



HAL
open science

La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson : une étude qualitative en soins primaires

Aude Barniaudy

► To cite this version:

Aude Barniaudy. La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson : une étude qualitative en soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-03130695

HAL Id: dumas-03130695

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03130695>

Submitted on 3 Feb 2021

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.

**La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson :
une étude qualitative en soins primaires.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 28 Février 2018

Par Madame Aude BARNIAUDY

Née le 28 juin 1989 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Madame le Professeur REYNAUD-GAUBERT Martine	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

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

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

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

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

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

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

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

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

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

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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

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

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

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

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

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

CARDIOLOGIE 5102

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

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

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

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

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

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

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

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

MILLION Matthieu (MCU-PH)

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

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

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

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

OPHTALMOLOGIE 5502

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

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

NEUROCHIRURGIE 4902

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

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

NEUROLOGIE 4901

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

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

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

PEDIATRIE 5401

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

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

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

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

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

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

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

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

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

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Christophe DUBUS,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Aurélie Janczewski,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et de m'avoir encadré pour mes premiers pas dans la recherche qualitative. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes conseils avisés. J'espère qu'après ces mois de dur labeur, nous pourrons fêter ça autour d'un mojito.

A Madame le Professeur Martine REYNAUD-GAUBERT,

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail sans me connaître. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude et ma profonde estime.

A Monsieur le Docteur Gaétan GENTILLE,

Je tiens à vous témoigner ma plus vive reconnaissance d'accepter de faire partie de ce jury de thèse.

Aux médecins et internes ayant participé à l'étude, sans qui ce travail aurait été impossible. Un grand merci à vous pour votre disponibilité, de m'avoir accordé une partie de votre temps si précieux et à l'intérêt porté sur ce sujet.

A mes anciens maîtres de stage, Dr Céline CALVET et Dr Frédéric MONTREDON, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et l'exercice en libéral.

A ma famille,

A mes parents, qui ont toujours cru en moi. Merci pour votre soutien pendant ces longues années d'études. Merci pour votre amour et pour les valeurs que vous m'avez transmises. Je vous aime.

A ma sœur, Frédérique, merci d'être toujours présente pour moi, avec ta bonne humeur et tes précieux conseils.

A ma grand-mère Eliane, pour son écoute et son soutien depuis ma plus tendre enfance.

A ma marraine, merci pour ta présence et ton amour.

A ma famille, mon oncle, mon cousin et mes petits cousins, merci pour tous les moments partagés jusqu'à maintenant et aux prochains.

A mon beau-frère Guillaume, déjà mon plus « fidèle patient ».

A mes grands-parents partis trop tôt. Puissiez-vous être fiers de moi.

A mes amis,

Pauline (ma chouquette) ma sœur de cœur depuis plus de 25 ans. Tous ces bons moments partagés, nos innombrables fous rires, notre passion commune pour l'équitation, un sens inné pour la fête et de nombreuses vacances à la mer nous auront permis de forger cette belle amitié. Merci d'être toujours présente malgré la distance.

Laurie (ma Lo), qui a toujours été présente durant toutes ces années passées malgré mon manque de disponibilité. Merci pour ta joie, ta bonne humeur et ton sens de l'organisation. Surtout ne change pas.

Merci à tous pour ces bons moments partagés au fil des années et ceux à venir.

A mes amies de la fac,

Camille, merci pour ta bonne humeur et ta rigueur de travail, depuis notre première P1. Dix années à se demander, avant chaque concours, à chaque examen ou autre oral, pourquoi nous étions là et pas sur une île déserte à élever des tortues. Tu excelleras dans cet art, que finalement nous avons choisi, celui de la médecine générale.

Charlotte, inséparable binôme au caractère bien trempé, de nos premiers pas d'externe aux derniers pas d'interne, à la découverte des hôpitaux, de galères en garde, aux délires en service, merci pour ces moments partagés tout au long de nos études. Reste toi-même.

A mes co-internes,

Marie et Pierrick, sans qui je n'aurais pu passer un 1^{er} semestre d'internat d'anthologie. Merci au service de gastro-entérologie du CH d'Aix, de nous avoir tant appris et d'avoir partagé nos rigolades.

Le Boulon et Emma pour un semestre inoubliable passé aux urgences, plein de difficultés mais aussi de joies, avec une équipe adorable. Merci aux infirmières, Aides-soignantes et ASH de votre précieux soutien jusqu'au bout de la nuit.

A tous ceux ayant croisé mon chemin le temps d'un semestre.

Enfin, merci à mon compagnon, Robin, pour ton amour, ton soutien, ton écoute attentive et tes précieux conseils, pour tous ces moments partagés ensemble et ceux à venir...

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
1.1 La bronchiolite du nourrisson : présentation.....	4
1.1.1 Définition	4
1.1.2 Epidémiologie	5
1.1.3 Physiopathologie	7
1.1.4 Clinique	9
1.1.5 Critères de gravité	10
1.1.6 Evolution	11
1.2 Recommandations actuelles pour la prise en charge	11
1.2.1 Les examens complémentaires	11
1.2.2 Les mesures générales	12
1.2.3 Les traitements médicamenteux	13
1.3 La kinésithérapie respiratoire	15
1.3.1 Généralités	15
1.3.2 Place de la kinésithérapie dans la prise en charge	19
1.4 Question de recherche et objectifs de notre étude	20
2. MATERIEL ET METHODE	21
2.1 Choix d'une méthode qualitative	21
2.1.1 Comparaison des méthodes qualitatives et quantitatives	21
2.1.2 Choix de la méthode la plus adaptée	21
2.1.3 Critère de validation	22
2.1.4 Elaboration d'une étude qualitative	23
2.2 L'entretien semi dirigé	24
2.2.1 Objectif	24
2.2.2 Caractéristiques	24
2.3 Populations et échantillons	25
2.3.1 Echantillonnage théorique	25
2.3.2 Population étudiée	26
2.4 Recueil des données	27
2.4.1 Le guide d'entretien	27
2.4.2 Le déroulement des entretiens	29
2.4.3 La retranscription des données	31
2.5 Méthode d'analyse des résultats	32
2.5.1 Analyse thématique	32
2.5.2 Codage	32
2.5.3 Non utilisation de l'outil informatique	33
2.6 Méthodologie de la recherche bibliographique	33

3. RESULTATS	35
3.1 Données générales sur les entretiens	35
3.2 Caractéristiques des échantillons	35
3.2.1 Caractéristiques sociaux démographiques	36
3.2.2 Tableau récapitulatif	37
3.3 Analyse thématique	39
3.3.1 Rapports des médecins généralistes à la kinésithérapie respiratoire	39
3.3.1.1 Facteurs influençant la prescription	39
3.3.1.2 Bénéfices de la kinésithérapie	45
3.3.1.3 Limites de la kinésithérapie	47
3.3.2 Rapports des parents à la bronchiolite des nourrissons	52
3.3.2.1 Vécu des parents	52
3.3.2.2 Relation médecins / parents	54
3.3.3 Coordination médecin/kinésithérapeute	60
3.3.3.1 Réseau personnel	60
3.3.3.2 Réseau bronchiolite	62
3.3.3.3 Attentes des médecins généralistes	65
4. DISCUSSION	69
4.1 Les résultats principaux	69
4.1.1 La prescription de kinésithérapie respiratoire	69
4.1.2 La place des parents dans la prise en charge	71
4.1.3 La coordination entre professionnels de santé	72
4.2 La validité de l'étude	74
4.2.1 Les forces	74
4.2.2 Les faiblesses	75
4.2.3 Les perspectives	76
5. CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	83
ANNEXE 1 : Questionnaire et guide d'entretien	83
ANNEXE 2 : Charte de confidentialité	84
ANNEXE 3 : Grade des recommandations	85
ANNEXE 4 : Score clinique de Wang	86

ANNEXE 5 : Verbatim	87
LISTE DES ABREVIATIONS	131

1. INTRODUCTION :

1.1 La bronchiolite du nourrisson : présentation

La bronchiolite du nourrisson est une infection respiratoire aiguë d'origine virale, fréquente, qui se rencontre de façon annuelle sous forme d'épidémie hivernale (d'octobre à février).

En France elle touche, chaque année, 460000 enfants de moins de 2 ans (soit 30% de la population concernée). (1) Ce qui représente un réel problème de santé publique, bien que la majorité des enfants soient traités en ambulatoire. On assiste chaque saison à un engorgement des services d'urgences et à un certain nombre d'hospitalisations.

Les problèmes liés aux diagnostics et les difficultés d'harmonisation de prise en charge ont conduit à la parution le 21 Septembre 2000 d'une conférence de consensus intitulée « Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson ». (2)

Mais, au fil des années, certaines de ces recommandations ont été décriées. C'est notamment le cas de la kinésithérapie respiratoire.

Cette étude a donc pour but de faire le point sur les perceptions des médecins généralistes et d'évaluer leurs attitudes vis-à-vis de la kinésithérapie respiratoire.

1.1.1 Définition

Selon la conférence de consensus de l'ANAES (2), la bronchiolite est définie comme l'ensemble des bronchopathies obstructives virales, le plus souvent liées aux VRS (virus respiratoire syncytial) chez les nourrissons âgés de 1 mois à 2 ans.

C'est une réaction inflammatoire des bronchioles qui répond aux critères suivants :

- un premier ou un deuxième épisode survenant en période épidémique

- chez un nourrisson de plus d'un mois et moins de 2 ans
- dans les suites d'une rhinopharyngite peu ou pas fébrile (48 à 72h)
- associant une toux, une dyspnée dite obstructive avec polypnée, un tirage, une distension thoracique, un wheezing et/ou des râles sibilants à prédominance expiratoire (l'auscultation peut être silencieuse dans les formes les plus graves).

En revanche, un troisième épisode de dyspnée sifflante avant l'âge de 2 ans relève d'une maladie asthmatique, qu'importe le phénomène déclenchant (viral ou non).

1.1.2 Epidémiologie

Les réseaux de surveillance nationaux permettent de décrire la fréquence de cette pathologie. L'infection virale est surtout le résultat du VRS (42% des BAN communautaire) (3). Tous les nourrissons avant l'âge de 2 ans ont eu un premier contact avec le VRS. On estime que la moitié des enfants nés dans l'année font une infection au VRS lors du premier hiver et qu'à cette occasion 1% à 3% des enfants sont hospitalisés. (4)

L'infection par le VRS survient par épidémie dans les pays à saisonnalité auto-hivernale, sa cinétique est reproductible d'une année à l'autre avec un pic en décembre.

Le VRS n'est pas le seul responsable, de nombreux autres virus peuvent donner un tableau clinique de bronchiolite, tel que le rhinovirus ou le métapneumovirus, ou plus rarement les virus influenza, les virus parainfluenza, les coronavirus, le bocavirus, les adenovirus. (3)

L'ensemble de l'évolution de ces infections respiratoires virales est schématisée dans la figure 1.

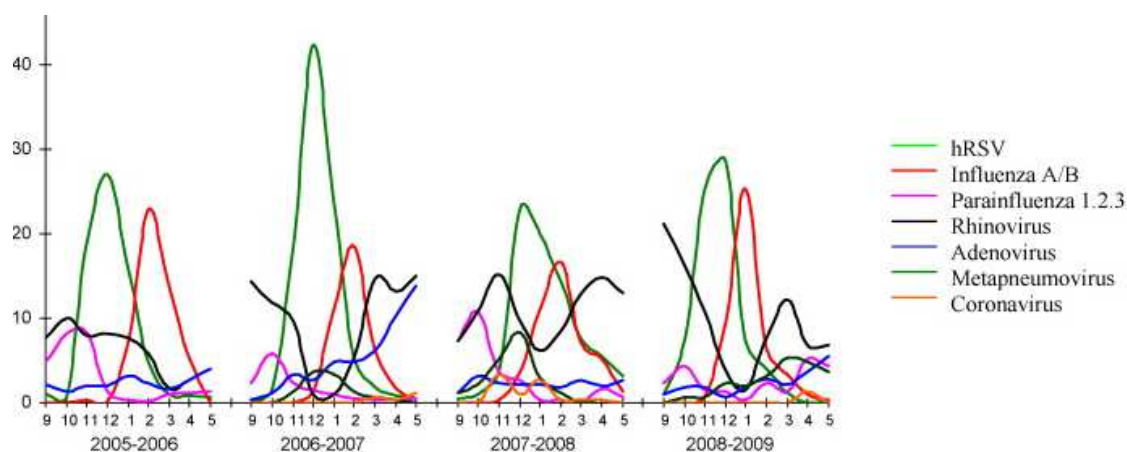


Figure 1 : Evolution des infections virales respiratoires. En ordonnées : pourcentage des virus isolés par mois chez les enfants hospitalisés au CHU de Caen et CH de Flers. En abscisse : répartition mensuelle entre le 1^{er} septembre et le 30 mai de 2005 à 2009 (hRSV : virus respiratoire syncytial humain). (3)

En France la surveillance de la bronchiolite repose sur un système de réseaux de complémentaires :

- Le réseau OSCOUR (Réseau Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) mis en place par l'institut national de veille sanitaire, analyse quantitative et qualitative du recours aux services d'urgences (plus de 600 services d'accueil). (5)
- Le système SOS Médecins, suivi des interventions pour bronchiolite.

Concernant l'épidémie de bronchiolite 2016-2017 :

Les données de l'épidémie de bronchiolite de 2016-2017 correspondant à la période de notre enquête issue des deux réseaux OSCOUR et SOS Médecins de la région Nouvelle Aquitaine, permettent de comparer l'épidémie actuelle par rapport à celle des années précédentes (Figure 2). (6)

Ces données retrouvent que la dynamique de l'épidémie de bronchiolite de 2016-2017 est similaire à celle des saisons précédentes, bien que le pic épidémique entre les semaines 51 et 52 de 2016 soit d'ampleur modérée par rapport aux années

précédentes, avec environ 17% de passages aux urgences et 12% d'actes SOS médecins chez les nourrissons.

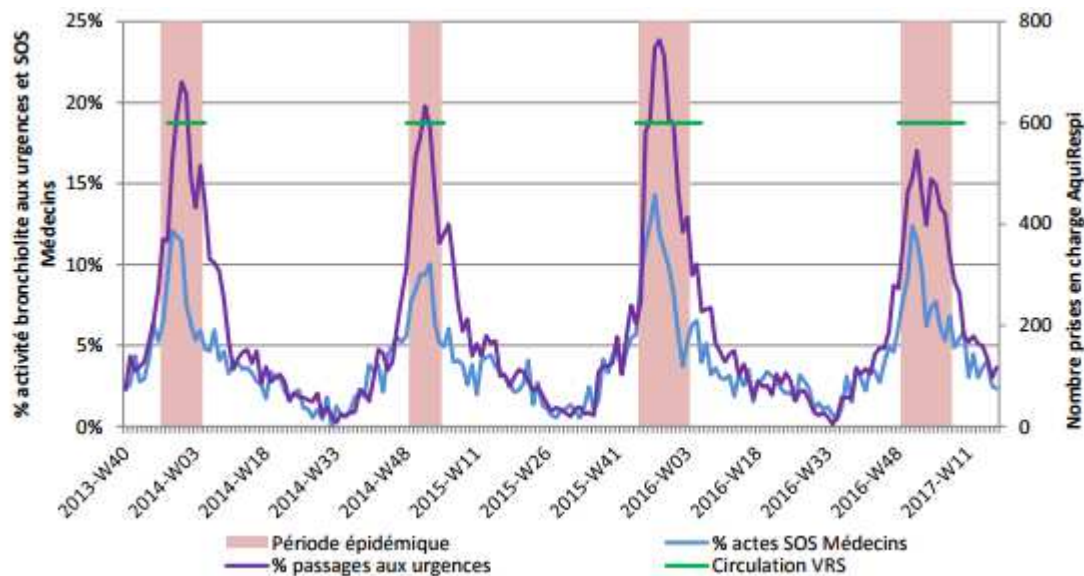


Figure 2 : Evolution hebdomadaire de l'activité pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans, périodes de circulation active du VRS selon les CHU de Bordeaux Poitiers et Limoges, et périodes épidémiques, semaine 40-2013 à 17-2017.

L'épidémie de bronchiolite 2016-17 en France métropolitaine était comparable à celle de 2015-16 en terme d'intensité et de dynamique. Elle s'est étendue à l'ensemble de la métropole mi-décembre, et a duré jusqu'à la semaine 9, soit une durée totale de l'épidémie de 16 semaines. (7)

1.1.3 Physiopathologie

Quel que soit l'agent viral causal, la dissémination épidémique est la règle. La transmission aérienne est la plus habituelle, par contact direct avec des particules contaminées, favorisée par la promiscuité ou indirect par portage manuel.

Le VRS survit 30 minutes sur la peau et jusqu'à 7h sur des objets. La période d'incubation dure 2 à 8 jours, l'infection concerne la muqueuse nasale où le virus se

multiplie puis se propage de proche en proche jusqu'à gagner les voies aériennes inférieures. (2)

L'obstruction bronchique est secondaire à deux mécanismes :

Le premier d'origine endoluminal, formation d'un bouchon muqueux par augmentation des sécrétions séro-muqueuses associée à un exsudat séro-fibrineux et à l'accumulation de cellules nécrotiques desquamées.

Le deuxième d'origine pariétal, via l'œdème engendré par la réaction inflammatoire.

Ces lésions sont spontanément réversibles et la guérison l'issue la plus fréquente. Elle est tout de même lente avec 3 à 4 semaines nécessaires pour retrouver une activité muco ciliaire efficace. Elle est alors responsable d'une sensibilité accrue aux infections durant cette période.

Comme pour toute infection virale, la réponse immune est mixte, à la fois humorale et cellulaire. Prenons l'exemple du VRS, virus le plus fréquemment rencontré :

La réponse immunitaire humorale lors d'une primo infection à VRS, conduit à l'apparition d'IgM entre le cinquième et le huitième jour. Ces IgM persistent entre trois semaines et trois mois. Des IgG apparaissent dans les deux semaines suivant l'infection. Le taux d'anticorps sériques diminue ensuite aux cours des six mois suivants jusqu'à devenir indétectable.

La réponse immunitaire cellulaire quant à elle passe par la production de lymphocytes cytotoxiques et supresseurs en phase aigüe. Ces lymphocytes vont stimuler d'autres populations cellulaires (macrophage, neutrophile, éosinophile, lymphocyte T, cellule Natural Killer). Ces cellules contribuent à l'élimination des cellules infectées et des virus. L'activité cytotoxique est maximale deux semaines après l'infection et la production de virus cesse quelques jours plus tard. La réponse des lymphocytes T cytotoxiques est dépendante de l'âge (observée dans 38% des cas chez les moins de 5 mois et jusqu'à 67% à partir de 6 mois). (8)

Une récente étude a mis en exergue un nouvel acteur de l'immunité, un groupe de cellules immunitaires de type lymphocytes B, présent uniquement chez le nourrisson

et cible privilégiée du virus de la bronchiolite. Ces travaux montrent eux aussi que l'infection est d'autant plus sévère que le nourrisson est jeune. En infectant ces lymphocytes B le VRS les active et limite ainsi son élimination, en diminuant l'inflammation. (9)

L'immunité incomplète liée à la primo-infection est une des raisons pour laquelle les nourrissons peuvent récidiver une bronchiolite.

1.1.4 Clinique

La bronchiolite est un diagnostic clinique qui se fonde sur un interrogatoire dirigé et un examen clinique minutieux.

La bronchiolite débute par une symptomatologie ORL peu ou pas fébrile, de type rhinopharyngite, qui évoluera en 2 à 3 jours vers une atteinte des voies respiratoires inférieures. Cette évolution a lieu dans 20% des cas. (2)

L'atteinte des voies inférieures se manifeste par une dyspnée avec polypnée et un frein expiratoire. La distension thoracique et les signes de luttés (tirage intercostal, balancement thoraco abdominal, battement des ailes du nez) sont proportionnels au degré d'obstruction.

A l'auscultation, les râles crépitants dominant en début d'infection et des râles bronchiques et sibilants se manifestent ensuite à cause de l'encombrement bronchique. Elle peut être silencieuse dans les formes les plus graves.

Des difficultés alimentaires peuvent apparaître en conséquence de la détresse respiratoire.

Les rares complications surviennent chez des enfants à risques particuliers (enfants de moins de 6 semaines, enfants nés prématurés, en cas de cardiopathie congénitale ou en cas de dysplasie bronchopulmonaire).

1.1.5 Critères de gravité

La conférence de consensus de 2000 a défini des critères de gravité afin d'aider les médecins de ville à prendre la décision du recours hospitalier. (2)

L'hospitalisation s'impose dès lors qu'un des critères de gravité suivant est présent (grade C, avis d'expert) :

- aspect « toxique » (altération importante de l'état général)
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose
- fréquence respiratoire > 60/minute
- âge < 6 semaines ou prématurité < 34 SA, âge corrigé < à 3 mois
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO_{2tc}) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise alimentaire
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 %
- difficultés psychosociales
- présence d'un trouble de ventilation confirmé par une radiographie thoracique

Outre ces situations à risque majeur, la décision est médicale et repose sur un ensemble d'arguments anamnestiques, cliniques et environnementaux afin d'identifier les patients à risque d'évolution grave.

Lorsqu'une hospitalisation n'est pas nécessaire, le médecin se doit de dispenser une information claire et précise à la famille et de s'assurer de la bonne compréhension des signes qui doivent la pousser à reconsulter rapidement :

- Refus alimentaire ou diminution importante de la quantité
- Troubles digestifs
- Changement de comportement

- Détérioration de l'état respiratoire
- Élévation thermique persistante

Toute aggravation de l'état de l'enfant impose une réévaluation médicale rapide.

1.1.6 Evolution

L'évolution est rapidement favorable dans 95% des cas. En revanche, en cas d'aggravation, celle-ci est précoce. Il faut donc, souvent, revoir les nourrissons dans les premiers jours qui suivent l'apparition de la maladie.

Dans l'évolution classique, en 8 à 10 jours, les signes d'obstruction s'estompent et seule une toux peut persister pendant 15 jours. Cette évolution peut varier en cas de complications telles que les surinfections bactériennes (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*...).

Les rechutes de bronchiolite, dans les deux premières années de vie, concernaient, en 2000, 23 à 60% des nourrissons. (2) La mortalité est très faible mais elle n'est pas nulle, en France en 2009 on estime une mortalité respiratoire à 2.6 décès pour 100000 cas chez les nourrissons âgés de moins d'un an. (10)

1.2 Recommandations actuelles pour la prise en charge

1.2.1 Les examens complémentaires

Les examens complémentaires ne sont pas indiqués pour la plupart des enfants atteints d'une bronchiolite en période épidémique. (2) La radiographie pulmonaire et le bilan sanguin ne sont utiles que dans les cas où l'évolution est trainante ou l'aggravation certaine.

Quant aux prélèvements nasopharyngés, à la recherche des virus respiratoires, ils n'ont d'intérêt que dans le cadre des études épidémiologiques.

1.2.2 Les mesures générales

La prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson est essentiellement symptomatique, elle repose sur un ensemble de mesures générales citées par la CC de 2000 pour un premier épisode : (2)

- Hydratation et nutrition

Le maintien d'une hydratation satisfaisant les besoins de base du nourrisson est essentiel, en raison de l'augmentation des pertes insensibles par la fièvre et la polypnée.

En cas de difficultés d'alimentation modérées, des mesures simples peuvent être mises en place comme :

- La désobstruction rhino-pharyngées (DRP) avant les repas,
- Le fractionnement de l'alimentation pour limiter la distension abdominale et prévenir les fausses routes,
- L'épaississement du contenu des biberons,
- L'apport d'un complément d'hydratation par des solutés de réhydratation orale.

Dans tous les cas une éducation thérapeutique des parents est primordiale.

- Couchage

La position idéale est le proclive dorsal à 30°, tête en légère extension pour favoriser l'expectoration et minimiser le risque de fausse route. La literie et les moyens de maintien de l'enfant en proclive doivent être adaptés (grade C).

- Désobstruction nasale

La respiration du nourrisson étant à prédominance nasale, le maintien de la liberté des voies aériennes supérieures est essentiel. Il est réalisé grâce aux désobstructions rhino-pharyngées (DRP) qui doivent être répétées régulièrement surtout avant les repas et les siestes. Il n'y a pas de données amenant à recommander l'instillation d'un produit autre que du sérum physiologique.

- Environnement

La chambre doit être aérée régulièrement et la température ne doit pas excéder 19°C. Le nourrisson doit être isolé des principaux allergènes, comme le tabac, car aggravant la réactivité bronchique.

La kinésithérapie respiratoire, faisant l'objet de notre étude, sera elle abordée dans un chapitre spécifique détaillé.

En ce qui concerne la prise en charge des récurrences, la conduite à tenir n'est pas clairement définie dans les études à ce jour et est laissée à l'appréciation de chaque médecin. Sans oublier qu'un troisième épisode de dyspnée sifflante chez un nourrisson signe l'entrée dans une maladie asthmatique dont la prise en charge diffère et est bien définie.

1.2.3 Les traitements médicamenteux

Nous nous limiterons à l'intérêt du traitement pour le médecin généraliste, sachant qu'aucun traitement ne s'avère réellement efficace. Nous ne parlerons donc pas de l'efficacité éventuelle des antiviraux tel que la ribavirine; ni des aérosols de surfactant (épinéphrine), accessibles uniquement en milieu hospitalier ; ni des anticorps monoclonaux (palivizumab) pour la prévention chez les enfants à risque.

- Les bronchodilatateurs :

Les bronchodilatateurs disponibles sont : la théophylline, les anticholinergiques de synthèse et les bêta-2 mimétiques. Aucune de ces thérapeutiques n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

Les enfants atteints de bronchiolite ont une respiration sifflante similaire à celle de l'asthme sur le plan clinique. Cependant, la physiopathologie de la bronchiolite est telle que les voies respiratoires sont obstruées plutôt que contractées. De plus les muscles lisses de leurs parois bronchiolaires semblent immatures ne répondant pas au traitement.

De ce fait, la HAS rappelle, dans la conférence de consensus de 2000, que ces médicaments n'ont pas leur place dans la stratégie de prise en charge de la première bronchiolite (grade B). (2)

- Les corticoïdes :

Malgré l'effet escompté anti inflammatoire, l'efficacité des corticoïdes par voie systémique (grade B) ou par voie inhalée (grade A) n'a pas été montrée à ce jour, dans la première bronchiolite du nourrisson.

- Les antibiotiques :

L'antibiothérapie n'est pas indiquée en première intention. Les antibiotiques n'ont aucun effet sur les agents viraux responsables de la bronchiolite. L'indication se discute devant une fragilité particulière ou l'un des signes suivants, faisant craindre une surinfection bactérienne :

- Fièvre supérieure ou égale à 38,5°C pendant plus de 48 heures.
- Otite moyenne aiguë.
- Pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente.
- Foyer pulmonaire radiologiquement documenté.
- Elévation de la CRP (protéine C réactive) et/ou des polynucléaires neutrophiles.

- Les antitussifs, les mucolytiques et les mucorégulateurs :

Ils n'ont aucune indication dans le traitement de la première bronchiolite. Les fluidifiants bronchiques sont inutiles et peuvent induire un bronchospasme. De même, il n'y a pas lieu de prescrire de traitement antitussif, la toux étant un élément majeur dans l'élimination des sécrétions bronchiques.

- L'oxygénothérapie :

Dans le cadre ambulatoire, son utilisation n'est théoriquement pas impossible mais peu réaliste. Dans le cadre hospitalier, l'oxygénothérapie est indiquée pour les

bronchiolites aiguës du nourrisson entraînant une désaturation marquée (saturation < 92%).

En cas de détresse respiratoire sévère (épuisement, apnées), une ventilation non invasive (VNI) peut être mise en place. En dernier recours, il peut être nécessaire d'utiliser la ventilation invasive.

1.3 La kinésithérapie respiratoire

1.3.1 Généralités

La kinésithérapie respiratoire fait partie des mesures symptomatiques de la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson et a pour objectif de faciliter le drainage et l'élimination des sécrétions trachéo-bronchiques. Citée dans la conférence de consensus de 2000, son indication repose sur un avis d'expert (grade C). (2)

Elle utilise des techniques de désencombrement bronchiques recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994 (grade C).

1.3.2.1 La technique

Les techniques qui ont vocation à désencombrer les voies aériennes supérieures et inférieures, obstruées par les sécrétions nasales et pulmonaires en excès, regroupent l'Augmentation du Flux Expiratoire (AFE), l'expiration lente prolongée (ELPr), la désobstruction rhinopharyngée rétrograde et antérograde (DRP), la toux provoquée, l'antépulsion pharyngo-buccale et l'aspiration nasale.

Le kinésithérapeute choisit les techniques et gestes adaptés en fonction du bilan clinique et de l'interrogatoire des parents, après avoir éliminé toutes contre-indications. Le jury de la conférence de consensus insiste sur la nécessité de confier les nourrissons à des kinésithérapeutes spécifiquement formés.

- Désencombrement des voies aériennes supérieures :

Il s'effectue en début de séance par une désobstruction rhino-pharyngée par instillation de sérum physiologique. Elle permet au nourrisson de retrouver une respiration libre.

- Désencombrement des voies aériennes inférieures :

Il intervient ensuite avec les techniques d'Accélération du Flux Expiratoire (AFE) et d'Expiration Lente Prolongée (ELPr). C'est une méthode impressionnante d'où la nécessité de rassurer les parents sur le caractère indolore pour le nourrisson qui, à cet âge, possède une cage thoracique très souple.

L'augmentation du flux expiratoire, technique passive, est la plus adaptée aux bronches du nourrisson et la plus utilisée en France pour le désencombrement des voies aériennes inférieures dans la bronchiolite aiguë du nourrisson.

Elle correspond à un « mouvement thoraco-abdominal synchrone créé par les mains du kinésithérapeute sur le temps expiratoire. Il débute à la fin du plateau inspiratoire et ne dépasse pas les limites expiratoires autorisées par la compliance thoraco-pulmonaire de l'enfant. L'accélération du courant aérien va entraîner un changement du flux bronchique conduisant à la modification des propriétés rhéologiques du mucus et à l'évacuation plus facile de ces sécrétions. (11)

L'expiration lente prolongée, comme pour l'AFE, agit par modulation du flux expiratoire. Sa mise en œuvre est légèrement différente. Cependant, dans la conférence de consensus de 2000, les deux techniques sont assimilées l'une à l'autre.

Dans l'expiration lente prolongée, la manœuvre commence à la fin de l'expiration de repos. Il s'agit du prolongement d'une expiration spontanée qu'elle accompagne et complète afin d'obtenir une augmentation de la ventilation en périphérie. (11)

La technique de la toux provoquée, déclenchée par une pression trachéale brève, appliquée en fin d'inspiration au-dessus de la fourchette sternale vise à obtenir l'expectoration.

1.3.3.2 Les Kinésithérapeutes et les réseaux bronchiolites

Le kinésithérapeute ne se borne pas à l'exécution de gestes techniques itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles. La prescription de kinésithérapie respiratoire est largement prônée dans les pays francophones.

En France, nous avons vu apparaître les réseaux bronchiolites, fondés par des kinésithérapeutes et des médecins libéraux dans différentes régions françaises, assurant une permanence des soins et une proximité pour la prise en charge ambulatoire des nourrissons lors de l'épidémie. Cette initiative qui a débuté dans les années 2000 a vu le jour en Ile de France, à la suite d'une balance demande/réponse de l'offre de soins défavorables. Ils permettent aux kinésithérapeutes et médecins libéraux de se reposer sur ce système de garde en toute sécurité pour les nourrissons. La prise en charge est optimale et cette alternative ambulatoire ne surcharge pas les urgences pédiatriques. Ils permettent aussi d'étayer les données épidémiologiques nationales (InVS). (12)

Comme nous le montre la figure 3, l'ensemble de la France n'est pas couvert par un réseau de garde spécifique. (13) Dans notre région le réseau se nomme ARBAM (Association Réseau Bronchiolite Asthme Mucoviscidose), il permet une permanence d'urgence en kinésithérapie pédiatrique.

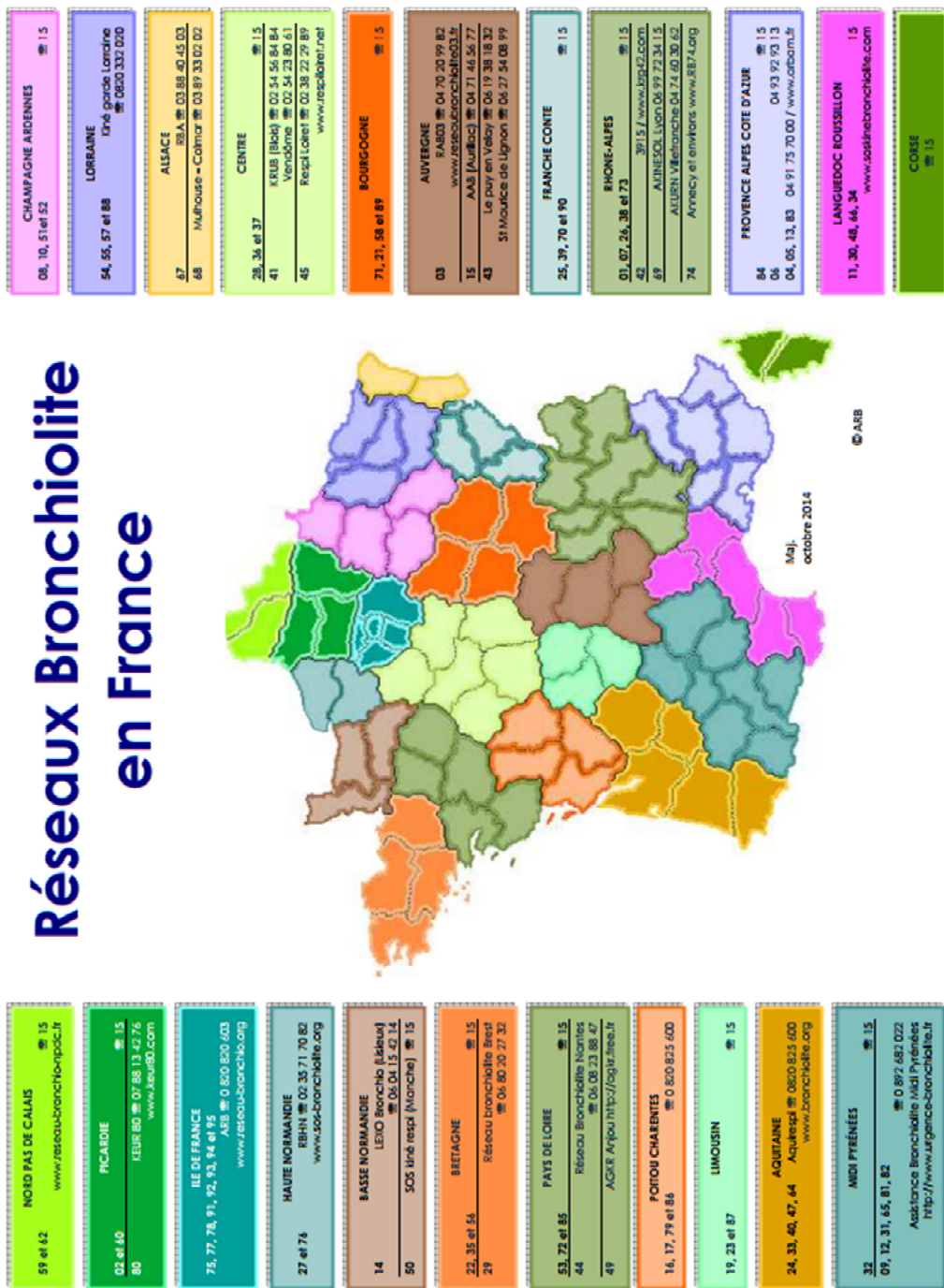


Figure 3 : Carte de France des réseaux bronchiolites (13)

1.3.2 Place de la kinésithérapie dans la prise en charge

Depuis la parution des recommandations de 2000, de nombreux travaux ont été menés et la kinésithérapie respiratoire a été remise en cause. La place de la kinésithérapie respiratoire suscite une vive opposition entre les partisans du pour et ceux prônant une utilisation plus raisonnée. Cette polémique a largement été relayée dans les médias, audiovisuels, radios et presse écrite.(14)

Dans la littérature, on retrouve de nombreuses études sur le sujet dont une française (15), quelques-unes européennes (16) (17), mais aussi internationales (18), menées en milieu hospitalier, s'accordant sur les faibles bénéfices obtenus de la technique et l'absence d'utilité d'une prescription systématique. Cependant le manque de rigueur méthodologique ne permet tout de même pas de conclure de manière définitive. (19)

La synthèse méthodique la plus actuelle est celle d'un groupe du réseau Cochrane, parue en 2016, qui inclue 12 études autour de l'utilisation de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite aiguë du nourrisson dont 4 utilisant la technique d'AFE. Elle confirme l'effet délétère dans les formes sévères, l'absence d'effet sur le temps d'hospitalisation ou le temps de guérison chez les enfants hospitalisés. Ainsi, elle ne recommande pas sa prescription systématique.(20)

Recommandations largement suivies par les pays anglosaxons. (21) (22) Il est toutefois important de souligner que les techniques de physiothérapie respiratoire dans ces pays ne sont pas celles utilisées en France.

En France, l'absence de recommandations récentes et l'accumulation de nouvelles données scientifiques, a poussé certains praticiens à mettre à jour leurs propres protocoles. Ce qui a été, par exemple, le cas en 2014 pour les hôpitaux universitaires du grand ouest (HUGO), désireux d'homogénéiser leur pratique.(23)

Une première étude française a été menée en ambulatoire en 2006, par le réseau bronchiolite de l'Essonne, même si les résultats sont en faveur de l'utilisation de la kinésithérapie respiratoire, la méthodologie reste très discutable limitant ainsi son niveau de preuve. (24)

En 2017, la première étude française de grande ampleur, en ambulatoire a été publiée. Elle évalue l'effet immédiat de la kinésithérapie respiratoire par AFE en

utilisant un score clinique (score de Wang). L'étude conclue à une amélioration clinique dans les suites du traitement. Les résultats sont prometteurs mais les biais ne sont pas négligeables. A l'heure actuelle, d'autres travaux sont encore nécessaires afin d'asseoir la légitimité de cette pratique. (25)

1.4 Question de recherche et objectif de l'étude

Devant cette remise en cause, il nous paraissait important de faire entendre la voix des principaux intéressés, les médecins généralistes au cœur du système de soins.

L'objectif principal est de recueillir les perceptions et les pratiques des médecins généralistes en termes de prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix d'une méthode qualitative

2.1.1 Comparaison des méthodes qualitatives et quantitatives

Les méthodes qualitatives, que l'on a vues se développer à partir des années 1920, ne sont pas en opposition avec les méthodes quantitatives, comme certains peuvent le penser. Elles répondent juste à des problématiques différentes.

L'analyse quantitative cherche à tester une hypothèse à travers une série de variables mesurables, le but étant de conclure sur l'hypothèse initiale. Il s'agit donc d'un raisonnement hypothético-déductif. (26) Sa méthode vise à atteindre un certain niveau de fiabilité et de reproductibilité.

L'analyse qualitative, à l'inverse, vise à créer des hypothèses lorsqu'un domaine est mal connu. Elle consiste en une analyse des données qui met à profit les capacités naturelles de l'esprit du chercheur et vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure des variables à l'aide de procédés mathématiques. (27)

Ainsi, dans l'approche qualitative, le raisonnement préconisé est l'induction contrairement à l'approche quantitative qui privilégie la déduction. (26)

2.1.2 Choix de la méthode la plus adaptée

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficilement mesurables. Le choix de cette méthode s'est donc imposé naturellement au vu du sujet de l'enquête.

2.1.3 Critères de validation

La recherche qualitative n'a pas pour but d'être reproductible, mais elle doit répondre à des critères de validation qui lui sont propres, afin d'atteindre une certaine qualité de validité, fidélité et fiabilité. (26) Ce qui dépend essentiellement de la rigueur de la méthode.

2.1.3.1 Acceptation interne

L'étude doit être acceptée par les sujets de la recherche. Cela implique la présentation de la mission du chercheur avant le recueil de données et l'acceptation de l'analyse finale. Chaque participant conserve un droit de regard sur leur entretien et l'analyse qui en est faite.

2.1.3.2 La validité

Contrairement aux données quantitatives, pour les données qualitatives la validité ne repose pas sur des critères fondés sur des méthodes statistiques mais sur deux aspects : la crédibilité et la validation. (26)

La crédibilité : montre en quoi l'objet a été bien identifié. La saturation des données doit être atteinte : celle-ci est obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données inédites par rapport aux précédentes. Les cas négatifs, c'est-à-dire les sujets susceptibles d'avoir un point de vue différent des autres, doivent avoir été recherchés. (26)

La validation : signifie que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Pour la démontrer, on utilise la triangulation, c'est-à-dire la vérification des résultats auprès d'autres personnes, ainsi que la confirmation externe des données grâce à des comparaisons avec des recherches analogues. (26)

2.1.3.3 Fidélité

Pour les méthodes quantitatives, elle concerne la constance des instruments de mesure. En ce qui concerne les études qualitatives, c'est une question de transférabilité et fiabilité. (26)

La transférabilité : possibilité, pour un autre chercheur, de reprendre l'enquête. Il devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux

mêmes conclusions. C'est pour permettre cette reproductibilité que les méthodes doivent être suffisamment explicitées dans les rapports d'études.

La fiabilité : suivi des règles de méthode. La recherche et l'analyse de cas négatifs, la triangulation et la saturation théorique peuvent servir à la démontrer.

2.1.4 Elaboration d'une étude qualitative

Afin de satisfaire au mieux ces critères de validation, le travail doit être planifié et les méthodes employées définies.

2.1.4.1 Définition de la problématique

Il s'agit, tout d'abord, de définir le thème et la problématique de recherche. Vient ensuite le choix du type d'étude (ici l'étude qualitative), puis du ou des points de vue à explorer.

Notre choix s'est porté sur l'étude des perceptions des médecins généralistes en termes de KR dans la BAN.

2.1.4.2 Choix du type de méthode

La deuxième étape consiste à choisir la méthode qualitative adaptée au sujet. Parmi les différentes méthodologies, nous avons choisi l'analyse thématique.

La thématisation constitue l'opération centrale, c'est-à-dire, la transposition d'un corpus en un certains nombres de thèmes représentatifs du contenu analysé en rapport avec la problématique de recherche. (27)

Cette méthode permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés dans les entretiens, et de les mettre en relation, sous la forme de schémas (arbre thématique).

2.1.4.3 Choix de la technique de recueil des données

La troisième étape est le recueil des données. La technique de collecte des données s'adapte au sujet et à la méthodologie choisie. Dans cette étude nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

2.2 Entretien semi dirigé

L'entretien de recherche est réalisé par un enquêteur qui le conduit tout en enregistrant les données, l'objectif étant d'obtenir un discours linéaire sur le thème choisi de la part de la personne interrogée.

2.2.1 Objectif

Dans une étude qualitative, le but de l'entretien est de développer toutes les associations d'idées de la personne interrogée, en gardant le plus de neutralité possible et en évitant d'imposer ses propres suppositions. (28) Ainsi, le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts qui émergent de l'entretien puissent être très différents de ceux qui avaient été prévus au départ.

2.2.2 Caractéristiques

2.2.2.1 Inhabituel

L'entretien est une rencontre inhabituelle entre deux individus. C'est un échange entre deux personnes qui ne peut être réduit qu'à de simples questions/réponses, assorti à une certaine mise en scène du fait de l'enregistrement.

Le déroulement n'est pas fixé à l'avancement mais dépendra du jeu entre l'enquêteur et l'enquêté (qualité d'écoute et de parole).

2.2.2.2 Contextuel

L'entretien ne prend sens véritablement que dans le contexte dans lequel il se déroule. Il se passe toujours dans un lieu et à un moment précis. Le sens des paroles recueillies est strictement dépendant des conditions de leur énonciation.

2.2.2.3 Choix de l'entretien semi dirigé

Il existe trois types d'entretiens :

- L'entretien non directif, où un thème est soumis à l'interviewé, sur lequel il doit discourir librement en l'absence de questions de l'enquêteur afin de ne pas le réorienter.
- L'entretien directif, où l'enquêteur suit un guide qui s'apparente à un questionnaire et pose les questions dans un ordre déterminé à l'avance.
- L'entretien semi-directif, qui se trouve entre les deux, où le guide d'entretien est une trame (point de repère) autour de laquelle l'interviewé développe sa pensée. L'entretien semi-dirigé se révèle être la méthode la mieux adaptée à notre travail de recherche. Il permet en effet d'aborder les thèmes sous la forme de conversation. Les questions étant ouvertes, les idées s'expriment autour des différents thèmes au fil de la discussion, laissant place à la spontanéité.

2.3 Population et échantillon

2.3.1 Echantillonnage théorique

2.3.1.1 Diversité de l'échantillon

Les méthodes qualitatives ayant pour vocation la compréhension, la détection de comportement, plus que la mesure d'un phénomène, la notion de représentativité statistique n'a pas de sens. Elle est remplacée par la construction progressive de l'échantillon à la recherche de la plus grande diversité possible. (29)

L'objectif est d'obtenir un échantillon de personnes ayant un vécu, une pratique ou une expérience particulière à analyser, et non une représentation moyenne de la population. L'échantillonnage repose sur les choix du chercheur, guidé par ses objectifs d'études afin de sélectionner les personnes jugées les plus intéressantes selon la richesse de leur opinion ou leur expérience dans le sujet.

2.3.1.2 Taille de l'échantillon

Par conséquent, la taille de l'échantillon est volontairement réduite par rapport à une étude quantitative, la qualité prévalant sur la quantité. Les données issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité de répétition. Une information unique peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois.

Le nombre de cas n'est pas fixé à l'avance. On utilise la notion de saturation théorique des données pour établir le nombre de sujet à inclure. Le recueil et l'analyse se faisant de façon concomitante, les entretiens sont poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation.

2.3.2 Population étudiée

La population ciblée était l'ensemble des médecins généralistes. La saturation des données a été atteinte au bout du seizième entretien. Après recherche d'information supplémentaire, dix-huit praticiens ont finalement constitué l'échantillon.

2.3.2.1 Présentation de l'échantillon

Les praticiens ont été caractérisés par le sexe, l'âge, le lieu (urbain ou rural), le type d'exercice (interne remplaçant, installé, cabinet de groupe) et la situation familiale (avec ou sans enfant).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, thésé ou détenteur d'une licence de remplacement, d'avoir un exercice libéral exclusif. Les médecins hospitaliers, exerçant d'autres spécialités, ou retraités étaient exclus.

2.3.2.2 Mode de recrutement

Ils ont été choisis parmi les médecins rencontrés pendant les études et remplacements de l'auteur.

Un premier contact s'est effectué par téléphone et le rendez-vous était fixé par la suite, si celui-ci acceptait l'entretien.

2.4 Recueil des données

2.4.1 Le guide d'entretien

2.4.1.1 Définition et intérêts du guide

Le guide d'entretien est un support manuscrit servant à structurer l'entretien sans diriger le discours. Organisé autour de grands thèmes, un certain nombre de questions d'interview sont formulées. Ce n'est pas un questionnaire à proprement parlé mais une trame où les grands thèmes sont abordés de manière souple afin d'ouvrir les champs de réflexion. Ces formulations interpellent de façon globale l'expérience des participants avec pour objectif d'obtenir un témoignage à analyser et non des réponses.

En situation d'entretien, ces interrogations consignées sur le guide aident le chercheur à susciter un témoignage d'une façon qui tient compte du contexte et de l'interaction. Ainsi l'ordre et la formulation de chacune pourra varier d'une interview à une autre, et de nouvelles idées pourront éclore. Le chercheur doit rester attentif afin de ne pas se laisser enfermer dans celui-ci.

Le guide n'est pas figé mais pourra être modifié au fil du temps, enrichi par de nouveaux thèmes au grès de la familiarisation du chercheur avec son sujet d'étude.

2.4.1.2 Formulation de postulats

La création du guide suppose la formulation de postulats servant de fil conducteur au recueil des données.

Une recherche bibliographique préalable est donc nécessaire permettant à l'enquêteur de faire un état des lieux des connaissances sur les thèmes choisis et d'être compétent dans le domaine.

2.4.1.3 Les postulats de départ

Les éléments pouvant expliquer les attentes et les pratiques des médecins généralistes étaient variées. Les postulats de départ prenaient en compte aussi bien la connaissance que l'expérience de chacun.

La coordination entre les médecins et les kinésithérapeutes ainsi que les moyens de mise en place de celle-ci ont été recherchés auprès des médecins.

2.4.1.4 Notre guide d'entretien

Notre guide d'entretien médecin s'est développé autour de six thématiques principales:

- 1- La connaissance de la technique de kinésithérapie respiratoire
- 2- Les habitudes de prescription
- 3- Les facteurs influençant la prescription
- 4- Les effets attendus de cette thérapeutique
- 5- Les avantages et inconvénients de la méthode
- 6- La coordination médicale/paramédicale

Ce guide est présenté en annexe 1.

La formulation des différents thèmes a été faite avec prudence afin de ne pas orienter les réponses des professionnels interrogés par certains phénomènes. Les effets les plus connus sont:

- les « réactions de prestige ou tendance de façade », c'est à dire la peur de se faire mal juger à travers les réponses apportées ;

- « l'attraction de la réponse positive », comme par exemple à la suite d'une question telle que « pensez-vous connaître... » où la réaction naturelle du sondé sera de répondre oui ;
- « l'effet de contamination » consistant à obtenir des réponses de moins bonne qualité à la suite d'une question ayant irrité la personne interrogée, ou à s'inspirer des réponses précédentes.
- « la réaction de contraction défensive » lorsque le questionnaire expose la personne interrogée à des items perçus comme trop personnel. (30)

Au total, ce guide contenait des questions ouvertes et neutres, qui avaient pour but de laisser à l'interrogé une liberté dans ses réponses, afin de favoriser l'association d'idées. Des questions de relance avaient été prévues également lorsqu'un thème n'avait pas pu être abordé par une première question.

2.4.2 Le déroulement des entretiens

2.4.2.1 Période de réalisation des entretiens

Le premier entretien a eu lieu le 02 janvier 2017, puis le recueil des données a été réalisé sur une période de quatre mois durant laquelle dix-huit entretiens ont été menés.

2.4.2.2 Paramètres de situation des entretiens

Le cadre extérieur est un élément ayant une influence importante sur le déroulement des entretiens, une réflexion au préalable sur ce sujet, ainsi que sa description semble ici nécessaire à la compréhension du contexte :

- Le lieu : la démarche émanant de notre volonté, il nous a semblé logique de nous déplacer au cabinet des participants. De plus, cet environnement familier à l'avantage de mettre à l'aise dès le départ l'interviewé, contrairement à un lieu inconnu qui demande un certain temps d'adaptation. La majorité des entretiens a donc eu lieu au cabinet des médecins généralistes. Toutefois, trois d'entre eux par manque de disponibilité ont préféré un entretien téléphonique, tout comme les internes n'ayant pas de cabinet.

- Le moment : la date et l'heure des entretiens ont été choisies en fonction des disponibilités de chacun, afin de les réaliser dans les meilleures conditions possibles.
- La durée : élément dépendant de chaque participant, aucune limite de temps n'a été émise de notre part afin d'accorder le temps nécessaire à chacun pour qu'il s'exprime librement.

2.4.2.3 Déroulement

Chaque entretien s'est initialement déroulé sur le même modèle.

Après une courte présentation, l'objet de l'entretien (travail de thèse) et le sujet (la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson) ont été rappelés au participant. Ces derniers points n'ont pas été développés pour ne pas orienter leur discours. Un formulaire d'information a été remis à chaque participant (charte de confidentialité) avant le début de l'entretien. L'entretien débutait après avoir recueilli oralement leur consentement.

La Charte de confidentialité est présentée en annexe 2.

Dans un deuxième temps, l'enregistrement vocal a été évoqué ainsi que la transcription écrite des entretiens, en insistant sur le respect de la confidentialité.

Tous les entretiens ont débuté par le recueil des caractéristiques des participants (décrites au début de chaque guide d'entretien) et la mise en route du magnétophone (utilisation du mode dictaphone d'un téléphone mobile). Par la suite, l'appareil a été placé de la façon la plus discrète possible afin que l'attention de l'interviewé n'y soit pas attachée, tout en veillant à ne pas le manipuler durant l'entretien.

Le début de l'entretien était un moment délicat où la confiance de l'interlocuteur devait être gagnée en quelques minutes afin de stimuler au plus vite sa verbalisation.

Une question d'amorce assez généraliste a toujours été utilisée : "Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ?". Elle permettait dans un premier temps de cerner l'interlocuteur et découvrir ses idées sur le sujet, sans qu'aucune intervention n'est encore eu lieu de la part de l'enquêteur.

Au cours de l'entretien, il s'agissait de préciser les différents thèmes du guide de la manière la plus naturelle possible, en fonction du discours du participant. Ainsi, les questions n'ont pas toujours été posées de la même façon et dans le même ordre. Les méthodes utilisées ont été la relance et la reformulation. Aucune stratégie d'écoute ou d'intervention n'ont été fixées à l'avance.

2.4.3 La retranscription des données

Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en toute objectivité, afin de constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude. Aucune modification n'a été apportée à la retranscription afin de conserver la façon de penser et la spontanéité du sujet interrogé. Les hésitations, les silences et toutes autres réactions ont donc été stipulés.

L'anonymat des participants a été respecté en accord avec les exigences en vigueur de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, à la suite de la déclaration de l'étude à l'organisme. Selon la nouvelle loi Jardé une soumission au comité d'éthique n'était pas nécessaire.

La transcription écrite a été une étape longue et délicate. Le temps nécessaire a été accordé à chaque entretien enfin de pallier au maximum aux oublis et mauvaises interprétations.

L'intégralité des verbatim figure dans l'annexe 5.

2.5 Méthode d'analyse des résultats

2.5.1 Analyse thématique

Nous avons réalisé une analyse de type thématique correspondant à l'utilisation de procédés de réduction des données. Le chercheur a fait appel pour résumer et traiter son corpus à une dénomination appelée « thèmes ». (27) Méthode qui consiste à réduire un extrait du corpus à un ensemble de mots donnant du sens et résumant cet extrait.

Plusieurs étapes sont nécessaires jusqu'à l'obtention d'un thème.

2.5.2 Codage

Le codage constitue le processus de l'analyse thématique. Il existe trois principaux types de codage : codage ouvert, axial et codage sélectif.

2.5.2.1 Codage ouvert

Ce codage émerge de la première lecture des entretiens retranscrits. Il s'agit de relever les uns après les autres les fragments de texte pertinents. Ainsi, chaque idée était décrite par un code, le tout était retranscrit dans un tableur, à l'aide du logiciel Excel.

Ce codage a été réalisé en double dans notre étude (par le chercheur et par le directeur de thèse).

2.5.2.2 Codage axial

Lors du codage ouvert, les différentes données sont comparées en permanence à la recherche de similitudes et de différences. Les citations sont classées et regroupées selon les idées qu'elles portent, pour former des catégories et sous catégories. Il y a une certaine dynamique d'analyse par un aller-retour constant entre la collecte et l'analyse des données : plusieurs relectures sont réalisées, menant souvent à des réajustements, des reformulations, des suppressions, ou même des fusions de catégories entre elles.

La catégorisation nous a permis de dégager trois grands thèmes abordés face à notre problématique :

- Les rapports des médecins à la KR
- Les rapports des parents à la BAN
- La coordination médecin/kinésithérapeute

2.5.2.3 Codage sélectif

Le codage sélectif est le procédé permettant d'affiner la théorie. Il consiste à mettre en relation les différentes catégories pour en faire un récit.

Cette dernière étape est réalisée à l'aide d'arborescence, de schémas où les différents codes sont regroupés en sous catégories et catégories, le tout s'articulant autour de la catégorie centrale.

2.5.3 Non utilisation d'outils informatiques

Afin de laisser libre cours au travail de l'esprit du chercheur et la quête de sens des données de terrain examinées, aucun logiciel d'analyse qualitative n'a été utilisé pour l'étude.

L'ensemble des codages ont été réalisés de façon manuelle.

2.6 Méthodologie de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques pour ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

Ces recherches se sont principalement déroulées avant le recueil de données afin de se familiariser sur le sujet et de connaître l'état des lieux sur le thème choisi.

Plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés notamment : Google et Google Scholar.

Les recherches sur les bases de données comme Pubmed et EM_consult, ont été effectuées sur l'espace personnel de travail (ENT) de la faculté Aix-Marseille, via la bibliothèque universitaire en ligne.

De nombreux mots clés ont servis à ces recherches :

- Exemple de mots clés français :

- Bronchiolite
- Kinésithérapie respiratoire
- Etude qualitative/entretien semi dirigé
- Médecine générale/soins primaires

- Exemple de mots clés anglais :

- Bronchiolitis
- Chest physiotherapy
- Primary care

La liste n'est pas exhaustive, mais chaque mot clé utilisé et chaque combinaison a permis d'obtenir de larges résultats.

3. RESULTATS

Trois grandes catégories ont émergé de l'analyse des verbatims : rapports des médecins généralistes à la KR, rapports des parents à la BN, coordination médecin/kinésithérapeute.

3.1 Données générales sur les entretiens

Dix-huit entretiens ont été réalisés sur une période de six mois, entre le 02 janvier 2017 et le 10 avril 2017.

- Lieu : 12 personnes ont été interrogées à leur cabinet, 6 médecins dont 3 internes ont été interrogés par téléphone à leur demande.
- Durée : les entretiens ont duré 12 à 42 minutes avec une moyenne de 22 minutes.
- Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation, et sont désignés par la lettre M suivie d'un chiffre. Le verbatim nommé M1 correspond donc au premier médecin interrogé.

Ces 18 entretiens ont été nécessaires pour vérifier la saturation des données.

3.2 Caractéristiques de l'échantillon

Comme dans la majorité des études qualitatives, l'échantillon final n'est pas représentatif de la population étudiée mais tente d'en refléter sa diversité.

3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

3.1.1.1 Sexe des médecins

L'échantillon compte 11 femmes et 7 hommes.

3.1.1.2 Age des médecins

Tous sexes confondus, l'âge de la population des médecins interrogée est compris entre 26 et 65 ans avec une moyenne de 43 ans. L'échantillon peut être divisé en deux parties égales, les moins de 40 ans et les plus de 40 ans, avec neuf médecins chacune.

Dans la population féminine, l'âge varie entre 28 et 61 ans.

La moyenne d'âge des femmes est de 41 ans.

Dans la population masculine, l'âge varie entre 26 et 65 ans.

La moyenne d'âge des hommes est de 46 ans.

3.1.1.3 Lieu d'exercice

Sans distinction d'âge ou de genre, 9 des médecins exercent en milieu urbain soit 60% de l'échantillon contre 6 médecins exerçant en milieu rural soit 40% de l'échantillon.

3.1.1.4 Qualité

Quinze entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes.

Trois entretiens ont été fait auprès d'internes en dernière année du DES de médecine générale, ayant validé leur semestre de maîtrise de stage et de pédiatrie, possédant également la licence de remplacement.

3.1.1.5 Type d'exercice

La plupart des médecins exercent en cabinet de groupe (2 à 4 médecins par cabinet). Seulement 5 médecins exercent seuls. Les internes étant exclus de cette classification.

3.1.1.6 Situation familiale

Au total 12 des personnes interrogées avaient des enfants.

3.1.2 Tableau récapitulatif

Les caractéristiques des médecins de l'étude sont résumées dans le Tableau A.

		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	
MEDECIN N=		18																		
AGE	my	42,7 ans	28 ans	47 ans	42 ans	65 ans	39 ans	29 ans	48 ans	50 ans	35 ans	61 ans	36 ans	54 ans	26 ans	39 ans	28 ans	64 ans	41 ans	
	ext	(26-65 ans)																		
	< 40ans	9 (50,00%)	x				x	x			x		x		x	x	x			
> 40ans	9 (50,00%)		x	x				x			x		x					x		
SEXE	Homme	7 (38,89%)		x	x										x					
	Femme	11 (61,11%)	x				x	x	x	x	x			x		x	x		x	
LIEU	Urbain	9 (60,00%)		x			x	x			x	x	x						x	
	Rural	6 (40,00%)			x				x						x	x				
D'EXERCICE	Interne *	3 (16,67%)	x											x			x			
	Médecin gé	15 (83,33%)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	
TYPE	Seul	5 (33,33%)		x	x	x			x											
	Groupe	10 (66,67%)					x	x												
D'EXERCICE	Situation	12 (66,67%)		x	x	x	x		x											
	Familiale	6 (33,33%)	x					x									x			

* Interne en dernière année, ayant validé les semestres de MDS et pédiatrie
Exclus du type et lieu d'exercice car non installés

Tableau A : Caractéristiques des médecins

3.2 Analyse thématique

3.2.1 Rapports des médecins généralistes à la kinésithérapie respiratoire

Les médecins généralistes ont tous un point de vue plus ou moins arrêté sur cette pratique, forgé sur leurs expériences professionnelles mais aussi personnelles qui engendrent une diversité plus importante que ce qu'il paraît au premier abord. Un certain nombre de facteurs influencent leurs prescriptions, sans compter les bénéfices qu'ils trouvent à ce traitement mais également les limites de cette technique non négligeable.

3.2.1.1 Facteurs influençant la prescription

Les influences sont diverses pour l'ensemble des personnes interrogées. Ces facteurs peuvent être expliqués en deux catégories : les facteurs intrinsèques inhérents à la personne elle-même, ainsi que les facteurs extrinsèques non liés à celle-ci.

3.2.1.1.1 Facteurs intrinsèques

Les facteurs intrinsèques sont représentés par l'expérience des médecins, celle-ci peut être divisée en deux sous-groupes, l'expérience personnelle et l'expérience professionnelle.

Dans l'expérience personnelle, soulignée par quelques personnes, les événements de vie non reliés directement à leur vie professionnelle ont pu influencer de certaines manières leur façon de penser et leurs prescriptions. Notamment, l'expérience faite avec leur propre famille.

M2 : « ... j'ai ma fille qui a déjà eu des bronchiolites du nourrisson là, on a toujours traité ça comme ça et ça s'est bien passé. »

M7 : « ...c'est galère... Moi je l'ai connu avec ma 2eme fille qui est asthmatique euh, on passait des nuits à l'entendre tousser et tout, ils sont gentils hein, prescrire et compagnie... mais au bout d'un moment quand tu as le gamin qui pleure parce qu'il

a trop mal, que toi tu ne dors pas, qu'il vomit, que tu passes la nuit. Je comprends qu'à un moment ou à un autre il faut essayer de faire quelque chose quoi voilà... »

M8 : « ...l'avoir vécu personnellement avec mon enfant quand il était petit. »

L'expérience dite professionnelle joue tout autant un rôle sur les prescriptions.

M11 : « *Après il y a l'expérience personnelle qui fait que, je pense que suivant les professionnels suivant les médecins, on a peut-être pas toutes les mêmes compétences en pédiatrie même si je pense qu'un médecin généraliste doit savoir un minimum, c'est rare de ne pas voir de bronchiolite l'hiver. »*

Que ce soit des avis positifs :

M2 : « *Et surtout ben j'ai un peu d'expérience maintenant ça suffit, ça marche. »*

Ou négatifs :

M9 : « *...j'ai souvent eu des retours de... j'ai rarement vraiment eu des retours de, ça l'a bien aidé, ça l'a bien fait expectorer. »*

L'expérience a donc, comme le souligne certains d'entre eux, une influence sur leur jugement, et en particulier en ce qui concerne l'efficacité.

Ainsi le manque d'expérience peut être un frein au jugement d'une thérapeutique.

M15 : « *Alors après moi je n'ai pas beaucoup d'expérience sur ça... »*

Deux médecins sont convaincus de l'utilité de cette technique :

M2 : « *Pour ma part c'est mon traitement de base pour ça... »*

M4 : « *Pour moi ça a une place primordiale, pour moi c'est le traitement de choc euh... de choix pardon... »*

Alors que d'autres pensent que c'est un moyen thérapeutique peu efficace :

M1 : « *Je pense qu'elle n'a plus sa place dans la prise en charge de la bronchiolite. »*

M7 : « *Plus ou moins efficace... voilà.... »*

M13 : « *Vu qu'on m'a briefé aux urgences en me disant qu'il n'y avait pas d'intérêts, pas de bénéfices réels sur le plan clinique euh... sur le plan respiratoire de la saturation tout ça, du coup j'en n'attends pas de miracle quoi, j'en n'attends pas que le gosse soit ressuscité quoi. »*

Enfin, la majorité des médecins limitent leur prescription de kinésithérapie respiratoire. Cette limitation peut s'expliquer en plus de l'expérience, par :

- Le manque de preuve d'efficacité :

M1 : « *C'est qu'il faut que je voie si c'est efficace... »*

M2 : « *Après le souci c'est qu'il faudrait qu'il y ait des études en ville parce que ce n'est pas la même population qu'à l'hôpital. »*

M12 : « *... après je ne sais pas en terme scientifique où est ce qu'on en est ! Si la technique a fait ses preuves. »*

Deux médecins ont basé leurs dires en citant une revue :

M17 : « *En sachant que les études ont montré que l'efficacité n'était pas nette à 100% voilà pour ça.... Il y a quelques années euh... moi je suis abonné à la revue Prescrire et je me souviens que ça avait fait débat, que les études montraient au final une efficacité pas vraiment prouver quoi. »*

M18 : « *Mon opinion sur la kiné respi, alors euh... inconvénient j'avais lu l'article sur Prescrire il y a quelques années où ils disaient qu'il n'y avait pas forcément de bénéfices attendus et qu'il y avait des risques sur les fractures de côtes etc.... »*

- Le manque de connaissance de la technique (qui concerne l'ensemble des médecins interrogés) :

M1 : « *Mais je ne pense pas être vraiment au fait de la technique... De ce qui est fait. »*

M5 : « Après euh en pratique, je ne sais pas s'il y a différentes techniques euh de kiné ou pas je ne sais pas. »

M6 : « Ben c'est du clapping mais exactement euh... non je ne sais pas du tout ce qu'ils font. »

M13 : « Alors je suis désolé mais je ne sais pas du tout, je ne sais pas du tout ce qu'il fait, je ne sais même pas ce qu'il se passe exactement, je te dirai une bêtise donc euh non. En tout cas je ne me suis jamais renseigné sur la méthode. »

3.2.1.1.2 Facteurs extrinsèques

D'autres facteurs entrent en jeu, des facteurs indépendants du médecin lui-même, comme les facteurs liés à la maladie ou au traitement.

Plusieurs médecins ont souligné l'importance des facteurs cliniques, ainsi ils utilisent majoritairement la kinésithérapie respiratoire en cas d'encombrement bronchique :

M5 : « Quand le petit est encombré. Quand il y a des râles bronchiques voilà et qu'on sent qu'il n'arrive pas à... à expectorer par lui-même pour l'aider à se désencombrer. »

M6 : « c'est vrai que euh c'est une technique qui est censée faire remonter toutes les sécrétions, les saletés, les mucosités et du coup vu que c'était une inflammation de la bronche et qu'il y a des sécrétions qui sont majorées au niveau des poumons ben le fait de les faire sortir jusqu'à présent ça me paraît cohérent qu'il y est un effet bénéfique. »

M7 : « ...un gamin qui est super encombré voilà où l'auscultation, des ronchis euh... et après les petits qui ont du mal à tousser, je dirais euh avant 8 mois ça les aide »

M15 : « ...ça va être les petits qui vont être assez encombrés, tu l'entends, tu le vois quand ils sont encombrés, tu l'entends à l'auscultation... »

Et de difficultés d'expectorations :

M5 : « je pense qu'elle peut être utile... euh essentiellement dans les phases un peu euh sécrétantes, où les petits sont très encombrés et où la technique les aide à expectorer. »

M15 : « ... et qui ont du mal même en toussant à faire remonter les sécrétions, tu vois que ce n'est pas une toux forcément efficace. Et quand ils sont bien pris ben pour moi c'est un critère de prescription de kiné. »

M17 : « Après la bronchiolite voilà quand ils sont bien encombrés qu'ils ont du mal à expectorer ça a encore sa place pour moi, même si son efficacité n'est pas démontrée a 100%. »

Certains nomment cette phase de phase sécrétoire.

M4 : « Une amélioration de l'encombrement surtout à la phase sécrétante. »

M14 : « après bon il faut bien peser l'indication euh... quand il y a beaucoup de sécrétions c'est intéressant quand il y en a peu il ne faut pas la faire. Après bon j'en pense euh du bien quand euhhh, voilà quand il y a beaucoup de sécrétions sinon pas, il ne faut pas la faire sinon »

Une majorité de médecins prônent aussi l'importance de la surveillance et fait de la kinésithérapie respiratoire un outil phare.

M1 : « Et ça permet aussi de passer, d'évaluer l'enfant voir s'ils doivent consulter en urgences ou pas. Ça ça peut être pas mal. »

M4 : « je préfère qu'il y ait un professionnel de santé qui surveille l'évolution qui n'hésite pas à me recontacter s'il y a un souci. »

M9 : « c'est un regard supplémentaire sur l'état respiratoire de l'enfant sur l'apparition d'éventuels critères qui amèneraient à l'hospitaliser »

M16 : « c'est quand même euh... rassurant d'avoir un professionnel de santé qui voit l'enfant régulièrement, c'est un bon point de soutien aussi d'être plusieurs à travailler sur l'enfant. »

La kinésithérapie respiratoire est aussi vue par plusieurs d'entre eux comme un élément de suivi à distance.

M13 : « Et que du coup le petit était revu fréquemment, enfin de manière régulière par un soignant, par un personnel de santé donc là pour le suivi c'est quand même pas mal. »

M16 : « Je trouve que lorsqu'ils vont chez le kiné j'ai toujours quelqu'un qui les revoit, si moi je ne peux pas les revoir dans les 2 à 3 jours. Ce n'est quand même pas trop mal qu'il y ait quelqu'un à côté pour une sorte de suivi. »

Quelques-uns prescrivent de la kinésithérapie en surveillance lorsque la confiance qu'ils accordent aux parents est limitée.

M9 : « quand je sens les parents pas trop, pas que je n'ai pas vraiment confiance mais quand je ne les sens pas sereins dans la DRP et quand je sens qu'effectivement ça serait pas mal qu'il y est un regard supplémentaire un professionnel de santé qui évalue un petit peu la situation »

M14 : « Parfois on s'en sert de 2eme suivi quand les parents ne sont pas trop trop fiables, ça peut arriver aussi que ça soit quasiment ordonné comme un passage infirmier à domicile euh pour évaluer, pour faire une évaluation euh clinique globale... »

A noter qu'un médecin pense que la nécessité d'une surveillance par le kinésithérapeute démontre un manque de confiance vis-à-vis des parents et préfère plus tôt adresser l'enfant à l'hôpital.

M1 : « Moi je pense que si tu prescris un kiné en ville juste pour la surveillance c'est que ton enfant doit aller à l'hôpital si tu n'as pas confiance aux parents. Ce n'est pas le kiné qui va prendre la saturation le machin. Si moi pour moi l'enfant je ne le sens pas et les parents non plus et que je me dis tiens je vais mettre le kiné pour qu'il fasse un peu de clapping ou sa kiné et qu'il évalue ça va pas passer donc je l'envoie direct aux urgences »

L'ensemble des médecins s'accorde à dire que les choix thérapeutiques sont pauvres dans la bronchiolite.

M7 : « Après le truc c'est aussi qu'on est un peu démuni hein niveau prise en charge thérapeutique... parce que bon à part la kiné. »

M12 : « Parce qu'on est en difficulté sur les bronchiolites de toute façon on n'a pas de traitements. »

3.2.1.2 Bénéfices de la kinésithérapie

La kinésithérapie respiratoire est utilisée avant tout parce que les médecins prescripteurs y trouvent divers bénéfices.

3.2.1.2.1 Bénéfices cliniques

L'ensemble des médecins s'accordent à dire que la kinésithérapie respiratoire améliore la symptomatologie des nourrissons.

M5 : « quand il y en a besoin ça marche super bien hein. Les petits vraiment ils sont bien aidés, je pense que voilà que c'est important. »

M6 : « c'est vrai que euh c'est une technique qui est censée faire remonter toutes les sécrétions, les saletés, les mucosités et du coup vu que c'était une inflammation de la bronche et qu'il y a des sécrétions qui sont majorées au niveau des poumons, ben le fait de les faire sortir jusqu'à présent ça me paraît cohérent qu'il y est un effet bénéfique. »

M16 : « moi la kiné respi je la mets quand même assez facilement en fait, même si je ne suis pas fan complètement de la kiné respi, mais je trouve que c'est un moyen de les améliorer un petit peu plus vite. »

- Amélioration de l'alimentation

M14 : « une meilleure hématoxe par le fait qu'il y ait moins de sécrétions euh... qu'il y ait moins de sécrétions dégluties donc euh d'améliorer un petit peu l'appétit en assurant une meilleure vacuité gastrique, en plus d'améliorer la respiration. Donc voilà c'est plutôt pour améliorer mécaniquement l'appétit en évitant que le nourrisson déglutisse toutes ses sécrétions et qu'il ne s'en remplisse l'estomac. »

- Action sur le confort

M8 : « Les effets attendus c'est que l'enfant soit plus à l'aise pour respirer qu'il puisse euh manger un petit plus facilement parce que quand ils sont très encombrés ils ont du mal à téter, à prendre les biberons et euh ben euh j'espère que ça a un petit effet sur le euh pour moi à mon avis c'est sûr que ça a un effet sur le confort de l'enfant »

M11 : « bon ben je ne sais pas je pense que ce qui les poussent effectivement c'est pour améliorer la respiration du bébé mais plus dans une optique de confort de l'enfant. »

M15 : « ... Moi j'ai l'impression quand même qu'on arrive à jouer sur leur confort. »

- Désobstruction bronchique

M9 : « Les effets attendus de la kiné euuhhh ben réponse autour du pot, un bon drainage bronchique, voilà favoriser l'expectoration, chez les enfants qui n'y arrivent pas, notamment pour favoriser la prise alimentaire. Qu'il y ait moins d'encombrement, moins de détresse respiratoire, une amélioration globale quoi, »

M17 : « Les effets attendus vraiment de remonter les sécrétions quand il y a des sécrétions pour éviter après que pour des quintes de toux ils vomissent des choses comme ça, c'est un certain confort qu'on leur apporte même si bon c'est discutable. »

Un médecin se questionne sur le fait que la KR pourrait limiter l'utilisation d'antibiotique en limitant les surinfections bronchiques.

M8 : « Après j'espère que ça a un effet peut être sur la durée de la maladie, peut être aussi que ça limite le temps d'encombrement donc le risque de surinfection et le besoin d'antibiotique. Je ne sais pas... s'il est moins encombré on va penser que peut-être il va moins se surinfecter mais bon ça je n'en suis pas certaine. »

D'autres se questionnent sur un éventuel impact sur la durée de la maladie.

M10 : « Alors les avantages je pense que ça va plus vite... »

M16 : « j'attends surtout que ça soit efficace et euh... je sais que ce n'est pas prouvé mais je me dis que ça peut accélérer la guérison mais bon je sais que ce n'est pas vrai c'est une espèce d'intuition mais bon voilà. »

3.2.1.2.2 Bénéfices économiques

Certains voient en la kinésithérapie respiratoire un moyen économique pour limiter les hospitalisations et le coût de cette pathologie pour la société.

M2 : « en 2 critères économiques. L'hospitalisation ça coûte cher. »

« Eviter d'engorger les urgences. »

M12 : « ...sans envoyer forcément en pédiatrie à l'hôpital pour assurer une surveillance... »

3.2.1.2.3 Education thérapeutique

Les médecins voient en leurs confrères kinésithérapeutes un soutien précieux pour l'éducation thérapeutique.

M11 : « Euh si ça devrait être pour certains parents ça peut, peut être aider à comprendre un peu le phénomène de... d'encombrement et de sécrétions rhinopharyngée. Voilà peut-être une vertu thérapeutique, éducatif chez les parents. En particulier pour l'apprentissage des DRP. C'est peut-être l'occasion d'apprendre à nettoyer le nez du bébé. Parce que nous on leur montre mais ce n'est pas toujours facile, ils ne retiennent pas forcément tout. »

M16 : « Sur la kiné et la bronchiolite euh... je pense aussi que c'est aussi pas mal d'éducation thérapeutique mais des 2 côtés du kiné surtout et aussi du médecin je trouve ça pas mal qu'il réapprenne aux parents à moucher leurs enfants ou à leur expliquer un petit peu les consignes. »

3.2.1.3 Limites de la kinésithérapie

La kinésithérapie respiratoire a aussi des limites concernant le praticien et la technique elle-même.

3.2.1.3.1 Kinésithérapeute

Plusieurs médecins s'accordent sur l'importance de la qualité du kinésithérapeute en termes de compétences :

M2 : « ... à condition d'avoir des kinésithérapeutes formés... » « ...après il faut avoir des gens qui maîtrisent la pathologie, qui maîtrisent la kiné... »

M4 : « Ça dépend des kinés aussi, il y en a certains quand même qui sont plus attentifs à ce problème et compétents aussi donc qui sont plus disponibles en période d'épidémie notamment. »

M12 : « *Moi mon sentiment c'est que c'est très kinés dépendants. Il y a des kinés qui sont très efficaces et d'autres beaucoup moins.* »

M14 : « *Alors tout dépend de la formation du kiné ça peut être efficace comme inefficace, euh, en règle générale on essaie d'adresser euh les enfants aux kinés qui savent le faire.* »

« *Alors les inconvénients ben c'est lié au fait que le praticien voudrait faire une séance alors qu'il ne sait pas correctement le faire, le kiné pas trop à l'aise avec cette méthode quoi.* »

Mais aussi en termes de disponibilité :

M4 : « *...par contre après c'est le problème de disponibilité des kinés* » « *Voilà oui le problème dans les campagnes, le problème aussi des fois de disponibilités des kinés le weekend, les jours fériés, donc oui c'est toujours un peu compliqué.* »

M10 : « *... les inconvénients c'est que je ne sais pas dans une période d'épidémie si les kinés prennent le temps d'apprivoiser les enfants, ils sont débordés.* »

3.2.1.3.2 Technique

Certains mettent en avant leurs craintes sur les effets secondaires :

M6 : « *Je pense que c'était plus par rapport aux risques de la technique que ça avait été euh décrié, il me semble que c'est ça. Je ne sais pas si j'ai raison.* » « *Vu la technique de ce que je sais, c'est une technique qui avait des risques plus élevés que les bénéfiques mais après euh honnêtement je sais pas trop....* »

M17 : « *Après inconvénients ce sont les effets indésirables comme les vomissements, les fractures de côtes... bon ça arrive ce n'est pas fréquent mais ça arrive quand même d'après les études c'est dit que ça peut arriver.* »

Notamment des risques de fracture de côtes ou autres traumatismes, même si aucun des médecins interrogés ne l'a constaté :

M11 : « *Euh de manière générale je pense que c'est un examen euh une thérapeutique qui a plus d'effets indésirables à mon avis que d'avantages. Des risques à mon avis notamment traumatiques même si personnellement je n'ai pas...*

j'ai jamais eu de cas d'enfant qui ait eu de fractures de côtes. » « De plus avec des effets indésirables comme un risque de fractures de côtes... »

M14 : *« inconvenient si la technique est mal maitrisée et éventuellement des risques de traumatisme ou de... ce n'est jamais arrivé, enfin moi ça ne m'est jamais arrivé m'enfin un pneumothorax ou autre traumatisme thoracique ça doit exister. »*

A souligner tout de même que de rares médecins pensent qu'il y a des effets secondaires sans savoir lesquels :

M16 : *« Mais à mon avis je sais qu'on avait eu des cours sur ça et que ce n'était pas la panacée de mettre de la kiné, il peut y avoir des conséquences après savoir quoi, je n'en sais rien. »*

Un seul médecin s'est exprimé sur le fait que l'effet d'une séance de kinésithérapie respiratoire s'estompe rapidement :

M8 : *« C'est euh peut être que ce n'est pas quelque chose qui dure euh longtemps... » « ...même si c'est peut-être provisoire, pas sur les 24h mais au moins quelques heures, ils sont mieux. »*

Mais ce qui est un fait marquant, exprimé par bon nombre de praticiens, c'est le ressenti de cette pratique comme une méthode « traumatisante », autant pour l'enfant qui est au centre de la prise en charge :

M3 : *« si l'inconvenient c'est peut-être le côté traumatisant car ça bouscule un peu les gamins. »*

M10 : *« je me suis rendu compte euh que quand les enfants passaient dans les cabinets de kiné, il y a des kinés qui sont vraiment très euh ..., ils sont vraiment très traumatisés je parle des enfants euh... »*

M11 : *« Les inconvenients je pense euh... voilà hein, un examen qui est un peu trop traumatisant physiquement et psychologiquement pour les enfants et les parents. »*

M12 : *« Euh il y a ce vécu traumatisant quand même parfois qui est assez euh... des petits qui nous font confiance avant qui étaient à l'aise et quand ils ont eu de la kiné respi ont ne peut plus les approcher, ils hurlent dès qu'ils passent la porte. »*

Que pour les parents qui en sont les spectateurs :

M5 : « Et après bien sûr c'est que les gens ne sont pas toujours ravis de faire des séances de kiné ça peut être un peu traumatisant entre guillemets »

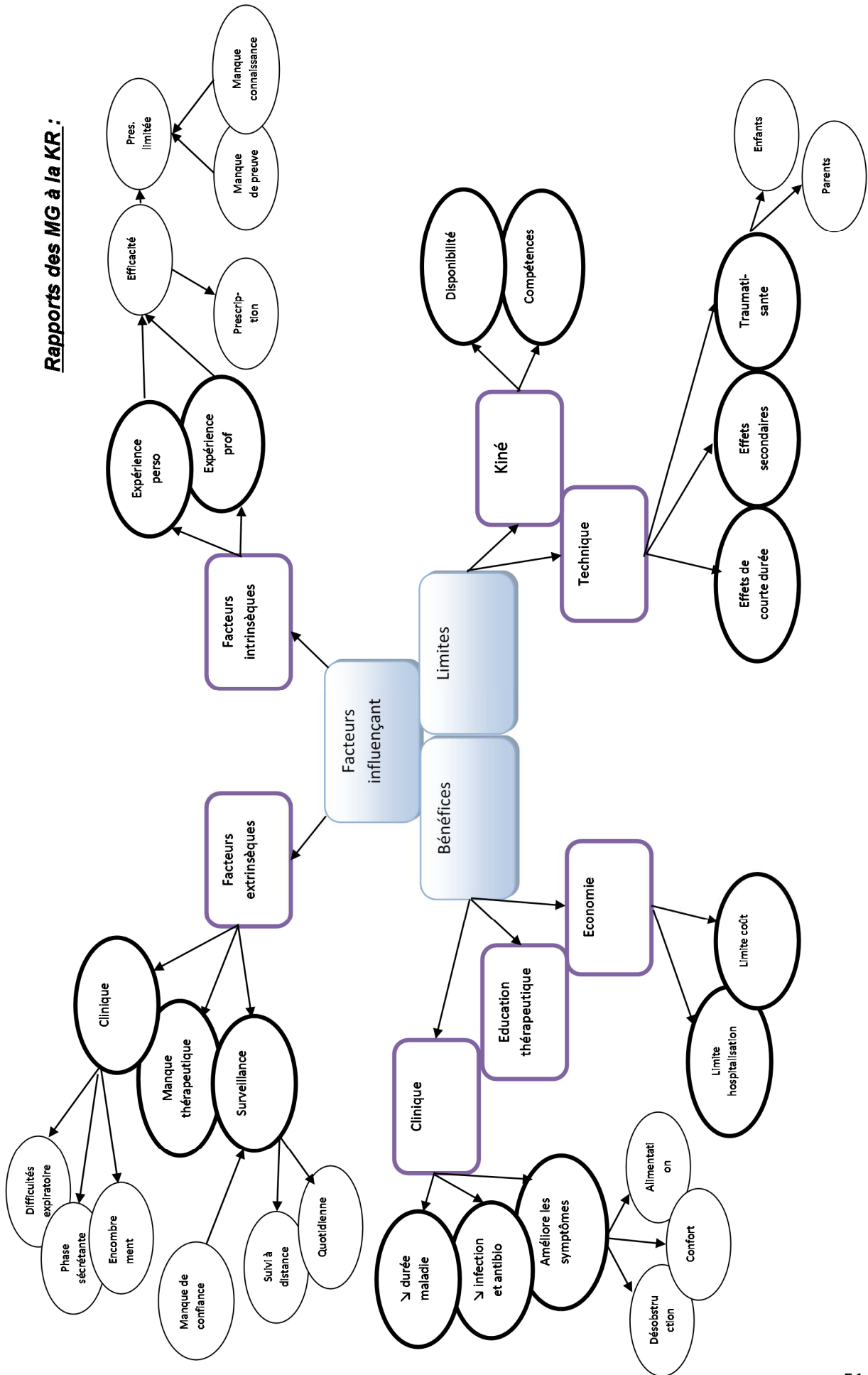
M7 : « Et après ça peut être traumatisant pour les parents. » « Alors l'inconvénient, c'est la pratique qui peut paraître des fois un peu voilà euh... traumatisante pour les parents. »

M9 : « en tout cas de gens qui sans que je la prescrive et qui me disait il a déjà fait une bronchiolite l'année dernière il a été traumatisé par la kiné euh, après je sais bien que c'est le ressenti, je ne dis pas que ce sont les kinés qui sont traumatisants. »

M10 : « Parce que souvent je pense que c'est surtout les parents qui étaient traumatisés. Je pense qu'en fait quand ils voient comment ça se passe ils craignent. J'ai eu des retours comme ça. »

M15 : « Après les désavantages de la kiné euhhh... (silence) après une séance de kiné ? euh... à part le fait que certains parents peuvent être impressionnés s'ils assistent à la séance et que ça peut paraître un peu barbare pour certains, ça peut être un peu traumatisant, non je ne sais pas. »

Rapports des MG à la KR :



3.2.2 Rapports des parents à la bronchiolite du nourrisson

Les parents sont au centre de la prise en charge de leurs enfants. Ainsi, chacun des médecins interrogés a son avis sur le ressenti de ces derniers et à sa description propre des composantes de la relation de soins qui s'établit entre le soignant et les détenteurs de l'autorité parentale.

3.2.2.1 Vécu des parents

L'ensemble des médecins s'accordent sur les difficultés rencontrées par les parents confrontés à la maladie de leurs enfants. Plusieurs domaines sont mis en avant dans la description du vécu parental, que ce soit spécifique à la technique de KR ou de manière plus générale.

3.2.2.1.1 Technique traumatisante

Une grande partie des médecins décrivent la kinésithérapie respiratoire chez le nourrisson comme une « technique traumatisante », pour les parents comme pour les enfants.

M5 : « ...bien sûr c'est que les gens ne sont pas toujours ravis de faire des séances de kiné ça peut être un peu traumatisant entre guillemets voilà pour l'enfant et puis pour la famille. »

M7 : « Et après ça peut être traumatisant pour les parents. »

M9 : « J'ai plutôt des parents qui ont trouvé que c'était traumatisant. »

Tout d'abord l'angoisse des parents sur la technique.

M9 : « en tout cas des gens qui sans que je la prescrive et qui me disaient il a déjà fait une bronchiolite l'année dernière il a été traumatisé par la kiné euh, après je sais bien que c'est le ressenti, je ne dis pas que ce sont les kinés qui sont traumatisants. J'entends bien que c'est le ressenti des patients, qui sont déjà euuh, qui sont déjà je pense en panique devant leur bébé qui a une bronchiolite »

M10 : « Les parents ils arrivent ils sont angoissés. » « Parce que souvent je pense que c'est surtout les parents qui étaient traumatisés. Je pense qu'en fait quand ils voient comment ça se passe ils craignent. J'ai eu des retours comme ça. »

M15 : « à part le fait que certains parents peuvent être impressionnés s'ils assistent à la séance et que ça peut paraître un peu barbare pour certains, ça peut être un peu traumatisant, non je ne sais pas. »

Ensuite, cité par un médecin le fait que le ressenti traumatisant de la KR peut occulter les bénéfices de cette technique.

M9 : « euhhhh moi, je ne pense pas moi que la technique soit barbare après c'est plus le ressenti des parents. Et je pense que du coup ils n'en tirent pas forcément le bénéfice parce que souvent je trouve qu'ils n'ont retenu que ça en fait, que le bébé a pleuré, qu'il n'était pas bien et qu'ils n'ont pas eu forcément l'avantage de la kiné. »

Pour finir, un autre praticien souligne le fait que la KR modifie la relation de confiance avec les parents.

M10 : « Pour moi ben, parce qu'en fait je pense que ça modifie la relation avec les parents. »

3.2.2.1.2 Angoisse de l'inconnu

L'ensemble des médecins s'accordent sur le fait que l'anxiété des parents vient en majeure partie du fait que cette maladie et son évolution sont inconnues, tout comme les traitements éventuels tel que la KR.

M3 : « Mais je pense que oui les parents en règle générale sont très anxieux surtout si c'est le 1^{er}. »

M4 : « ...les parents ont toujours peur. »

M9 : « ...qui sont déjà je pense en panique devant leur bébé qui a une bronchiolite. »

M18 : « Le stress des parents, je pense que ça doit m'influencer... »

Quelques médecins ont ainsi cité les recherches sur internet des parents.

M7 : « Je trouve aussi que de plus en plus de parents font des recherches sur internet, c'est une sorte d'influence. »

M13 : « Déjà, moi je trouve que l'influence c'est les parents... pour la kiné respi vu qu'ils se renseignent tous sur internet sur la bronchiolite chez l'enfant et c'est marqué de partout que la kiné respi améliore les petits. »

3.2.2.1.3 Difficultés de compréhension

Même si certains d'entre eux font des recherches sur la pathologie et ses traitements, une grande majorité se trouve confrontés à des difficultés de compréhension.

M4 : « il y a un facteur de euh... social... ou des personnes, je préfère qu'il y est un professionnel de santé, les parents sont des fois entre guillemets un peu limite. »

M12 : « J'ai le souvenir d'un petit pour lequel les parents étaient un peu inquiets pas forcément trop fiables mais voilà ils s'inquiétaient pour rien et à la fois laissaient passer des choses importantes... »

M14 : « Parfois on s'en sert de 2eme suivi quand les parents ne sont pas trop trop fiables. »

3.2.2.2 Relation médecins / parents

Le ressenti des parents du point de vue du médecin est, comme nous venons de le voir, plutôt péjoratif. Entre alors en jeu la relation médecin/parent, c'est au médecin de rassurer, d'expliquer au mieux la maladie et ses traitements face à des parents anxieux se sentant démunis.

3.2.2.2.1 Relation de confiance

Cette relation est d'abord basée sur la confiance des parents au médecin, à qui il confie leur enfant.

Ainsi, un médecin souligne l'importance de cette relation de confiance pour les soins. Qui, si elle n'existe pas, ne peut aboutir. Il est le seul également à avoir émis l'idée que les patients ont globalement une confiance plus facile dans les « spécialistes ».

M2 : « *c'est toujours pareil je dis ça parce que c'est lorsque les gens n'ont pas confiance en leur médecin gé, tu vas dire ouais je suis en train de minorer le statut du médecin généraliste, des fois quand tu es spécialiste de médecine générale tu n'es pas pédiatre tu n'es pas neuro ni chir donc les gens n'ont pas forcément confiance quand tu n'es pas pédiatre dans cette histoire-là. »*

Le rôle du médecin généraliste dans ce cas-là est de convaincre les parents, de leur faire accepter sa démarche de soins.

M2 : « *Après le problème c'est en 1 convaincre les parents qu'il n'y a pas de traitement autre que kinésithérapie et que ça se termine par les DRP et la kinésithérapie... »*

M7 : « *Après ce n'est pas évident à gérer des fois selon les parents que tu as en face, il faut être convainquant. »*

Certain médecin pense que la KR modifie la relation de confiance des parents :

M10 : « *...en fait je pense que ça modifie la relation avec les parents. »*

3.2.2.2 Implication des parents

Pour certains médecins, l'implication des parents dans la prise en charge est importante et permet aussi de temporiser la prescription de kinésithérapie, en laissant à ces derniers la possibilité de consulter un kinésithérapeute si nécessaire.

M8 : « *il m'arrive de prescrire sans le trouver encombré, en le laissant à la discrétion des parents, c'est-à-dire en disant aux parents que s'ils trouvent que l'enfant s'encombre et qu'il a beaucoup de sécrétions etc.... à ce moment-là ils l'amènent chez le kiné. »*

M12 : « *Alors ça m'arrive aussi de faire une prescription en 2 temps en donnant la prescription en disant à la maman que si elle le trouve... si elle sent son enfant encombré gêné avec beaucoup de glaire malgré les traitements DRP ou aérosols prescrits en parallèle elle peut aller voir les fameux kinés du réseau qui ont l'habitude... »*

Mais l'implication des parents est parfois difficile avec un manque de compliance.

M7 : « voilà enfin il y a des parents qui ne respectent pas trop les consignes donc bon c'est un plus. »

M10 : « C'est-à-dire que si ce sont des parents qui sont capables eux-mêmes, de faire des manœuvres au niveau respiratoire, de bien tenir leur enfant en position debout, de bien humidifier les pièces, de le mettre souvent dans la salle de bain avec beaucoup de vapeur d'eau, de bien pratiquer les DRP, voilà Il n'y a pas de soucis. Si je vois que ce sont des gens angoissés bien sûr qu'ils passent chez le kiné ou voir même selon le contexte une hospitalisation. »

« ... ça dépend de l'attitude des parents aussi. »

3.2.2.2.3 Demande

Quelques fois la prescription de KR émane d'une demande des parents, selon les dires de certains praticiens.

M1 : « Concrètement si les parents sont insistants s'ils veulent de la kiné respi je pense que je leur donnerai... »

M4 : « une fois qu'ils en ont bénéficié une fois ou pour le 1^{er} il la demande pour la bronchiolite et même des fois un peu plus tard quand ce n'est pas forcément recommandé. »

M8 : « S'ils ne sont pas encombrés je ne prescris pas sauf si les parents me demandent, que s'ils me disent oui mais s'ils s'encombrent comment on fait, alors là oui je peux être amené à le prescrire, à accéder à la demande, sauf les petits moins de 6 mois je leur dis : vous me le ramenez. »

M11 : « Je vais vraiment le prescrire euh... à des parents qui sont en demande, soit parce qu'ils ont déjà eu une expérience avec leur enfant et que... et qu'ils sont convaincus que ça l'avait aidé et que voilà. »

M17 : « à la demande des parents éventuellement. Qui peuvent nous dire : vous nous marquez pas de kiné, et là bon tu leur dis on marque un peu de kiné pour vous faire plaisir. J'ai eu quelques fois ce cas. »

M18 : « c'est la prescription qui est assez personne dépendante je pense, j'ai vu une petite l'autre jour la maman sortait d'une séance de kiné respi que lui avait prescrit ma collègue, moi je ne la trouvais pas très encombrée en fait, mais elle m'en demandait d'autres parce que vraiment ça l'améliorait beaucoup et qu'elle était impressionnée de la séance de kiné donc euh... je pense que là c'est très parents dépendants. »

3.2.2.2.4 Rôles du médecin

Le rôle majeur pour l'ensemble des médecins est de rassurer les parents.

M2 : « Après le rôle du médecin généraliste c'est de rassurer les gens. »

M11 : « Devant le nourrisson atteint de bronchiolite... je préfère revoir régulièrement les enfants, rassurer les parents pour leur fournir aussi une éducation moi-même sur le nettoyage du nez et les mesures associées. »

Pour certains cela peut passer par la KR :

M1 : « Après on peut le prescrire pour.... Pour heuuuuuuuuuu.... Rassurer les parents... »

M10 : « Soit ce sont des parents qui sont angoissés qui ont besoin d'être pris en charge qui ont besoin d'être aidés, rassurés, éventuellement je les envoie voir un kiné »

M13 : « Prescrire de la kiné respi pour leurs petits quand ils sortent et qu'ils ne sont pas rassurés sur l'état respiratoire de l'enfant quoi. » « Moi je trouve que ça rassure les parents déjà de prescrire de la kiné ça rassure les parents, déjà ça a un effet psychologique. »

M15 : « Ça rassure aussi les parents souvent de... enfin ou pas ça dépend des techniques qui sont utilisées mais c'est vrai que les parents ont parfois du mal à moucher les petits à bien les désencombrer après ils ont... ils se sentent un petit peu euhh... démunis, ils ne savent pas trop quoi faire. Et des fois le fait d'aller chez le kiné de faire remonter des expectorations de dégager un peu le bébé voilà, on voit qu'il va mieux et ça les rassure aussi. »

Une réassurance qui passe par les explications de la BN et de la KR.

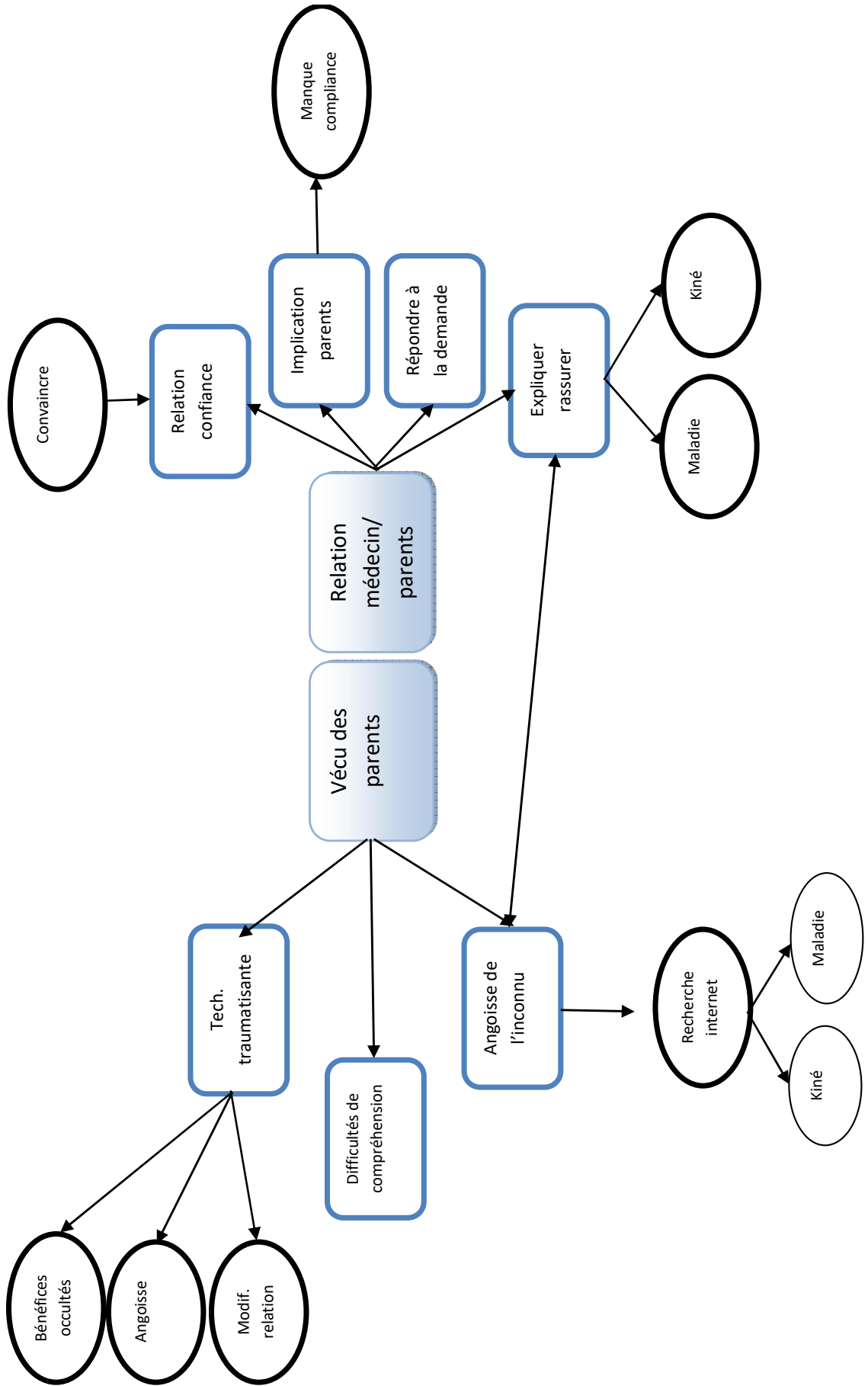
M4 : « il faut leur expliquer... les parents ont toujours peur. »

M7 : « Le tout c'est l'éducation des parents, les explications, alors tu en as qui sont éducatives et d'autres... »

M15 : « Déjà la plupart du temps ils ne savent pas forcément ce qu'est une bronchiolite et le traitement qui en découle donc ils ne vont pas le demander »

spontanément ils s'attendent à ce qu'on soigne leur bébé, qu'on leur explique, mais pas forcément par la kiné. »

Rapports des parents à la bronchiolite :



3.2.3 Coordination médecin/kinésithérapeute

La coordination entre les médecins et les kinésithérapeutes comprend l'examen du réseau de soins et des échanges d'informations entre eux.

3.2.3.1 Réseau personnel

Les médecins généralistes entretiennent différents types de rapports avec les kinésithérapeutes. Une des caractéristiques de ces rapports est l'existence d'un réseau de praticiens kinésithérapeutes vers qui orienter les patients.

3.2.3.1.1 Création du réseau

Les médecins parlent naturellement de leur réseau de praticiens kinésithérapeutes à qui ils adressent leurs petits patients.

La majorité des généralistes ont une pratique similaire c'est à dire un réseau constitué de professionnels :

Soit de zone géographique proche :

M5 : « j'ai certains kinés qui travaillent le samedi et puis sinon j'ai mes kinés habituels, dans le coin, qui travaillent avec notre cabinet qui peuvent voir les enfants en semaine »

M7 : « Alors souvent enfin entre guillemets on se croise euh... régulièrement donc on n'hésite pas à s'appeler ça fait 5 ans que je suis installée, 10 ans que je remplace ici donc voilà avec les kinés on se connaît bien, on s'appelle, on se textote. »

M11 : « je sais maintenant que par expérience, que les kinés qu'il y a autour de moi le font, donc en général quand j'adresse mes patients... De manière générale je les adresse à mes confrères les plus proches géographiquement. »

M17 : « Après je travaille surtout avec les kinés du secteur à X et alentours, enfin voilà après quand c'est un samedi ou autre quand il n'y en a pas de dispo les parents appellent les kinés de garde. »

Soit des « connaissances » :

M8 : « Alors j'ai un kiné à côté, Mr X qui a été à l'initiative sur X de faire un service de garde de weekend et jours fériés pour la bronchiolite dans la période hivernale donc il est très motivé par cette pathologie et très au point. Sinon j'ai un autre cabinet en ville aussi, bon lui il n'a pas d'aspiration mais il pratique la DRP et aussi l'autre cabinet en ville que j'avais connu à titre perso où là ils ont un petit plus de matériel. »

M9 : « Ben je travaille avec les kinés que je connais et dont je sais qu'ils font de la pédiatrie. »

M10 : « Pour tout en fait, je travaille avec les kinés que je connais pour tout adulte ou enfant. »

M15 : « parce que j'en connais, parce que j'ai quelques patients qui sont kinés je sais qu'ils bossent bien. » « J'ai connu un kiné sur X et qui a sa fille dans la même classe que mon fils, du coup j'ai une patiente qu'il suit donc on communique à ce moment-là pour elle directement quand on se croise. »

Soit de « retour d'expérience » :

M12 : « Après moi j'ai une liste de kinés correspondants auxquels j'adresse préférentiellement parce que je sais qu'ils travaillent euh enfin qu'ils veulent... qu'ils ont... qu'ils maîtrisent cette indication-là. »

M15 : « Parce qu'après sur les échos de certains patients on se rend compte qu'il y en a qui sont pas mal, là aussi je peux adresser. »

3.2.3.1.2 Communication entre professionnels

L'ensemble des médecins ont un discours ressemblant sur le manque de temps dans la pratique libérale, pour avoir un créneau dédié à l'échange avec les kinésithérapeutes, pour eux la communication est à sens unique si elle a lieu, ce sont les kinésithérapeutes qui les contactent en cas de problème.

M5 : « Les kinés, je sais à qui je les envoie les petits et du coup s'il y a besoin ils me font un retour et on en discute aussi, s'il n'y en a pas besoin ils ne me font pas de retour et voilà. »

M12 : « Si j'ai un retour ça peut être un kiné qui m'appelle en disant ; j'ai fait 2 séances ça ramenait rien, j'ai arrêté voilà ça peut être ça plutôt, je n'ai pas de souvenirs d'autres choses. Mais ce n'est pas moi qui les contacte généralement. »

Du moins, ils considèrent que c'est un devoir qui incombe aux kinésithérapeutes si nécessaire.

M9 : « Je ne les appelle pas moi mais je considère qu'eux s'ils ont un doute ils vont m'appeler parce que... En tout cas ça ne m'est jamais arrivé pour les nourrissons mais c'est vrai en tout cas sur la commune de X c'est souvent que les kinés m'appellent parce qu'ils ont un doute sur une prise en charge. »

M14 : « Dans ces cas-là régulièrement on s'appelle, c'est quasiment les rares fois où on a les kinés au téléphone pour la pédiatrie. Moi en tout cas je dis aux parents : n'hésitez pas à dire au kiné qu'il me passe un coup de téléphone si jamais il a l'impression que ça ne fonctionne pas ou que les manœuvres ne ramènent rien, qu'il me passe un coup de fil. »

M18 : « Mais non je ne les appelle pas avant moi, j'attends d'eux qu'ils m'appellent si ça ne va pas. »

Certains pensent qu'il existe une meilleure communication en zone rurale.

M3 : « Alors en ville quand il y a pléthore de médecins et de kinés c'est peut-être difficile de se connaître les uns les autres, mais bon en campagne les gens ont tendance euh... se connaissent quoi, donc euh... c'est toujours très agréable quand un kiné se sent à l'aise avec un médecin et l'appelle pour les moindres soucis. »

M4 : « Bon ici on est en milieu rural donc euh la coordination elle n'est pas euh... ici il n'y pas de coordination vraiment établie, de manière systématique mais bon souvent on se connaît quand même quand il y a un souci on se téléphone. »

M16 : « Après moi j'ai fait que de la médecine de campagne c'est peut-être différent de la médecine de ville, on communiquait facilement. »

3.2.3.2 Réseau bronchiolite

L'interrogatoire des médecins généralistes nous a permis de dégager les points forts et les points faibles du réseau bronchiolite.

3.2.3.2.1 Les forces du réseau

Certains médecins utilisant le réseau de garde mettent en avant les forces de celui-ci, tout d'abord concernant les kinésithérapeutes.

Pour l'ensemble des professionnels interrogés la compétence du kinésithérapeute est primordiale.

M4 : « Ça dépend des kinés aussi, il y en a certains quand même qui sont plus attentifs à ce problème et compétent. »

M14 : « Alors tout dépend de la formation du kiné ça peut être efficace comme inefficace, euhh, en règle générale on essaie d'adresser euh les enfants aux kinés qui savent le faire. »

M16 : « Mais après aussi c'est l'expérience qu'on a avec les kinés on sait comment la personne travaille. »

M17 : « Il faut qu'il ait un certain savoir-faire quoi. »

C'est pour cela que la plupart des médecins utilisant le réseau de garde ont confiance en adressant leurs nourrissons.

M10 : « Et d'ailleurs il y a un numéro avec des kinés qui font un système de garde. Ce qui est bien pratique car au départ on trouvait difficilement un kiné compétent et disponible le weekend. »

M14 : « Surtout que les kinés du réseau sont compétents. »

Pour l'ensemble des médecins le deuxième critère est la disponibilité, pas si facile en période épidémique, d'où l'avantage du réseau bronchiolite.

M2 : « des kinés disponibles pour la continuité des soins, c'est à dire le soir et même les weekends. »

M9 : « je voulais m'assurer effectivement qu'un kiné assure les soins pour le weekend et que les patients trouvent un kiné rapidement. »

Autre point positif souligné par les médecins de notre échantillon, la facilité d'accès en ville.

M12 : « Et puis je sais qu'il y a une permanence bronchiolite en période hivernale sur la ville y compris le weekend quand on en a besoin donc voilà. Ça peut m'arriver de l'utiliser surtout le weekend, ça marche bien. »

3.2.3.2.2 Les faiblesses du réseau

En ce qui concerne les faiblesses du réseau bronchiolite, notre échantillon a révélé qu'une partie seulement des médecins généralistes avaient connaissance de ce genre de réseau (alors que tous les médecins de l'échantillon exerçaient dans une zone couverte par un réseau).

Ainsi, certains ont été surpris et se demandaient pourquoi ils n'étaient pas au courant de l'existence d'une telle structure, soulignant un manque d'information.

M5 : « Après je pense que c'est vraiment euh le truc qu'il faudrait faire euh... parce que ça m'est arrivé une fois c'est de diffuser un peu plus largement le numéro de euh... du réseau de garde de kiné auprès des médecins de villes ou que ce soit facilement trouvable sur internet ou même aux urgences pédiatriques. Parce que voilà il avait fallu que j'appelle le Samu pour avoir le numéro. Donc oui pour qu'on sache assez facilement à qui adresser les enfants euh quand c'est le weekend surtout. »

M14 : « Euh non, le réseau de kinés de garde. Non je ne connais pas du tout. »
« Non mais euh ça serait bien que le réseau bronchiolite on le connaisse mieux et euh qu'on en connaisse les numéros parce que quand on est de garde euh... en ville le weekend qu'on a un enfant qui a une bronchiolite qui n'a pas de facteurs, enfin de signes cliniques de gravités plutôt que de l'envoyer aux urgences euh... et grossir la liste d'attente des urgences surtout le weekend, ça serai bien qu'on ait au moins ce numéro pour au moins dévier une ou deux bronchiolites dans un weekend, ça c'est quand même très très bien et puis les réseaux ils sont là pour fonctionner si jamais personne ne leur envoie de patients c'est voué à disparaître. »

M18 : « je pense que j'ai vu un truc dessus (rire) on l'a dans nos papiers quelque part... mais je sais que ça existe, mais je ne l'ai pas dans mes petites fiches directes, donc bon non je ne l'ai jamais utilisé car je ne connais pas vraiment j'ai jamais eu trop d'info dessus. »

Ce qui a entraîné pour un des médecins une réflexion au sujet du manque de centralisation de toutes les informations utiles pour un médecin généraliste.

M14 : « Il faudrait un répertoire facile ou une application quoi et puis quand il y a du changement il le change comme ça tu n'as pas à avoir un bouquin papier. Un annuaire d'utilisation du tissu médical et paramédical régional ça ne me paraît pas très très compliqué à utiliser mais ça il faut que ça soit une instance existante qui s'en occupe. Ce n'est pas normal que le réseau bronchiolite soit pas mieux connu je suis désolé. Après 10 ans d'installation ce n'est pas normal que je ne connaisse pas est ce que c'est ma faute peut être, est ce que c'est une erreur du réseau bronchiolite de ne pas avoir pénétré le tissu médical suffisamment en tout cas avoir touché au bon endroit quand on s'occupe d'un réseau la moindre des choses c'est de se faire connaître. »

Pour les médecins ayant connaissance de ce réseau, la problématique d'accessibilité a été mise en avant.

M4 : « ... ici en zone rurale il y a un numéro un réseau d'urgence mais bon pour les parents c'est souvent se déplacer assez loin, parfois il le faut hein mais moi personnellement je n'ai jamais fait appel à ce genre de réseau. »

D'autres soulignent d'avantage un problème avec des périodes de disponibilité limitées.

M5 : « une fois je sais que j'avais galéré parce que euhhh, parce que c'était un samedi matin et... et... et ce n'était pas fonctionnel. En fait c'est ouvert de telle date à telle date et là enfin il y avait un truc, il a fallu que j'appelle les urgences pédiatriques pour l'avoir et au final ça ne marchait même pas. »

3.2.3.3 Attentes des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés sur leurs attentes en termes de coordination avec les praticiens kinésithérapeutes ont des avis qui divergent.

Certains dénoncent un manque d'organisation et de communication souhaitant ainsi trouver des pistes pour améliorer la prise en charge globale de leurs petits patients.

Quant à d'autres, ils ne voient pas de nécessité de modifier leur mode de fonctionnement même s'ils reconnaissent avoir une coordination limitée entre les deux corps de métiers.

3.2.3.3.1 Améliorer la communication

Les partisans du changement souhaitent essentiellement une meilleure coordination.

Certains ne savent pas comment il est possible d'améliorer la situation.

M2 : « Non il faut des gens concernés qui maîtrisent les choses dans ce cadre-là il faut une vraie coopération entre le médecin gé et les kinés, après il faut trouver ces gens. Et après il faut trouver le moyen d'améliorer la communication entre tous. »

M3 : « Après euhhh... après je ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit de bien défini. Donc tout est à faire voilà. »

M16 : « Ce que j'aimerais c'est que souvent ce sont les parents qui nous disent et moi j'aimerais savoir en fait, combien de séances ils ont fait, c'est plus les parents qui nous donnent les retours. Combien de séances ils ont fait, ce qu'ils ont fait, est ce que ça a été efficace ? Alors quand l'enfant ne va pas mieux et qu'il est adressé aux urgences ou que ça s'aggrave là, il y a un contact mais je trouve que ça serait mieux une coopération entre les professionnels, mais bon ça ne se limite pas qu'à la bronchiolite donc de pouvoir savoir un peu si ça a été efficace, s'ils ont trouvé ça utile, combien de séances ils ont fait, est ce que ça s'est bien passé ? »

D'autres envisagent de favoriser les échanges pour pallier au manque d'organisation et de communication entre professionnels de santé.

M6 : « Pour mieux coordonner peut-être qu'on ait un compte rendu écrit du kiné ou un contact téléphonique euh... qui nous explique un petit peu comment ça se passe. »

M15 : « on n'a pas souvent de communication par rapport à l'évolution par rapport à ce qu'il en pense, parce que c'est intéressant pour nous des fois, on prescrit mais est ce qu'il est d'accord avec ce qu'on prescrit ?! C'est vrai qu'on a peu de communication par rapport aux pathologies des patients. Moins qu'avec les infirmiers, alors que bon là aussi ça pourrait être intéressant. »

M16 : « après chaque prise en charge en fait au minimum qu'il passe un coup de fil mais ça ça peut toujours être difficile, ou avoir un petit compte rendu courrier qui

nous revient moi ça me conviendrait parfaitement, voilà un compte rendu papier. A la limite qu'on établisse un questionnaire ça pourrait être quand même pas mal aussi un questionnaire qui ferait le lien entre médecin et kiné, le... un truc qui soit établi entre les 2 et savoir ce que chacun d'entre eux fait et savoir ce que l'autre attend aussi. Je ne sais pas si ça pourrait être réalisable mais on le fait pour toutes les consultations entre médecins, d'avoir un retour au médecin qui a prescrit c'est quand même pas mal surtout quand on va revoir l'enfant. »

M17 : « *se contacter ouais m'enfin bon après ça c'est autre chose, je sais qu'ici il y a des infirmières avec qui il y a des réunions ou autre pour un petit peu... pour les dossiers médicaux pour voir exactement ce qu'ils allaient faire pour coordonner les soins. Faire ça voilà éventuellement avec les kinés ça peut être possible ou autre, se voir mais bon ça c'est surtout le problème du temps. »*

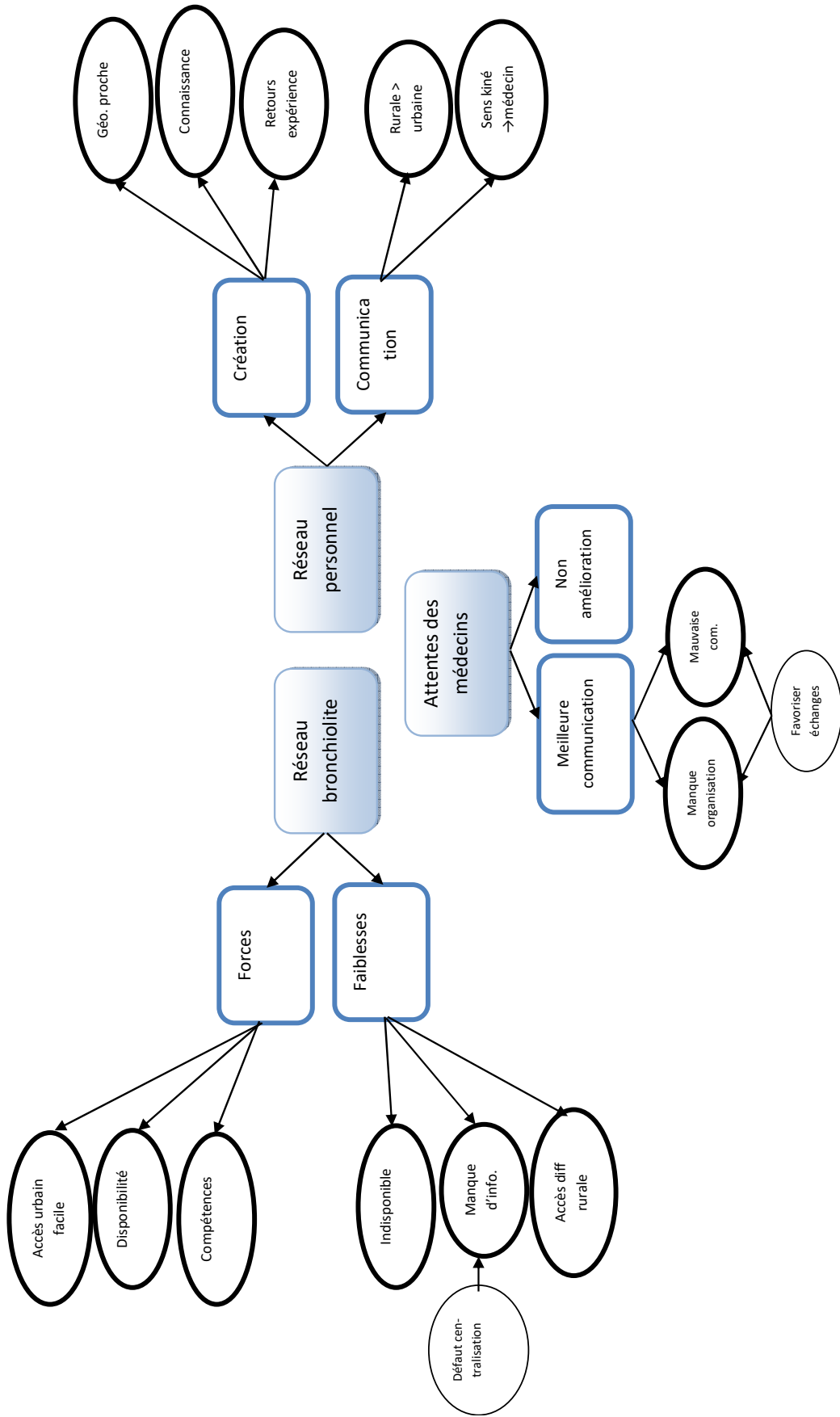
3.2.3.3.2 Pas de modifications

Certains trouvent que leur organisation est suffisante pour la prise en charge de cette pathologie.

M5 : « *après pour la coordination je ne sais pas parce qu'il me semble après que lorsqu'il y a un problème comme il y a le numéro du médecin sur l'ordonnance ben ils nous appellent. Et vu qu'on est en contact avec les parents s'il y a besoin on peut avoir facilement le kiné donc non pour moi il n'y a pas trop besoin d'une coordination commune. Chacun exerce comme il le souhaite. Voilà »*

M18 : « *... améliorer les relations, le réseau non je ne vois pas de nécessité dans l'immédiat parce que c'est ponctuel la kiné respi dans notre... enfin dans mon exercice, j'en demande pas plus que ce qui se passe actuellement.*

Coordination médecins / kinésithérapeutes :



4 DISCUSSION

Au contraire d'un médicament, et de façon générale, les gestes de thérapie physique restent difficiles à évaluer et à valider car ce sont des méthodes manuelles peu codifiables où le facteur humain est prédominant.

Ce travail a eu pour objectif d'évaluer les attitudes de prescription des médecins généralistes en termes de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite aigüe du nourrisson. Notre étude permet de donner une image proche des résultats trouvés dans la littérature.

4.1 Les résultats principaux

4.1.1 La prescription de kinésithérapie respiratoire

Notre étude a permis de mettre en avant le fait que la prescription de KR n'était plus systématique dans la prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson. Cette notion se retrouve dans de multiples études ultérieures à la conférence de consensus de 2000. Comme par exemple dans l'enquête de 2013 menée auprès des médecins généralistes dans la région Pays de la Loire qui retrouvait une prescription de KR dans 56.8% des cas. (31).

Ce qui prouve que les médecins restent attentifs aux nouvelles données de la littérature même en dehors de nouvelles recommandations officielles.

La formation médicale continue, qui est une caractéristique majeure de la profession, passe par de nombreuses possibilités et sources d'informations. Dans notre enquête un seul moyen d'information a été cité spontanément par les participants, la presse professionnelle et plus particulièrement la revue Prescrire. Ce qui n'est pas étonnant d'une part à cause de la vive polémique suscitée par son article sur le sujet (14) et

d'autre part parce qu'elle fait partie des revues les plus populaires au sein de la profession (avec plus de 15000 abonnés) d'après une enquête de l'IGAS en 2007.(32)

Toutefois, il est ressorti de l'analyse de nos données que les facteurs biomédicaux et les recommandations de bonnes pratiques n'étaient pas le seul facteur influençant la prescription des médecins généralistes en ville.

Ainsi, l'expérience à un rôle prépondérant dans le choix des conduites à tenir, qu'elle soit de nature professionnelle acquise au fil des années d'exercice, ou personnelle secondaire aux situations vécues dans la vie privée. Le lien est d'autant plus fort que les recommandations sont controversées. Ce qui était déjà le cas lors de leur parution, où elles étaient assorties d'une note qui encourageait des travaux de validation de cette pratique, soulignant le manque de preuve d'efficacité non négligeable. Selon une étude publiée dans la revue *Exercer*, plus la validité et la robustesse des valeurs scientifiques retenues sont faibles, plus l'adhésion y est incomplète. Ainsi en situation de controverse, la décision médicale est en partie déterminée par l'expérience personnelle. (33)

Autre point marquant de notre étude qui peut être pris en compte dans la décision médicale, est le fait qu'aucun des médecins interrogés ne connaissait la technique de KR pratiquée dans la bronchiolite.

La constatation est faite que la majorité des médecins prescrivent un soin de physiothérapie en général dont ils ignorent le déroulement. Ainsi, plusieurs médecins interviewés ont parlé de « clapping », qui méthode anglo-saxonne, n'est pas utilisée en France. Une étude récente du ministère de la santé a étudié la prescription de kinésithérapie de l'appareil locomoteur par les médecins généralistes et les rhumatologues, et a abouti au même constat. (34)

La balance bénéfice/risque pour notre échantillon de médecins généralistes est en faveur de la prescription de KR.

Les bénéfices cités lors de nos travaux sont divers : cliniques (amélioration de la symptomatologie), économiques (limitation des hospitalisations donc du coût), psychosociaux (surveillance et éducation thérapeutique). Mais la majorité de ces bénéfices sont en fait des préjugés ou des a priori subjectifs. L'efficacité clinique n'a pas encore été démontrée en ambulatoire même si de récentes études ont obtenu des résultats significatifs avec une amélioration du score clinique à court terme. (25) Le coût de la KR n'est pas négligeable même si une étude a montré une diminution des hospitalisations à la suite de séances de KR. L'étude étant de faible niveau de preuve d'autres sont nécessaires avant toute conclusion. (35) Le seul bénéfice prouvé et pas des moindres, est psychosocial englobant la surveillance, et l'éducation thérapeutique.

Quant aux risques, le premier concerne le kinésithérapeute lui-même, car cette pratique est opérateur dépendant. Le deuxième concerne la technique, un ressenti subjectif « traumatisant », associé à la possibilité d'effets secondaires et l'idée d'effet de courte durée. Toujours en rapport avec un article de Prescrire qui a frappé un grand coup en exposant l'éventualité de fractures de côtes.(36) Dans notre étude comme dans la littérature aucun des médecins interrogés ne s'est retrouvé face à une telle situation. (37)

4.1.2 La place des parents dans la prise en charge

Les praticiens ont du mal à accepter l'absence d'action causée par le manque de thérapeutique dans cette pathologie, face à l'angoisse des parents. Il leur est difficile d'axer leur mission sur l'éducation thérapeutique et se heurtent parfois à des difficultés de compréhension.

Pour la majorité des médecins, la bronchiolite est grave et traumatisante dans l'imaginaire des parents. Des campagnes d'informations seraient probablement le moyen le plus efficace pour faire évoluer les mentalités. A l'instar de la campagne menée par les autorités publiques de 2002 à 2007 ; « les antibiotiques, c'est pas automatique ».

Une étude a évalué les retombées de cette campagne sur la prescription d'antibiotique en France en 2009 et a montré une baisse de 26.5 % de la prescription. (38)

En médecine générale, les interactions entre les médecins et les patients sont essentielles pour établir une relation de confiance, relation nécessaire à une prise en charge optimale. Dans le cadre de la bronchiolite, elle passe par la confiance que les parents accordent à leur médecin. Le rôle fondamental du médecin est de rassurer les parents par des explications claires sur la maladie et ses traitements. La pratique en médecine générale privilégie donc la prescription et la dimension relationnelle. Les médecins généralistes sont alors contraints d'ajuster leur prescription ce qui induit une hétérogénéité des pratiques.

Ainsi, la demande des parents peut influencer la décision médicale. Ces derniers étant majoritairement satisfaits de cette pratique, comme le montre l'étude du réseau bronchiolite d'Aquitaine, ce qui contribue probablement à la poursuite de la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire.(39)

4.1.3 La coordination entre les professionnels de santé

A la lumière de nos résultats la coordination entre les différents acteurs de santé, notamment lorsqu'il s'agit de soins physiothérapeutiques, n'est pas idéale, fait connu qui a été démontré encore récemment dans l'étude de l'ONDPS. (34)

Les médecins se créaient un réseau de kinésithérapeutes personnels, leur choix se porte sur des critères géographiques mais aussi personnels (connaissances) ou professionnels (retours d'expérience). Ils s'accordent tous sur le fait du manque de temps qui limite leur communication et estiment qu'il incombe au kinésithérapeute de les tenir informer en cas de problèmes. Cette pratique semble être en quelque sorte la règle dans notre système de soins.

Comme nous montre notre enquête les avis divergent, certains médecins, notamment les plus jeunes, seraient les plus motivés pour améliorer cette communication, tout en étant conscient de la contrainte temps, liée à leur pratique. D'autres se satisfont de ce mode de fonctionnement et ne souhaitent pas en changer. Pour autant aucun n'a donné de pistes pour une amélioration. Les avancées technologiques et l'informatisation de la pratique médicale peuvent nous laisser imaginer qu'un jour le Dossier Médical Partagé sera généralisé, permettant ainsi une meilleure coopération entre les professionnels de santé. (40)

Cette coordination pourrait aussi passer par les réseaux bronchiolite, par exemple avec l'utilisation d'une fiche bilan mis dans le carnet de santé de l'enfant, remplie par les kinésithérapeutes du réseau ce qui permettrait déjà au médecin généraliste d'avoir un retour. Et pourquoi pas par la suite une généralisation à tous les médecins et kinésithérapeutes libéraux. Elles pourraient ressembler aux fiches bilan utilisées par le réseau bronchiolite d'Ile de France. En effet, ce réseau a mis en place une méthode d'évaluation de la kinésithérapie en interne en recueillant et analysant des fiches bilan remplies par les médecins et les kinésithérapeutes du réseau. Ces fiches correspondent à une synthèse médicale qui permet d'une année à l'autre de comparer les pratiques médicales au sein de ce réseau. Sachant toutefois que cette pratique se heurte à de nombreuses contraintes techniques et organisationnelles.(41)

De plus, un autre problème a été révélé par notre étude. Nous avons découvert qu'une partie des médecins généralistes ne connaissait pas l'existence de tels réseaux en France, réseaux existant pourtant depuis plusieurs années. Est-ce le manque d'information qui en est la cause ? Ou le peu d'intérêt des médecins pour ce genre de réseau ? Notre étude ne nous a pas permis de répondre à cette question.

Il est toutefois important de noter que les médecins ayant connaissance de ces réseaux et les utilisant en sont satisfaits. D'une part, grâce aux équipes formées et d'autre part, grâce à la disponibilité permettant la continuité des soins le week-end et jours fériés.

4.2 La validité de l'étude

4.2.1 Les forces

Le choix de la méthode :

Le type d'étude qualitative par entretiens individuels a été préféré aux études quantitatives du fait de l'objectif de notre étude. Dans l'attente qu'une plus grande liberté de parole permette d'obtenir une plus grande variété d'idées. Ce type d'étude nous a donc permis de mieux comprendre la question posée dans son contexte en obtenant des données très diversifiées. Une étude en focus groupe aurait également été possible. Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes sous forme d'entretiens individuels pour permettre une meilleure expression de ces derniers dans leur milieu professionnel réel et pour une plus grande facilité d'organisation du fait que les participants n'ont pas à se déplacer.

La technique de recueil des données a nécessité un investissement important sur le plan relationnel et a permis aux médecins rencontrés et à l'enquêteur d'échanger des relations humaines étonnantes.

L'analyse :

Bien que l'analyse soit influencée par les objectifs de recherche, au départ les résultats proviennent directement de l'analyse des données brutes et non des réponses souhaitées. Il est important de souligner que l'étude a été menée durant la saison hivernale 2016/2017 donc en pleine épidémie de bronchiolite.

Notre recherche a été rigoureusement menée afin de répondre au mieux aux critères de validation.

- Acceptation interne : La mission a bien été présentée à chaque participant avant le recueil des données et un consentement oral a été recueilli pour chaque entretien après acceptation de la charte de confidentialité. Une déclaration au CIL a été faite.

- Validité : Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à obtenir la saturation des données. Les retranscriptions écrites ont été ajoutées en annexe afin d'illustrer les résultats. Le codage ouvert, correspondant à la première étape de l'analyse, a été réalisé en double aveugle afin de valider notre travail de recherche. Enfin, la recherche d'une cohérence avec les données préexistantes de la littérature a été réalisée.
- Fidélité : Les méthodes et procédures ont été détaillées afin que les données puissent être utilisables par un autre chercheur (reproductibilité).

4.2.2 Les limites

S'agissant d'une étude qualitative, l'échantillon n'est pas représentatif de la population mais reflète au mieux sa diversité. Nous pouvons toutefois noter plusieurs types de biais dans notre étude.

- Biais de sélection :

Les médecins ont été recrutés parmi les connaissances de l'auteur, l'échantillon était donc opportuniste et les rapports entre les protagonistes ont pu influencer le déroulement des entretiens. Cependant, ces mêmes rapports ont permis de réduire le refus des participants. La moyenne d'âge de notre échantillon est plus basse que la moyenne nationale ce qui biaise aussi notre représentativité. Ce qui peut être expliqué par le fait que les jeunes médecins ont plus facilement accepté l'enquête du fait de leurs souvenirs d'internat et difficultés rencontrées pour leur propre travail de thèse.

- Biais d'intervention :

La qualité de l'entretien est directement liée aux capacités relationnelles de l'enquêteur et sa manière de conduire l'entretien. Celle-ci dépend de la connaissance qu'il possède en termes de technique de communication mais aussi de maturité personnelle. L'absence de formation préalable et le fait d'être novice en la matière ont donc biaisé l'étude. Des questions quelques peu maladroitement ont pu par exemple

écarter le médecin d'un thème qu'il aurait pu développer contribuant donc à une perte de données.

- Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation :

La neutralité nécessaire à la bonne réalisation des entretiens a certainement été tronquée par l'orientation subjective de l'enquêteur. Tout chercheur a ses intentions qui le dirige dans ses recherches et oriente le discours du participant. La notion d'objectivité est remise en cause, ce qui est un risque inhérent à la méthode qualitative et ne peut être complètement écarté.

Les entretiens et l'analyse des résultats ont été réalisés par la même personne. L'analyse est donc partiellement dépendante de l'interprétation de l'enquêteur, les différents thèmes étant le fruit de sa création. Nous avons tenté de limiter ce biais par la double analyse du codage ouvert (première étape du codage des données), mais la limite des moyens humains ne nous a pas permis une analyse par triangulation.

4.2.3 Les perspectives

Le même sujet pourrait être étudié avec une autre technique de recueil de données. Il serait intéressant de voir quels sont les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« focus groups ») et les comparer à nos entretiens individuels. La dynamique de groupe peut parfois permettre aux médecins de s'exprimer sur des thèmes qu'ils n'auraient pas abordés seul. L'expression sans tabou de certains peut lever l'inhibition des autres. Les interactions entre les participants peuvent également faire émerger des opinions et des expériences.

Il serait aussi intéressant d'interroger au cours d'une étude qualitative, les kinésithérapeutes, principaux acteurs de ce soin, sur cette pratique, afin d'en déterminer leur point de vue. Tout d'abord sur leur rôle mais aussi sur leur opinion et leur façon d'appréhender la coordination avec les médecins prescripteurs.

Une campagne d'information sur la bronchiolite et la kinésithérapie respiratoire incluant les réseaux bronchiolites pourrait permettre une évolution des mentalités.

Enfin, une meilleure communication pourrait être espérée dans les années à venir entre les professionnels de santé avec la mise en place du Dossier médicale partagé.

5 CONCLUSION

La médecine générale est une discipline complexe de par sa diversité, et la pratique en secteur libéral est une pratique difficile. Le médecin est généralement seul confronté aux angoisses des parents, aux problèmes organisationnels et à un manque de temps inéluctable. Toutes ces raisons sont des déterminants dans sa pratique quotidienne et l'amène fréquemment à s'écarter des recommandations de bonnes pratiques.

Au travers de notre travail nous avons fait un état des lieux des perceptions et des pratiques des médecins généralistes en France concernant la bronchiolite du nourrisson. Nous avons pu mettre en évidence que la kinésithérapie respiratoire, même si elle reste encore très prescrite, n'est plus systématique et est d'avantage réservée au cas posant des problèmes d'encombrement ou des soucis de surveillance.

Le kinésithérapeute est un véritable acteur des soins primaires, prolongeant la prise en charge par un professionnel de santé, de par ses actes techniques, ses messages de prévention mais aussi son apport en termes d'éducation thérapeutique. Une meilleure communication entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes reste à encourager, peut être aidée par les avancées technologiques.

Une campagne d'information des pouvoirs publics, moins alarmistes pour les parents, permettrait probablement de réduire le sentiment de gravité.

Enfin, une actualisation des pratiques semble devenue indispensable compte tenu des connaissances accumulées ces dernières années. Elle permettrait de sensibiliser de nouveau les médecins à cette pathologie et les guiderait dans leur choix thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Che D, Caillère N. Surveillance et épidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France. 14 avr 2008;
2. [Consensus conference on the management of infant bronchiolitis. Paris, France, 21 September 2000. Proceedings]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. janv 2001;8 Suppl 1:1s-196s.
3. Freymuth F, Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Lubin C, Vaudecrane A. Les virus des bronchiolites aiguës. 30 juill 2010;
4. Chéron G, Patteau G. Bronchiolite du nourrisson. 29 juill 2009;
5. Réseau OSCOUR® / Surveillance syndromique - SurSaUD® / Espace professionnels / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R/Reseau-OSCOUR-R>
6. Santé publique France - Épidémies hivernales - Saison 2016-2017 [Internet]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Epidemies-hivernales-Saison-2016-2017>
7. Bulletin épidémiologique bronchiolite. Bilan de la surveillance 2016-2017. [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite/Situation-epidemiologique-de-la-bronchiolite-en-France-metropolitaine/Archives/Bulletin-epidemiologique-bronchiolite.-Bilan-de-la-surveillance-2016-2017>
8. Freymuth F. Virus syncytial respiratoire et virus para-influenza humains : épidémiologie. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/24105/resultatrecherche/2>
9. Zhivaki D, Lemoine S, Lim A, Morva A, Vidalain P-O, Schandene L, et al. Respiratory Syncytial Virus Infects Regulatory B Cells in Human Neonates via Chemokine Receptor CX3CR1 and Promotes Lung Disease Severity. Immunity. 21 févr 2017;46(2):301-14.

10. Che D, Nicolau J, Bergounioux J, Perez T, Bitar D. Bronchiolite aiguë du nourrisson en France : bilan des cas hospitalisés en 2009 et facteurs de létalité. 20 juin 2012;
11. Recommandations de la 1re conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire. Ann.Kinésithér., Paris,1995.
12. Evenou D, Pelca D. Le Réseau bronchiolite Ile-de-France : une dynamique en constant renouvellement. Sociol Prat. 2005;(11):73-85.
13. Carte des réseaux | Réseau Bronchiolite Île-de-France [Internet]. Disponible sur: <http://www.reseau-bronchio.org/le-reseau-bronchiolite/carte-des-reseaux/>
14. Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire [Internet]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/48334/0/NewsDetails.aspx>
15. Gajdos V. Kinésithérapie respiratoire avec manœuvres d'augmentation du flux expiratoire et aspirations nasales chez des enfants hospitalisés pour bronchiolite aiguë (étude BRONKINO). 16 mars 2011;
16. Rochat I, Leis P, Bouchardey M, Oberli C, Sourial H, Friedli-Burri M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. Eur J Pediatr. 1 mars 2012;171(3):457-62.
17. Postiaux G, Dubois R, Marchand E, Demay M, Jacquy J, Mangiaracina M. Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lente Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson. 7 avr 2008;
18. Gomes ELFD, Postiaux G, Medeiros DRL, Monteiro KKDS, Sampaio LMM, Costa D. Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial. Rev Bras Fisioter Sao Carlos Sao Paulo Braz. juin 2012;16(3):241-7.
19. Sterling B, Bosdure E, Stremier-Le Bel N, Chabrol B, Dubus J-C. Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire : un dogme ébranlé. J Eur Urgences Réanimation. 1 avr 2015;27(1):14-20.

20. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2016.
21. Ralston SL. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 27 oct 2014;peds.2014-2742.
22. Bronchiolitis in children: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE. 2015.
23. Verstraete M. 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. 1 janv 2014;21(1):53-62.
24. André-Vert J. Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne. Kinésithérapie Rev. 1 févr 2006;6(50):25-34.
25. Evenou D, Sebban S. 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. 17 mai 2017;
26. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. 1994.
27. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012. 268 p.
28. Santiago-Delefosse M, Rouan G. Méthodes Qualitatives en Psychology. 2001.
29. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin; 2011. 88 p.
30. Mucchielli R. Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale: connaissance du problème, applications pratiques. Esf Editeur; 1993. 142 p.
31. Branchereau E, Branger B. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. 21 nov 2013;

32. Bras PL, Ricordeau P. L'information des médecins généralistes sur le médicament, IGAS [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>
33. Cadier S, Le Roux G. La décision médicale en situation de controverse. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. janv 2010;(90 suppl 1):36-7.
34. Bonnal C. La prescription de masso-kinesithérapie par les medecins generalistes et rhumatologues liberaux. Rapport d'étude; ONDPS. Décembre 2009. [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesithérapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf
35. Sebban S, Pull L, Smail A. Influence de la kinésithérapie respiratoire sur la décision d'hospitalisation du nourrisson de moins d'un an atteint de bronchiolite aux urgences pédiatriques. 7 mars 2017;
36. Bronchiolite : pas de kinésithérapie respiratoire systématique. Absence d'efficacité démontrée mais risque de fracture de côtes Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 768-770.
37. Chapuis A, Maurric-Drouet A, Beauvois É. La kinésithérapie respiratoire ambulatoire du nourrisson est-elle pourvoyeuse de traumatisme thoracique ? 7 déc 2010;
38. Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle P-Y, et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. PLoS Med. 2 juin 2009;6(6):e1000084.
39. Fetouh M. Réseau Bronchiolite Aquitaine : bilan et impact sur le CHU de Bordeaux. 7 avr 2008;
40. Lignot-Leloup M, Merlière Y. Vers un dossier médical partagé pour favoriser la coordination des acteurs. 21 juin 2016;
41. BILAN-2014-2015. Campagne Réseau bronchiolite Ile de France. Evenou D; Sebban S. [Internet]. [cité 22 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.reseau-bronchio.org/wp-content/uploads/2015/09/BILAN-2014-2015.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire et guide d'entretien médecin

Questionnaire sur les caractéristiques du participant, information à recueillir avant l'entretien :

- Sexe
- Age
- Lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain)
- Type d'exercice (seul, cabinet de groupe)
- Qualité (interne thésé ou non, médecin généraliste)
- Situation de famille (avec ou sans enfant)

Guide d'entretien :

- 1/ Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ?
- 2/ Que fait le kinésithérapeute lors d'une séance de KR ? Comment se déroule une séance ?
- 3/ Quels sont les facteurs qui influencent votre prescription ? Pourquoi la prescrire ?
- 4/ Qu'attendez-vous de la kinésithérapie respiratoire ? Quels sont les effets attendus de la KR ?
- 5/ Votre opinion sur cette pratique, avantages et inconvénients ?
- 6/ Utilisez-vous les numéros d'urgences, le réseau bronchiolite ou autre ?
- 7/ Que proposeriez-vous pour une coordination médecin/kinésithérapeute dans le but d'une amélioration des prises en charge ?

ANNEXE 2 : Charte de confidentialité



Charte de confidentialité

TITRE : LA KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE DANS LA BRONCHIOLITE DU NOURRISSON : UNE ETUDE QUALITATIVE EN SOINS PRIMAIRES.

OBJET D'ETUDE : Recueil des perceptions et des pratiques des médecins généralistes en termes de prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson.

Madame, Monsieur

Vous acceptez de répondre à mes questions au cours d'un entretien privé avec enregistrement vocal.

Sachez que l'anonymat sera respecté pour l'intégralité des données recueillies.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression de celles-ci à tout moment, en me contactant par téléphone (06.11.87.33.21) ou par mail (a.barniaudy@hotmail.fr).

Document remis en main propre à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

ANNEXE 3 : Grade des recommandations

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve.
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve.
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve scientifique.

Cette gradation fondée sur le niveau de preuve scientifique de la littérature ne présume pas obligatoirement du degré de force des recommandations. Il peut exister des recommandations de grade C fortes malgré l'absence d'un appui scientifique. Ce système de cotation provient du Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, publié en 2000 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), et a été repris ultérieurement par l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Niveau	Définition	Grade des recommandations
1	Essai comparatif randomisé de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
2	Essai comparatif randomisé de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohortes	B Présomption scientifique
3	Etudes de cas témoins	C Faible niveau de preuve
4	Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas	C Faible niveau de preuve

ANNEXE 4 : Score de Wang

Le score de Wang est un score de sévérité clinique mis en place en 1992 par une équipe canadienne dirigée par Wang. Il prend en compte la fréquence respiratoire, les sifflements, le tirage et l'état clinique général.

	0	1	2	3
Fréquence respiratoire	< 30	31-45	46-60	> 60
Wheezing	Aucun	En fin d'expiration ou seulement audible au stéthoscope	Sur toute l'expiration ou audible à l'expiration sans stéthoscope	Audible à l'inspiration et à l'expiration sans stéthoscope
Tirage	Aucun	Intercostal seulement	Supra-sternal	Sévère avec battement des ailes du nez
Appréciation de l'état clinique général	Normal			Irritable Epuisement Mauvaise alimentation

Un score compris entre 0 et 4 correspond à une bronchiolite sans critère de gravité.

Un score compris entre 4 et 8 met en évidence une bronchiolite de gravité modérée.

Un score compris entre 8 et 12 signe une bronchiolite sévère.

ANNEXE 5 : Verbatim

ENTRETIEN 1 (M1, 02.01.17, durée : 14min)

« Que penses-tu de manière générale de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Je pense qu'elle n'a plus sa place dans la prise en charge de la bronchiolite... euuhhh hors réanimation. (Silence)

« Pourquoi du coup ? »

Selon les dernières reco enfin selon ce qu'on a appris et ce que j'ai vu. Ce n'est pas la kiné respi et même la vraie kiné respi car pour moi la kiné respi c'est le clapping, après j'avais discuté avec un kiné qui m'avait dit que non ce n'était plus ça. Mais ce n'est pas ça qui est efficace mais c'est le nettoyage de nez. Donc au final pour moi ce qui est le plus efficace, ce sont les DRP, qui sont efficaces après une séance de kiné plus que la manipulation elle-même. Mais je ne pense pas être vraiment au fait de la technique... De ce qui est fait.

« Donc toi tu ne sais pas trop ce qui se passe exactement pendant la séance ? »

Je sais qu'ils font une bonne DRP et après je sais qu'ils aident l'enfant à respirer.

C'est ce que je sais vraiment. Après pour moi si les parents savent bien faire une DRP, si tu leur as montré et qu'ils sont « cortiqués » ça peut passer.

Après en éliminant bien sur les critères de gravité. Après on peut le prescrire pour.... Pour heuuuuuuuuuu.... Rassurer les parents, je sais qu'il y a un réseau de kiné respi en hiver, je sais qu'on peut les appeler n'importe quel jour et ils passent.

Et ça permet aussi de passer, d'évaluer l'enfant voir s'ils doivent consulter en urgence ou pas. Ça ça peut être pas mal.

« Ouais donc selon toi pourquoi un médecin va prescrire de la kiné respi ? A ton avis en ville c'est quoi les facteurs qui influencent cette prescription ? »

Moi je pense que si tu prescris un kiné en ville juste pour la surveillance, c'est que ton enfant doit aller à l'hôpital, si tu n'as pas confiance aux parents. Ce n'est pas le kiné qui va prendre la saturation le machin. Si moi pour moi l'enfant je ne le sens pas et les parents non plus et que je me dis tiens je vais mettre le kiné pour qu'il fasse un peu de clapping ou sa kiné et qu'il évalue, ça va pas passer donc je l'envoie direct aux urgences. Donc surveillance oui et non.

« Quels sont les facteurs qui influencent la prescription de kiné respi ? »

Donc pour la surveillance je dirai non s'il est vraiment encombré qu'on prend une sat....

En gros je l'examine s'il n'a pas de facteurs de gravité et que ça peut se gérer à la maison je dis aux parents qu'ils fassent les DRP et je ne prescris pas la kiné. S'il y a des facteurs de gravité là c'est une urgence, hôpital direct.

« Que penses-tu qu'en attendent les médecins qui font des prescriptions de kiné respi ? »

Ils pensent que ça va être miraculeux, peut-être qu'il pense que c'est le traitement. Mais bon c'est toujours pareil, si la DRP fait partie de la kiné respi ce n'est pas une DRP 2 fois par jour qui va faire que ça va aller, que ça va les aider...

« Pour toi c'est quoi les avantages et les inconvénients de la KR ? »

Les avantages ben soulager l'enfant, les inconvénients je crois qu'il n'y a plus de fractures de cotes.... Heureusement... inconvénients S'il y en a on n'en prescrit pas.... C'est plus simple. C'est qu'il faut que je voie si c'est efficace...

« Que faudrait-il faire pour ...euh ... cette méthode si on ne sait pas s'il faut ou non prescrire ? C'est un peu flou, pour toi qu'est ce qu'il ferait qu'on tranche ? »

Ah tu me colles là. Euhhhh je ne sais pas du genre, qu'est ce qu'il ferait que je la prescrais ?

Concrètement si les parents sont insistants s'ils veulent de la kiné respi je pense que je leur donnerai... Si je suis à l'hôpital non mais en ville je leur dis : écoutez, vous allez bien lui nettoyer le nez, le kiné il passe mais sachez que c'est vous qui en nettoyant le nez toute la journée, allez faire que votre enfant ira mieux...

« Et est-ce que pour toi il faudrait quelque chose pour coordonner les médecins et les kinés ? »

Pour toutes les pathologies c'est bien. Je pense que ça serait bien qu'il y est un lien entre le médecin et le kiné mais... euhhh... comment coordonner... euhhh... est ce que tu l'appelles ? Après le kiné qu'est-ce qu'il fait, il t'envoie un texto, il laisse un message à ton secrétariat. C'est comme pour tout, la difficulté de mise en place du réseau entre les différents professionnels de santé.... Après euhhh je pense que le kiné est dans l'obligation s'il voit que l'enfant s'aggrave, qu'est ce qu'il fait, est ce qu'il l'envoie au médecin généraliste ou direct à l'hôpital. Donc le réseau t'appelle, le patient désature, tu lui dis ben allez aux urgences donc c'est bien de le savoir mais tu vas rien faire de plus. Voilà tu sauras que l'enfant sera parti aux urgences !!! Mais après nous on sort de l'hôpital donc c'est bien de faire un réseau car c'est bien d'avoir un réseau de professionnels de santé. Un réseau oui mais finalement qu'est-ce que ça va apporter ? A part de contacter le kiné et lui dire je vous envoie cet enfant il est comme ça comme ça comme ça et en retour le kiné lui va te dire ben euh... voilà tu seras qu'il aura bien évolué, ça c'est important et dans le cas où il n'évolue pas bien, il ira directement aux urg et tu seras au courant.

ENTRETIEN 2 (M2, 09.01.17, durée : 15min)

« Que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Pour ma part, c'est mon traitement de base pour ça, donc qu'est ce que j'en pense à condition d'avoir des gens formés, des kiné disponibles pour la continuité des soins, c'est à dire le soir et même le week end. Pour moi c'est le seul traitement de la bronchiolite.

« Quels facteurs influencent ta prescription ? Pourquoi tu vas prescrire de la kiné respi ? »

Pour moi ce sont des critères cliniques, en fait quand j'ai un petit nourrisson, que je constate que ce n'est pas une infection bactérienne et qu'il y a les signes cliniques de cette pathologie, il n'y a pas à tergiverser, après avoir dit à ses parents qu'il faut bien nettoyer le nez avec du sérum phy et que le gamin a des signes respiratoires qui correspondent à une bronchiolite c'est mon critère préférentiel. Après le problème c'est en « 1 » convaincre les parents qu'il n'y a pas de traitements autres que la kinésithérapie et en « 2 » que ça se termine par les DRP et la kinésithérapie. (Je ne sais pas si j'ai bien répondu d'ailleurs)

« Ah oui oui après tu me réponds tout ce que tu veux ».

Je te le répète, parce qu'en plus j'ai ma fille qui a déjà eu des bronchiolites du nourrisson là, on a toujours traité ça comme ça et ça s'est bien passé. Sauf que ma femme est médecin aussi donc c'est plus simple à accepter, alors qu'avec les patients, ils veulent souvent des antibiotiques et c'est plus compliqué de leur faire accepter. Leur expliquer pourquoi et les rassurer.

« Qu'est-ce que tu en attends de la kiné respi ? »

Ben j'en attends quoi, euhhh j'en attends en « 1 » la résolution des symptômes du petit et en « 2 » euhhh l'amélioration clinique. Et surtout, ben j'ai un peu d'expérience maintenant, ça suffit ça marche. J'en attends quoi, j'en attends la guérison en fait. Et c'est vrai parce que j'ai 47 ans et quand j'ai débuté ma carrière de MG, au début quand je remplaçais j'avais des médecins qui prescrivaient des antibio là-dessus, augmentin, solupred, des aérosols et finalement avec le temps qui passe et les reco ont laissé tomber tout ça. On fait ça et ça marche très bien. A l'heure qu'il est moi tous les gamins que je vois et mes enfants, avec des bonnes euhh comment dire des bonnes conduites dans le sens où on explique aux gens qu'on lave le nez, qu'on fait de la kiné respi avec des gens entraînés qui savent le faire ça passe. Après bien sûr il faut s'enquérir si le gamin ne désature pas trop.

« Alors pour toi quels sont les avantages et les inconvénients de cette méthode ? »

Alors les avantages, c'est que si les gens sont en accord avec leur médecin traitant qui ne sont pas trop stressés, dans ce monde moderne où tout va très vite, que le gamin reste à la maison, qu'il ne va pas aux urgences. En « 1 » qui ne reste pas 3 jours à l'hôpital en « 2 » et en « 3 » que finalement avec les professionnels de santé qui gèrent bien cette pathologie on s'en sort très rapidement en une semaine. Les avantages c'est que la famille reste en place, à la maison et pas à l'hôpital ou aux urgences. En « 1 » critères d'amélioration clinique et en « 2 » critères économiques. L'hospitalisation ça coûte cher.

« Et des inconvénients ? »

Ben des inconvénients c'est quoi euhhh des inconvénients j'en vois pas tellement... c'est toujours pareil je dis ça parce que c'est lorsque les gens n'ont pas confiance en leur médecin gé, tu vas dire ouais je suis en train de minorer le statut du médecin généraliste des fois quand tu es spécialiste de médecine générale tu n'es pas pédiatre tu n'es pas neuro ni chir donc les gens n'ont pas forcément confiance quand tu n'es pas pédiatre dans cette histoire-là. L'inconvénient c'est de persuader les gens, mais sinon moi je n'ai pas d'inconvénients. L'inconvénient c'est la relation médecin malade en fait, c'est à dire que si tu n'es pas assez persuasif en fait l'inconvénient c'est que les gens vont appeler sos médecin le soir et eux vont foutre un antibio, un corticoïde alors que ça ne sert à rien. Après le rôle du médecin généraliste c'est de rassurer les gens. Mais des fois les gens n'ont pas confiance c'est ça enfin après je ne sais pas si je suis très réel dans mes propos et compréhensible mais bon.

« Du coup dernière question : que penses-tu d'une meilleure coordination entre les kinés et les médecins ? »

Alors là, je dirai alleuia mais pas que pour ça d'ailleurs. Bien entendu il faudrait vraiment qu'il y ait des gens qui soient, en fait à mon sens là pour ça, et j'espère que ta thèse ça va être ça. De référencer les professionnels de santé qui soient dispo, en période où il y a des bronchiolites, d'abord avec un service de garde de kinésithérapie avec des gens entraînés qui savent faire ça. Eviter d'engorger les urgences. Après c'est un vrai sujet de santé publique ta thèse là. Et en 2 voilà c'est euhh utile, après il faut avoir des gens qui maîtrisent la pathologie, qui maîtrisent la kiné. C'est un sujet très important pour l'avenir de notre société parce que euh, je te répète car il y a 20 ans on mettait antibio et corticoïdes maintenant on met plus rien au sens thérapeutique au sens allopathie per os ou par aérosol. On fait de la kiné sauf que la kiné c'est quand même une discipline très compliquée moi je trouve. Dans les villes bourgeoises c'est des grands cabinets où il y a 5 boxes et finalement à une heure précise il y a 5 rendez-vous. Non il faut des gens concernés qui maîtrisent les choses dans ce cadre-là, il faut une vraie coopération entre le médecin gé et les kinés après il faut trouver ces gens. Et après il faut trouver le moyen d'améliorer la communication entre tous.

Je ne sais pas si c'est parfait mais je t'ai répondu sincèrement.

« Merci »

ENTRETIEN 3 (M3, 12.01.17, durée : 12 min)

« Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

J'en prescrivais beaucoup quand j'étais en libéral, a priori c'est important.

« Quels étaient les facteurs qui influençaient ces prescriptions ? Pourquoi en prescrire ? »

Parce qu'à priori, le nourrisson a du mal à évacuer tout seul donc le kiné va avoir un effet mécanique, va aider à ce niveau-là pour dégager les bronches, c'est tout simple hein...

associée à des lavages de nez au sérum physiologique la kiné a son action mécanique de drainage bronchique.

« Est ce qu'il y avait d'autres critères comme par exemple une surveillance, plus d'explication aux parents... ??? »

Franchement je n'ai pas assez de pratique euh... comme j'ai fait que des remplacements et qu'en général en période de remplacement, tu ne revois pas les gens. Euh... je n'ai pas de retour donc je n'ai pas de base dessus, vu que je ne me suis jamais installé. Je n'ai jamais travaillé en pédiatrie à part en oncopédiatrie donc je n'ai pas fait de pédiatrie générale. Je n'ai pas de retour et pas trop d'expériences là-dessus. Mais je pense que oui les parents en règle générale sont très anxieux surtout si c'est le 1^{er} et bon avec un kiné qui a de l'expérience, ça peut toujours apporter un plus, rassurer et ça permet le suivi.

« Quels sont les avantages et les inconvénients de cette technique ? »

Je ne vois pas trop d'inconvénients... euhhh... si l'inconvénient c'est peut-être le côté traumatisant car ça bouscule un peu les gamins après euh.... Les avantages ben y a que des avantages... Moi je n'hésiterais pas à le prescrire même si ça doit être euhhh... Si c'est au niveau participatif c'est sûr que les tout petits ne participent pas, bon si le kiné sait y faire, normalement ça a un effet positif. Nous en gériatrie on a des patients qui participent très peu et le kiné au niveau drainage bronchique simplement en mobilisant en appuyant sur le thorax arrive à avoir des effets positifs sur la ventilation. Je pense que pour les nourrissons c'est pareil.

Dernière question « Que penseriez-vous d'une meilleure coordination entre les kinés et les médecins ? »

Je suis peut-être plus à l'aise avec cette question qu'avec les autres. Je pense qu'à mon sens c'est très important. Alors en ville quand il y a pléthore de médecin et de kiné c'est peut-être difficile de se connaître les uns les autres, mais bon en campagne les gens ont tendance euhh... se connaissent quoi, donc euh... c'est toujours très agréable quand un kiné se sent à l'aise avec un médecin et l'appelle pour les moindres soucis. Bon ben voilà ton gamin ça va pas, faut changer le traitement ou peut être l'hospitaliser. Non c'est une bonne chose déjà. Et après si le médecin peut appeler un kiné et lui dire, j'ai besoin de toi pour un gamin au lieu de l'hospitaliser. Tu fais la jonction ce weekend et fais la kiné respi pendant quelques jours si c'est possible. Après euhhh... après je ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit de bien défini. Donc tout est à faire voilà. Je ne sais pas quoi dire de plus.

ENTRETIEN 4 (M4, 23.01.17, durée :13min)

« Que pensez-vous de manière générale de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Pour moi ça a une place primordiale, pour moi c'est le traitement de choc euh... de choix pardon euh... par contre après c'est le problème de disponibilité des kinés. C'est autre chose voilà.... (Silence)

« **D'accord** » ... (silence)

« **Après cela serait plus au niveau de la région ? Plus de problèmes dans les campagnes que dans les villes ?** »

Voilà oui, le problème dans les campagnes, le problème aussi des fois de disponibilité des kinés le weekend, les jours fériés, donc oui c'est toujours un peu compliqué. Ça dépend des kinés aussi, il y en a certains quand même qui sont plus attentifs à ce problème et compétents aussi, donc qui sont plus disponibles en période d'épidémie notamment.

« **Pour vous quels sont les facteurs qui influencent votre prescription de kiné respiratoire ? Autant les facteurs cliniques qu'environnementaux...** »

Euh Bon effectivement c'est plus l'impression clinique de plus... ou plus de la gravité d'encombrement et deuxièmement il y a un facteur de euh... social... ou des personnes je préfère qu'il y ait un professionnel de santé, les parents sont des fois entre guillemets un peu limites, je préfère qu'il y ait un professionnel de santé qui surveille l'évolution qui n'hésite pas à me recontacter s'il y a un souci. Voilà ça aussi ça joue. ...(Silence)

« **Dans ce sens, ce serait quand même pour limiter le recours à l'hôpital ?** » OUI
« **Tout en ayant une surveillance de l'enfant** » OUI... (Silence)

« **Quels sont pour vous les effets attendus de la Kiné Respi ?** »

Une amélioration de l'encombrement surtout à la phase sécrétante.... Enfin voilà.... euh (petit rire) ... oui euh... voilà.

« **Est-ce que vous trouvez des avantages et des inconvénients à cette méthode ?** »

Des avantages, oui car ça aide un peu au niveau de l'évolution de euhh... des inconvénients, euhhh non si ce n'est que c'est des fois, difficile d'avoir accès à cette méthode. Enfin à ce traitement quoi, mais euh le traitement en lui-même n'a pas d'inconvénients selon moi. (Silence)

« **Que penseriez-vous d'une meilleure coordination entre les médecins et les kinés ?** »

Ah (rire... un peu gêné je n'arrive toujours pas à le détendre...) bon....euhhh... Bon ici on est en milieu rural donc euh la coordination elle n'est pas euh... ici il n'y pas de coordination vraiment établie, de manière systématique. Mais bon souvent on se connaît quand même quand il y a un souci on se téléphone. C'est une communication qui se fait au coup par coup mais voilà après c'est vrai ce n'est pas systématiquement que dans la prescription, il y ait une recommandation et après qu'il y ait une lettre du kiné à la fin du traitement. Mais ça se fait au coup par coup et ponctuellement par téléphone quand tout ce passe bien y a pas de, y a pas de ... mais bon c'est, je pense que c'est important mais bon comment le formaliser tout ça je pense que (petit rire) c'est plus difficile... (silence)

« **C'est tout ce que...** »

C'est vrai que c'est un peu particulier, ici c'est une zone rurale euh, donc bon enfin, les kinés pour l'instant nous sommes dans une période où il n'y a pas trop pénurie de kiné euh... mais tant qu'on arrive assez facilement à en avoir. Les kinés qui sont habituellement, actuellement ici sont assez euh compréhensifs et réactifs, donc pour faire de la kiné respi quand ... et décaler les autres kinés qui sont moins urgentes et nécessaires, c'est des fois un peu plus compliqué le weekend, les périodes de fête, les jours fériés, les trucs comme ça.

« Et oui dans les grandes villes il y a les réseaux... »

Oui là aussi nous euhh... ici en zone rurale il y a un numéro un réseau d'urgence mais bon pour les parents c'est souvent se déplacer assez loin. Parfois il le faut hein, mais moi personnellement je n'ai jamais fait appel à ce genre de réseau. Puis après bon dans les cas vraiment euh... on essaie d'éviter les hospitalisations mais il y a des fois où c'est nécessaire ne serai ce que par rapport à l'âge que par rapport aussi à des situations familiales qui sont un peu compliquées à gérer où on est pas trop tranquille donc euh... Voilà. (Silence)

« Est-ce que de manière générale vous ressentez que... les parents vous en parlent vous la demandent ? »

Ah oui une fois qu'ils en ont bénéficié, une fois ou pour le 1^{er} il la demande pour la bronchiolite et même des fois un peu plus tard quand ce n'est pas forcément recommandé, euhh... oui ça c'est une méthode appréciée des parents, on essaie de les avertir la 1^{ere} fois que c'est quand même impressionnant voilà (rire) mais que voilà on essaie de caler aussi par rapport à la prise des repas les kinés aussi s'arrangent un petit peu. Si si, ils la redemandent après même pour des enfants un peu plus grands qui n'en ont pas forcément besoin mais bon ... il faut leur expliquer... les parents ont toujours peur.

ENTRETIEN 5 (M5, 27.01.17, durée : 14min)

« Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? C'est un peu une question large mais dites moi tout... »

Euhhh je pense qu'elle peut être utile... euh essentiellement dans les phases un peu euh sécrétantes, où les petits sont très encombrés et où la technique les aide à expectorer.

« Humhum »

Voilà c'est ce que j'en pense... (Silence)

« Est-ce que vous, vous connaissez bien cette technique ? Vous savez tout ce qui est fait pendant une séance ? »

Euhhhh alors probablement pas... euh je sais que ... après voilà ils leurs nettoient le nez après il y a des techniques de clapping, je ne sais même pas si c'est comme ça que l'on dit, pour faire remonter les sécrétions. Après euh en pratique, je ne sais pas s'il y a différentes techniques euh de kiné ou pas je ne sais pas. (Silence)

« Alors pour vous quels sont les facteurs qui influencent vos prescriptions ? »

Euhhh.... (Silence)

« Pourquoi vous la prescrivez en fait ? »

Pourquoi je la prescris ? Quand le petit est encombré. Quand il y a des râles bronchiques voilà et qu'on sent qu'il n'arrive pas à... à expectorer par lui-même pour l'aider à se désencombrer. (Silence)

« Est-ce qu'il vous arrive de la prescrire pour d'autres raisons ? Par exemple environnemental surveillance... »

Pffff..... ça m'est arrivée une fois euhhh... effectivement et du coup j'avais appelé un kiné qui est une copine, pour que euh, il y ait un œil un peu effectivement sur la famille mais après euh non ça ne met jamais réarrivé. Mais bon après c'est un peu biaisé parce que bon on a des patients en qui on a assez confiance. On a peu de famille euhh... à problèmes avec des tout petits au cabinet où je travaille. Ouais j'en ai quelques-unes en tête mais je crois que les petits non pas eu de bronchiolite en fait.

« Quelle est votre opinion sur cette pratique ? Les avantages et les inconvénients ? »

Les avantages euhh... quand il y en a besoin ça marche super bien hein. Les petits vraiment ils sont bien aidés, je pense que voilà que c'est important. Après les inconvénients, ça peut être la difficulté de réalisation mais bon c'est moins vrai quand même sur la commune, on a quand même assez de chance. Et ça ne m'est jamais arrivé de ne pas trouver un kiné qui ne puisse pas voir l'enfant, euhhh... même un samedi matin euh, qui ne puisse pas le voir dans la journée. Et puis après le voir régulièrement donc euh ça c'est bon. Et après bien sûr c'est que les gens ne sont pas toujours ravis ravis de faire des séances de kiné, ça peut être un peu traumatisant entre guillemets voilà pour l'enfant et puis pour la famille. Mais bon après quand c'est fait avec des kinés compétents qui ont l'habitude des enfants et puis quand on l'explique aux parents, ils en sont contents au final. Après tout le monde y trouve son compte.

« Est-ce que vous, vous utilisez les numéros d'urgences ? Réseau bronchiolite ? ou autre ? »

Euh je l'ai utilisé une fois je sais que j'avais galéré parce que euhhh, parce que c'était un samedi matin et... et... et ce n'était pas fonctionnel. En fait c'est ouvert de telle date à telle date et là enfin il y avait un truc, il a fallu que j'appelle les urgences pédiatriques pour l'avoir et au final ça marchait même pas donc euh... depuis euh j'ai certains kinés qui travaillent le samedi et puis sinon j'ai mes kinés habituels, dans le coin, qui travaillent avec notre cabinet qui peuvent voir les enfants en semaine donc non je ne l'utilise plus vraiment.

« Alors ensuite mes dernières questions sont plus centrées sur la coordination médecin/kiné. Que penseriez-vous d'une meilleure coordination entre les médecins et les kinés ? Et que proposeriez-vous pour améliorer la communication ? »

Euhhhh... alors je ne sais pas quoi vous répondre... euh alors moi là ici j'ai pas trop eu de problèmes, après pour avoir remplacé pas mal dans d'autres endroits où je ne connaissais pas de kiné et euh... où voilà ou même dans des plus grandes villes où effectivement il fallait passer par des réseaux de garde etc.... euh... voilà là c'était plus compliqué maintenant je n'ai pas trop de problèmes de coordination euh... dans mon exercice actuel. Les kinés, je

sais à qui je les envoie les petits et du coup s'il y a besoin ils me font un retour et on en discute aussi, s'il n'y en a pas besoin ils ne me font pas de retour et voilà. Après je pense que c'est vraiment euh, le truc qu'il faudrait faire euh... parce que ça m'est arrivé une fois c'est de diffuser un peu plus largement le numéro de euh... du réseau de garde de kiné auprès des médecins de villes ou que ce soit facilement trouvable sur internet ou même aux urgences pédiatriques. Parce que voilà il avait fallu que j'appelle le Samu pour avoir le numéro. Donc oui pour qu'on sache assez facilement à qui adresser les enfants euh quand c'est le weekend surtout. Pfff... après pour la coordination je ne sais pas parce qu'il me semble après que lorsqu'il y a un problème comme il y a le numéro du médecin sur l'ordonnance ben ils nous appellent. Et vu qu'on est en contact avec les parents s'il y a besoin on peut avoir facilement le kiné donc non pour moi il n'y a pas trop besoin d'une coordination commune. Chacun exerce comme il le souhaite. Voilà.

ENTRETIEN 6 (M6, 30.01.17, durée : 13min)

« Que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Chez les petits seulement ?

« Oui ».

Ben il me semble que dans les dernières « reco » ce n'est pas recommandé de faire de la kiné et du coup j'en prescris pas... (silence)

« Après toi ça se limite là ? »

Ouais après je sais que selon les dernières études et puis quand on était aux urgences pédiatriques ils n'en prescrivaient pas, on n'en prescrivait jamais c'était juste lavage de nez et euh... Doliprane s'il y avait de la fièvre et puis c'est tout. Et surveillance. Du coup je n'en prescris pas. Je n'ai pas cherché plus loin que ce que nos chefs de Nord nous ont dit. Voilà.

« Est-ce que tu connais la technique ? Ce qui est fait pendant une séance ? »

Ben c'est du clapping mais exactement euh... non je ne sais pas du tout ce qu'ils font. Je crois que c'est un truc un peu violent où ils exercent des pressions un peu forte je crois que c'était à un moment contre indiqué. Mais exactement je ne sais pas ce qu'ils font, il va falloir que tu m'expliques (rire).

{Explications de ma part....}

« Même si tu n'en prescris pas, pourquoi tu penses que certains la prescrivent ? C'est quoi les facteurs qui influencent la prescription ? »

Ben parce que euh... c'est vrai que euh c'est une technique qui est sensée faire remonter toutes les sécrétions, les saletés, les mucosités et du coup vu que c'était une inflammation de la bronche et qu'il y a des sécrétions qui sont majorées au niveau des poumons. Ben le fait de les faire sortir jusqu'à présent ça me paraît cohérent qu'il y est un effet bénéfique. Je

pense que c'était plus par rapport aux risques de la technique que ça avait été euh décrié, il me semble que c'est ça. Je ne sais pas si j'ai raison. Tu me diras ce qui se dit à la fin.

« Quels sont les effets attendus ? »

Ben la désobstruction, la désobstruction bronchique, élimination des sécrétions et favoriser un peu l'effort de toux, pour éviter qu'il y est trop de glaires.... (Silence)

« Qu'en penses-tu, dans le sens avantages et inconvénients ? »

Ben... (silence) dans le sens avantages et inconvénients seulement dans la bronchiolite hein ?

« Oui » Euhhh... pfff ben je ne sais pas honnêtement, vu la technique de ce que je sais c'est une technique qui avait des risques plus élevés que les bénéfiques mais après euh honnêtement je sais pas trop....

« Est-ce que tu connais les numéros d'urgence et les réseaux bronchiolite ? »

Ah non pas du tout pour moi s'il y a une urgence c'est le 15 et hospitalisation.... (Silence)

Les dernières questions concernent la coordination entre les médecins et les kinés. Que pourrait-on faire pour mieux coordonner ? »

Ben c'est vrai que...(Silence)

« Même tu peux parler de façon générale quand tu prescrites de la kiné. »

Parfois chez les ados ou jeune adulte handicapé j'en prescrites de la kiné respi pas chez les petits, mais euh... ben c'est vrai qu'au final ça pourrait être pas mal euh... Pour mieux coordonner peut-être qu'on ait un compte rendu écrit du kiné ou un contact téléphonique euh... qui nous explique un petit peu comment ça se passe. Parce que c'est vrai que moi j'en ai prescrit pour une petite handicapée qui a des pneumopathies d'inhalation je n'ai pas trop eu de retour, au final de comment ça évoluait, je sais juste que les parents ne m'ont pas rappelés. J'ai supposé que ça allait mieux, mais je ne sais pas si la kiné a été efficace chez elle. Au final le kiné ne m'a pas dit si ça l'avait vraiment aidé ce qu'ils en avaient pensé je ne sais pas. Je n'ai pas eu de retour alors que bon, peut être que si le kiné m'avait appelé en me disant, voilà j'ai fait tant de séances ça marche bien peut être qu'on pourra en prévoir aussi en entretien ou je ne sais pas ça m'aurait apporté un plus. Là je ne sais pas du tout. Donc comment mieux coordonner je ne sais pas du tout, je n'ai pas d'idées. Voilà.

ENTRETIEN 7 (M7, 10.02.16, durée : 25min)

« Que penses-tu de manière générale de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Plus ou moins efficace... voilà....

Et après ça peut être traumatisant pour les parents. Je ne la prescrites pas tout le temps, pas systématiquement. (Silence)

« Sais-tu ce qui se passe pendant une séance ? Ce que fait le kiné ? »

Alors euh... du drainage bronchique euh... après exactement ça fait longtemps que je n'ai pas assisté à une séance donc euh... non. Ce que je sais c'est qu'il exerce des pressions sur le ventre et le thorax. Et là ça peut être un peu traumatisant pour les parents.... (Silence)

« Quels sont les facteurs qui influencent ces prescriptions ? »

Euh... un gamin qui est super encombré voilà, où à l'auscultation il y a des ronchis euh... et après les petits qui ont du mal à tousser, je dirais euh... avant 8 mois ça les aide.

« Quels sont les effets attendus ? »

Désobstruction bronchique ...(silence)

« Donc ça c'est au niveau clinique, est ce qu'il y aurait d'autres facteurs de prescriptions... ? »

Pour moi c'est vraiment que des effets cliniques après c'est le bien-être physique, la désobstruction donc euh... un meilleur euh... une meilleure respiration... voilà (silence). Aller mieux, mieux téter, mieux respirer euh... voilà (silence).

« Quels sont pour toi les avantages et les inconvénients ? »

Alors l'inconvénient, c'est la pratique qui peut paraître des fois un peu voilà euh... traumatisante pour les parents. Avantage, c'est que souvent il y a des enfants voilà, qui n'arrivent pas à bien à expectorer convenablement même en mettant des mesures euh... comme l'inclinaison du lit, l'humidification de la chambre voilà enfin il y a des parents qui ne respectent pas trop les consignes donc bon c'est un plus.

« As-tu déjà utilisé les réseaux bronchiolite ? Ou les numéros d'urgences ? » Oui (silence)

« Qu'en penses-tu ? »

Ici ça fonctionne plutôt bien, généralement voilà euh quand il y a la période euh... c'est diffusé un peu de partout. Moi les kinés avec qui je travaille à X, ils le font eux même le weekend et jours fériés donc euh voilà... (Silence)

« Niveau coordination médecin/kiné, Quelle est ta pratique ? Que pourrais-tu en dire ? »

Alors souvent, enfin entre guillemets on se croise euh... régulièrement donc on n'hésite pas à s'appeler ça fait, 5 ans que je suis installée, 10 ans que je remplace ici, donc voilà avec les kinés on se connaît bien on s'appelle on se textote. Et donc du coup voilà moi je trouve qu'il n'y en a plus besoin ou il faudrait quelques séances de plus euh enfin à ce niveau-là avec les kinés avec qui j'ai l'habitude de travailler euh on dialogue bien, sur X et la commune voisine, il n'y a pas de soucis... (Silence)

« Si tu veux ajouter quelque chose en plus ? » Euh Non...

Après je sais que c'est de plus en plus controversé...voilà... après je ne l'a prescrit pas systématiquement hein ça c'est sûr. Sur un enfant encombré quand même ce n'est pas

mal... et après aussi c'est un œil supplémentaire professionnel par rapport aux parents qui euh... qui des fois voilà quand tu n'en es pas au stade d'hospitaliser, le bébé tu sais qu'il sera surveillé tous les jours euh... par un professionnel qui pourra alerter les parents s'ils ne sont pas trop... euh après de toute manière quand ils sont petits et que ça ne va pas c'est l'hospitalisation. (Silence). Après le truc c'est aussi qu'on est un peu démuni hein niveau prise en charge thérapeutique... parce que bon à part la kiné. Les aérosols ça ne se fait plus. Donc bon les lavages de nez des fois ce n'est pas suffisant.

{Discussion sur le pourquoi je fais ma thèse et les pratiques à l'hôpital Nord etc. Puis explication sur la diffusion des questionnaires de thèses...}

Moi je me souviens à la fac on a appris, c'était kiné et même quand je faisais mes études et que j'étais aux urgences pédiatriques. Alors voilà et je n'en ai pas parlé avec mon interne en SASPAS pour voir un petit peu ça, comment euh... ce qu'il pense de ça. Après voilà les reco sont vieilles. Après le souci c'est qu'il faudrait qu'il y ait des études en ville, parce que ce n'est pas la même population qu'à l'hôpital.

« Le problème c'est que la kiné respi en ville, il n'y a pas de labo derrière pour la financer. »

Et non bien sûr il n'y a pas de médicaments, donc bien sûr ça n'intéresse personne voilà c'est tout hein. C'est pour ça que c'est un sujet intéressant et de euh voilà de voir un peu les pratiques et effectivement comment elles évoluent ...

« Humm »

Par exemple prendre en charge la toux en médecine générale ben c'est sûr hein... voilà mais si toi en consultation tu as la majorité des gens qui te disent qu'ils toussent qu'ils ne dorment plus et tout. Et puis c'est super galère... moi je l'ai connu avec ma 2eme fille qui est asthmatique. On passait des nuits à l'entendre tousser et tout, ils sont gentils hein Prescrire et compagnie... mais au bout d'un moment quand tu as le gamin qui pleure parce qu'il a trop mal que toi tu ne dors pas, qu'il vomit, que tu passes la nuit. Je comprends qu'à un moment ou à un autre il faut essayer de faire quelque chose quoi voilà...

« Humm »

Oui parce qu'à l'hôpital, ils vont peut-être une fois ou 2 aux urgences etc. Mais moi je les ai tous les jours hein, si tu leur donnes pas le truc pour qu'ils arrêtent de tousser ou quoi... là en ce moment depuis début décembre c'est le même qui vient parce que : 'je tousse toujours je tousse toujours...' quoi voilà parce que c'est super gênant la toux, c'est un motif en médecine générale qui est énorme.

« Quand tu es dans un CHU c'est différent » Oui voilà c'est études c'est reco et tout. Ils ne sont pas sur le terrain avec les parents en face. Ce n'est pas du tout le même contexte quoi.

« Les parents te demandent la Kiné Respi ? Pour en revenir à ça. »

Euh... alors ceux qui ont déjà eu des enfants plus grands et qui donc ont eu de la kiné, les parents qui ont toujours connu que la kiné respi euh oui, ils peuvent me la demander. Les jeunes parents pas tant que ça... voilà. Mais après voilà tu as des enfants qui... et puis après voilà au bout d'un moment tu connais entre guillemets, tu connais les petits voilà.

Quand tu fais un essai de kiné respi et que tu vois que ça a bien amélioré, qu'après le gamin il est mieux il remange etc.... tu te dis pourquoi pas essayer quoi. C'est rare qu'on fasse plus de 5 séances mais des fois au bout de 03, s'il a réussi à se désencombrer, du coup ben il est mieux, il mange mieux, les parents dorment mieux aussi, enfin donc ce n'est pas voilà. Après c'est peut-être biaisé mais je te dis je ne la prescris pas systématiquement par contre voilà... (Silence)

Après ça dépend quel style de kiné. Parce que ce qui se faisait à une époque, l'espèce de clapping ce n'est pas ça, c'était super dangereux. Donc il y a des gens qui sont restés sur cette image-là de clapping et ça je pense qui est un peu entre guillemet le fait que la kiné respi on arrête tout ça. C'est la méthode qui importe vachement. Je sais que des amis kinés m'ont montré la différence entre elles, ce qu'elles avaient appris et ce qui maintenant se fait. Comme nous on a pu changer nos pratiques entre la formation initiale et la formation continue ... Après ce n'est pas évident à gérer des fois selon les parents que tu as en face, il faut être convainquant. Le tout c'est l'éducation des parents, les explications, alors tu en as qui sont éducatifs et d'autres... (rire). Je trouve aussi que de plus en plus de parents font des recherches sur internet, c'est une sorte d'influence. Bon voilà j'espère que je t'ai été utile.

ENTRETIEN 8 (M8, 15.02.17, durée :29min)

« Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Euh je l'utilise, je l'utilise dans la bronchiolite, quand les enfants sont encombrés, très encombrés... euh ça a un intérêt quand même, ça leur permet de dégager leurs voies respiratoires et d'être mieux après... C'est euh peut être que ce n'est pas quelque chose qui dure euh longtemps... mais je pense qu'il faut le faire régulièrement surtout quand ils sont très encombrés. Après c'est aussi le kiné qui voit comment euh... ce qu'il arrive à faire, à sortir et si c'est toujours utile de poursuivre. Voilà, moi je pense que ça a un intérêt. Après je ne sais pas si c'est ce qu'il faut répondre...

« C'est juste ce que vous, vous pensez de cette technique »

Voilà ben c'est ça.... (Silence)

« Est-ce que vous connaissez la technique ? Ce qui est fait durant une séance ? »

Euh oui pour l'avoir vécu personnellement avec mon enfant quand il était petit. Euh bon après je ne sais pas, je pense que ça peut varier peut-être euh, en fonction des cabinets, parce que moi le cabinet de kiné dans lequel j'allais, il avait un aspirateur à sécrétion nasale donc euh elle commençait par aspirer les sécrétions nasales qui étaient présentes au départ avant de démarrer la séance de kiné proprement dite, et donc avec les pressions sur le thorax, voilà, et dans mon souvenir ça lui arrivait de ré aspirer les sécrétions nasales après si besoin. Voilà donc c'est vrai que l'enfant... on prévient les parents que l'enfant va pleurer que c'est euh... que ça paraît, euh... peut être un peu traumatisant mais ça l'est plus pour les parents que pour l'enfant. Voilà parce que l'enfant ça fait du bruit, on le mobilise, il a peur

c'est peut-être inconfortable mais moi je ne pense pas que ça soit douloureux. Voilà le mien il pleurait comme tous les autres mais une fois que la séance de kiné était finie franchement euh ça allait quoi, tout aller très très bien, puis les parents sont là aussi pour le maintenir et l'encourager voilà.... (Silence)

« Quels sont les facteurs qui influencent vos prescriptions ? »

Par rapport à la kiné ? **« Oui »**

Euh s'il est très encombré là oui, je vais prescrire la séance de kiné, après il m'arrive de prescrire sans le trouver encombré, en le laissant à la discrétion des parents, c'est-à-dire en disant aux parents que s'ils trouvent que l'enfant s'encombre et qu'il a beaucoup de sécrétions etc.... à ce moment-là ils l'amènent chez le kiné. Et donc c'est le parent qui initie en fonction de l'encombrement et le kiné qui voit s'il y a assez de sécrétions et qui juge de l'utilité de la kiné. Moi je travaille toujours avec les mêmes kinés, je sais que je peux leur faire confiance quoi. C'est une question aussi de relation avec le kiné. (Silence)

« Hummhum »

Voilà...

« Ça dépend de la coordination entre le médecin et le kiné aussi. Vous comment ça se passe dans ce sens-là ? En pratique vous avez votre propre réseau de kiné ? »

Alors j'ai un kiné à côté, Mr X qui a été à l'initiative sur la ville, de faire un service de garde de weekend et jours fériés pour la bronchiolite dans la période hivernale donc il est très motivé par cette pathologie et très au point. Sinon j'ai un autre cabinet en ville aussi, bon lui il n'a pas d'aspiration mais il pratique la DRP et aussi l'autre cabinet en ville que j'avais connu à titre perso où là, ils ont un petit plus de matériels. Alors je ne saurai pas dire si l'aspiration des sécrétions euh est un plus ou pas parce que je n'ai pas vécu personnellement la non aspiration. Pour mon fils j'avais l'impression que c'était quand même intéressant quoi parce qu'on n'arrivait pas rien qu'avec les DRP à tout enlever et il était bien mieux après mais bon c'est un cas particulier. (silence)

« Qu'attendez-vous de la KR ? Quels sont les effets attendus ? »

Les effets attendus, c'est que l'enfant soit plus à l'aise pour respirer, qu'il puisse euh manger un petit peu plus facilement parce que quand ils sont très encombrés ils ont du mal à téter, à prendre les biberons et euh ben euh j'espère que ça a un petit effet sur le euh... Pour moi à mon avis c'est sûr que ça a un effet sur le confort de l'enfant. Après j'espère que ça a un effet peut être sur la durée de la maladie, peut être aussi que ça limite le temps d'encombrement donc le risque de surinfection et le besoin d'antibiotique. Je ne sais pas... s'il est moins encombré on va penser que peut-être il va moins se surinfecter mais bon ça je n'en suis pas certaine. (Silence)

« Votre opinion sur cette pratique dans le sens avantages et inconvénients ? »

Alors euh bon avantage c'est vraiment le confort de l'enfant après la séance euh... il respire mieux quand même, même si c'est peut-être provisoire, pas sur les 24h mais au moins quelques heures, ils sont mieux. Après l'inconvénients, il y a des enfants qui ont du mal à le supporter quand même, et il y a des parents qui décrivent euh... des pleurs incoercibles,

dans ce cas-là je pense que ce n'est pas faisable quoi. Mais je pense que ça vient aussi de l'anxiété, ici l'anxiété des parents qui se retrouve sur leur enfant. (Silence)

« Est-ce que vous l'avez déjà prescrit pour d'autres raisons, comme la surveillance ? »

Pas vraiment euh pas vraiment. C'est euh... mais quand je prescris en me disant que ça risque un peu d'évoluer, en me disant là il n'y a pas assez de sécrétions pour le faire et que je laisse la liberté aux parents d'aller chez le kiné, c'est quelque part un peu cette notion-là de surveillance, je délègue un peu au kiné quelque chose. Voilà... (Silence)

« D'accord »

« Pour ce qui est des numéros d'urgences et des réseaux bronchiolites, vous trouvez que c'est bien développé que tout le monde est informé ? »

Quels numéros d'urgences ? **« Des réseaux bronchiolites de kiné de garde qui se sont créés un peu partout en France, dans les régions. »**

Ben nous ici on a ce numéro de prise en charge, après je ne sais pas je ne connais pas autre chose. Sur la ville on a ça et voilà ça marche bien.

« Est-ce que ça vous est déjà arrivé de prescrire à la demande des parents ? »

Euh ben....

« Est-ce que les parents sont demandeurs ? »

Euh la 1ère prescription non parce que les parents ne connaissent pas, après si ce sont des enfants qui récidivent euh... c'est vrai que se sont souvent les mêmes qui peuvent refaire des bronchiolites ou alors dans la fratrie s'il y en a d'autres, si peut être, si dans la fratrie il y en a, il est possible que les parents me parlent des séances de kiné voilà. Bon moi après je leur explique ce que j'en pense que ce n'est pas systématique.

« Je vous explique, j'ai choisi ce sujet car la KR est très débattue dans la BN depuis quelques temps »

Oui oui j'ai lu quelques articles sur ça ...

{Explications mon étude}

Nous on dit de bien fractionner l'alimentation ça c'est sûr, puisque de toute façon, ils ne peuvent pas manger grand-chose, mais ce n'est pas facile à faire pour les parents peut être et en tout cas quand ils sont encombrés ils ne mangent pas grand-chose donc si à l'hôpital on leur met la sonde, ils ont un certain confort, on est sûr qu'ils ont les quantités nécessaires donc ça favorise bien les choses d'une part et l'oxygène aussi.

« D'autres études anglo-saxonnes où les techniques de kiné sont différentes ... »

Après moi, de ce qu'enfin dans l'ensemble les gens me disent que c'est surtout les 2, 3 premiers jours quoi, qui sont euh... qu'ils vont chez le kiné après c'est rare que ça dure. C'est surtout quand il y a le gros encombrement là, c'est pour ça que je pense que j'ai associé ça à l'encombrement. C'est plutôt intuitif notre méthode de travail hein. On n'a pas

vraiment de choses cadrées et on est limité en traitements. C'est intuitif on se base sur l'état de l'enfant, le ressenti des parents, aussi finalement hein c'est sûr. (Silence)

L'indication pour moi c'est l'encombrement....

Ça serait intéressant de comparer les médecins comme moi à qui, à une certaine époque on a dit la bronchiolite ça se traite par de la kiné respi avec le fractionnement des repas, à l'époque même la cortisone plus ou moins les antibiotiques. Et puis comparer avec les jeunes qui ne prescrivent plus tout ça. Voilà le mode de fonctionnement de chaque médecin. Et après oui les habitudes sur la pratique de prescription, est ce qu'on change notre fusil d'épaule ou pas... Face à la kiné moi euh non, quand ils sont encombrés je prescris même si je donne l'info aux parents en disant que les séances de kinés, c'est un peu en débat mais... puis après je ne pense pas que tout ça, ait modifié ma façon de faire. S'ils ne sont pas encombrés je ne prescris pas, sauf si les parents me demandent, que s'ils me disent oui mais s'ils s'encombrent comment on fait, alors là oui je peux être amené à le prescrire, à accéder à la demande, sauf les petits de moins de 6 mois je leur dis : vous me le ramenez. (rire) Voilà.

ENTRETIEN 9 (M9, 17.02.17, durée :21min)

« Que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson, de façon générale ? »

De façon générale je... pense qu'elle n'est pas indiquée dans toutes les situations euhhh que c'est surtout un regard bienveillant, à la limite sur un enfant qui a une bronchiolite, sachant qu'il assure les soins le weekend et que voilà éventuellement ça fait un professionnel de santé qui le voit en plus de nous, en plus de la surveillance, maintenant euh j'ai souvent eu des retours de... j'ai rarement vraiment eu des retours de, ça l'a bien aidé, ça l'a bien fait expectorer. J'ai plutôt des parents qui ont trouvé que c'était traumatisant et jusque-là je n'ai jamais eu un kiné qui m'a appelé en me disant, ben il s'est dégradé, il faut l'envoyer aux urgences, donc euh j'ai rien contre mais j'avoue que je n'en prescris pas énormément et de moins en moins.

« Hummmmm »

Voilà globalement.

« Est-ce que tu connais la technique ? Est-ce que tu sais tout ce qui est fait dans une séance. »

Je ne pense pas la connaître euh exactement en détails, j'ai déjà vu faire effectivement euh leur technique de drainage de bronches en appuyant sur le thorax de l'enfant etc mais non je n'ai pas je je ne connais pas le détail c'est vrai. (Silence)

« Quels sont les facteurs qui influencent la prescription ? pourquoi prescrire ? »

Alors pour moi c'est quand, c'est une forme de bronchiolite vraiment très très encombrée euh on sent que les parents ont beau bien faire la DRP, on sent qu'ils en ont plein les

bronches euh et que c'est ça qui leur génère la difficulté respiratoire. Et l'autre critère c'est voilà quand je sens les parents pas trop, pas que je n'ai pas vraiment confiance mais quand je ne les sens pas sereins dans la DRP et quand je sens qu'effectivement ça serait pas mal, qu'il y ait un regard supplémentaire, un professionnel de santé qui évalue un petit peu la situation. (Silence)

« Humm d'accord »

Voilà.

« Pour toi ce serait aussi... du coup dans ce que tu dis, est ce que tu préférerais voilà qu'il est quand même la surveillance plutôt que d'envoyer à l'hôpital en fait »

Ben après quand j'ai un critère d'hospitalisation la question ne se pose pas, j'envoie à l'hôpital c'est plus oui oui c'est plus un entre 2 quand tu te dis je vais le revoir dans 48h-72h mais si entre temps il fait une séance de kiné tous les jours, il voit au moins un kiné pour qu'il évalue un peu la situation et le drainer pourquoi pas. (Silence)

« Quels sont les effets attendus de la kiné ? »

Les effets attendus de la kiné euuhhh ben réponse autour du pot, un bon drainage bronchique, voilà favoriser l'expectoration, chez les enfants qui n'y arrivent pas, notamment pour favoriser la prise alimentaire. Qu'il y ait moins d'encombrement, moins de détresse respiratoire, une amélioration globale quoi, et euh l'effet attendu secondaire voilà c'est un regard supplémentaire sur l'état respiratoire de l'enfant sur l'apparition d'éventuels critères qui amèneraient à l'hospitaliser.

« Hummhum »

Voilà je ne vois pas plus.

« Ton opinion, avantages et inconvénients de cette méthode ? »

Pffff comme ce que je disais sur la 1ere question c'est queeeeeeeeeee finalement j'ai rarement... mais c'est parce qu'aussi je n'en ai pas beaucoup prescrit et le peu que j'ai prescrit ou en tout cas de gens qui, sans que je la prescrive et qui me disait il a déjà fait une bronchiolite l'année dernière, il a été traumatisé par la kiné euh après je sais bien que c'est le ressenti, je ne dis pas que ce sont les kinés qui sont traumatisants. J'entends bien que c'est le ressenti des patients, qui sont déjà euuh qui sont déjà je pense en panique devant leur bébé qui a une bronchiolite et effectivement quand on n'est pas un euh professionnel et que l'on ne comprend pas bien. Effectivement j'imagine que la technique peut être un peu barbare et que bien évidemment ça fait pleurer un bébé, tout comme quand on leur lave le nez ça fait pleurer un bébé. Et les parents en soi, on l'impression que de leur laver le nez plusieurs fois par jours c'est de la barbarie donc euuhhh moi je ne pense pas moi que la technique soit barbare après c'est plus le ressenti des parents. Et je pense que du coup ils n'en tirent pas forcément le bénéfice parce que souvent, je trouve qu'ils n'ont retenus que ça en fait, que le bébé a pleuré, qu'il n'était pas bien et qu'ils n'ont pas vu forcément l'avantage de la kiné. Maintenant euh.... Non encore une fois je ne suis pas une grande convaincue de la kiné respi mais ça m'arrive d'en prescrire dans des situations particulières où je sens vraiment qu'il y a un gros encombrement et que je pense que ça peut faire du bien. Mais c'est vrai que euuh là par exemple cette année je n'en ai pas prescrit du tout quoi.

« Hummm ok »

(Silence)

« Est-ce que tu utilises les réseaux bronchiolites ? Est-ce que tu connais ? »

Oui oui je connais un peu j'ai leur numéro, ça m'est arrivé une fois parce que je ne trouvais pas de kiné dispo parce que c'était en pleine période épidémique et que euh que c'était le weekend et je voulais m'assurer effectivement qu'un kiné assure les soins pour le weekend et que les patients trouvent un kiné rapidement.

« Hummhumm »

Mais oui on a le numéro au cabinet déjà.

« Et toi sinon au niveau des kiné tu travailles avec des kinés que tu connais ? »

Ben je travaille avec les kinés que je connais et dont je sais qu'ils font de la pédiatrie quand j'ai un doute ça m'arrive euh d'appeler effectivement pour être sûr qu'il puisse, je sais qu'il y en a qui ne prennent pas de nourrisson alors ça m'arrive d'appeler pour être sûr qu'ils le font ou qu'ils me renseignent sur lequel de leur confrère, collègue pourrait le voir.

« Est-ce que tu as un contact avec ces kinés pendant ou après les séances ? »

Non pas du tout en fait je considère que non... Je ne les appelle pas moi mais je considère qu'eux s'ils ont un doute ils vont m'appeler parce que eux... En tout cas ça ne m'est jamais arrivé pour les nourrissons mais c'est vrai en tout cas sur la commune de X c'est souvent que les kinés m'appellent parce qu'ils ont un doute sur une prise en charge. Donc j'ai plutôt de pas trop mauvaises relations avec les kinés, c'est vrai que pour le coup pour un nourrisson je n'ai jamais eu deeeuh... je ne les ai jamais euh... en contact mais je sais qu'ils appellent facilement donc j'imagine que s'ils avaient un souci ils m'appelleraient mais moi je ne les appelle pas pour savoir comment a évolué l'enfant.

« D'accord »

Que de toute façon moi je reconvoque en général donc voilà je le vois une fois et je leur dis on réévalue dans 48 à 72h, je prescris de la kiné entre temps pour que...qu'il y est un coup d'œil et voilà.

« Est-ce que tu aurais autre chose à rajouter ? »

Euuhhh je ne vois pas non, je ne crois pas.... Non.

ENTRETIEN 10 (Dr M 20.02.17 durée :28min)

« De façon générale, que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

De façon générale, je l'ai beaucoup prescrite euh au début...et là je la prescris moins, euh pourquoi ? Ben je la prescris moins ça dépend des... ça dépend bien sûr de... du degré de gravité hein dans la bronchiolite. Donc euh la bronchiolite on est bien d'accord c'est au départ quand il n'y a pas de détresse respiratoire, pas de critères d'hospitalisation tout ça. Donc euh je ne sais pas je montre quelques petits tapotements à la maman. Parce que moi je me suis rendu compte euh que quand les enfants passaient dans les cabinets de kiné, il y a des kinés qui sont vraiment très euh ..., ils sont vraiment très traumatisés. Je parle des enfants euh... Et les parents aussi car les bébés pleurent. Les parents ils arrivent ils sont angoissés. Tout dépend de euh de qui j'ai en face de moi. Soit ce sont des parents qui sont angoissés qui ont besoin d'être pris en charge qui ont besoin d'être aidés, rassurés, éventuellement je les envoie voir un kiné mais euh sinon en règle générale, je me rends compte que j'en prescris moins que ce que j'en prescrivais, ne serait-ce qu'il y a 3 ans.

« Pourquoi à votre avis ? »

Je n'en sais rien... Pour moi ben parce qu'en fait, je pense que ça modifie la relation avec les parents. Je trouve qu'en principe, ça dépend du contexte hein. C'est-à-dire que si ce sont des parents qui sont capables eux-mêmes, de faire des manœuvres au niveau respiratoire, de bien tenir leur enfant en position debout, de bien humidifier les pièces, de le mettre souvent dans la salle de bain avec beaucoup de vapeur d'eau, de bien pratiquer les DRP, voilà Il n'y a pas de soucis. Si je vois que ce sont des gens angoissés, bien sûr qu'ils passent chez le kiné ou voir même selon le contexte une hospitalisation.

« Hummmmm »

Voilà...

« Quels sont les facteurs qui influencent la prescription ? »

Un enfant qui n'arrive pas à... un enfant qui tire un peu qui n'arrive pas à expectorer, enfin qui n'arrive pas à remonter les sécrétions ou qui a des sécrétions qui sont très très collantes. Voilà et c'est surtout euh... ça dépend de l'attitude des parents aussi.

« Connaissez-vous la technique faite par les kinés pendant une séance ? »

Je pense que ce sont des euh je ne sais pas euh des pressions au niveau du thorax et une aspiration... Je ne connais pas exactement la technique. (Silence)

« Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses c'est pour savoir ce que vous en pensez. »

Dans les années précédentes dans les bronchiolites euh, là j'en ai vu une chez un bébé cette année je n'en ai vu qu'une. Il y a eu des périodes où il y a eu vraiment des épidémies de bronchiolite et c'est vrai que les kinés étaient super débordés.

Et d'ailleurs il y a un numéro avec des kinés qui font un système de garde. Ce qui est bien pratique car au départ on trouvait difficilement un kiné compétent et disponible le weekend.

« Donc ça vous est déjà arrivé d'utiliser ces réseaux bronchiolite et numéros d'urgence ? »

Oui c'est bien... D'ailleurs dans *La Dépêche* il y a le numéro des kinés de garde je pense là, l'hiver. A vérifier mais je pense qu'ils le mettent l'hiver.

« Après je ne sais pas si vous savez mais il y en a dans chaque région, après ce sont des associations avec des noms différents d'une région à l'autre mais il y en a dans toute la France »

Oui, non je ne savais pas, je n'ai jamais travaillé en dehors de ma région.

« Et vous travaillez avec des kinés que vous connaissez ? Vous avez votre propre réseau ? »

Oui voilà je travaille avec certains kinés, et je sais qu'il y en a certains qui le font. Et certains même qui font partie de ce réseau. Pour tout en fait je travaille avec les kinés que je connais pour tout adulte ou enfant. (Silence)

« Est-ce que dans le cadre du traitement des bronchiolites des kinés vous ont rappelé ? »

Euh là récemment non, mais ça m'est arrivé d'avoir des demandes de prolongation de kiné respi, pour des enfants qui bon, après ce sont révélés pas forcément être qu'une bronchiolite, ce sont des enfants qui se sont révélés être asthmatique. (Silence)

« Quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Ben... un dégagement des bronches, ça à un effet mécanique...(rire) voilà c'est tout ce que je peux dire.

« Et votre opinion sur cette technique dans le sens avantage et inconvénients ? »

Alors les avantages je pense que ça va plus vite, et probablement au niveau euh du confort. Les inconvénients euh, les inconvénients c'est que je ne sais pas dans une période d'épidémie si les kinés prennent le temps d'apprivoiser les enfants, ils sont débordés. Parce que souvent je pense que c'est surtout les parents qui étaient traumatisés. Je pense qu'en fait quand ils voient comment ça se passe ils craignent. J'ai eu des retours comme ça. En fait, personnellement je n'ai jamais vu un kiné, le kiné qui s'est présenté m'avait expliqué un petit peu mais euh je n'ai jamais vu comment ça se passe pour un nourrisson. Je n'ai jamais eu de retour de fractures de côtes ou quelque chose comme ça. (Rires)

{J'explique la technique de kiné respi DRP, AFE et TP}

La technique de la toux provoquée je ne savais pas....

{Explication de pourquoi je fais ma thèse étude bronkinou} **« la kiné respi ne diminue pas la durée de la maladie chez les nourrissons hospitalisés dans cette étude. »**

Ah ouais ?! Moi je pensais que ça diminuait, bon bien sûr il y a l'histoire de la maladie mais je pensais que ça aidait euh... à limiter la durée.

« Après ils ont étudié aussi la tolérance et le confort et là non plus ils n'ont pas trouvé de différences significatives dans cette étude, c'est pour ça que ça a été discuté à l'hôpital. Et je m'y intéresse car je trouve qu'il y a quand même une différence entre la

prise en charge a l'hôpital et en ambulatoire et donc voilà c'est pour ça que je prends l'avis de tous les médecins. »

En ambulatoire euh ce qu'on fait c'est... on fait à l'instinct aussi hein c'est-à-dire qu'il y a les recommandations et puis il y a la pratique. Alors c'est vrai qu'à une époque, enfin moi personnellement dans ma pratique la kiné respi, je la prescrivais et là je me rends compte que je la prescris beaucoup moins et même rarement. Surtout et je pense qu'en fait ce qui m'a conduit à ça c'est que j'ai eu des retours de traumatismes des parents. Ouais je pense que c'est surtout les parents en fait. Et Surtout et j'ai eu, après en revoyant les enfants, j'ai mis du temps à les remettre en confiance pour qu'ils ne pleurent pas dès qu'ils arrivent dans le cabinet. Je pense que c'était juste ça. Mais c'est vrai que quand les parents ne sont pas trop... quand ils sont angoissés oui c'est bien d'avoir aussi un paramédical qui est là, qui peut aussi les voir tous les jours et puis leur dire ça va mieux, les rassurer. (Silence)

« Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose d'autre ? »

Euh non là non...

Et alors pourquoi vous avez choisi ça ?

{Explications}

Ben moi ce que m'ont raconté les patients c'était particulier, donc après on choisit les kinés avec qui on travaille. Comme celui-là qui n'a pas revu de bébé de ma part, mais bon après il faut savoir. Non mais c'est vrai je prescris moins de kiné. Par contre je prescris des fois des aérosols quand je vois que c'est super visqueux que les parents sont inquiets que ce n'est pas la 1^{ère} bronchiolite ou si le bébé est tout petit de mettre du sérum phy avec un nébulisateur c'est pas mal. Pas forcément de la cortisone mais avec le sérum physiologique c'est pas mal.

« C'est vrai dans la bronchiolite on est assez limité quand j'étais a l'hôpital Nord il y a une étude qui a commencé dans les hôpitaux de France ou nous testions des aérosols. Il y a des études en cours. »

Moi j'avais vu un truc il y a des années pour utiliser des aérosols/nébulisateurs pour aller jusqu'au petites bronches mais la salle de bain ça marche bien aussi.

C'est impressionnant quand même quand on voit un enfant euh quand on est jeune parent voilà c'est difficile... Il y a des parents qui demandent la kiné et il y en a qui n'en demande pas du tout. Et moi je me rends compte en fait que j'essaie de limiter trop d'intervenants et l'hospitalisation aussi pour éviter d'autres pathologies en plus. Parce que quand j'ai eu le bébé la semaine dernière je me suis posé la question à 3 mois on prend des risques mais bon je ne l'ai pas hospitalisé j'ai mis un aérosol et la maman franchement elle est super je lui ai dit si ça ne va pas allez aux urgences. Voilà.

Bon moi je trouve que c'est intéressant comme sujet de thèse. J'espère t'avoir aidé.

ENTRETIEN 11 (M11, 22.02.17, durée : 23min)

« Que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Euh de manière générale, je pense que c'est un examen euh, une thérapeutique, qui a plus d'effets indésirables à mon avis que d'avantages. Des risques à mon avis notamment traumatiques même si personnellement je n'ai pas... j'ai jamais eu de cas d'enfant qui ait eu de fractures de côtes. Je trouve le geste un peu traumatisant pour l'enfant et les parents. Et potentiellement dangereux pour le ouais, le peu d'avantages que l'on peut en tirer. Donc moi personnellement je le prescris très peu. Je vais vraiment le prescrire euh... à des parents qui sont en demande, soit parce qu'ils ont déjà eu une expérience avec leur enfant et que... et qu'ils sont convaincus que ça l'avait aidé et que voilà, soit euh... De prime abord je ne le prescris plus. C'est un examen, enfin un soin que j'ai prescrit pas mal après mon internat parce qu'en pédiatrie où j'étais en stage ça se prescrivait pas mal. Mais j'ai l'impression que c'est un peu passé de mode quoi.

« Hummhummm »

Voilà. Ma prescription est limitée. (Silence)

« Que fais le kiné pendant une séance ? »

Donc purement respiratoire euh... ils font des manœuvres thoraciques pour accélérer le flux expiratoire. Je pense qu'il s'occupe aussi de... de désencombrer les voies rhinopharyngée... aspiration peut être et nettoyage au sérum physiologique.

« Hummhummm d'accord »

L'aspiration pas tous les kinés ne le font, il faut avoir un certain matériel. Moi je prescris une séance de kiné respi avec accélération du flux expiratoire et désencombrement rhinopharyngée. A part en vidéo je n'ai jamais assisté personnellement à une séance de kiné respi.

« Quels sont les facteurs qui influencent la prescription de kiné respi ? Pourquoi la prescrire ? »

A mon avis les médecins et les parents qui demandent de la kiné, c'est vraiment pour une histoire d'encombrement important par des sécrétions, des glaires qui font penser chez les parents que le bébé a des difficultés à respirer importantes et qu'il pourrait s'étouffer même si ce n'est jamais arrivé. Et puis pour les médecins... bon ben je ne sais pas je pense que ce qui les pousse effectivement, c'est pour améliorer la respiration du bébé mais plus dans une optique de confort de l'enfant. Confort de l'enfant et peut être un peu des parents. Ouais c'est plutôt prescrit comme soin complémentaire on va dire du traitement. Si vraiment il y a un traitement de la bronchiolite comme la ventoline et d'autres trucs, mais c'est vrai que niveau thérapeutique on est limité.

« Quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Ben les effets attendus pour moi, c'est que les parents et l'enfant puissent avoir peut-être la journée puis le jour suivant de la kiné une respiration de moins en moins encombrée par les sécrétions voilà. Peut-être un meilleur sommeil, une meilleure alimentation... voilà. (Silence)

« Est-ce qu'il y aurait d'autres raisons de la prescrire ? »

En général, je la prescris vraiment pour les bronchiolites quand je la prescris. C'est-à-dire dans les bronchiolites en phase sécrétante. Ça m'est déjà arrivé aussi de le prescrire en dehors des bronchiolites. Euh ta question c'était quoi ?

« Est-ce qu'il y a d'autres raisons de la prescrire ? »

Ah de la prescrire. Ben toujours dans la bronchiolite non non je ne vois pas d'autres raisons de la prescrire.... Euh si ça devrait être pour certains parents ça peut peut-être aider à comprendre un peu le phénomène de... d'encombrement et de sécrétions rhinopharyngées. Voilà peut-être une vertu thérapeutique, éducative chez les parents. En particulier pour l'apprentissage des DRP. C'est peut-être l'occasion d'apprendre à nettoyer le nez du bébé. Parce que nous on leur montre mais ce n'est pas toujours facile, ils ne retiennent pas forcément tout. (Silence)

« Ton opinion sur la pratique ? Avantages et inconvénients ? »

Sur la pratique euh... par les kinés euh... Les avantages... L'avantage peut être le seul avantage que l'on peut en tirer, c'est peut-être d'avoir un autre professionnel de santé qui est amené à revoir l'enfant et de pouvoir alerter éventuellement le médecin ou les parents sur l'aggravation de l'état de l'enfant. L'avantage aussi peut-être de rassurer un petit peu les parents... Les inconvénients je pense euh... voilà hein, un examen qui est un peu trop traumatisant physiquement et psychologiquement pour les enfants et les parents. De plus avec des effets indésirables comme un risque de fractures de côtes... (Silence)

« Connais-tu les réseaux bronchiolite et numéros d'urgence ? est-ce que tu les as déjà utilisés ? »

Je sais qu'il y a un réseau... euh bronchiolite ici un réseau de kinés de garde mais pas qu'il y avait euh... quand j'étais interne en pédiatrie je me souviens d'un réseau en particulier de kinés, mais non je ne connais pas leurs coordonnées je ne savais pas que ça existait encore.

« En fait il y a un réseau de kiné de garde quasi dans quasi chaque région »

Ah ouais dans chaque région ouais je sais que ça existe mais c'est tout. Je n'ai jamais utilisé ces numéros.

« Au niveau de la coordination avec les kinés, tu as tes propres kinés avec qui tu as l'habitude de travailler ? »

Ben moi je pars simplement du principe que la plupart des kinés le font et je sais maintenant que par expérience, que les kinés qu'il y a autour de moi le font, donc en général quand j'adresse mes patients... De manière générale je les adresse à mes confrères les plus proches géographiquement. Voilà je sais qu'ils le font.

« Est-ce que tu as eu des retours des kinés ? »

Je n'ai pas d'échanges particulièrement sur la question. Euh si ça m'est arrivé une ou 2 fois qu'un kiné m'appelle pour me dire : j'ai vu l'enfant il n'y a pas besoin de séance ou j'ai vu l'enfant et j'ai demandé aux parents qu'ils vous revoient parce que je trouve que ça ne va pas, il a de la fièvre ou quoi mais c'est rare. Déjà j'en prescris assez peu donc voilà.

Je ne sais pas pour cette saison j'ai dû prescrire peut-être 2 ordonnances de kiné respi par rapport au nombre d'enfants que j'en ai vu. Voilà ce n'est pas énorme.

« Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ? »

Moi j'en prescris de moins en moins. Je pense que je n'en prescrirai bientôt plus du tout. Après il y a l'expérience personnelle qui fait que je pense que suivant les professionnels suivant les médecins on a peut-être pas tous, les mêmes compétences en pédiatrie, même si je pense qu'un médecin généraliste doit savoir un minimum, c'est rare de ne pas voir de bronchiolite l'hiver. Donc on se forge forcément une expérience voilà maintenant je n'ai plus besoin de ça. Devant le nourrisson atteint de bronchiolite... je préfère revoir régulièrement les enfants, rassurer les parents pour leur fournir aussi une éducation moi-même sur le nettoyage du nez et les mesures associées. Et quand ça ne va pas les adresser aux urgences. Je n'ai pas besoin de ce volume je m'en sors très bien.

Voilà j'espère que mes réponses te seront utiles...

ENTRETIEN 12 (M12, 24.02.17, durée : 22min)

« Que pensez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Euh c'est parfois très utile, parfois mal vécu, c'est parfois traumatisant pour les parents notamment mais c'est souvent très utile.

« Hummhum » (silence)

« Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? »

Ben je ne prescris pas de la kiné respi à chaque bronchiolite... loin de là mais... quand il y a un encombrement assez conséquent, il n'y a pas trop de solutions pour dégager les tout petits et... A condition bien sûr d'avoir des kinés formés à la technique, ça peut être intéressant. Après moi j'ai une liste de kinés correspondants auxquels j'adresse préférentiellement parce que je sais qu'ils travaillent euh enfin qu'ils veulent... qu'ils ont... qu'ils maîtrisent cette indication-là.

« Donc oui vous avez votre propre réseau habituel de paramédicaux »

Oui voilà habituel. Et puis je sais qu'il y a une permanence bronchiolite en période hivernale sur la ville y compris le weekend quand on en a besoin donc voilà. Ça peut m'arriver de l'utiliser surtout le weekend, ça marche bien.

« Qu'est ce qui est fait par un kiné durant une séance ? »

Ben je sais vaguement ce qui est fait, il fait des pressions de certaines zones pour aider l'enfant à sortir ses glaires enfin euh... oui je n'ai pas assisté en direct à une séance mais j'ai vu quand j'étais en pédiatrie, donc oui depuis fort longtemps. A moins qu'il y ait des

nouveautés récentes que je n'ai pas vues... Sinon en effet je n'ai pas assisté en direct à des séances depuis longtemps mais j'avais déjà vu ce qui est fait et comment ils travaillent.

« **D'accord** » (Silence)

« **Quels sont les facteurs qui influencent vos prescriptions ? Pourquoi prescrire de la KR ?** »

Bon alors qu'est ce qui fait que je prescris de la KR ou que je n'en prescris pas... Alors ça m'arrive aussi de faire une prescription en 2 temps, en donnant la prescription en disant à la maman que si elle le trouve... si elle sent son enfant encombré, gêné, avec beaucoup de glaires malgré les traitements DRP ou aérosols prescrits en parallèle, elle peut aller voir les fameux kinés du réseau qui ont l'habitude et qui vont lui dire s'ils sont utiles ou pas. Et souvent je ne fais pas une prescription avec une durée précise, je mets jusqu'à guérison parce que parfois ils vont avoir besoin de 2 à 3 séances et parfois ça peut être plus long. Je ne suis pas très directive dans la prescription parce que je me repose un peu sur l'expérience des gens avec qui je travaille. Ils ont plus l'habitude que moi.

« **Est-ce que vous avez déjà eu des retours ? Comment vous communiquez avec les kinés ?** »

Ben en général non parce que ça se passe plutôt bien. Si j'ai un retour ça peut être un kiné qui m'appelle en disant ; j'ai fait 2 séances ça ramenait rien, j'ai arrêté voilà ça peut être ça plutôt, je n'ai pas de souvenirs d'autres choses. Mais ce n'est pas moi qui les contacte généralement. Ceci dit cet hiver je n'en ai pas beaucoup prescrit même pas une fois encore donc euh finalement c'est peut-être une prescription qui se diminue. Ou alors on a pas eu d'épidémie énorme cette année euh... je ne sais pas je réalise en discutant que cet hiver j'en ai très peu prescrit. (Air interrogateur)

« **Alors moi je ne peux pas trop vous dire j'ai travaillé 10 jours cet hiver et il est vrai que je n'en ai pas vu. Et les autres médecins que j'ai interrogés très peu.** »

Oui ils sont comme moi quoi. Donc c'est vrai en tout cas pour l'instant cet hiver on n'a pas eu d'épidémie.

« **Est-ce qu'il peut vous arriver de la prescrire pour d'autres raisons ?** »

Alors ça a pu m'arriver oui il y a longtemps... maintenant c'était pour des patients que je ne connaissais pas, pour avoir une surveillance quotidienne, un relai, un suivi, sans envoyer forcément en pédiatrie à l'hôpital pour assurer une surveillance. J'ai le souvenir d'un petit pour lequel les parents étaient un peu inquiets, pas forcément trop fiables, mais voilà ils s'inquiétaient pour rien et à la fois laissaient passer des choses importantes donc euh je leur avais dit ; tiens allez voir le kiné tous les jours comme ça il va vous dire si ça va ou non voilà. Après ce n'est pas dans la majorité des cas, c'est même rare.

« **Humhum** »

Voilà c'est tout.

« **Quels sont les effets attendus de la kiné respi ?** »

Ben une amélioration de la liberté des voies aériennes... amélioration de la qualité de la respiration euh moins d'étouffement moins de toux, voilà.... Pour le confort de l'enfant c'est bien.

« Votre opinion sur cette pratique ? avantages et inconvénients ?

Euh alors je ne sais pas j'ai pas de recul euh... justement je trouve ça intéressant de voir ce que ça peut donner en termes d'études. Euh il y a ce vécu traumatisant quand même parfois qui est assez euh... des petits qui nous font confiance avant qui étaient à l'aise et quand ils ont eu de la kiné respi on ne peut plus les approcher, ils hurlent dès qu'ils passent la porte. Je pense qu'ils se disent, ça y est c'est les tortionnaires qui recommencent. Donc c'est quand même sûrement assez mal vécu par les enfants. Et... par les parents aussi et puis parfois il y a quand même des avantages, dans de gros encombrements j'ai déjà vu un bon soulagement, une bonne désobstruction. Quand j'étais à l'hôpital j'ai vu de la kiné avec des glaires, des sécrétions qui remontaient bien, la kiné qui soulageait bien l'enfant, après je ne sais pas en terme scientifique où est ce qu'on en est ! Si la technique a fait ses preuves.

{Quelques explications sur ma thèse}

J'ai l'impression qu'on la prescrit moins que ce que l'on faisait il y a 10 à 15 ans. Ouais donc c'est intéressant un peu de voir l'évolution des pratiques. Après j'ai l'impression que c'est très opérateur dépendant aussi. Moi mon sentiment c'est que c'est très kiné dépendant. Il y a des kinés qui sont très efficaces et d'autres beaucoup moins. Voilà. (Silence)

« Est-ce que vous pensez qu'il y a des effets secondaires ou des risques à cette pratique ? »

Oh quand même non pas spécialement. J'ai entendu parlé de fractures de côtes mais bon ça je n'en ai jamais eu. Euh à part le fait qu'ils fichent la trouille au gamin je n'ai pas quand même vu d'effets secondaires délétères euh notables... Parce qu'on est en difficulté sur les bronchiolites de toute façon on n'a pas de traitements. Après on a les aérosols aussi qui peuvent être remis en cause dans certaines mesures. Mais bon on n'a pas beaucoup de moyens.

« Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ? »

Non non là, je ne pense à rien d'autre... Ça m'intéresse de connaître la suite si jamais, vous avez des résultats. Au moins connaître le résumé. Sinon là sur la bronchiolite là non je n'ai rien de plus à en dire.

ENTRETIEN 13 (M13, 28.02.17, durée : 16min)

« Merci d'avoir accepté cet entretien. Donc tu as fait un semestre entier de pédiatrie dans un hôpital périphérique l'an dernier, c'est ça ? »

Oui c'est ça. Donc mes bases en pédiatrie viennent de là et des cours bien sûr. Je n'ai pas eu l'occasion de voir des bronchiolites en ville car mon semestre de médecine générale s'est déroulé l'été.

« De façon générale que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Euh... ben moi ce qu'on m'avait dit aux urgences de Sainte Musse, on m'avait dit qu'il n'y avait pas trop d'intérêt, selon les dernières recommandations pour l'amélioration en gros clinique de la kiné respi chez les petits. Par contre ce qui était bien, c'est surtout l'effet placebo pour les parents, l'effet psychologique. Et que du coup le petit était revu fréquemment, enfin de manière régulière par un soignant, par un personnel de santé donc là pour le suivi c'est quand même pas mal. Mais euh... après je n'ai pas d'expérience personnelle sur l'évolution clinique habituelle avec de la kiné respi pour te donner un jugement personnel.

« D'accord, donc toi c'est ce qu'on t'avait appris. »

C'est ce qu'on m'avait dit ouais, parce que cliniquement apparemment ça ne serait plus recommandé mais euh... par contre ce qui est bien c'est d'avoir un suivi du petit s'il s'aggrave ou quoi... (Silence)

« Que se passe-t-il selon toi pendant une séance, que fait le kiné ? »

Alors je suis désolé mais je ne sais pas du tout, je ne sais pas du tout ce qu'il fait, je ne sais même pas ce qui se passe exactement, je te dirais une bêtise donc euh non. En tout cas je ne me suis jamais renseigné sur la méthode. (Air embarrassé)

« Ok pas de problème, tu peux ne pas savoir ce n'est pas grave. »

Je ne sais pas du tout.

« Ok. Quels sont les facteurs qui influencent la prescription de kiné respi ? Pourquoi la prescrire ? »

Déjà, moi je trouve que l'influence c'est les parents... pour la kiné respi vu qu'ils se renseignent tous sur internet sur la bronchiolite chez l'enfant et c'est marqué de partout que la kiné respi améliore les petits. Il y a plein de pubs sur la kiné respi du coup les parents sont vachement demandeur je trouve, en tout cas aux urgences. Prescrire de la kiné respi pour leurs petits quand ils sortent et qu'ils ne sont pas rassurés sur l'état respiratoire de l'enfant quoi. Donc déjà pour moi le facteur principal, il y a vraiment les parents qui jouent, qui sont demandeurs de kiné respi. Et après euh... même moi quand j'étais inquiet pour le petit quand il n'y avait pas de critères d'hospitalisation et que j'aurai bien aimé le revoir 2 à 3 jours après peu importe, du coup la kiné respi ça permet d'avoir un suivi, qu'il ne soit pas lâché dans la nature comme ça, avec un œil en plus qui les poussera à nous reconsulter, si jamais, il y a un problème. Voilà moi c'est ce qui m'influçait principalement.

« Quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Euh...(Silence)

« Est-ce que tu attends des effets sur l'enfant ? »

Non pas particulièrement... Vu qu'on m'a briefé aux urgences en me disant qu'il n'y avait pas d'intérêts, pas de bénéfices réels sur le plan clinique euh... sur le plan respiratoire de la

saturation tout ça, du coup j'en n'attends pas de miracle quoi, j'en n'attends pas que le gosse soit ressuscité quoi.

« Ton opinion sur cette pratique dans le sens avantages et inconvénients ? »

Euh... ben oui après je n'y vois que des avantages. Moi je trouve que ça rassure les parents, déjà de prescrire de la kiné ça rassure les parents, déjà ça a un effet psychologique et comme je dis euh... je te répète la surveillance quotidienne par un personnel de santé quoi. Après je pense que ce sont les seuls avantages qu'il y ait et sur le plan euh... clinique sur le plan respiratoire, je n'ai pas assez d'expérience pour euh... je n'ai pas lu la littérature là-dessus et je n'ai pas vu non plus de séance, comment elle se passait et s'il y avait des résultats, je n'ai pas eu non plus de retours par les parents. Aux urgences je n'avais pas de suivi donc les avantages je ne vois que ça et les inconvénients je n'en vois pas particulièrement.

« Est-ce que tu as déjà entendu parler de risques ou d'effets secondaires de la kiné respi ? »

Non euh non non je ne connais pas de risques ou d'effets secondaires, je n'en ai jamais entendu parler en tout cas.

« Est-ce que tu connais le réseau bronchiolite, numéro d'urgence de kiné de garde ? »

Le réseau bronchiolite euh ouais moi je connaissais un réseau sur la région, je sais que j'allais sur internet et il y avait un site avec un numéro où tu trouvais tous les kinés de garde le weekend et jours fériés. Où j'imprimais la liste pour les parents. Oui je connais je m'en suis servi pour le weekend, les jours fériés etc...

« Bon du coup vu que tu n'as pas trop de recul, pas l'habitude de travailler en ville ça va être compliqué pour toi de répondre à la question de coordination avec les kinés, mais dis-moi ce que tu penses, comment tu travailles habituellement avec les kinés. »

Ouais non moi je ne bosse pas avec le kiné, je faisais l'ordonnance et c'est tout je leur donnais aussi le papier pour savoir quels étaient les kinés de garde dans la région et c'est tout. Voilà. (Silence)

« Est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur la kiné respi ? »

Non pas particulièrement. Je t'ai tout dit je ne pense à rien de plus.

ENTRETIEN 14 (M14, 01.03.17, durée : 35min)

« Tu es un médecin généraliste qui fait pas mal de pédiatrie et chaque hiver tu vois des bronchiolites. »

Oui voilà donc je vais essayer de répondre au mieux à tes questions, en essayant de t'être utile pour ta thèse.

« De façon générale, que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Alors tout dépend de la formation du kiné, ça peut être efficace comme inefficace, euhh, en règle générale, on essaie d'adresser euh les enfants aux kinés qui savent le faire. Donc sur la commune, moi j'en connais 2 qui le font bien. Euh... après bon il faut bien peser l'indication euh... quand il y a beaucoup de sécrétions, c'est intéressant quand il y en a peu il ne faut pas la faire. Après bon j'en pense euh du bien quand euhhh, voilà quand il y a beaucoup de sécrétions sinon pas, il ne faut pas la faire sinon.

« Humhum »

(Silence)

« Selon toi qu'est ce qui est fait pendant une séance de kiné respi ? »

En règle générale, la technique du euh la technique euh de compression thoracique et abdominale, puis on bloque le menton pour qu'il inspire avec le nez, globalement c'est ça. Après euh... je l'ai vu faire deux fois mais techniquement moi je ne saurais pas, je pense pas que je sache le faire aussi bien qu'eux. Il me faudrait une formation. (Rire)

« Ok et tu disais que tu adressais à 2 kinés. Tu as l'habitude de travailler avec les kinés que tu connais ? »

Oui oui j'ai mon propre réseau.

« Au niveau de la communication avec les kinés comment ça se passe ? »

Dans ces cas-là régulièrement on s'appelle, c'est quasiment les rares fois où on a les kinés au téléphone pour la pédiatrie. Moi en tout cas, je dis aux parents n'hésitez pas à dire au kiné qu'il me passe un coup de téléphone, si jamais il a l'impression que ça ne fonctionne pas ou que les manœuvres ne ramènent rien qu'il me passe un coup de fil. Voilà mais euh... c'est souvent, enfin moi j'aime bien quand on a un contact téléphonique avec les kinés dans cette situation. Voilà.

« Connais-tu le réseau bronchiolite ou le numéro d'urgence des kinés de garde ? »

Euh non « le réseau de kinés de garde ». Non je ne connais pas du tout.

« Il existe un réseau dans plusieurs régions qui organise des gardes de kinés le weekend et jours fériés en période d'épidémie donc en gros de fin octobre à fin mars. »

Humm d'accord... (Silence)

« Quels sont les facteurs qui influencent ta prescription de kiné respi ? Pourquoi la prescrire ? »

Alors.... Parfois on s'en sert de 2eme suivi, quand les parents ne sont pas trop trop fiables, ça peut arriver aussi que ça soit quasiment ordonné comme un passage infirmier à domicile euh pour évaluer, pour faire une évaluation euh clinique globale. Euh... ensuite... ta question ?

« Pourquoi tu prescribes la kiné, les facteurs qui influencent la prescription ? »

Alors les facteurs qui influencent la prescription euh... donc c'est celui-ci le suivi, la surveillance quotidienne, 2eme c'est l'abondance des sécrétions, l'encombrement bronchique quand c'est le cas. Euh et euh et puis globalement c'est tout.

« Pour toi pas d'autres facteurs hormis cliniques ? »

Après euh il y a les symptômes globalement dans la bronchiolite euh c'est-à-dire l'inappétence et autres mais ça c'est plus des facteurs de gravité donc c'est peut-être moins... on est peut-être moins dans l'axe de prescription de kiné que dans l'axe hospitalisation. Parfois ça arrive aussi qu'on ne les garde pas en ville. Mais euh quand il y a des facteurs de gravité que ça soit un tirage ou voilà une diminution du tonus là dans ces cas-là on les adresse aux urgences pédiatriques ou directement dans le service.

« Quels sont les effets attendus de la kiné ? »

(Pause) c'est euh... une meilleure hématoxe par le fait qu'il y ait moins de sécrétions euh... qu'il y ait moins de sécrétions dégluties donc euh d'améliorer un petit peu l'appétit en assurant une meilleure vacuité gastrique, en plus d'améliorer la respiration. Donc voilà c'est plutôt pour améliorer mécaniquement l'appétit, en évitant que le nourrisson déglutisse toutes ses sécrétions et qu'il ne s'en remplisse l'estomac.

« Ton opinion sur cette pratique dans le sens avantages et inconvénients ? »

Alors les inconvénients, ben c'est lié au fait que le praticien voudrait faire une séance alors qu'il ne sait pas correctement le faire, le kiné pas trop à l'aise avec cette méthode quoi. Les avantages, c'est qu'on a un regard paramédical à plusieurs reprises sur le bébé et qu'en règles générales quand ils sont trop trop fatigués, c'est là qu'ils nous appellent et qu'on déclenche plus le 2eme niveau d'intervention donc hospitalier et donc voilà c'est plutôt ça. Avantage d'un regard répété sur l'enfant, d'une surveillance rapprochée et inconvénient si la technique est mal maîtrisée et éventuellement des risques de traumatisme ou de... ce n'est jamais arrivé enfin moi ça ne m'est jamais arrivé m'enfin un pneumothorax ou autre traumatisme thoracique ça doit exister.

« Voilà tu y es venue tout seul j'allais te poser la question si tu y voyais des risques ou effets secondaires »

Oui voilà je pense ça.

« Est-ce que tu aurais quelque chose à ajouter ? »

Non mais euh ça serait bien que le réseau bronchiolite on le connaisse mieux et euh qu'on en connaisse les numéros parce que quand on est de garde euh... en ville le weekend qu'on a un enfant qui a une bronchiolite, qui n'a pas de facteurs enfin de signes cliniques de gravité plutôt que de l'envoyer aux urgences euh... et grossir la liste d'attente des urgences surtout le weekend. Ça serait bien qu'on ait au moins ce numéro pour au moins dévier une ou 2 bronchiolites dans un weekend ça c'est quand même très très bien et puis les réseaux ils sont là pour fonctionner, si jamais personne ne leur envoie de patients, c'est voué à disparaître. Surtout que les kinés du réseau sont compétents.

{Son portable sonne, interruption d'environ 3 min, discussion avec son interne en saspas}

Pardon. Où est ce qu'on en était ?

« Il y a quelque chose qui m'interpelle, il y a une moitié de médecin qui connaît le réseau qui l'utilise et l'autre qui ne le connaît pas du tout. Dans certaines salles d'attente il y a des affiches et d'autres qui ne connaissent pas du tout et qui aimeraient être mieux informés sur ça. »

Il me semble quand même qu'on avait une affiche mais euh.. Globalement les réseaux il y en a beaucoup beaucoup beaucoup et je pense qu'on ne les utilise pas correctement parce qu'on a trop d'informations, comment dire, cumulées dans une journée et les choses importantes d'organisation en fait elles devraient être mieux... comment dire, elles devraient être mieux euh... mieux organisées et mieux proposées aux médecins de ville. Ne serait-ce que le numéro des cardio de garde de la clinique, les numéros directs pour les ophtalmo etc... Et ça on n'a pas un outil où tout est repris, parce qu'effectivement c'est intéressant pour les patients d'avoir une affiche mais si toi-même tu ne le sais pas, surtout dans un cabinet a plusieurs médecins. Si c'est l'un ou l'autre qui met l'affiche et que toi tu ne l'as pas vue, tu ne leur dis pas. Donc ouais la boîte à outils du médecin généraliste elle n'est pas optimale en tout cas moi la mienne elle n'est pas optimale.

« Je pense que beaucoup de médecins pensent comme toi »

Tout à fait, là c'est dans la bronchiolite mais bon par exemple dans la contraception d'urgence ou le numéro des soins palliatifs etc...

Nous, entre guillemet, on s'occupe de gérer le tout-venant, le tout-venant il est plus... il faut plus d'outils, pour recycler le carton, tu as une machine à recycler le carton mais pour recycler le tout-venant, il faut un peu de tout. On a besoin d'un annuaire qui regroupe tout, par exemple il existe l'annuaire social, je sais pas trop quoi mais il y a 150 pages qui ne sert à rien, il faudrait un répertoire tout simple ou éventuellement un répertoire en ligne qui regroupe les principaux numéros, tout simple. On connaît le 15, le 3624 là et voilà le reste pffff...

Alors qu'est ce qui pourrait centraliser ça ? Est-ce que c'est le conseil de l'ordre ou est-ce que c'est les urps. Les urps devraient se bouger et pas que sur les choses qui ne sont pas forcément très très utiles mais aussi sur les choses utiles. Par exemple éventuellement mettre dans ce répertoire le correspondant VIH, le correspondant cardiopathie ischémique etc... Il faudrait un répertoire facile ou une application quoi et puis quand il y a du changement, il le change comme ça tu n'as pas à avoir un bouquin papier. Un annuaire d'utilisation du tissu médical et paramédical régional ça ne me paraît pas très très compliqué à utiliser mais ça il faut que ça soit une instance existante qui s'en occupe. Ce n'est pas normal que le réseau bronchiolite soit pas mieux connu je suis désolé. Après 10 ans d'installation, ce n'est pas normal que je ne connaisse pas. Est-ce que c'est ma faute peut être, est ce que c'est une erreur du réseau bronchiolite de ne pas avoir pénétré le tissu médical suffisamment, en tout cas avoir touché au bon endroit ? Quand on s'occupe d'un réseau la moindre des choses c'est de se faire connaître. A mon avis je ne sais pas quoi.

Un réseau il faut toucher tout le monde sinon il faut se poser des questions. Voilà j'espère que je t'ai été utile.

ENTRETIEN 15 (M15, 20.03.17, durée : 42min)

« De manière générale que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Alors moi je ne l'écarte pas, ça dépend après des bronchiolites, ça dépend de ce que tu entends à l'auscultation, ça dépend de la présentation des bébés. Mais c'est vrai que quand tu le sens, quand je sens qu'ils sont quand même bien encombrés moi je n'hésite pas à en prescrire, 3 à 5 séances pour euhhh pour essayer de.... Quitte à ce que les parents les emmènent une fois, 2 fois et puis si le petit ça ne donne rien ben on arrête, mais moi je suis plutôt pour.

« Humhum »

Je peux la prescrire selon le contexte, voilà.

« Que fait le kiné pendant une séance ? »

Euh qu'est ce qui est fait par le kiné ? euh alors bonne question, parce que nous on n'y est pas euhh... En plus ils ont enfin, tous les kinés ne le font pas donc euhhh c'est pas toujours évident d'envoyer vers quelqu'un en particulier. En plus ils ont différentes techniques alors je je... je ne saurai pas te dire exactement ce qu'ils font chacun après euhhh... Il y en a qui sont un peu plus interventionnistes qui vont en appuyant selon une certaine technique essayer de faire remonter les crachats, les sécrétions et d'autres qui vont être plus doux mais après te dire exactement comment ils font euh je crois qu'il n'y en a pas un qui fait comme l'autre. Je euh... En entendant parler un peu les parents et puis les kinés je ne sais pas quoi te dire... (rire)

« Tu n'as jamais vu de séances ? »

Non, jamais. Je pense qu'ils lavent le nez, qu'ils mettent euh... ils lavent le nez avec du sérum physiologique et derrière ils essaient de faire expectorer le gamin de manière mécanique. (Gêne de ne pas savoir quoi me répondre.)

« Oui après je t'expliquerai la méthode, je ne veux pas t'influencer, je te laisse me dire ce que tu penses c'est tout. »

Oui parce que nous on n'a jamais vu. Nous on ne fait pas les manœuvres et euh... hors bronchiolite, savoir ce que fait un kiné sur une douleur d'épaule enfin, sur autre chose, on y est pas quoi donc je ne pourrai pas de te dire exactement.

« Quels sont les facteurs qui influencent ta prescription ? »

Euhhhh... (Silence)

« Pourquoi tu prescribes de la kiné respi dans une bronchiolite ? »

Euh... (Silence) ça va être les petits qui vont être assez encombrés, tu l'entends, tu le vois quand ils sont encombrés, tu l'entends à l'auscultation. Et qui ont du mal même en toussant

à faire remonter les sécrétions. Tu vois que ce n'est pas une toux forcément efficace. Et quand ils sont bien pris ben pour moi c'est un critère de prescription de kiné.

« Est-ce que tu as d'autres critères de prescription clinique ou autre, d'autres facteurs ? »

Après euh les bébés qui ne s'alimentent plus enfin en général on les hospitalise selon, c'est une nuance quoi, en général quand ils ont un peu de mal à boire parce qu'ils sont trop encombrés ou quand ils ont une respiration rapide c'est un élément qui peut faire pencher la balance un peu en faveur de la kiné. Après euh... je n'en ai pas vu beaucoup des bronchiolites. Là notamment cette année je n'en ai pas vu encore, donc euh là non je n'ai pas d'autres idées pour l'instant.

« D'accord. Quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Désobstruction bronchique, des voies respiratoires, c'est d'essayer de faire euh... remonter un maximum de sécrétions pour éviter qu'ils se noient un peu dans leurs bronches, c'est surtout ça pour moi et essayer de.... Ça rassure aussi les parents souvent de... Enfin ou pas ça dépend des techniques qui sont utilisées. Mais c'est vrai que les parents ont parfois du mal à moucher les petits à bien les désencombrer après ils ont... ils se sentent un petit peu euhh... démunis. Ils ne savent pas trop quoi faire. Et des fois le fait d'aller chez le kiné de faire remonter des expectorations de dégager un peu le bébé voilà, on voit qu'il va mieux et ça les rassure aussi.

« Est-ce que tu as des parents qui t'en demande ? »

Non ce n'est pas une demande euh enfin ça pourrait, mais ce n'est pas une demande euh particulièrement des parents. Déjà la plupart du temps, ils ne savent pas forcément ce qu'est une bronchiolite et le traitement qui en découle donc ils ne vont pas le demander spontanément. Ils s'attendent à ce qu'on soigne leur bébé, qu'on leur explique, mais pas forcément par la kiné ce n'est pas une demande spontanée.

« Hummhum »

Voilà.

« Ton opinion sur cette pratique, dans le sens avantages et inconvénients de la kiné respi ? »

Alors après moi, je n'ai pas beaucoup d'expérience sur ça et ce qu'il y a c'est qu'on ne les voit pas forcément après, donc on a pas forcément de retour par rapport à ça. L'avantage je trouve que ça aide quand même les bébés à respirer mieux. Parce que 'il me semble que dans les dernières recommandations la kiné n'est pas forcément au 1^{er} plan. Mais je pense qu'il y a un intérêt quand même sur la... sur la libération des voies aériennes. Après il y a un intérêt toujours par rapport aux parents aussi, par rapport au fait que voilà ça les rassure qu'on arrive à le désobstruer un peu. Après les désavantages de la kiné euhhh... (silence) après une séance de kiné ? euh... à part le fait que certains parents peuvent être impressionnés, s'ils assistent à la séance et que ça peut paraître un peu barbare pour certains, ça peut être un peu traumatisant, non je ne sais pas. Je n'ai pas l'impression que ça aggrave en tout cas pour moi, il n'y a pas de problèmes d'aggravation des symptômes au contraire.

« Est-ce que tu penses que la kiné respi a des effets secondaires ou des risques ? »

(Silence)

« Pour toi à ta connaissance ou selon ton intuition ? »

Après euh faudrait déjà maîtriser les techniques de kiné respi parce que je ne sais pas si c'est un peu invasif, on va dire un peu fort, je me dis que peut être au niveau osseux ça peut fragiliser les côtes. Je n'en sais rien, je te dis des bêtises peut être. Euh voilà je pense qu'il ne faut pas être trop compressif même s'ils sont élastiques, voilà faut faire attention. Après est ce que ça peut aggraver je ne pense pas. Le but est de faire remonter les sécrétions. Est ce qu'ils peuvent inhaler les sécrétions je ne sais pas.... Mais si tu veux bien me le dire ça m'intéresse. (rire)

{Explication sur les effets secondaires de la kiné.}

« Est-ce que tu connais et utilise les réseaux bronchiolites et les numéros d'urgence de kiné de garde ? »

Du tout... je n'en ai pas. Si tu en as, je veux bien t'en piquer un, après en kiné respi euh je sais qu'il y en a une sur la commune pour les nourrissons, parce qu'aussi ils ne le font pas tous... mais voilà sinon pffff c'est le flou artistique...

« En fait il existe un réseau bronchiolite, un numéro de garde, quasi dans chaque région de France. »

Ah oui, j'avais dû recevoir un papier là-dessus, maintenant que tu me le dis mais bon je ne sais pas ce que j'en ai fait...

« Donc il y a un numéro d'urgence de kinés de garde pour les weekends et les jours fériés qui est ouvert en gros de fin octobre à fin mars. C'est intéressant car beaucoup de médecins ne connaissent pas... »

Si si mais ça nous intéresse quand même.

« Tes habitudes pour travailler avec les kinés, comment ça se passe pour toi, tu as un réseau ? »

Alors c'est difficile, parce que euh je ne les connais pas, on ne se connaît pas, on n'a pas forcément de réunions où on fait connaissance où on sait comment travaille l'autre donc euh... Soit les gens ont déjà un kiné le connaissent et vont le voir, soit parce qu'ils n'ont pas d'idées moi je leur donne quelques indications, parce que j'en connais, parce que j'ai quelques patients qui sont kinés et je sais qu'ils bossent bien. Parce qu'après sur les échos de certains patients, on se rend compte, qu'il y en a qui sont pas mal, là aussi je peux adresser. Mais bon je n'ai pas d'attaches particulières avec eux, avec les kinés.

« Pour la kiné respi pour les enfants tu n'as pas trop de connaissances ? »

Ben là, j'en ai rencontré une, il n'y a pas très longtemps qui me disait qu'elle le faisait et justement je lui ai sauté dessus. C'est toujours intéressant de savoir qui fait ça. Donc elle je sais après il me semble qu'il y en a, à la clinique C. tu sais le pôle de kinés mais après c'est tout ce que j'ai comme réseau pour l'instant.

Ce qu'il y a c'est que moi, ça fait pas très longtemps que je suis installée, donc je n'ai pas eu beaucoup l'occasion de prescrire de la kiné et je ne suis pas de la région donc c'est vrai que petit à petit le réseau il va se faire. Mais c'est vrai que je pars de zéro à la base donc euh... tant que je n'en ai pas eu tellement besoin, ça ne s'est pas développé mais petit à petit ça va se créer.

« Est-ce que tu communique avec les kinés à certaines occasions ? »

Euh par téléphone très peu, euh ça peut se faire par message par le biais du secrétariat, par téléphone j'en ai peu qui m'ont demandé de les rappeler, souvent des demandes de renouvellement d'ordonnance, il n'y a pas vraiment de communication entre nous sur le cas d'un patient sauf si je connais un kiné. J'ai connu un kiné ici et qui a sa fille dans la même classe que mon fils, du coup j'ai une patiente qu'il suit donc on communique à ce moment-là pour elle directement quand on se croise. Sinon avec les kinés c'est vrai qu'on ne communique pas beaucoup, c'est vrai qu'il y en a qui font de petits comptes rendus notamment chez les jeunes qui ont des scoliozes, ou là j'en ai reçu un il n'y a pas longtemps pour un patient qui avait une douleur articulaire, un kiné qui m'a écrit pour me donner le résultat des séances. C'est rare mais c'est chouette de voir que le kiné s'implique. Et du coup nous donne le compte rendu de ce qu'il a fait, mais c'est rare. On n'a pas souvent de communication par rapport à l'évolution par rapport à ce qu'il en pense, parce que c'est intéressant pour nous des fois, on prescrit mais est ce qu'il est d'accord avec ce qu'on prescrit ?! C'est vrai qu'on a peu de communication par rapport aux pathologies des patients. Moins qu'avec les infirmiers, alors que bon là aussi ça pourrait être intéressant.

« C'est vrai mais bon après comment instaurer une communication plus importante ? »

Ah ça ... peut être par les... après ça peut être pour les patients vus à domicile, ça peut être via les cahiers de coordination. Là on peut essayer de communiquer par ce biais-là. Après pour les patients vus aux cabinets c'est vrai qu'à part avoir un petit courrier sinon je ne sais pas...

« Est-ce que tu aurais autre chose à ajouter sur la kiné respi ? »

Eh ben écoute dit moi où est ce qu'on en est aujourd'hui ça m'intéresse moi je pense t'avoir dit tout ce que j'en pense...

{Explications sur le pourquoi je fais ma thèse}

... Après pour la kiné respi, si on n'en faisait pas comment ça se passerait ? Est ce qu'ils finiraient par être hospitalisés ? Je n'en sais rien... Moi j'ai l'impression quand même quand on arrive à jouer sur leur confort, les bébés euh... ils n'arrivent pas, ils n'ont pas la force de remonter les expectorations, quand on arrive à les aider à faire remonter ça, à l'auscultation ça s'entends c'est net après.

Normalement il y a besoin de peu de séances, après il n'y a pas de consensus sur le nombre enfin à ce que je sais.

Voilà j'espère que je t'ai aidée.

ENTRETIEN 16 (M16, 28.03.2017, durée : 38min)

« De façon générale que penses-tu de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ? »

De la kiné respi euh... moi la kiné respi je la mets quand même assez facilement en fait, même si je ne suis pas fan complètement de la kiné respi, mais je trouve que c'est un moyen de les améliorer un petit peu plus vite et les parents sont quand même contents que l'on fasse quelque chose. Après en pmi je suis souvent embêté en post kiné respi parce que les allonger sur la table après c'est un peu sportif, déjà après de la kiné respi je galère un peu plus.

Après je ne sais pas quoi te raconter de plus sur la kiné respi euh... je ne sais pas si tu as d'autres questions, s'il faut développer plus ou pas je ne sais pas quoi te dire. (Silence)

« Que fait le kiné pendant une séance ? »

Euh que fait le kiné pendant une séance ? Je sais que généralement il y en a qui auscultent l'enfant puis après euh... ils font du drainage bronchique après je ne me rappelle plus exactement le terme de la manœuvre mais ils font du drainage bronchique. Et ils font de la réévaluation après le drainage. Il y en a certains qui revoient l'enfant, la kiné où je bossais avant, voyait si les gens savaient bien faire les lavages de nez aussi. Comme ça tu es sûr qu'ils étaient bien pris en charge en termes de kiné. De ce que j'en connais après je suis un très mauvais kiné. (Rire)

« Quels sont les facteurs qui influencent ta prescription ? pourquoi tu en prescrist ? »

Pourquoi je prescrist euhhhh... elles sont dures tes questions puis il faut réfléchir c'est chiant hein (rire). Généralement moi j'en mets quand même assez facilement, j'en mets sur des parents qui sont assez inquiets, un enfant qui est bien encombré et sur lequel, en fait ça me permet aussi d'avoir une surveillance, ça me rassure aussi d'avoir quelqu'un, un professionnel qui revoit l'enfant assez rapidement. Donc je la mets assez facilement sur les enfants euh qui sont bien encombrés, je sens en fait qu'avec quelqu'un qui ferait du drainage, il respirerait mieux.

« Peux-tu m'en dire plus ? »

Je trouve que lorsqu'ils vont chez le kiné, j'ai toujours quelqu'un qui les revoit, si moi je ne peux pas les revoir dans les 2 à 3 jours. Ce n'est quand même pas trop mal qu'il y ait quelqu'un à côté, pour une sorte de suivi.

« Qu'est-ce que tu attends de la kiné, quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Quels sont les effets que j'attends pour un enfant à qui je fais de la kiné respi c'est ça ?

« Oui »

Euh... ben j'attends qu'il soit euh... j'attends de fluidifier les sécrétions et qu'il puisse tousser et respirer plus facilement, et j'attends aussi que ça rassure les parents. Ben après... j'attends surtout que ça soit efficace et euh... je sais que ce n'est pas prouvé, mais je me dis

que ça peut accélérer la guérison, mais bon je sais que ce n'est pas vrai, c'est une espèce d'intuition mais bon voilà. Si je dis plein de bêtises tu me le dis après hein. (Rire)

« Ne t'inquiète pas, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. »

« Ton opinion sur cette pratique, dans le sens avantages et inconvénients ? »

Des avantages et des inconvénients euh... c'est pas facile à dire, pff qu'est-ce que j'ai... alors bon les avantages oui c'est sûr que j'en mettrais pas tout le temps, pas systématique mais ça améliore les enfants sur le plan clinique, c'est quand même euh... rassurant d'avoir un professionnel de santé qui voit l'enfant régulièrement, c'est un bon point de soutien aussi d'être plusieurs à travailler sur l'enfant après euh... c'est vrai que comme on en met quand même... que les parents en demandent quand même assez facilement. Je pense que c'est un peu trop systématique de mettre la kiné, moi je la mettrai un peu moins souvent mais c'est quand même bien ancré dans la tête des gens. Après euh... qu'est-ce que... qu'est-ce qui m'embêterait sur la kiné respi euh... c'est un peu ça, peut-être un peu traumatisant pour tout le monde. Moi je le fais aussi qu'avec des kinés que je connais, qu'avec des kinés en qui j'ai confiance quand même, parce qu'il faut que ça soit bien fait et un kiné qui ne le fait pas bien, c'est fait de manière inutile. Je n'irai pas chez n'importe quel kiné. En pmi là on adresse que chez les kinés compétents qu'on connaît, qu'ils puissent nous faire un retour aussi. Ça aussi c'est un truc qui m'embête, c'est qu'en fonction des endroits, ils n'ont pas de retours sur ce qui a été fait à part le retour des parents. Parce que moi j'aime bien savoir pourquoi on ' maltraite les enfants '.

« Pour toi la kiné respi peut avoir des effets secondaires ? »

Je crois qu'il y en a, déjà c'est traumatisant pour l'enfant au niveau de l'examen, après euh... je crois que la réponse est qu'il y en a, mais je ne me suis jamais trop posé la question. La question sur quelles conséquences on pouvait avoir. Mais à mon avis je sais qu'on avait eu des cours sur ça et que ce n'était pas la panacée de mettre de la kiné, il peut y avoir des conséquences après savoir quoi, je n'en sais rien.

« Pourrais-tu expliquer un peu plus ? »

En quoi c'est traumatisant. En fait quand j'étais petite, ça ne va pas te servir hein mais ma sœur a eu 3 bronchiolites et le meilleur copain de mon père était kiné et un jour je suis rentrée de l'école et j'ai vu que le kiné avait tellement frappé ma sœur qu'elle était partie à l'hôpital. Ça m'avait tellement choquée (rire) du coup ma mère se fou de moi à chaque fois que je lui parle de bronchiolite, après je m'étais mise à hurler parce que je trouvais ça... après je ne me rappelle plus avoir vu faire les séances mais euhhh...je sais qu'ils sont allongés sur la table qu'ils ne respirent pas très bien, allongés de force avec des massages. Moi c'est les conséquences que je vois après chez les enfants quand je les allonge sur la table d'examen quand ils ont eu un drainage un peu allongé de force un peu... je sais pas ils doivent masser ils doivent... ils ne sont pas toujours à l'aise après les enfants. Faut regagner leur confiance. (Silence)

Je n'y connais pas grand-chose hein franchement... sur la kiné respi on ne connaît que les grandes lignes. Et en plus en fonction de nos maîtres de stage, de nos chefs à l'hôpital, ils font tous différemment. Ils ne nous apprennent pas des trucs uniformes. Je pense aussi qu'il y a la confiance au kiné. Il y en a qui ont des kinés... tu connais bien ton kiné, tu sais ce qu'il

va faire et tu sais qu'il ne va pas insister s'il n'en a pas besoin. Je sais normalement que dans la bronchiolite, il n'y a pas besoin de traitement. Une bronchiolite simple il n'y a besoin que de la DRP et de fractionner les repas, changer la position euh... c'est que des aménagements, après moi je trouve que ça accélère un peu la guérison quand même voilà.

« Est-ce que tu utilises le réseau bronchiolite et numéro de kiné de garde ? »

Oui, oui nous on en a en un dans la région, et chez mes maîtres de stage je me souviens on avait un numéro auquel téléphoner, par contre c'était que pour le weekend et les jours de gardes. (Silence)

« Pour revenir à la coordination des médecins et des kinés, toi tu m'as parlé de kinés que vous connaissiez en fait c'est plus un réseau ? »

Alors moi où j'ai travaillé, c'était toujours bien organisé alors en pmi on a des réseaux de kinés avec qui on travaille qu'on connaît parce qu'on travaille avec eux souvent, mais sinon en médecine de ville on avait les kinés locaux. On avait un kiné qui avait plus l'habitude de faire des mobilisations, des drainages bronchiques que les autres donc c'était plus lui qui prenait les enfants. Mais après aussi c'est l'expérience qu'on a avec les kinés on sait comment la personne travaille. Après moi, j'ai fait que de la médecine de campagne c'est peut-être différent de la médecine de ville, on communiquait facilement, mais par exemple nous à la pmi en ville, on leur donne les coordonnées du réseau bronchiolite sur un petit papier, on leur donne le numéro pour le weekend et les jours fériés.

« Tout à l'heure tu m'as dit vouloir plus de communication, peux-tu m'en dire plus ? »

Ce que j'aimerais c'est que souvent c'est les parents qui nous disent et moi j'aimerais savoir en fait, combien de séances ils ont fait, c'est plus les parents qui nous donnent les retours. Combien de séance ils ont fait, ce qu'ils ont fait, est ce que ça a été efficace ? Alors quand l'enfant ne va pas mieux et qu'il est adressé aux urgences ou que ça s'aggrave, là il y a un contact mais je trouve que ça serait mieux, une coopération entre les professionnels mais bon ça ne se limite pas qu'à la bronchiolite, donc de pouvoir savoir un peu si ça a été efficace, s'ils ont trouvé ça utile, combien de séances ils ont fait, est ce que ça s'est bien passé ? voilà moi j'ai le côté pmi aussi. (Rire)

« Quelles propositions ferais-tu pour améliorer ce lien ? »

Le lien... ah ben moi je pense qu'après chaque euh... mais ça ne se limite pas qu'aux kinés, aux médecins, aux infirmières etc.... après chaque... ça prendrait du temps je pense mais euh... après chaque prise en charge en fait au minimum, qu'il passe un coup de fil, mais ça, ça peut toujours être difficile, ou avoir un petit compte rendu courrier qui nous revient moi ça me conviendrait parfaitement, voilà un compte rendu papier. A la limite, qu'on établisse un questionnaire ça pourrait être quand même pas mal aussi un questionnaire qui ferait le lien entre médecin et kiné, le... un truc qui soit établi entre les 2, et savoir ce que chacun d'entre eux fait et savoir ce que l'autre attend aussi. Je ne sais pas si ça pourrait être réalisable mais on le fait pour toutes les consultations entre médecins, d'avoir un retour au médecin qui a prescrit, c'est quand même pas mal surtout quand on va revoir l'enfant.

« Humhum. Peux-tu développer ? »

Nous on avait commencé à mettre un truc comme ça en place avec des infirmières à la maison de retraite où je bossais, pour des pansements, pour le suivi, c'était beaucoup plus pratique après voilà on a plus l'habitude de communiquer avec les infirmières qu'avec les kinés. Je pense que pour les kinés ça ne ferait pas énormément de travail d'écriture mais de savoir, combien de séances ont été faites, si ça s'est bien passé, si ça a été efficace, voilà je ne sais pas mais ça pourrait être une idée. Il y a tellement de chose à faire...

Après par contre quand ça ne fonctionne pas, ils te le disent c'est vrai que nous, ça a dû nous arriver qu'ils nous appellent une fois ou deux : non il ne va pas du tout bien, ou il te le renvoie le lendemain matin à la consultation, sachant que là généralement, ils font un aller simple aux urgences.

« As-tu autres choses à ajouter sur la kiné et la bronchiolite ? »

Sur la kiné et la bronchiolite euh... je pense aussi que c'est aussi pas mal d'éducation thérapeutique, mais des 2 côtés du kiné surtout et aussi du médecin. Je trouve ça pas mal qui réapprennent aux parents à moucher leurs enfants ou à leur expliquer un petit peu les consignes. J'aime bien ne pas les laisser euh... parce qu'en fait juste une question de... dans les recommandations il ne reste plus que ça la DRP, le fractionnement donc si déjà tout le monde joue mieux son rôle d'éducation, ça serait déjà pas mal. Si les parents savaient moucher leurs gamins ça serait formidable ça irait peut-être plus vite.

Et c'est catastrophique par rapport aux autres ou pas ? (rire)

« Non non pas du tout je ne suis pas là pour juger je prends juste les informations. Merci beaucoup. »

Avec plaisir.

ENTRETIEN 17 (M17, 03.04.2017, durée : 25 min)

« De manière générale, que penses-tu de la kiné respi dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Alors bonne question, alors je sais qu'au niveau des études ça ne montre pas grand-chose ou autre, enfin des fois c'est une demande des parents qui disent bon il faut faire quelque chose donc souvent... à un moment, la kiné c'était à la mode pour les bronchiolites et compagnie. Il y avait même des kinés qui étaient de garde pour les weekends et jours fériés, le réseau, donc c'est c'est euh.... Ça m'arrive de la prescrire de temps en temps, quand il y a de l'encombrement un petit peu que ça ronfle un peu, que ça siffle, quand ça fait que siffler ça ne mène pas grand-chose. Quand on sent que ça... que c'est plein, moi ouais je prescris de la kiné. En sachant que les études ont montré que l'efficacité n'était pas nette à 100% voilà pour ça.... Il y a quelques années euh... moi je suis abonné à la revue Prescrire et je me souviens que ça avait fait débat, que les études montraient au final une efficacité pas vraiment prouvée quoi.

« Humhum »

Je ne sais pas trop quoi dire de plus. (rire)

« Que fait un kiné pendant une séance de kiné respi ? »

Alors là !!! Je ne sais pas du tout... (rire) Je n'ai jamais vu de séance kiné en vrai, enfin ça remonte à quelques années en tout cas donc pour moi ce n'est pas très agréable comme technique. Chez mes petits-enfants j'ai déjà prescrit des séances de kiné et je sais qu'ils pleurent, qu'ils vomissent parfois ou qu'ils régurgitent donc ce n'est pas top pour ces problèmes-là. Ils ont des difficultés pour manger pour... ou autres si ça les fait vomir euh... je sais que ma belle-fille disait que ce n'est pas très très agréable après ça dépend du kiné aussi peut être (rire).

« Humhum »

Il faut qu'il ait un certain savoir-faire quoi.

« Quels sont les facteurs qui influencent les prescriptions ? »

Euh... (Silence)

« Pourquoi la prescrire ? »

Pourquoi la prescrire euh... quand c'est un petit peu euh... d'avantage quand il y a un problème d'encombrement. Ouais plus à ce niveau là... (silence)

Ou à la demande des parents éventuellement. Qui peuvent nous dire : vous nous marquez pas de kiné, et là bon tu leur dit on marque un peu de kiné pour vous faire plaisir. J'ai eu quelques fois ce cas. Sinon après.... Que lorsque l'enfant est encombré voilà.

« Quels sont les effets attendus ? »

Les effets attendus vraiment de remonter les sécrétions quand il y a des sécrétions pour éviter après que pour des quintes de toux ils vomissent des choses comme ça, c'est un certain confort qu'on leur apporte même si bon c'est discutable, même si des fois c'est la kiné qui peut les faire vomir aussi. Voilà pour remonter les sécrétions essentiellement, ce qu'on appelle la désobstruction bronchique.

« Ton opinion sur cette pratique ? »

Ouais ben avec du recul euhhh pffff... pas, c'est pas... enfin ça n'apporte pas grand-chose au 1^{er} abord, maintenant j'ai des patients de plus en plus âgés, des petits je n'en vois plus beaucoup même si ça m'arrive encore hein... mais bon je suis resté sur cette vision là que la kiné respi ça n'a vraiment qu'une utilité réduite.

« Dans le sens avantages et inconvénients ? »

Euh pfff... les avantages ben éventuellement aider à remonter les sécrétions éventuellement à faire quelque chose pour décontracter un petit peu l'entourage. Les parents qui sont souvent angoissés dans ce cas qui se sentent démuni. Après inconvénient ce sont les effets indésirables comme les vomissements, les fractures de côtes, bon ça arrive ce n'est pas fréquent mais ça arrive quand même d'après les études c'est dit que ça peut arriver. Vomissements et voilà hein. Après le gamin qui pleure, qui a du mal un peu à respirer ce n'est peut-être pas très très top pour l'aider à s'améliorer. Ça peut être traumatisant car le gamin déjà qu'il n'est pas bien, tu viens le le le bouger l'embêter.... Voilà...

« Tout à l'heure tu me parlais des réseaux de kiné de garde, des réseaux bronchiolites... »

Ouais enfin je sais qu'il y a pendant l'hiver des kinés de gardes euh... je sais que j'ai vu passer des papiers, je sais pas moi euh... bronchiolite ou autre je ne sais pas comment ça s'appelle exactement le réseau mais je dois avoir un papier dans un coin. (Rire)

« Tu as déjà utilisé c'est numéro ? »

Oui je donne le numéro aux parents quand ça tombe le weekend ou surtout les jours fériés parce que sinon la semaine y a pas de de de soucis ou autre m'enfin le weekend c'est les kinés de garde. Enfin en tout cas le samedi matin surtout quand je n'avais pas de kiné sous la main il y avait ce numéro-là donc oui j'ai eu l'occasion de le donner sinon après quand ça tombe dans la semaine euhh... ils peuvent trouver des kinés plus facilement.

« En parlant de kiné quelle est ta pratique ? Tes habitudes de communication avec les kinés ? »

Euh ouais je marque sur l'ordonnance séance de kiné respi pour bronchiolite, je marque ça après voilà je ne les appelle pas habituellement. Je fais un courrier enfin je fais une prescription en marquant pourquoi voilà pourquoi... et après je marque 5 à 6 séances voilà je prescris la kiné. (Silence)

Après je travaille surtout avec les kinés du secteur à X et alentours enfin voilà après quand c'est un samedi ou autre quand il n'y en a pas de dispo les parents appellent les kinés de garde. Eventuellement susceptible de les prendre, après ici j'en ai quelques-uns avec qui je travaille habituellement.

« Penses-tu qu'une meilleure communication entre les médecins et les kinés serait utile ? »

Eventuellement oui pour voir un petit peu ce qu'ils font parce que voilà à la question que tu m'as posé tout à l'heure comment ça se passe euhhh pfff... On ne sait pas les gestes qu'ils font euh... ça nous permettrait de voir un petit peu si c'est utile, bon eux ils nous diront que c'est utile, (rire) mais éventuellement de voir qu'est-ce qu'ils pratiquent comme geste ou autre, comment ça se passe.

« Quelles serait tes propositions pour améliorer ce lien ? »

Alors euhhh... se contacter ouais m'enfin bon après ça c'est autres choses je sais qu'ici il y a des infirmières avec qui il y a des réunions ou autre pour un petit peu... pour les dossiers médicaux pour voir exactement ce qu'ils allaient faire coordonner les soins. Faire ça voilà éventuellement avec les kinés ça peut être possible ou autre se voir mais bon ça c'est surtout le problème du temps. Il n'est pas toujours facile de trouver des heures où les infirmières soient libres, les kinés aussi, plus l'après-midi car ils travaillent surtout le matin et le soir pour les infirmiers alors que le kiné c'est sur rdv donc ils sont pris toute la journée comme nous, après nous on finit souvent plus tard donc au final ce n'est pas toujours facile on a pas spécialement de créneau horaire qui conviendrait. (Silence)

« Est-ce que tu aurais autre chose à ajouter ? »

Euh non euh... après ce n'est pas un sujet qui m'inspire trop (rire)... Après la bronchiolite voilà quand ils sont bien encombrés qu'ils ont du mal à expectorer ça a encore sa place pour moi, même si son efficacité n'est pas démontrée à 100%.

Voilà pour moi je t'ai tout dit.

ENTRETIEN 18 (M18, 10.04.17, durée : 27min)

« De façon générale, que penses-tu de la kiné respi dans la bronchiolite du nourrisson ? »

Alors pfff... je ne m'en sers pas beaucoup beaucoup en fait, peut-être parce qu'on voit moins de pédiatrie que dans certains secteurs, c'est vrai qu'on en voit mais euh... ce que j'en pense c'est que quand je le mets c'est que vraiment j'ai l'impression qu'ils sont encombrés qu'ils n'en peuvent plus et du coup c'est efficace. Les parents nous disent après ouais que ça a été assez productif au niveau de... autant mouchage que désencombrement bronchique euh... ouais du bien quand on le met et pas de mal. (Silence)

« Que fait le kiné pendant une séance de kiné respi ? »

Euh le geste euh... alors je n'ai jamais assisté euh... je ne sais pas, alors on parle de clapping quand il tapote sur le thorax. (Rire) Sinon des pressions, j'imagine sur le thorax au moment des phases expiratoires pour essayer de faire sortir les sécrétions et pour le mouchage je ne sais pas du tout comment ils font, mais je sais qu'ils arrivent à bien moucher les petits (Rire). Le clapping je ne sais pas ce que c'est, si c'est un grand coup et ça sort... (Rire) il faudrait qu'on y assiste pour voir. Voilà...

« Quels sont les facteurs qui influencent ta prescription de kiné respi ? »

Le stress des parents, je pense que ça doit m'influencer parce que des fois il y a des petits qui ne m'inquiètent pas plus que ça, qui gargouillent un petit peu mais euh... ça va rentrer dans l'ordre tout seul du moment qu'il n'y a pas de côté spastique euh... juste la phase de bronchite sécrétante chez le tout petit. Et ouais le stress des parents. Bon le mien aussi quand j'ai vraiment l'impression qu'ils ne sont pas bien, qu'ils sont vraiment encombrés, qu'ils ne mangent pas comme il faut, l'appétit, l'état général, le sommeil, ça se sont les parents qui nous le disent là sur la qualité euh... de vie de l'enfant sur la journée, repas, sommeil, euhh...l'état respiratoire forcément s'ils ne sont pas bien aussi dans le but d'améliorer tout ça. Voilà...

« Humhum »

Alors pour moi ça serait une méthode pour améliorer le confort de l'enfant mais la question secondaire c'est, est-ce que ça accélère la guérison ou est-ce que ça a une influence finalement (rire) peut être pas mais sur le confort c'est certain en tout cas pour moi. Et aussi pour les parents on fait quelque chose plutôt que de leur dire on ne fait rien.

« Quels sont les effets attendus de la kiné respi ? »

Eh bien une désobstruction, vraiment le côté mouchage et le fait de remonter les sécrétions moi j'ai des parents, peut-être c'est ça mon côté positif, j'ai vraiment l'impression que euh... il y a des petits qui ressortent de la séance libre, aéré. Donc les effets oui euh... l'amélioration du confort, meilleur sommeil, meilleure prise alimentaire en gros diminution de la symptomatologie et puis moins de stress chez les parents (rire). Ils nous sollicitent moins. Ouais il y a beaucoup de ça dans la pédiatrie, rassurer les parents.

« Ton opinion sur cette pratique, dans le sens avantages et inconvénients ? »

Mon opinion sur la kiné respi, alors euh... inconvénient j'avais lu l'article sur Prescrire il y a quelques années où ils disaient qu'il n'y avait pas forcément de bénéfices attendus et qu'il y avait des risques sur les fractures de côtes ect... euh... Alors bénéfices c'est euh ouais l'impression en tout cas de faire quelque chose plutôt que de ne rien faire. Quand on a l'impression qu'ils sont plus encombrés qu'une simple bronchite, pouvoir faire quelque chose quoi. Mais euh sinon je ne m'imagine pas que ça accélère la guérison ou que ça empêche les surinfections ou le passage à la spasticité ou des choses comme ça.

« Humhum »

On a l'impression qu'il y a des parents qui sont très kiné respi dès que leurs petits s'encombrent ils vont nous le demander et puis si on a pas vu le petit avant on se dit qu'une ou 2 séances ça ne doit pas faire de mal. Et moi j'ai tendance à le prescrire à la demande des parents ou ponctuellement très ponctuellement. Quand vraiment j'ai l'impression qu'ils sont très encombrés quoi, que ça pourrait les aider sur le confort, le côté confort. Donc avantage confort, diminution du stress parental. Inconvénient euh... sur le moment peut être un inconfort, sur le moment de la séance elle-même, dû aux gestes un peu traumatisants, comme les fractures de côtes point d'interrogation en tout cas moi je n'en ai jamais vu. Je n'ai jamais eu de problèmes ou d'effets secondaires à ma connaissance.

« Est-ce que tu connais et utilise le numéro d'urgence, le réseau bronchiolite ? »

Non euh... je pense que j'ai vu un truc dessus (rire) on l'a dans nos papiers quelques part mais je sais que ça existe mais je ne l'ai pas dans mes petites fiches directes donc bon non je ne l'ai jamais utilisé car je ne connais pas vraiment j'ai jamais eu trop d'info dessus.

« Quelles sont tes habitudes niveau coordination avec les kinés ? »

Coordination euh... est ce que je les appelle avant euh... non je ne les appelle pas parce que c'est pareil si le kiné ne le fait pas euh... en fait nous nos kinés locaux il y en a qui sont pas très chauds pour le faire chez les tout petits ou qui ne sont pas très orientés kiné respi et du coup ils les adressent à leurs collègues. En fait si les parents les sollicitent c'est eux qui vont les euh... switcher, moi je leur laisse le libre choix du kiné mais je ne les appelle pas avant. Après est-ce que j'ai des kinés qui me rappellent euh... ça ne m'est pas arrivé pour me dire qu'ils n'aimaient pas l'enfant alors... oui si tient, ça me fait penser à un avantage (rire) c'est la surveillance sur l'état respiratoire, la surveillance quotidienne, oui de se dire euh... notre côté rassurant à nous c'est que si l'enfant n'évolue pas bien il y aura un œil, un avis d'un paramédical pour nous ré adresser l'enfant en cas de problème. Mais c'est vrai que je ne dois pas avoir vu de cas trop sévère, en tout cas que j'ai laissé filer sans adresser à l'hôpital ou qu'il ne se soit pas amélioré au fil du temps. Mais non je ne les appelle pas avant moi, j'attends d'eux qu'ils m'appellent si ça ne va pas (silence).

« Faudrait-il améliorer votre lien avec les kinés concernant la kiné respi ? »

Ça serait toujours utile oui de travailler en réseau dans l'idéal, mais nous on aura pas le temps quand on sort d'une consultation, qu'on est en retard, on ne va pas prendre le téléphone et appeler le kiné on ne sait pas quelle heure ça va être et si on va l'avoir au téléphone après euhhh... nous euh... les autres ils sont sympas donc euh... on a pas envie qu'ils fassent différemment parce que s'il y a soucis ils vont prendre le téléphone et nous appeler ou nous laisser un message si on est pas joignable et là oui on va les rappeler. Si on a un message d'un professionnel de santé on va donner la suite mais euh... améliorer les relations, le réseau non je ne vois pas de nécessité dans l'immédiat parce que c'est ponctuel la kiné respi dans notre... enfin dans mon exercice, j'en demande pas plus que ce qui se passe actuellement. (rire)

« Aurait tu autre chose à ajouter sur la kiné respi la bronchiolite ? »

Non hein c'est la prescription qui est assez personne dépendante je pense, j'ai vu une petite l'autre jour la maman sortait d'une séance de kiné respi que lui avait prescrit ma collègue, moi je ne la trouvais pas très encombrée en fait, mais elle m'en demandait d'autres parce que vraiment ça l'améliorait beaucoup et qu'elle était impressionnée de la séance de kiné donc euh... je pense que là c'est très parents dépendants parce que voilà ça ne me gênait pas elle était plutôt en bon état général, voilà je ne l'aurai pas mis d'emblée donc ouais c'est pour ça que je suis dubitatif. En fait je ne le mets peut être pas ou pas assez, je ne sais pas mais en tout cas pas souvent, ce n'est pas dans mes grandes armes thérapeutique si ce n'est quand on le sent pas, on se dit que peut-être il y a quelqu'un qui va nous rappeler derrière oui. Voilà rien de plus dans l'immédiat que de savoir si ça sert à quelque chose si tu aboutis dans ta thèse.

{Explications sur ma thèse}

C'est peut-être mon influence Prescrire après je ne sais pas. C'est vrai que c'est une thérapeutique qu'on ne nous a pas vraiment apprise à prescrire ou ne pas prescrire c'est en se retrouvant immergé dans le monde de la médecine générale pfff... ou tu te dis des fois : je ne sais plus quoi faire et que tu as ton intuition qui te guide au final.

C'est peut-être notre stress hein qui parle, on est pas toujours sûr dans ces choses-là, on s'inquiète toujours de la possibilité d'un truc compliqué arrive plus tard, alors on prescrit quelque chose et puis on verra après ce n'est pas très carré mais ouais c'est comme ça. Voilà...

« Merci pour ta participation. »

Mais avec plaisir ton sujet est intéressant.

LISTE DES ABREVIATIONS

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

BAN : Bronchiolite Aigüe du nourrisson

CC : Conférence de Consensus

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IgM : Immunoglobuline M

IgG : Immunoglobuline G

InVS : Institut de Veille Sanitaire

KR : Kinésithérapie respiratoire

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

RESUME

La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson : une étude qualitative en soins primaires.

Introduction :

Les recommandations françaises sont anciennes, de nombreux travaux ont vu le jour depuis leur parution, remettant en cause la place de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë des nourrissons.

Notre étude vise à explorer la perception et les pratiques des médecins généralistes en terme d'utilisation de la kinésithérapie respiratoire dans cette indication.

Méthode :

Etude qualitative par entretiens individuels menés en cabinet de médecins généralistes auprès d'un échantillon théorique varié, jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits en verbatim, suivi d'une analyse thématique manuelle.

Résultats :

Dix-huit entretiens ont été réalisés entre janvier et avril 2017. L'analyse a permis de faire émerger trois grands thèmes : Les rapports des médecins généralistes à la kinésithérapie respiratoire, Les rapports des parents à la bronchiolite du nourrisson et la coordination médecin/kinésithérapeute.

Les médecins interrogés déclarent tous une prescription devenue non systématique. Les principaux facteurs influençant leur prise en charge sont les éléments cliniques, la surveillance et l'éducation thérapeutique. Cependant, tous ne sont pas informés des derniers travaux sur le sujet, de nouvelles recommandations sont nécessaires. La sollicitation des parents due à l'angoisse de la maladie est un facteur prédominant et responsable d'une hétérogénéité des pratiques en médecine générale. Le manque de coordination entre les différents acteurs en soins primaires est décrit de façon unanime mais n'est pas considéré comme problématique pour certains. Pourtant, elle pourrait se révéler être un atout majeur d'évaluation de la thérapeutique.

Conclusion :

Cette étude nous a aidé à mieux comprendre l'utilisation actuelle de la kinésithérapie respiratoire par les médecins généralistes. Ces derniers sont favorables à une utilisation raisonnée mais sont dans l'attente de nouvelles recommandations basées sur des preuves scientifiques fortes. Une campagne médiatique des pouvoirs publics pourrait être une option pour aider à la gestion de l'angoisse parentale. Le dossier médical partagé pourrait être une piste pour amorcer une meilleure coordination entre les professionnels de santé.

Mots clés : BRONCHIOLITE DU NOURRISSON, KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE, MEDECINE GENERALE, ETUDE QUALITATIVE.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.