et si non, pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non pour aucune' à la question '15 [prescrireKR]' (Vous arrive-t-il de prescrire de la kinésithérapie respiratoire quand vous diagnostiquez une bronchiolite chez un nourrisson ?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manque d'efficacité de la kiné respiratoire
- Désagrément pour le nourrisson
- Autre:

Pour vous, dans la prise en charge de la bronchiolite, le masseur-kinésithérapeute a un rôle dans: *

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Désencombrement bronchique
- Désencombrement nasal
- Education de la famille : conseils et adaptation du quotidien.
- Surveillance clinique
- Apporter un avis complémentaire à l'avis médical
- Aucun rôle

Quel pourcentage de nourrissons atteints de bronchiolite orientez-vous vers les urgences hospitalières ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 à 25%
- 25 à 50%
- 50 à 75%
- + de 75%

Avez-vous pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la bronchiolite datant du 6 novembre 2019 ? *

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vous avez lu les nouvelles recommandations
- Vous en avez entendu parler
- Vous n'avez pas pris connaissance des nouvelles recommandations

En l'absence de données d'études, les nouvelles recommandations de la HAS ne recommandent pas les techniques de désencombrement bronchique en ambulatoire, est-ce que cela a changé votre pratique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Vous avez lu les nouvelles recommandations ' ou 'Vous en avez entendu parler' à la question '20 [nvllsrecomm]' (Avez-vous pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la bronchiolite datant du 6 novembre 2019 ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas de changement
- Changement

Si, pas de changement: *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pas de changement' à la question '21 [nvlesrecoKR]' (En l'absence de données d'études, les nouvelles recommandations de la HAS ne recommandent pas les techniques de désencombrement bronchique en ambulatoire, est-ce que cela a changé votre pratique ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vous continuez à prescrire de la kiné respiratoire systématiquement
- Vous continuez à prescrire de la kiné respiratoire occasionnellement
- Vous continuez à ne pas en prescrire

Si, changement : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Changement' à la question '21 [nvlesrecoKR]' (En l'absence de données d'études, les nouvelles recommandations de la HAS ne recommandent pas les techniques de désencombrement bronchique en ambulatoire, est-ce que cela a changé votre pratique ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vous prescriviez de la kiné respiratoire systématiquement et maintenant occasionnellement
- Vous prescriviez de la kiné respiratoire et vous avez arrêté
- Vous prescriviez pas de kiné respiratoire et vous en prescrivez

Merci de votre participation!

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe III: Questionnaire à destination des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état

Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en ambulatoire par les MKDE

Bonjour, je suis actuellement étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Brest. Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état, j'ai choisi de réaliser un mémoire dans lequel je m'intéresse à la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en ambulatoire par les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins libéraux.

Dans ce cadre, j'ai réalisé un questionnaire qui vise à mettre en évidence les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux confrontés à cette pathologie.

Ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Merci de votre coopération et n'hésitez pas à partager.

Il y a 19 questions dans ce questionnaire

Informations générales

Vous êtes ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme

Dans quel département exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 29
- 22
- 56
- 35
- Autre

Quelle est votre année de diplôme ? *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :....

Quel est votre mode d'exercice ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Libéral
- Salarié
- Mixte

Dans quel milieu exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rural
- Urbain

Etes-vous parent ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà suivi une formation complémentaire sur la bronchiolite ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Prise en charge de la bronchiolite

En moyenne dans votre patientèle, combien de nourrissons atteints de bronchiolite voyez-vous par mois, en période épidémique ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- entre 0 et 5
- entre 5 et 10
- entre 10 et 15
- entre 15 et 20
- + de 20

La prescription de kiné respiratoire vous est adressée le plus souvent par: *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0%	25%	50%	75%	100%
Médecin généraliste/ médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0%	25%	50%	75%	100%
Pédiatre ou pneumo-pédiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin de garde ou SOS médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CH/ urgences pédiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de faire en sorte de respecter les 100%

Quand le nourrisson que l'on vous adresse, n'a pas besoin de kiné respiratoire, pour quelles raisons selon-vous le médecin vous l'a-t-il adressé ?
*

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Erreur diagnostic (diagnostic différentiel)
- Education des parents: conseils et adaptation du quotidien
- Volonté de rassurer les parents
- Demande d'avis complémentaire
- Surveillance clinique
- Difficultés psycho-sociales
- Autre:

Pour vous, dans la prise en charge de la bronchiolite, le MKDE a un rôle dans:
*

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Désencombrement bronchique
- Désencombrement nasal
- Education de la famille : conseils et adaptation du quotidien
- Surveillance clinique
- Apporter un avis complémentaire à l'avis médical
- Aucun rôle

Etes-vous à l'aise dans la prise en charge kiné de la bronchiolite ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question '12 [techniqueskr]' (Etes-vous à l'aise dans le prise en charge kiné de la bronchiolite ?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Rarement confronté à cette pathologie
- Techniques de désencombrement bronchique très variées
- Manque d'efficacité
- Manque d'expérience et de pratique
- Inquiétude/ angoisse des parents

Distribuez-vous un document d'information sur la bronchiolite aux parents ?*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si non, est-ce que vous trouveriez intéressant d'en avoir un à disposition ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question '14 [doc]' (Distribuez-vous un document d'information sur la bronchiolite aux parents ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quel pourcentage de nourrissons atteints de bronchiolite orientez-vous vers les urgences hospitalières ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 à 25%
- 25 à 50%
- 50 à 75%
- + de 75%

Avez-vous pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la bronchiolite datant du 6 novembre 2019 ?*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vous avez lu les nouvelles recommandations

- Vous en avez entendu parler
- Vous n'avez pas pris connaissance des nouvelles recommandations

Depuis l'apparition des nouvelles recommandations de la HAS (ne recommandant pas les différentes techniques de désencombrement bronchique), avez-vous noté un changement dans les prescriptions des médecins ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Vous avez lu les nouvelles recommandations' *ou* 'Vous en avez entendu parler' à la question '17 [nvllsrecomm]' (Avez-vous pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la bronchiolite datant du 6 novembre 2019 ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Augmentation des prescriptions
- Aucun changement
- Diminution des prescriptions

Est-ce que cela a fait évoluer votre pratique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Vous avez lu les nouvelles recommandations' *ou* 'Vous en avez entendu parler' à la question '17 [nvllsrecomm]' (Avez-vous pris connaissance des nouvelles recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la bronchiolite datant du 6 novembre 2019 ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je continue à pratiquer les techniques de désencombrement bronchique lorsque j'estime que c'est nécessaire
- Je ne pratique toujours pas les techniques de désencombrement bronchique
- J'en faisais et j'ai arrêté les techniques de désencombrement bronchique
- Je ne pratiquais pas avant et je pratique aujourd'hui les techniques de désencombrement bronchique lorsque j'estime que c'est nécessaire.

Merci de votre participation !

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

NOM : LETTY
PRENOM : VEFA

Status of the management of acute bronchiolitis in infants by physiotherapists and general practitioners in the region of Brittany (France)

Abstract :

Introduction: Chest physiotherapy for bronchial decongestion has no longer been recommended for the management of acute bronchiolitis in infants since the new recommendations of the National Authority for Health from November 2019. They have been mainly based on hospital studies, whereas the majority of cases of bronchiolitis is followed up on an ambulatory basis. The aim here is to measure the impact of the new recommendations and to determine what role the physiotherapist plays in the management of this condition, on an ambulatory basis. **Methods:** A descriptive observational study using 2 questionnaires was carried out from December 2019 to January 2020 among general practitioners and physiotherapists in Brittany. **Results:** 39 practitioner questionnaires and 62 physiotherapist questionnaires were analyzed. 92% of practitioners found the diagnosis of bronchiolitis easy and 82% of physiotherapists found its management easy. 84% of practitioners prescribed chest physiotherapy. It included for these 2 professions: bronchial decongestion, child monitoring and family education. Professionals did not use enough the information documents. **Discussion:** Chest physiotherapy for bronchial decongestion is still widely prescribed. The physiotherapist retains a vital role in education and monitoring, in ambulatory care. Complementary ambulatory studies on the efficacy and interest of chest physiotherapy should be carried out.

Keywords : Acute infant bronchiolitis, physiotherapists, general practitioners, ambulatory, chest physiotherapy,

Etat des lieux de la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en ambulatoire par les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes de la région Bretagne.

Résumé :

Introduction : La kinésithérapie respiratoire pour désencombrement bronchique n'est plus recommandée dans la bronchiolite aiguë du nourrisson depuis les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé datant de novembre 2019. Elles sont basées essentiellement sur des études hospitalières or la majorité des bronchiolites est suivie en ambulatoire. L'objectif est de mesurer l'impact des nouvelles recommandations et de déterminer quel rôle tient le masseur-kinésithérapeute dans cette affection en ambulatoire. **Méthode :** Etude observationnelle descriptive via 2 questionnaires, réalisée de décembre 2019 à janvier 2020 auprès des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes bretons. **Résultats :** 39 questionnaires de médecin et 62 questionnaires de masseur-kinésithérapeute ont été analysés. 92% des médecins trouvaient facile le diagnostic de la bronchiolite et 82% des masseurs-kinésithérapeutes trouvaient facile sa prise en charge. 84% des médecins prescrivaient de la kinésithérapie respiratoire. Elle comprenait pour ces 2 professions : le désencombrement bronchique, la surveillance de l'enfant et l'éducation de la famille. Les professionnels n'exploitaient pas suffisamment les documents d'informations. **Discussion :** La kinésithérapie respiratoire pour désencombrement bronchique reste largement prescrite. Le masseur-kinésithérapeute garde un rôle primordial dans l'éducation et la surveillance en ambulatoire. Des études complémentaires en ambulatoire sur l'efficacité et l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire doivent être effectués.

Mots-clés : Bronchiolite aiguë du nourrisson, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, ambulatoire, kinésithérapie respiratoire