

FACULTE DE MEDECINE DE NANTES

Année : 2014

N° 058

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE NANTES

Spécialité : **MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Clément BERNARD

Le 18/03/2014

**PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE DU
NOURRISSON EN AMBULATOIRE : RESSENTI DES PARENTS
ET MEDECINS GENERALISTES AUTOUR DE LA
KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE**

JURY

Présidente : Pr GRAS-LE GUEN Christèle

Directrices de Thèse : Dr CARTRON Muriel et Pr LACAILLE Jacqueline

Membre du jury : Pr ROZE Jean Christophe

Merci à celles qui m'ont aidé dans ce travail,

Merci aux membres du jury d'y avoir accordé de l'attention,

Merci à nos patients toujours volontaires pour partager leurs expériences,

Merci à ceux qui ont façonné ma route durant ces neuf années,

Merci à toi d'être là.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	
II.	METHODES.....	
A.	ENQUETE AUPRES DES PARENTS.....	
1.	Patients.....	
2.	Critères de jugement.....	
3.	Résultats attendus.....	
B.	FOCUS GROUP AUPRES DES MEDECINS.....	
1.	Population.....	
2.	Méthode du focus group.....	
III.	RESULTATS.....	
A.	ENQUETE AUPRES DES PARENTS.....	
1.	Résultats quantitatifs.....	
2.	Analyse secondaire.....	
3.	Résultats qualitatifs.....	
B.	FOCUS GROUP AUPRES DES MEDECINS.....	
1.	Questionnaire quantitatif.....	
2.	Echanges qualitatifs.....	
IV.	DISCUSSION.....	
V.	CONCLUSION.....	
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	
VII.	ANNEXES.....	
	Annexe 1 Questionnaire parents.....	
	Annexe 2 Invitation focus group.....	
	Annexe 3 Plan questionnaire focus group.....	
	Annexe 4 Questionnaire quantitatif.....	
	Annexe 5 Verbatim.....	

I. INTRODUCTION

La bronchiolite touche en France chaque année 30% des nourrissons de moins de deux ans, soit environ 460 000 cas, et est source de nombreuses consultations aux urgences (jusqu'à 20% des cas)[1]. Cette affection liée le plus souvent au VRS, possède une histoire connue et une évolution naturelle favorable. Cependant de rares formes peuvent se compliquer de surinfection ou de détresse respiratoire, nécessitant parfois une hospitalisation (de une pour mille[2] à 1% des cas[1]).

Le traitement qui est uniquement symptomatique, repose sur des règles diététiques, de positionnement et la désobstruction rhinopharyngée[1;3;4]. Il était proposé encore récemment par l'INPES le kinésithérapeute comme acteur de première ligne[5] et la conférence de consensus de 2000 recommandait la kinésithérapie respiratoire avec un grade C[avis d'expert] (à condition d'utilisation de la méthode d'accélération de flux expiratoire(AFE), avec évaluation objective et auscultation par le kiné[6]), alors que la seule étude hospitalière française réalisée en 2010[7] ne retrouvait aucune supériorité de la kiné respiratoire à l'absence de geste thoracique et que les études anglo-saxonnes(utilisant certes des méthodes kinésithérapeutiques différentes de celles francophones) vont également dans ce sens et l'ont banni de leur arsenal thérapeutique[3;8;9]. Tous les auteurs appellent de leurs vœux une étude sur la kinésithérapie dans la bronchiolite, chez la population majoritaire des nourrissons sans comorbidités traités en ambulatoire, mais elle se heurte à des obstacles pratiques. En 2009, le protocole pluridisciplinaire de la HAS continuait dans le sens de la conférence de consensus, proposant la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire dans certains cas (sans précision), sur l'argument de l'enquête d'opinion du réseau bronchiolite Aquitaine[10].

C'est dans ce contexte que la revue Prescrire s'est faite une nouvelle fois en 2012[11], le relai des résultats des études anglo-saxonnes résumées sur la Cochrane Data Base[12], proposant l'arrêt de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite en ville devant l'absence de preuve objective de son efficacité.

L'ordre des kinésithérapeutes par la voix de son président[13; 14], met en avant l'absence d'amélioration du délai de guérison, mais avance une amélioration du confort des nourrissons. Cependant l'étude hospitalière française de 2010(Bronkinou[7]) évaluait rétrospectivement le confort de l'enfant par les parents, et elle ne retrouvait pas de différence significative.

Les questions que cela soulève devant ce fossé entre pratique et preuves objectives, études hospitalières et réalité ambulatoire :

L'efficacité symptomatique de la kinésithérapie, évoquée par les professionnels la pratiquant, comme immédiate et soulageant nettement par rapport aux DRP chez les nourrissons encombrés, est elle ressentie par les parents en ambulatoire ? Existe-t-il une demande de ces derniers ?

Quels sont les déterminants qui amènent à la prescription de la kinésithérapie respiratoire en ville, alors que les études (certes sur des enfants hospitalisés) montrent une absence d'amélioration sur la durée de la symptomatologie et sur le confort de l'enfant ?

Quels éléments amènent les kinésithérapeutes à défendre cette pratique ? Nous avons rencontré au cours de notre travail de recherche, une étudiante en fin d'étude de kinésithérapie, réalisant une enquête sur l'évaluation du confort des nourrissons dans la bronchiolite auprès

des kinésithérapeutes. Elle nous a appris que lors de ses études, la formation à la kinésithérapie respiratoire du nourrisson était variable d'un centre à l'autre, et que les kinésithérapeutes qu'elle a rencontrés pour son enquête n'utilisent pas tous la méthode de référence (AFE) et pas systématiquement une échelle d'évaluation du confort validée (bien qu'ils utilisent empiriquement pour évaluer les nourrissons, les critères contenus dans ces échelles).[15]

Il semblait intéressant de rechercher les déterminants qui entretiennent la poursuite de la kinésithérapie respiratoire, en soins primaires. Nous nous sommes donc intéressés aux premiers acteurs : les parents et les médecins généralistes.

II. METHODES

A. ENQUETE AUPRES DES PARENTS

L'hypothèse principale étudiée auprès des parents, était une impression d'efficacité de la kinésithérapie respiratoire majoritairement (>50%) supérieure à la simple DRP. L'hypothèse secondaire était l'adhésion majoritaire des parents à ce soin (l'adhésion était évaluée par le nombre de séances réalisées et le souhait d'en refaire lors d'un prochain épisode). Il n'a pas été retenu de critères socio-familiaux pour cette enquête.

1. PATIENTS

L'enquête descriptive rétrospective portait sur les parents d'enfant de 0 à 2 ans, ayant reçu de la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire pour un épisode de bronchiolite.

Initialement une enquête auprès des parents dans les cabinets de médecine générale, avec un diagnostic posé par un médecin généraliste aurait été idéale. Elle s'est heurtée à la difficulté de réaliser une enquête ambulatoire, nécessitant la participation (même courte) de praticiens libéraux. Notre recrutement s'est donc porté secondairement sur les crèches, devant le refus de celles implantées à Nantes, nous avons recruté des parents au sein d'un relais assistantes maternelles (RAM) en Charentes Maritimes grâce à des connaissances locales (lien personnel non biaisant).

Le recrutement s'est effectué dans un RAM, comportant une population d'enfants accueillis de 2 mois à 3 ans. La période choisie était en fin d'épidémie, permettant des souvenirs récents aux parents. Le diagnostic ne serait pas confirmé « médicalement », ce serait les parents dont un enfant a reçu de la kinésithérapie respiratoire pour ce qu'ils ont compris être une bronchiolite.

L'enquête auprès des parents a été réalisée durant les mois de janvier-février 2013, dans le RAM du Canton de Courçon (17170), dans le département des Charentes Maritimes, avec l'aide des professionnels de la petite enfance pour le recrutement des patients à cette enquête d'opinion.

L'inclusion a été faite par questionnaire (Annexe 1) distribué sous format papier et via les adresses mail aux parents bénéficiant des services du RAM. Il était proposé aux parents de répondre uniquement si leur enfant avait fait un épisode de bronchiolite ayant reçu de la kinésithérapie respiratoire, sans autre précision.

2. CRITERES DE JUGEMENT

L'enquête rétrospective, étudiait la perception parentale de l'efficacité et de la tolérance de la kinésithérapie respiratoire. Etaient exclus tout enfant avec un âge supérieur à 24 mois lors de son dernier épisode de bronchiolite, ou un questionnaire non correctement rempli. L'évocation de comorbidités ou de traitement (ex. : ventoline..) ont été conservés devant l'absence de précision pouvant être recueillies par la suite.

Les critères de jugement étaient :

- L' Efficacité et durée d'efficacité sur une échelle analogique simple (*simplifiée par rapport à l'étude Bronkinou[7], comportant donc un risque d'adhésion à la moyenne*)
- La Tolérance sur une échelle numérique de 0 à 10 (*calquée sur celle de l'étude Bronkinou[7] qui évaluait la pénibilité*)
- L' Adhésion à la thérapeutique (*nombre de séances effectuées > 3, souhait d'en refaire lors d'un autre épisode*)

Une question ouverte avec commentaires, permettait de recueillir les avis des parents.

3. RESULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus étaient : une efficacité supérieure majoritaire (>50%) ressentie par rapport à la DRP, et une adhérence majoritaire (>3 séances et souhait d'en refaire). L'échelle numérique de la tolérance devait être < 6 (concordant avec l'étude Bronkinou). Le chiffre arbitraire de significativité retenu était de 100 réponses de parents.

B. FOCUS GROUP AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

L'objectif principal était la recherche des déterminants à la prise de décision (socio-psychologiques et biomédicaux), amenant à la prescription de kinésithérapie respiratoire en soins primaires. Cette prescription représentant environ 56,8% [16](2012) à 68% [17](2003) des consultations pour bronchiolite en ambulatoire en Pays de la Loire, et jusqu'à 93% en France selon l'HAS [2].

Les objectifs secondaires portaient sur la recherche du bénéfice-risque ressenti de cette thérapeutique, la part de la demande parentale dans la prescription et la recherche du cadre scientifique ou empirique dans lequel s'inscrit cette prise en charge.

1. POPULATION

La population étudiée était composée de médecins généralistes de la Loire Atlantique et de Vendée exerçant en ambulatoire. Un recrutement a été fait par courriers avec une sélection au hasard sur les Pages Jaunes, puis un recrutement secondaire par réseau de connaissance devant

le faible taux de réponse du premier recrutement, avec invitation par courrier(Annexe 2) et rappel téléphonique deux jours avant.

Pour éviter un biais de sélection, nous avons recruté des hommes et des femmes, d'âges variés, des médecins avec une activité universitaire et d'autres non, des médecins exerçant en ville et en milieu rural. Pour diminuer le biais de mesure, les participants n'étaient informés que du thème général, sans faire mention de la kinésithérapie respiratoire. Un objectif de 6 à 8 participants était nécessaire pour la méthode.

2. METHODES

La méthode du focus groupe a été retenue pour dégager des hypothèses pouvant expliquer les déterminants de cette prescription et pour laquelle il n'y pas de consensus. Le caractère interactif et dynamique, devait permettre de faire émerger des axes de réflexion sur la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite en ambulatoire. Les participants étaient au nombre de 7.

Les questions posées lors de cette réunion avec les médecins généralistes ont été :

- 1- Dans quel(s) cas prescrivez vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite? (l'une d'entre elle est elle prédominante?)**
- 2- Quel est pour vous le bénéfice-risque de cette thérapeutique?**
- 3- Quel est votre ressenti sur le désir des parents, vis à vis de la prescription de kinésithérapie respiratoire?**
- 4- Sur quoi basez vous votre prise en charge de la bronchiolite?**

Ces questions étaient munies de sous-questions pour le modérateur(Annexe 3). Une précision des idées a été réalisée par le modérateur, ainsi que des synthèses de fin de question recevant la validation des participants.

En fin de séance, un questionnaire quantitatif était remis aux participants (Annexe 4).

III. RESULTATS

A. ENQUETE AUPRES DES PARENTS

1. Résultats quantitatifs

La population était composée de 101 parents, 97 ont été inclus. L'âge moyen des nourrissons concernés était de 11,5 mois (âge médian = 10 mois). Ces nourrissons étaient à 46,6% des filles et à 53,4% des garçons. Les 4 exclusions étaient en lien avec l'âge(3) et l'absence de kinésithérapie reçue(1).

L'efficacité ressentie de la kinésithérapie par les parents, par rapport à la simple désobstruction pharyngée, était supérieure en terme de désencombrement(67.0%) et en durée d'efficacité(63.9% des réponses).

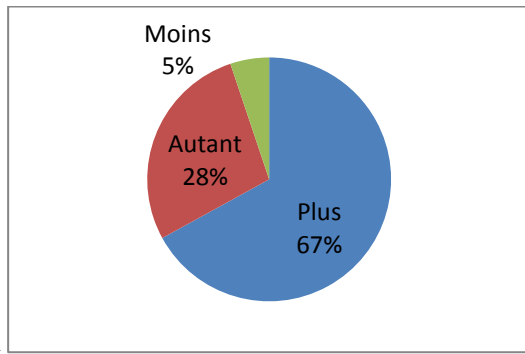


Fig.1

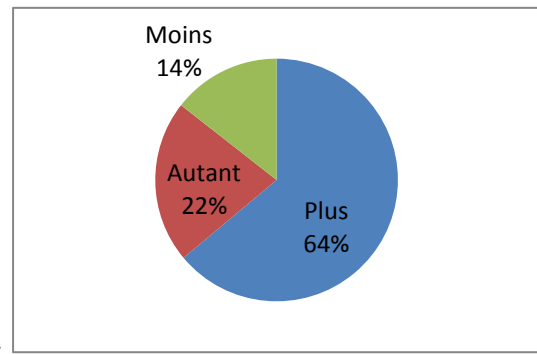


Fig.2

Figure 1 : Efficacité ressentie de la kiné par rapport à la DRP Figure 2 : Durée d'efficacité de la kiné par rapport à la DRP

L'adhésion à cette thérapeutique est elle aussi majoritaire : 79,4% des parents interrogés la conseilleraient ou en referaient lors d'un nouvel épisode de bronchiolite, et 70,1% des parents ont réalisé plus de 3 séances par épisode avec leur enfant.

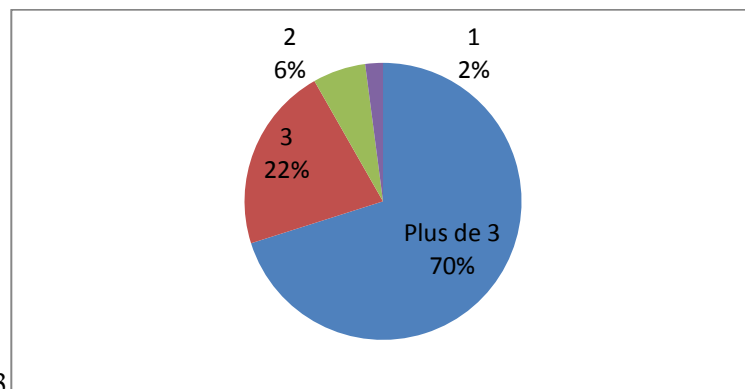


Fig. 3

Figure 3 : Nombre de séances de kiné réalisées par épisode

La tolérance était cependant mauvaise avec une moyenne d'échelle numérique à 6,1 / 10 (médiane = 6/10).

2. Analyse secondaire

Peut-on retrouver un lien entre mauvaise tolérance et efficacité ? Cela expliquerait que pour les parents, un soin difficile serait perçu comme forcément efficace :

Une analyse secondaire a donc été effectuée à la recherche d'un lien éventuel entre efficacité ressentie par les parents et tolérance mauvaise. Avec un degré de liberté égal à 1 et un petit p à 0,05 , le Khi 2 est à 2,9 [nécessitant un khi 2 > 3,841].

Il n'y avait pas de lien significatif entre efficacité bonne et tolérance mauvaise.

	Parents avec Tolérance ≥ 6	Tolérance < 6
Ressenti comme Plus efficace	35	30
Moins/autant efficace	23	9

Une analyse secondaire a également été réalisée sur le lien entre nombre de séances élevées et tolérance mauvaise. Avec un degré de liberté égal à 1 et un petit p à 0,05, le Khi 2 est égal à 0,75 [nécessitant pour une significativité un khi 2 $> 3,841$].

Il n'y avait pas de lien entre nombre de séances élevé et tolérance mauvaise.

	Parents avec Tolérance ≥ 6	Tolérance < 6
Nombre de séances > 3	42	25
Nombre de séances ≤ 3	16	14

3. Résultats qualitatifs

Au niveau de l'analyse qualitative du ressenti des parents :

Lorsqu'il leur était demandé s'ils referont de la kinésithérapie respiratoire, les commentaires qualitatifs qui avaient l'occurrence la plus élevée étaient :

Positifs	Négatifs
<ul style="list-style-type: none"> - l'efficacité (25) [synonymes : évacue, rapide] - améliore le sommeil (4) - évite hospitalisation (3) - suivi par un professionnel (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - traumatisant (6) [dont un hématome thoracique signalé] - épuisant (5) - inutile (3) - professionnel dépendant (2)

Spontanément, les impressions rédigées sur la kinésithérapie respiratoire par les parents en commentaire final étaient par ordre décroissant de fréquence :

Positifs	Négatifs
<ul style="list-style-type: none"> -efficacité (8) -complémentaire (4) -rassurance (3) -suivi par professionnel (3) -éducation thérapeutique(2) -évite l'hospitalisation (1) -deuxième recours (1) 	<ul style="list-style-type: none"> -pénible (4) -professionnel dépendant (1)

B. FOCUS GROUP AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

1- Questionnaire quantitatif

Les médecins interrogés étaient composés de 4 femmes, 3 hommes, de 5 à activités urbaines, 2 rurales. Six exercent en Loire Atlantique, un en Vendée. La moyenne d'âge était de 43,4 ans (médiane : 51ans).

Au niveau des explications du traitement non médicamenteux : la DRP était expliquée régulièrement(4) toujours(2) parfois(1). Le fractionnement était expliqué toujours(3), régulièrement(3), jamais(1). Les signes de lutte étaient expliqués toujours(3), régulièrement(2), parfois (1). L'éviction du tabac était conseillée toujours(3), régulièrement (3), parfois(1).

Au niveau de la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite par les participants, la fréquence annoncée était : parfois (6), régulière (1). Aucune réponse toujours .

Les supports de prescription étaient : la recommandation de 2000 (4) et autre(4) (l'expérience y était évoquée à 2 reprises).

2- Echanges qualitatifs

1/ Dans quel cas prescrivez-vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite ? Une raison est-elle prédominante ?

Les médecins présents en prescrivaient tous, de façon non systématique(6) ou régulièrement(1). Certains évoquaient une diminution de leur prescription(2), en lien avec l'article Prescrire et leurs échanges entre collègues.

Prescription, Non Systématique(6)	-cela m'arrive d'en prescrire, mais ce n'est pas systématique (L. 14) -pas de façon systématique (L. 26) -j'en prescris c'est pareil, au cas par cas (L. 32) -je n'en prescris pas tout le temps (L. 38) -j'en prescris aussi (L. 45) -j'en prescris quasiment plus (L. 51)
Prescription Régulière(1)	-J'en prescris assez régulièrement (L. 20)

Les déterminants de prescription étaient :

- Psychosociaux :

Les déterminants évoqués étaient la surveillance par un professionnel (7), pour des raisons multiples : surveillance de l'évolution(5), suivi parental jugé peu fiable(4) (par leur capacité à surveiller ou leur stress), le rappel par ce même professionnel (2), éducation à la DRP (1).

L'horaire de la consultation n'intervenait pas dans la prescription(5), cependant en fin de semaine la fatigue (d'argumentation) ou la difficulté de revoir l'enfant pouvaient entraîner une prescription plus large(2).

La réévaluation médicale était réalisée de façon hétérogène : systématique(2) ou au cas par cas (2), en consultation(1) ou par téléphone(3) pour déterminer la nécessité de reconsulter ou non. Les freins à la réévaluation étaient le temps pour les praticiens (2) et sociaux pour les parents(1).

Il est ressorti une pratique de la prescription anticipée de kinésithérapie respiratoire(1), mais elle semble refusée par la majorité (4) pour des raisons de difficulté d'évaluation objective de l'enfant par les parents(3) et la préférence de réévaluer l'enfant(1).

Surveillance (7)	<ul style="list-style-type: none"> -avoir un oeil professionnel sur l'évolution (ligne 19 annexe 5) -kinés puissent surveiller l'enfant (L. 21) -oeil para médical sur l'enfant (L.31) -l'oeil du kiné sur le nourrisson et le retour qu'il peut nous en faire (L. 35) -kinésithérapie permet donc une échappatoire [...] est ce qu'ils sont capables de ne pas stresser et de surveiller leur enfant (L. 41) -pour la surveillance (L. 52) -kiné, c'est qu'il nous rappelle si il y a quelque chose qui cloche ou qui n'évolue pas bien(L. 130)
Surveillance évolution(5)	<ul style="list-style-type: none"> -avoir un oeil professionnel sur l'évolution (L. 19) -kinés puissent surveiller l'enfant (L. 21) -oeil para médical sur l'enfant, pour être sûr que l'évolution se passe bien (L. 31) -l'oeil du kiné sur le nourrisson et le retour qu'il peut nous en faire (L. 35) -pour la surveillance pour qu'il y ait un œil(L.52)
Suivi parental jugé peu fiable(4)	<ul style="list-style-type: none"> -kinés puissent surveiller l'enfant lorsque je me suis pas sûr que les parents puissent me donner un avis favorable (L. 21) -capacité des parents à surveiller (L. 33) -dépend également de la qualité des parents (L. 43) -est ce qu'ils sont capables de ne pas stresser et de surveiller leur enfant (L. 44)
L'horaire de consultation n'influe pas(4) ou peu (2)	<ul style="list-style-type: none"> -aucune influence (L. 437) -je ne trouverai pas de kiné pour le week-end (L.438) -moi ça ne change strictement rien (L. 460) -moi non plus, l'horaire m'indiffère. Ça ne va pas être un critère pour moi. (L. 463) -alors moi c'est pareil, c'est en zone de désert médical et de kiné, donc il n'y a pas de kiné le

	week-end.(L.465)
	-c'est vrai que les consultations du vendredi soir, j'avoue, c'est compliqué ! Là le kiné peut avoir un intérêt, Je peux voir le samedi mais si il peut le voir le dimanche, je pourrais prescrire la kiné dans ce cas là. (L. 442) - Je ne pense pas (l'horaire) que ça change fondamentalement ma prescription. vendredi soir on a la semaine dans les pattes et qu'on est un peu plus fatigué, qu'on a envie de finir plus vite, si la consultation se prolonge pendant 500 000 ans et qu'on voit vraiment que les parents sont en demande, ouais on va probablement lâcher l'ordonnance plus facilement(L.457)

- Biomédicaux :

Les raisons évoquées de la baisse de la prescription étaient l'article Prescrire (4) [connu pour être sur des enfants hospitalisés(3)], les échanges entre pairs(1) et avec les étudiants(1).

La prescription pour fatigue de l'enfant(1), difficulté respiratoire(1) et âge jeune(1) ont été proposés. Aucun score ou échelle n'ont été évoqué comme critère de prescription.

Les techniques n'étaient pas connues (2) ou partiellement (3), et les praticiens l'évoquaient comme kiné dépendantes(3).

Déterminants cliniques	-les difficultés respiratoires, la fatigue de l'enfant(L.45) -nourrissons les plus jeunes (L.20)
Littérature (4)	-prescrire (L.15) -efficacité l'article de prescrire (L.23) -cet article la (parlant de l'article prescrire) (L.36) -je n'ai pas lu l'article prescrire (L. 140)
Connaissance kinésithérapie respiratoire	-ne connais pas la kiné (L. 107) -c'est pareil j'ai quelques notions (L. 108) -les différentes techniques, mais en vrai on ne les connaît absolument pas. J'estime que c'est au kiné de savoir ça. (L. 120) -Alors la technique en elle-même je connais l'accélération du flux expiratoire, mais je serais incapable de savoir en quoi cela consiste.(L. 127)

Kiné dépendant (3)	-c'est kinés dépendants (L. 123) -ça dépend des techniques de kiné, des kinésithérapeutes (L. 167) -un kiné dans mon coin, que je connais et qui habitué (L. 25)
--------------------	--

- Empirique :

L'encombrement(4) était le premier critère de prescription, ensuite venaient la perturbation du sommeil/alimentation (3) et la difficulté à expectorer(2).

Cependant l'encombrement était évoqué comme subjectif(3) et flou(1). Certains utilisaient le ressenti des parents, d'autres des signes complémentaires pour évaluer le retentissement de l'encombrement. Aucune échelle n'a été évoquée.

Un profil d'enfant pour la prescription n'était pas retenu par les médecins, mais il était plutôt évoqué un profil de parents(1) (repris par les médecins présents) et un contexte social(2) rentrant plus dans les critères psycho-sociaux.

L'encombrement (4)	-très encombré très gêné, qui n'arrive pas à se dégager (L. 16) -encombré et puis que manifestement la toux est inefficace (L. 27) -l'encombrement (L. 32) -difficultés réelles pour l'enfant à expectorer qui est très encombré (L. 52)
Evaluation de l'encombrement	-encombrement, même moi je trouve ça vachement subjectif [..]J'ai du mal à donner des critères très précis (L. 514) -évaluer l'encombrement, c'est quelque chose de super subjectif (L. 546) -moi je trouve que déjà, on est dans le flou artistique quand on recherche le côté encombrement (L. 559)
Contexte social	-pas un profil d'enfants, mais un profil de parents (acquiescement de plusieurs médecins) (L. 78) -enfants un peu plus défavorisés, effectivement(L.84)

2/ Quel est pour vous le bénéfice risque de cette thérapeutique ? D'abord les bénéfices, et les risques.

La balance bénéfice-risque était considérée comme bénéfique (5) par la majorité des participants, elle restait floue(2) pour certains. Cependant parmi ceux la retrouvant bénéfique, ils évoquaient surtout l'absence de risque constaté(3), donc une balance au moins neutre(2). Le bénéfice serait là quand l'indication est bien posée(4), mais l'indication est difficile à poser (2).

Balance bénéfique	<ul style="list-style-type: none"> -la balance, pour moi elle est plutôt du côté du bénéfique (L. 552) -C'est compliqué en fait, quand c'est prescrit pour des cas où on pense que c'est nécessaire, c'est plutôt bénéfique (L. 556) -pour moi c'est bénéfique dans la mesure où moi j'ai jamais vu de complications (L. 563) -c'est que si l'indication est bien posée oui pour moi c'est forcément bénéfique (L. 566) -moi je trouve ça plutôt bénéfique, et je ne vois pas de risque à la kiné Alors au pire c'est peut-être neutre (L. 578)
Balance floue	<ul style="list-style-type: none"> -je pense que la balance bénéfique risque reste dans ce flou artistique (L. 559) -pour moi ce qui est clair, c'est que ce n'est pas net ! (L. 570)
Bénéfice quand indication « bien posée »	<ul style="list-style-type: none"> -C'est compliqué en fait, quand c'est prescrit pour des cas où on pense que c'est nécessaire, c'est plutôt bénéfique (L. 556) -c'est que si l'indication est bien posée oui pour moi c'est forcément bénéfique (L. 566) -moi je dirais que si on n'en prescrit et que ce n'est pas à bon escient (L. 580) -C'est-à-dire, est-ce que l'on va être bénéfique pour l'enfant ou est-ce que l'on ne va pas être, ça dépend si il est encombré ou si il n'est pas encombré. (L. 562)

Les bénéfiques retrouvés étaient

Psychosociaux : le confort des parents(4) [la prescription les rassure(2)], une surveillance accrue(4). Le fait de «faire quelque chose»(3), ne pas abandonner les patients dans ce qui semble être de l'inaction, surveiller « comme il faut ».

Biomédicaux : le confort de l'enfant(6), l'amélioration de l'alimentation(2), le désencombrement bronchique(1). Le fait d'éviter une surveillance hospitalière a été évoqué (1). La baisse du nombre de consultations n'a pas été citée.

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> -surveillance (L. 136) -surveillance de l'enfant (L. 145) -à peu près comme les collègues (L. 158) -alors pour les bénéfiques se moi je suis comme tout le monde (L. 169)
Confort des parents	<ul style="list-style-type: none"> -confort des parents (L. 139) -à peu près comme les collègues (L. 158) -ça rassure les parents qu'il y ait une prise en charge (L. 164) -moi je suis comme tout le monde (L. 169)

Confort de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> -le désencombrement bronchique, l'amélioration au niveau de l'alimentation (L. 136) -Le premier bénéficie le confort de l'enfant (L. 138) - le confort de l'enfant la reprise de l'alimentation, ça se limite à ça je pense (L. 143) -le confort de l'enfant ça c'est sûr (L. 144) -à peu près comme les collègues (L. 148) -alors pour les bénéfiques moi je suis comme tout le monde (L. 148)
---------------------	--

Les risques étaient

Psychosociaux : la surmédicalisation de la bronchiolite(2) la rendant synonyme de kiné respiratoire. Le second risque était une difficulté à recoucher les enfants sur une table d'examen(2). Le troisième risque était d'ordre santé publique(2) (surcharge des kinés, coût pour la société). Le dernier était le traumatisme psychologique parental (2).

Biomédicaux : traumatiques(7), pour l'instant hypothétique puisqu'aucun médecin ne le constatait en ambulatoire (6). Aucune aggravation respiratoire n'avait été évoquée. L'efficacité réelle de la kinésithérapie était mise en doute (3) sur la durée des symptômes et selon le kinésithérapeute la réalisant, ainsi que sa technique.

Surmédicalisation	<ul style="list-style-type: none"> -dans la tête des parents bronchiolite égale kiné, sans forcément qu'il n'y ait besoin de conseil (L. 179) -qu'à trop en prescrire on est dans une démarche de médicalisation systématique (L. 156)
Difficulté à réexaminer enfants	<ul style="list-style-type: none"> -les enfants qui reviennent après les séances de kiné et qui ne veut pas s'allonger sur la table (L. 172) -quand on revoit les gamins après (sourire, évoquant du vécu) sur la table d'examen c'est compliqué les examiner (rires de plusieurs médecins) (L. 151)
Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> -il y a aussi au niveau de la santé publique et de la sécurité sociale le surcoût que ça représente (L. 587) -plus on va en prescrire plus ça va être difficile d'avoir un rendez-vous pour un nombre de kiné qui n'est pas extensible (L. 592)
Traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> -les risques traumatiques , je n'en vois pas d'autres (L. 137) -le risque c'est surtout le traumatisme (L. 139) -le principal risque est traumatique, après il y en a peut-être d'autres (L. 141) -a priori traumatique, moi je n'en ai jamais vu (L. 141)

	<p>145) -risque traumatique je l'ai lu comme étant quelque chose de théorique, je ne pense pas que ce soit quelque chose de fréquent (L. 149) -Les risques, moi les traumatismes j'en ai jamais vu non plus (L. 165) -Je dirais que le traumatisme s'il y en a un, moi je n'en ai jamais vu (L. 170)</p>
--	---

3/ Quel est votre ressenti sur le désir des parents vis-à-vis de la prescription de kinésithérapie respiratoire ?

La place de la demande des parents intervenait(5) dans la prescription de kinésithérapie. Elle n'était cependant pas le premier déterminant(5), et venait plutôt à la fin(2). Pour certains, elle n'intervenait pas du tout(2), mais c'était surtout l'anxiété des parents(2) qui déterminait la prescription.

Profils de parents : certains étaient très demandeurs(4) de tous types de soins, d'autres à l'inverse avaient une appréhension de la kiné évoquant la gravité (2). Selon l'anxiété(3) des parents, c'était des consultations qui pouvaient être longues (4) et compliquées(2) : avec des explications(4) dépendantes de la confiance(3) et de la connaissance qu'il y avait entre les parents et le médecin. Alors apparaissait la possibilité de rassurer(2) et de dédramatiser (1).

Influences extérieures :

Les médias(5) avaient une influence sur la demande parentale. Internet(3) également. Cependant ces outils pouvaient être vécus selon les moments comme des obstacles(3) ou des aides(1) dans la relation de soins. Les contre-messages (contradictions, amalgames..) influençaient la confiance des parents envers leur médecin, et la crédibilité(3) de ces derniers.

Intervention de la demande (5)	<p>-maintenant ça intervient quand même on ne peut pas se voiler la face. parents très anxieux (L. 606) -mais il y a toujours des situations où l'on est un petit peu influencé quand même, je dirais que l'on va prescrire pour avoir la paix (L. 611) -ça joue sur la façon de mener la consultation et sur l'ordonnance finale des négociations qui parfois est facile parfois plus difficile, mais oui ça joue (L. 623) -leur demande vient vraiment à la fin quoi (L. 600) -rejoins le médecin deux (L. 602)</p> <p>-non, la demande n'a aucune influence, leur anxiété oui (L. 603) -pour moi ça ne va pas influencer après j'entends que c'est difficile de se battre entre guillemets, ça prend énormément de temps d'expliquer (L. 615)</p>
--------------------------------	---

Profil des parents(4)	<p>-j'ai des parents très demandeurs de soins quels qu'ils soient, donc ça passe par la kiné, les aérosols avec Ventoline (L. 191)</p> <p>-il y a des parents qui sont vraiment en demande cela, pour eux c'est le traitement (L. 200)</p> <p>-Si ce sont de jeunes parents dont c'est le premier enfant et qui sont très angoissés, effectivement quelquefois le fait d'avoir de la kiné permet de les rassurer pour leur donner l'impression qu'on ne les laisse pas comme ça avec rien du tout (L. 222)</p> <p>-S'il elle est anxieuse on sera obligé de passer par la kiné, [...] sous la pression de la maman[...] Kiné anxiolytique. (L. 238)</p>
Influences extérieures	<p>-certaines demandes suite à la médiatisation les parents sont un petit peu influencé par rapport à ça aussi (L. 196)</p> <p>-il y a eu des campagnes, que je n'ai pas vu, à type de publicité C'est un mauvais message, puisque les parents ensuite ne comprennent pas pourquoi nous n'en prescrivons pas (L. 203)</p> <p>-moi je pense que j'ai deux principaux ennemis dans la discussion avec les parents, c'est Internet et la télévision (L. 298)</p> <p>-des moments où ça peut être de sacrés alliés. (L. 317)</p> <p>-Les choses ont bougé mais je pense que l'on a vraiment notre rôle à jouer et qu'on a encore une place importante face aux patients et aux parents dans ces situations. (Modérateur : potentiel de confiance) (L. 327)</p> <p>-par rapport aux médias souvent les patients me disent, je sais je n'aurais pas dû j'ai regardé sur Internet. (L. 330)</p> <p>-moi je pense qu'effectivement notre avis prime par rapport à Internet (L. 332)</p>

4/ Sur quoi basez-vous votre prise en charge de la bronchiolite ?

Scientifiques :

Les recommandations(4), dont la HAS(2) et les journées de pédiatrie(2). La revue Prescrire(2), la fiche info Bronchiolite (1).

Critères objectifs : les signes de gravité et d'hospitalisation de la conférence de consensus(1).

Empiriques :

L'expérience (4) était le premier marqueur sur lequel se basent les médecins, ensuite venait l'expérience en stage de pédiatrie(2) pour les médecins plus jeunes. Puis on retrouve les échanges entre pairs(3) et les retours de courriers d'hospitalisation(1).

Critères subjectifs : le ressenti de l'enfant(1) ou la discussion avec les parents(1)

Echanges entre générations : la présence d'étudiant(1) ou de remplaçant(1) a été évoquée comme facteur de remise en question de sa prise en charge.

Obstacles aux recommandations en pratique : le biais de sélection(1) des études faisant référence pour les recommandations par rapport à la population soignée et la difficulté à avancer des arguments avec certains parents (1).

Scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> -les recommandations HAS. C'est ça qui est demandé ?... Le collège de pédiatrie... (L. 348) -des recos (L. 355) -les recommandations que l'on peut lire, les publications, prescrire (L. 367) -formations de journées de pédiatrie annuelle (L. 368) -la revue prescrire (L. 374) la fiche info patient sur la bronchiolite aussi les recommandations de la HAS. Les journées de pédiatrie
L'expérience (4)	<ul style="list-style-type: none"> -je m'appuie je crois, beaucoup sur l'expérience (L. 342) -comment va se passer l'entretien, est ce que je vais me retrouver dans une situation ouverte où je vais pouvoir avancer des arguments ou avec une situation complètement fermée (L. 357) -qu'il y a quand même l'expérience qui rentre en ligne de compte des retours de courrier d'hospitalisation. (L. 364) -mon expérience aussi, en premier (L. 393)

IV. DISCUSSION

L'enquête auprès des parents comportait un nombre d'inclusions suffisant. Cependant elle possède une limite au niveau de sa sélection : les familles gardant eux-mêmes leurs enfants (donc la population des très jeunes nourrissons) sont exclus de l'étude. Ceci est atténué par le fait que la majorité des nourrissons, en France, sont gardés par des assistantes maternelles ou en crèche. [18]

L'absence de diagnostic médical certifié, représente un biais d'inclusion par excès et en est une seconde limite. Néanmoins avant deux ans, peu de pathologies aiguës (sans comorbidité) autre que la bronchiolite, entraînent la prescription de kinésithérapie respiratoire.

Au vu de nos données, il est intéressant de noter que par rapport à l'étude Bronkinou[7], les nourrissons de notre enquête ambulatoire sont plus âgés (10 mois versus 2 mois en hospitalier), mais que la proportion garçons-filles reste sensiblement la même. Ces chiffres sont concordants avec l'enquête ambulatoire du réseau Ile de France[19].

Notre enquête montre une forte adhésion à la kinésithérapie de la part des parents et une impression d'efficacité, concordante avec les résultats de l'enquête Aquitaine[10] et de la thèse d' A. Blais[20]. En cela les résultats diffèrent de l'étude hospitalière. Les parents sont donc demandeurs de soin et cela participe probablement à la poursuite de la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire.

A la lumière des résultats qualitatifs, cette demande de soin ne se centre pas uniquement sur l'efficacité mais également sur le caractère rassurant du suivi apporté par le kinésithérapeute (rassurance, suivi par un professionnel). Ils notent tout de même le caractère opérateur-dépendant de ce soin.

La tolérance est cependant mal vécue avec une moyenne d'échelle analogique à 6,1 / 10, supérieure mais concordante à l'étude Bronkinou (5/10) et à l'enquête auprès des kinés de P. Giraudeau [15]. Les parents acceptent donc ce soin malgré une mauvaise tolérance, et un caractère impressionnant comme le suggèrent les résultats qualitatifs (traumatisant, épuisant). Ils signalent même un hématome thoracique. Ces résultats quantitatifs, confirment le ressenti sur la tolérance parentale de plusieurs enquêtes [15 ; 20].

Notre analyse secondaire suggère que le caractère difficile de ce soin n'est pas à l'origine du sentiment d'efficacité.

Cette impression d'efficacité est donc à explorer, plusieurs facteurs sont envisageables :

- **Une efficacité objective** biomédicale qui serait démontrable lors d'une étude ambulatoire solide?
- **La réassurance** de certaines catégories de parents? Fonction de l'âge des parents, de l'enfant, de sa place dans la fratrie, du profil interventionniste des parents ou non, de leur relation de confiance avec leur praticien, du contexte social et géographique...
- **L'influence du discours des médias** et des instances publiques : qui amènerait les parents à penser que la kinésithérapie serait la réponse à la bronchiolite et qu'il faut forcément « faire quelque chose » ?

Dans la deuxième partie de notre étude, on observe que chez les médecins généralistes la kinésithérapie est prescrite, mais non systématiquement. Cela dépend de critères qui sont majoritairement non biomédicaux. Le premier est lié au **couple parents enfant** : l'état de l'enfant, son encombrement, le profil des parents(leur compréhension), le contexte social dans lequel il survient(défavorisé ou non). Cependant le principal déterminant, l'encombrement, est un critère flou pour la majorité des acteurs.

Le deuxième intérêt est la **surveillance par un professionnel** de santé, avec le caractère rassurant pour les parents et le praticien.

Nos résultats montrent que les déterminants de prescription ne sont donc majoritairement pas biomédicaux, expliquant en partie la poursuite de la kinésithérapie respiratoire malgré les données scientifiques actuelles.

La **balance bénéfice risque de cette thérapeutique est majoritairement floue**, rejoignant les résultats d'A. Michel[21], mais devant l'absence de risque physique constaté, elle est considérée comme positive. Les médecins ne connaissent pas la technique de kinésithérapie.

Les bénéfices mis en évidence sont le confort de l'enfant et des parents, ainsi qu'une surveillance accrue, utile lorsque le contexte social est difficile. Les risques sont traumatiques(hypothétique) et également d'ordre de santé publique (surmédicalisation de la bronchiolite, et coûts de santé).

L'efficacité est différemment perçue par les médecins, souvent évoquée comme **kiné-dépendante**, rejoignant le ressenti de certains parents. Cela est possiblement lié à une formation hétérogène en kinésithérapie respiratoire des kinésithérapeutes en formation.

Pour les médecins, la **demande des parents joue un rôle non déterminant** dans la prescription. Cette demande est influencée par des messages extérieurs (médias, internet, message de santé..), comme le constatait déjà plusieurs enquêtes[20; 21], face auxquels le message du soignant tente de trouver sa place. La demande de soin des parents n'est donc pas un facteur conduisant consciemment à la prescription de kinésithérapie.

Il s'agit pour les médecins d'une consultation longue et complexe, de par les informations à délivrer et la réassurance nécessaire. La confiance entre médecin traitant et parents y a une place cruciale, comme le montrait également la thèse de A. Blais[20].

Les praticiens du focus group s'appuient principalement sur leur expérience personnelle pour guider leur prise en charge de la bronchiolite, puis vient en second plan la HAS et la revue Prescrire. Devant des recommandations ou des études basées sur des patients différents de ceux des soins primaires, l'expérience a donc une place prépondérante dans la prise en charge (rejoignant les résultats des entretiens d' A. Michel[21]). Elle prend en compte la particularité psycho-socio-familiale du couple parent enfant, ainsi que les effets non biomédicaux des traitements (rassurer les parents, parfois le médecin).

V. CONCLUSION

La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson reste un sujet de controverse, tant qu'une étude en soins primaires évaluant les éléments du confort, la durée des symptômes et le taux d'hospitalisation/reconsultation n'a pas été réalisée.

Notre étude montre, à l'instar d'autres enquêtes françaises, que les parents plébiscitent la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite en ambulatoire malgré son caractère traumatisant. Cependant en hospitalier en aveugle, ils ne retrouvaient pas de différence d'efficacité entre kinésithérapie et DRP. Au vu de nos résultats, on peut émettre plusieurs hypothèses :

- **Une efficacité objective** biomédicale qui serait démontrable lors d'une étude ambulatoire solide?
- **La réassurance** de certaines catégories de parents ?
- **L'influence du discours des médias** et des instances publiques : qui amènerait les parents à penser que la kinésithérapie serait la réponse à la bronchiolite et qu'il faut forcément « faire quelque chose » ? suivre l'enfant « comme il faut » ?

Il semblerait intéressant d'étudier les deux premiers points, mais également d'insister sur la réassurance et la dédramatisation du diagnostic de bronchiolite. Pour ce faire, nous l'avons vu, l'intervention des autorités de santé et des médias serait efficace en expliquant cette maladie, les signes à surveiller et les gestes à réaliser par les parents.

Une autre piste à envisager serait de créer des consultations de suivi dédiées à la bronchiolite, pouvant être orientées sur l'éducation à la DRP et la surveillance, plus que sur un geste thoracique. La démographie médicale ne permettant pas ce suivi, une délégation de tâche aux infirmières libérales ou aux kinésithérapeutes serait une solution. L'obstacle principal à cette proposition serait la difficulté sociale pour les parents à consulter.

Après des médecins généralistes, notre enquête retrouve des déterminants de prescription empiriques plus que scientifiques. La balance bénéfice-risque de la kinésithérapie respiratoire est floue et kiné-dépendante. Mais la nécessité d'un suivi du nourrisson et de réassurer certains parents amènent à cette prescription.

Ces facteurs expliquent la poursuite de la prescription en ambulatoire.

Notre étude a permis de montrer que la nécessité de suivi et de réassurance, des nourrissons et de leurs parents, sont des facteurs expliquant la poursuite de la kinésithérapie dans la bronchiolite en ambulatoire. Il est cependant possible d'organiser ce suivi différemment, et une campagne d'information sur la bronchiolite semblerait utile.

L'efficacité sur le confort ressentie par les parents en est un autre facteur, mais reste à évaluer objectivement.

La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite a donc encore de l'avenir en France, tant qu'aucun changement n'aura eu lieu sur ces différents points.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANAES, Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, Conférence de consensus, 21 septembre 2000
- [2] HAS, Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite, Evaluation et amélioration des pratiques, décembre 2012
- [3] American Academy of Pediatrics (AAP) Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics 2006;118(4):1774-93.
- [4] HAS, Bronchiolite du nourrisson, Protocole pluridisciplinaire de soins, Avril 2009
- [5] INPES, La bronchiolite, Brochure informative destinée aux patients, 2010
- [6] ANDEM, Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire, Recommandations. Lyon, 2 et 3 décembre 1994
- [7] Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, de Pontual L, Larrar S, et al. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. France, PLoS Med. 2010; 7 (9): e1000345.
- [8] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Bronchiolitis in children A national clinical guideline, November 2006
- [9] M. Key-Solle et Al. , Clinical Practice Guideline Viral Bronchiolitis, Compiled Jan 2008 by the University of North Carolina General Pediatric Clinical
- [10] M. Fetouh, Réseau Bronchiolite Aquitaine : bilan et impact sur le CHU de Bordeaux, 2005, Kinesither Rev 2006 ; (50) : 20-4
- [11] Prescrire Rédaction, « Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire », Revue Prescrire Décembre 2012, Tome 32{350} : page 927
- [12] Roqué i, Filgus M et Al, Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old (Review), The Cochrane Collaboration, 2012
- [13] Ordre des masseurs kinésithérapeutes, Bronchiolite : L'ordre réaffirme avec force le rôle essentiel du kinésithérapeute dans la prise en charge du nourrisson, Communiqué de presse, Paris, 5 décembre 2012
- [14] M. FETOUH, DIU de kinésithérapie respiratoire, Lettre ouverte à la rédaction de la revue Prescrire en réponse à la publication de l'article :« Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire », Bordeaux, le 6 décembre 2012
- [15] Pauline GIRAUDEAU, Enquête sur la part de la douleur et de l'inconfort du nourrisson atteint de bronchiolite dans l'examen masso-kinésithérapique : des données de la littérature à la pratique en cabinet libéral, Travail Ecrit de Fin d'Etudes En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute, Pays de la Loire, 2013

[16] E. Branchereau, Etat 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, Thèse de médecine générale, Nantes, soutenue le 15 octobre 2012

[17] S. Gilles-Fournier, Bronchiolite du nourrisson : analyse des pratiques par comparaison à la conférence de consensus de 2000, Nantes, thèse de pédiatrie soutenue le 12 décembre 2003

[18] Sandrine Micheaux et Olivier Monso, division Emploi, Insee, Faire garder ses enfants pendant son temps de travail, Insee premiere N° 1132, AVRIL 2007

[19] D. EVENOU, S. SEBBAN, Réseau bronchiolite ile de france : Bilan de la campagne 2012 / 2013, 2013

[20] A. Blais, Croyances et attentes des parents à propos de la bronchiolite du nourrisson, un obstacle à l'application des recommandations ? , Thèse de médecine générale, soutenue à Nantes, le 17 décembre 2009

[21] A. Michel, Médecins généralistes et kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson : étude des pratiques professionnelles en soins primaires, thèse de médecine générale, soutenue à St Etienne, le 14 juin 2011

VII. ANNEXES

Annexe 1

Votre enfant a reçu de la **kinésithérapie respiratoire** lors d'un épisode de **bronchiolite**, **votre avis** nous intéresse. Cochez la réponse correspondante aux pointillés.

- 1) Vous avez trouvé que la kinésithérapie soulage que le lavage de nez au sérum physiologique
 - plus
 - autant
 - moins

- 2) Vous avez trouvé que l'effet de la kinésithérapie dure longtemps que le lavage de nez au sérum physiologique
 - plus
 - aussi
 - moins

- 3) Nombre de séances de kinésithérapie respiratoire par épisode de bronchiolite :
 - 1
 - 2
 - 3
 - Plus de 3

- 4) Avez vous ressenti cette thérapeutique comme pénible pour votre enfant ? : Mettre une note de 0(pas du tout) à 10(très pénible) : ... / 10

- 5) Lors d'un nouvel épisode, souhaiteriez vous de nouveau de la kinésithérapie pour votre enfant ? :
 - oui
 - non

Dans ces deux cas, pourquoi? :

- 6) Sexe de votre enfant : ...
- 7) Age de votre enfant à sa dernière bronchiolite : ...
- 8) Commentaires éventuels :

Merci de votre avis, vous pouvez mettre ce coupon réponse dans la boîte associée.

M. BERNARD, dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale, Université de Nantes

Chère consœur, cher confrère

Chère consœur, cher confrère, vous êtes convié via la présente lettre à un groupe de discussion au sujet de la bronchiolite du nourrisson, le jeudi 21 novembre 2013 à 15h dans la salle biblio du Département de médecine générale, au 5^e étage de la faculté de Médecine de Nantes(1 rue Gaston Veil) .

Je réalise cette rencontre entre médecin généralistes dans le cadre de ma thèse, dans un contexte convivial autour d'une collation.

Je me permettrai de vous contacter par téléphone 1 semaine avant pour confirmer ou infirmer votre présence. L'anonymat le plus strict sera respecté lors de l'utilisation des données. Vous pouvez me contacter par mail ou téléphone avant pour me préciser votre présence et pour d'éventuelle information.

Cordialement

Clément BERNARD (interne de médecine générale) clementbernard.bernard@gmail.com 07 86 28 94 78

Chère consœur, cher confrère (questionnaire qualitatif)

1- Dans quel(s) cas prescrivez vous de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite? (l'une d'entre elle est elle prédominante?)

Fréquence : Jamais, Systématique, Parfois(déterminants)

Déterminants : Psycho Sociaux (suivi professionnel, demande parentale, réassurance, milieu défavorisé, horaire avant le week end) Biomédicaux (symptomatologie trainante, auscultation particulière, encombrement clinique, signes de lutte, âge) Empirique (profil d'enfant particulier, systématique, résistance DRP)

2- Quel est pour vous le bénéfice risque de cette thérapeutique?

Balance : nette? positive/neutre/négative?

Bénéfices Social (rassure, suivi) Biomédical (dort et mange mieux, respire mieux, baisse reconsultation et hospitalisation)

Risques Social (traumatisme psychologique parental et enfant, coût) Biomédicaux (aggravation respiratoire, traumatisme physique)

3- Quel est votre ressenti sur le désir des parents, vis à vis de la prescription de kinésithérapie respiratoire ?

Quelle est la place de la demande des parents du nourrisson dans cette prescription? Premier plan? accessoire? nulle?

4- Sur quoi basez vous votre prise en charge de la bronchiolite?

Bases scientifiques(recommandations, littérature, FMC) ou empirique (faculté d'origine, expérience clinique)

Chère consœur, cher confrère (questionnaire quantitatif)

Vous êtes médecin généraliste installé en secteur

- Urbain (ville d'exercice > 2000 habitants)
- Rural
- SOS médecin

Vous êtes

- Une Femme
- Un Homme

Votre âge

Votre département d'exercice

Lors d'une consultation pour bronchiolite, réexpliquez vous à chaque fois Le mode de réalisation d'un désobstruction nasale (rhino pharyngée) ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Lors d'une consultation pour bronchiolite, réexpliquez vous à chaque fois Le fractionnement alimentaire ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Lors d'une consultation pour bronchiolite, réexpliquez vous à chaque fois L'aspect des signes de lutte ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Lors d'une consultation pour bronchiolite, réexpliquez vous à chaque fois L'arrêt du tabac dans l'entourage ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Vous arrive-t-il de prescrire de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Jamais

Sur quelles recommandations basez vous cette prescription ?

- Conférence de consensus française de 2000
- Conférence de consensus étrangère
- Pratique professionnelle dans votre faculté d'origine
- Plaquette bronchiolite de l'INPES
- Aucune
- Autre

Annexe 5 Verbatim du focus group du 21 novembre 2013

(Ligne 1) Le modérateur explique les principes du FOCUS groupe à l'ensemble des participants.

Les médecins se présentent.

Médecin un : Femme , travaillant à Héric, cabinet de groupe, activité au DMG.

Médecin deux : Femme , travaillant à la chapelle basse mer, cabinet de groupe, pas d'activité (Ligne 5) universitaire.

Médecin trois : Homme, travaillant à Saint-Étienne de Montluc, cabinet de groupe, maître de stage.

Médecin quatre : Femme, projet d'installation à Avesac, pas d'activité universitaire.

Médecin cinq : Homme, travaillant à deux à Chateauneuf, maître de stage.

Médecin six : Homme, travaillant à Donges, pas d'activité universitaire.

(Ligne 10) Médecin sept : Femme, jeune installée à Nantes, cabinet de groupe, pas d'activité universitaire.

QUESTION 1

Le modérateur énonce la question numéro un : dans quel cas prescrivez-vous de la kinésithérapie

respiratoire dans la bronchiolite ? Une raison est-elle prédominante ?

Médecin un : « cela m'arrive d'en prescrire, de plus en plus rarement, mais ce n'est pas systématique. (Ligne 15) L'article paru dans prescrire un l'année précédente d'un fait me poser des questions. J'en prescris quand l'enfant est très encombré très gêné, qui n'arrive pas à se dégager et que cela perturbe son alimentation. Cela m'arrive de travailler avec les kinés que je connais dans mon secteur, pour le confort de l'enfant principalement car j'ai notion que cela ne change pas la durée d'évolution et puis aussi, pour avoir un œil professionnel sur l'évolution de l'enfant. »

(Ligne 20) Médecin deux : « j'en prescris assez régulièrement, surtout chez les nourrissons les plus jeunes et je fais assez régulièrement pour que les kinés puissent surveiller l'enfant lorsque je me suis pas sûr que les parents puissent me donner un avis favorable. Je sais que cela n'a pas une énorme efficacité (air amusé, un regard vers le médecin un), moi aussi j'ai lu l'article de prescrire et je ne connais pas les techniques de kinésithérapie. Je les envoie à un kiné dans mon coin, que je connais et (Ligne 25) qui habitué à faire cela. Il me tient au courant de l'évolution. »

Médecin trois : « Alors moi j'en prescris également, mais pas de façon systématique (un intonation évoquant une prescription assez rare). En fait j'en prescris quand l'enfant est encombré et puis que manifestement la toux est inefficace. À ce moment-là je fais cette prescription, je n'ai pas le nombre de séances c'est le kiné qui apprécie et qui fait un certain nombre de séances et qui en fonction des (Ligne 30) résultats décide d'interrompre ou pas. Le deuxième point (raison de prescription) est d'avoir un œil para médicales sur l'enfant, pour être sûr que l'évolution se passe bien. »

Médecin quatre : « alors j'en prescris c'est pareil, au cas par cas, l'encombrement est une chose et aussi la capacité des parents à surveiller. Après sur les techniques je laisse le kiné voir comment il peut faire. Et puis c'est vrai que les difficultés alimentaires, qui sont un critère d'hospitalisation, et (Ligne 35) l'œil du kiné sur le nourrisson et le retour qu'il peut nous en faire sur les raisons pour lesquelles j'en prescris. Mais, du fait de cet article la (parlant de l'article prescrire) aussi et des inconvénients, cela freine un peu la prescription.

Médecin cinq : « c'est à peu près comme les autres, je n'en prescris pas tout le temps depuis que Clément est passé (adressant un regard vers l'observateur). Et puis la deuxième chose, cela dépend (Ligne 40) aussi de ma géographie, je suis à 30 minutes d'un hôpital avec service pédiatrique, donc je ne peux pas faire d'hospitalisation systématique et la kinésithérapie permet donc une échappatoire pour ne pas envoyer systématiquement tous les parents à la roche sur yon. Et puis, cela dépend également de la qualité des parents, est ce qu'ils sont capables de ne pas stresser et de surveiller leur enfant. »

(Ligne 45) Médecin six : « alors, j'en prescris aussi, les principaux critères ça va être les difficultés respiratoires, la fatigue de l'enfant, les troubles de l'alimentation et du sommeil. Après par rapport aux techniques de kiné je n'ai aucun avis, mais l'impression qu'elles ne sont pas spécialement efficaces, en tout cas dans mon secteur toujours. Certains kinés sont plus efficaces, mais pour les toucher ce n'est pas toujours facile. »

(Ligne 50) Médecin sept : « alors avant l'article (parlant de l'article prescrire 2012), j'en prescrivais très souvent, et depuis avec la discussion avec les collègues j'en prescris quasiment plus sauf quand il y a des difficultés réelles pour l'enfant à expectorer qui est très encombré. Alors, pour la surveillance pour qu'il y ait un œil, si je ne prescris pas de kiné je leur dis (aux parents) de revenir me voir dans 24 à 48 heures pour les réévaluer. Que si il n'y a pas de prescription de kiné, mais je n'en prescris (Ligne 55) quasiment plus. Que lorsqu'il y a des difficultés à se dégager. »

Modérateur : « est-ce que quelqu'un souhaite rajouter quelque chose, dans le cadre un petit peu de la surveillance, est-ce que vous revoyez ses enfants systématiquement ? »

Médecin trois : « moi, je suis assez téléphone, il faut au moins une réévaluation téléphonique à 48 heures maximum. »

(Ligne 60) Médecin deux : « moi je les revois systématiquement à 48 heures et je demande aux parents de me rappeler il y a la moindre aggravation : s'il ne mange pas, si ils sont très encombré ou fébriles. Quand je prescris de la kiné je demande également d'éduquer les parents à désencombrer leur enfant,

car il y a souvent des rhinopharyngites associées. »

Médecin un : « pour ce qui est de la surveillance, je crois que ça dépend aussi de ce que l'on appelle (Ligne 65)la bronchiolite, parce que c'est vrai qu'en période épidémique on voit aussi des bébés qui ont une clinique un peu limite : ça sifflote vaguement au stéthoscope, mais finalement qui respirent bien, donc là il n'y a aucun doute, il n'y a pas de nécessité leur prescrire de la kinésithérapie. C'est toujours pareil, selon les parents, qu'on les connaisse ou pas, qu'ils ont l'habitude ou pas, je ne revois pas systématiquement tous les enfants que je vois pour bronchiolite en consultation. Si ce sont des (Ligne 70)parents qui percutent bien, je passe du temps systématiquement à expliquer les signes de détresse respiratoire, les signes qui doivent inquiéter, les troubles alimentaires etc. si les parents percutent bien, je suis disponible au moindre doute au téléphone pour leur dire de revenir, mais je ne prévois pas de les revoir systématiquement. »

Médecin cinq : « je suis un petit peu comme le médecin un, surtout quand on propose de revenir, mes (Ligne 75)patients ne veulent pas payer et revenir... (sourire) »

Modérateur : « est-ce que certains types d'enfants sont proposés plus régulièrement à la kinésithérapie respiratoire ? Est-ce qu'il y a un profil d'enfants particuliers ? »

Médecin cinq : « je dirais que ce n'est pas un profil d'enfants, mais un profil de parents (acquiescement de plusieurs médecins dans la salle). Soit je vais avoir une maman très angoissée, il (Ligne 80)faut que je lui trouve une solution pour la désangoisser, mais ce n'est pas forcément l'enfant, la bronchiolite est avant tout un rhume et il faut les désobstruer mais cela elles ne le comprennent pas tout le temps. »

Médecin deux (réagissant au propos de médecin cinq) : « quand ce sont des parents et donc des enfants un peu plus défavorisés, effectivement je prescris plus de la kiné pour qu'il soit mieux surveillé (Ligne 85)par le kiné justement. »

Modérateur : « vous avez parlé des signes de surveillance auprès des parents, est-ce que quelqu'un souhaite revenir là-dessus ? »

Médecin quatre : « alors, je leur parle de la prise de température qui est importante, je leur explique si leur enfant plus de 38,5° il faut consulter c'est peut-être autre chose. L'alimentation, la prise des (Ligne 90)biberons, leur expliquer qu'il faut bien les désencombrer (rhinite) avant des biberons et leur expliquer comment surveiller l'alimentation. Le sommeil, souvent cela qui les inquiète, qu'il dorme mal, comme l'alimentation. Et puis tous les signes de détresse, je ne sais pas si cela les affole, mais j'ai tendance à leur expliquer les signes : le tirage, le creusement intercostal les battements des ailes du nez etc. cela dépend des parents, ceux que je risque d'inquiéter, je limite, mais en général je trouve (Ligne 95)qu'ils sont rassurés d'avoir des informations et de savoir les choses simples qui doivent inquiéter. Après je n'ai pas dans le détail clinique de cyanose et autre. Après cela dépend des parents, des signes de gravité de l'enfant. Si l'apparition de ces signes je leur dis de reconsulter, si cela se produit en dehors des horaires appelés le 15. Mais en général sur les heures ouvrables ils arrivent à nous contacter et les secrétaires le savent, donc on les prend rapidement. »

(Ligne 100)Le modérateur résume la question : « on a vu que vous prescrivez de la kiné mais pas systématiquement, cela dépend de certains critères que l'on a évoqués et le deuxième intérêt est la surveillance par un professionnel de santé. Et un critère qui dépend de l'état de l'enfant et aussi de la compréhension des parents, ainsi que le milieu socio-économique qui peut intervenir lorsqu'il faut une surveillance rapprochée. » (Acquiescement des médecins présents, pas de rajout à ce (Ligne 105)résumé)

Médecin trois (souhaitant ajouter à la question) : « tu as posé une question si tu évoquais les techniques de kiné (évoquant intervention de médecin un), je ne connais pas la kiné. »

Médecin un : « c'est vrai que l'on n'est pas revenu cette chose là, moi c'est pareil j'ai quelques notions, j'ai lu des trucs, j'ai lu des choses qu'on faisait avant et que l'on ne fait plus. La notion que j'avais à un

(Ligne 110)moment, c'est que c'était une accélération du flux expiratoire, mais je crois que ça a encore un peu changé depuis. J'avoue que sur ce plan-là, je fais confiance kiné avec qui je travaille et que pour l'instant ça se passe bien. Et pareil pour l'article qui était paru dans prescrire, qui disait que la kiné ne devait pas être systématique, c'était chez des nourrissons hospitalisés, pas forcément avec des techniques qui sont utilisées en France. Je sais que les kinés autour de chez moi avaient pas mal (Ligne 115)râlés contre cet article et la polémique qui en avait suivi. J'ai la chance de travailler dans un endroit où ça se passe bien avec les kinés, et donc ça se passe bien pour nos patients. »

Le modérateur : « *quelqu'un souhaite-t-il rajouter quelque chose sur les techniques et le rôle du kiné ?* »

Médecin sept : « on a lu dans les livres les différentes techniques, mais en vrai on ne les connaît (Ligne 120)absolument pas. J'estime que c'est au kiné de savoir ça. Le critère d'efficacité de la kiné ? (Répondant au modérateur) un enfant qui arrive à dégager, qui est moins encombré, au niveau de la toux provoquée qui est une technique aidant l'enfant à dégager. »

Médecin quatre : « sur les techniques, ces kinés dépendants, parce qu'on entend bien les parents dire après la kiné quand on prescrit soit je suis allé pour rien il pas osé vraiment y aller ou alors l'inverse (Ligne 125)ou on a des fractures, moi j'en ai jamais vu, sauf en sortie d'hospitalisation une fracture sternale chez un petit. C'est les extrêmes, mais c'est très aléatoire, c'est quand même dommage. Alors la technique en elle-même je connais l'accélération du flux expiratoire, mais je serais incapable de savoir en quoi cela consiste. Mais c'est alors plus la différence entre chaque kiné et leurs techniques. »

19:57Médecin un : « ce que je mets également dans le critère efficacité de la kiné, c'est qu'il nous (Ligne 130)rappelle si il y a quelque chose qui cloche ou qui n'évolue pas bien et également que le kiné sache dire assez rapidement aux parents à la première ou deuxième séance qu'il y a besoin ou non kiné, qu'il n'y a pas besoin de revenir. »

QUESTION 2

Question deux : « *quel est pour vous le bénéfice risque de cette thérapeutique ? D'abord les bénéfices, et les risques.* »

(Ligne 135)Médecin quatre : « alors les bénéfices de la kiné : le désencombrement bronchique, l'amélioration au niveau de l'alimentation et la surveillance. Sur les risques, les risques traumatiques de la kiné, je n'en vois pas d'autres. »

Médecin cinq : « je suis un peu comme ma voisine (médecin quatre). Le premier bénéfice le confort de l'enfant, deuxième c'est le confort des parents. Et puis le risque c'est surtout le traumatisme. »

(Ligne 140)Médecin six : « la même chose, je n'ai pas lu l'article prescrire, dont je n'ai pas d'a priori sur quoi que ce soit. Je pense que le principal risque est traumatique, après il y en a peut-être d'autres, sur l'article c'était peut être évoqué mais je n'en sais rien. Le bénéfice, c'est le confort de l'enfant la reprise de l'alimentation, ça se limite à ça je pense. »

Médecin sept : « ça va être un peu sur le même style, déjà le confort de l'enfant ça c'est sûr et la (Ligne 145)surveillance de l'enfant par un personnel médical. Les risques, a priori traumatique, moi je n'en ai jamais vu. Des enfants dans les suites d'une bronchiolite vu par un kiné avec un traumatisme moi j'en ai jamais vu. »

Médecin un : « pour les bénéfices, à peu près comme les collègues, pour ce qui est des risques pareil le risque traumatique je l'ai lu comme étant quelque chose de théorique, je ne pense pas que ce soit (Ligne 150)quelque chose de fréquent en pratique. Par contre, clairement quand on revoit les gamins après (sourire, évoquant du vécu) sur la table d'examen c'est compliqué les examiner (rires de plusieurs médecins) parce qu'ils se mettent à hurler, on voit qu'ils n'en gardent pas un très bon

souvenir. Puis dans la balance, côté risques, je mettrais comme inconvénient le fait que certains parents vivent très mal ces séances, traumatisés sur le plan émotionnel de voir leur enfant comme ça. (Ligne 155) C'est un peu tordu, mais je n'ai aussi dans le plateau risque le fait qu'à trop en prescrire on est dans une démarche de médicalisation systématique, et que peut-être finalement l'enfant sera peut-être plus confortable, l'impression des parents d'un soulagement avec des séances de kiné. Mais que finalement il va refaire une rhino, le principe ce n'est pas qu'il retourne chez le kiné à chaque fois qu'il est malade, et le fait de temps en temps de bien dire pour l'instant il n'y a pas besoin on attend un (Ligne 160) peu, on le réévalue, s'il y a besoin vous me rappelez. Et les parents voient que ça passe tout seul. Du coup dans l'attente par rapport au système médical, c'est pas très défini, mais je m'en méfie un peu de la médicalisation systématique de toutes les situations. »

Médecin deux : « moi je pense la même chose que mes collègues, dans les bénéfiques je trouve que ça rassure les parents qu'il y ait une prise en charge par les kinés, l'impression qu'on fait quelque chose (Ligne 165) et qu'on surveille bien comme il faut. Les risques, moi les traumatismes j'en ai jamais vu non plus, donc ça ne rentrerait pas en ligne de compte pour moi. Le fait que les enfants pleurent après les séances de kiné, alors ça dépend des techniques de kiné, des kinésithérapeutes, moi je dois dire que ce n'est pas le cas après. Mais je te dirai effectivement que c'est un risque. »

Médecin trois : « alors pour les bénéfiques se moi je suis comme tout le monde, les risques je suis (Ligne 170) comme tout le monde aussi. Je dirais que le traumatisme s'il y en a un, moi je n'en ai jamais vu, je n'ai jamais vu de fracture sternale ou autre, le traumatisme est peut-être psychologiques quand je vois les enfants qui reviennent après les séances de kiné et qui ne veut pas s'allonger sur la table. C'est arrivé quelquefois mais en général ça se passe très bien. La prise en charge avec les kinés se passe plutôt pas mal, en tout cas dans notre secteur. J'ai cette impression-là. »

(Ligne 175) **Le modérateur** : « est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose ? »

Médecin sept : « moi je suis d'accord avec le médecin un concernant le fait de prescrire de la kiné, il ne faut pas que ce soit systématique. J'avais vu une famille qui avait pris rendez-vous pour une bronchiolite, et qui avait déjà pris rendez-vous après moi avec le kiné, sauf que je vois l'enfant et que pour moi il n'y avait pas besoin de séance de kiné, et dans la tête des parents bronchiolite égale kiné, (Ligne 180) sans forcément qu'il n'y ait besoin de conseil. Donc c'est un des risques de trop prescrire de la kiné, ça habitue les parents à se dire que c'est un moyen nécessaire pour la bronchiolite absolument. »

Le modérateur résume la question deux : « les bénéfiques retrouvés sont le confort de l'enfant, confort des parents, surveillance accrue. Les risques sont traumatiques, pour l'instant hypothétique (Ligne 185) puisse que aucun médecin ne la constatait en ambulatoire (acquiescement des médecins présents). Le second risque est une difficulté à recoucher les enfants sur une table d'examen. » **Le modérateur demande si tout monde est d'accord pour s'en tenir là pour cette question.**

QUESTION 3

Question trois : « **quel est votre ressenti sur le désir des parents vis-à-vis de la prescription de kiné respiratoire ?** »

(Ligne 190) Médecin six : « moi je n'ai pas de réponse unique, c'est-à-dire que j'ai des parents très demandeurs de soins quels qu'ils soient, donc ça passe par la kiné, les aérosols avec Ventoline et tout ce qu'on veut, et il y a d'autres parents qui vont suivre exactement ce qu'on leur a expliqué et qui ne vont pas faire de difficultés, vont être en phase avec ce qu'on dit. Après je pense qu'il y a peut-être certaines demandes suite à la médiatisation, c'est-à-dire qu'on arrive à la période des bronchiolites on

(Ligne 195)commence à en parler à la radio et à la télé, où l'on peut voir des kinés faire leur consultation en direct. Et je pense que les parents sont un petit peu influencé par rapport à ça aussi. Moi personnellement dans ma pratique, je n'ai pas de difficultés particulières, j'arrive à leur expliquer et je pense qu'il y a un rapport de confiance entre le médecin et les parents, qui est extrêmement important. »

(Ligne 200)Médecin sept : « cela va revenir à ce que j'ai dit tout à l'heure, il y a des parents qui sont vraiment en demande cela, pour eux c'est le traitement. J'en ai discuté avec des collègues, il y a eu des campagnes, que je n'ai pas vu, à type de publicité : présentant bronchiolite et kinésithérapie dans la ville. C'est un mauvais message, puisque les parents ensuite ne comprennent pas pourquoi nous n'en prescrivons pas. Après, la plupart entendent lorsqu'il n'y a pas de nécessité, pas de bénéfice : OK on (Ligne 205)ne fait pas de kiné. Ça passe comme ça. »

Médecin un : « la plupart du temps ça se passe bien qu'il y ait besoin ou non de kiné, pareil avec les explications, c'est des consultations si souvent prennent du temps (en particulier lors de la première bronchiolite du premier enfant). Après la difficulté que je ressens parfois, c'est qu'il n'y a pas besoin de kiné, il n'y a pas besoin de Ventoline et on n'en revient alors que parfois l'enfant peut être très gêné (Ligne 210)à (parole et mimique sous-entend que c'est dérisoire) il faut dégager son nez et lui donner à manger par petites quantités régulièrement et le surveiller. C'est vrai que c'est comme d'autres pathologies en pédiatrie, ça arrive assez souvent, l'enfant qui tousse il faut attendre que ça passe, l'enfant qui est enrhumé il faut attendre que ça passe et c'est vrai que pour les parents j'ai l'impression que c'est parfois difficile de ne pas avoir de choses à faire pour soulager l'enfant. C'est plus là- (Ligne 215)dedans, qu'il y a une certaine attente : on va faire quoi pour le soulager ? On explique que desobstruer le nez etc. ça va déjà le soulager, mais voilà c'est déjà une petite difficulté. »

Médecin deux : « moi je pense que mes collègues, je pense qu'il faut bien expliquer aux parents, quand on explique bien et qu'on connaît bien les parents, si on arrive à bien les rassurer et en leur expliquant que la kiné n'est pas forcément nécessaire, peut-être qu'on n'en fera plus tard mais pour l'instant ce (Ligne 220)n'est pas nécessaire. Le ressenti alors n'est pas négatif. Si ce sont de jeunes parents dont c'est le premier enfant et qui sont très angoissés, effectivement quelquefois le fait d'avoir de la kiné permet de les rassurer pour leur donner l'impression qu'on ne les laisse pas comme ça avec rien du tout, leur enfant encombré avec que des conseils de désencombrement et de fractionnement de l'alimentation. »

(Ligne 225)Médecin trois : « je vais reprendre ce que tout le monde a dit, je dirais que dans le ressenti aussi quand on dit parfois que c'est une bronchiolite, c'est un diagnostic qui fait peur aux parents, à la mère ou au père, et donc ça passe par une phase d'explication pour essayer de dédramatiser les choses. Ça permet une bonne acceptation du problème. »

Médecin quatre : « exactement pareil, ce sont des consultations fonction de la place dans la fratrie et (Ligne 230)de l'âge l'enfant, qui sont plus longues, en majorité quand on prend le temps, ils comprennent et on arrive à établir une relation de confiance. Et puis il y a quand même une minorité de parents, qui ont une autre image de la kiné, et pour eux quand on en prescrit que c'est grave du coup. Ils disent : ah je ne pensais pas que c'était à ce point là. Alors le ressenti c'est ça, mais la majorité quand même font le lien bronchiolite avec kiné, c'est vrai que ça prend du temps à leur (Ligne 235)expliquer qu'il n'y a pas besoin forcément à tous les cas. Donc voilà. »

Médecin cinq : « comme les autres c'est une longue consultation, car il faut expliquer (assentiment de plusieurs médecins dans la salle) et puis comme je disais le problème c'est la maman : est-ce qu'elle est anxieuse ou est-ce qu'elle n'est pas anxieuse ? S'il elle est anxieuse on sera obligé de passer par la kiné, sinon elle reviendra, reviendra... Jusqu'à temps qu'elle ait ce qu'elle veut. (modérateur : donc (Ligne 240)sous la pression de la maman ?) Oui, toujours sous la pression de la maman. Une consultation se passe bien la maman est détendue, et elle se passe mal sinon. Le bébé il regarde toujours sa maman, si la maman est angoissée vous avez un bébé angoissé. (Modérateur : d'autres médecins ont-ils l'impression de prescrire sous la pression des parents?) Kiné anxiolytique.

Médecin six : « je crois que c'est comme dans toutes pathologies (médecin trois acquiesse), on est (Ligne 245)influencé par la demande quand même. Même si on sait pertinemment que certaines prescriptions ne sont pas indispensables. Pour rassurer les gens. Pour la bronchiolite je trouve que c'est extrêmement important de rappeler que l'on est à l'écoute, il ne faut pas hésiter à rappeler même dans la journée si cela n'est pas mieux. Qu'on est disponible au téléphone au moins dans une première phase. C'est extrêmement important de le rassurer. »

(Ligne 250)Médecin deux : « est-ce que l'on est vraiment disponible au téléphone à tout moment de la journée ? Moi je ne crois pas. Je suis disponible mais ils ne pourront pas me joindre à tout moment par téléphone. Ce sera peut-être 2:00 après ou en fin de journée. » (Médecin trois et six confirment)
Médecin six : « le fait de leur dire les rassure déjà ».

Médecin deux : « oui mais après, le patient vont nous dire : vous m'aviez dit que je pourrais vous (Ligne 255)joindre à n'importe quel moment, je vous ai appelé et... »

Médecin cinq : « je pense comme ma collègue médecin deux, si on leur répond pas de suite, ils vont nous dire vous n'avez pas répondu de suite. Et si vous avez trois ou quatre enfants comme cela, et que vous avez cinq appels lors de vos consultations ou visites, celui que vous visitez n'aimera pas beaucoup que vous soyez dérangés pendant que vous le voyez. Moi je réponds au téléphone après les (Ligne 260)consultations, mais ça peut être à 22:00. Les règles pour le rappel, sont que ma secrétaire prend le message, et je rappelle après mes consultations. Ce qui fait qu'ils ne vont pas avoir de réponse de suite, sauf si c'est urgent. »

Médecin trois : « en ce qui me concerne, je suis comme médecin six, les gens peuvent me rappeler. Mais c'est vrai qu'après deux appels dans une même consultation je ne réponds pas. C'est quand (Ligne 265)même assez rare. »

Médecin sept : « par rapport aux appels, c'est là que la secrétaire a un rôle super important. Elle fait bien si la personne a besoin d'un conseil immédiat, ou si ça peut attendre la fin de la consultation. Quand je vais chercher un nouveau patient elle me dit : il y a cela est ce que ça peut attendre? Est-ce que tu rappelles maintenant ou pas ? Si ce n'est pas urgent elle note dans le carnet et je rappelle le (Ligne 270)soir. C'est vraiment en fonction de l'état d'urgence, de comment elle sent les parents, et puis nous quand nous connaissons les gens au bout d'un moment on sait que si cette personne là appelle et insiste c'est que cela doit être grave. Les gens qui appellent habituellement trois fois par jour peut-être moins... Le rôle de la secrétaire est super important, et après à nous de voir si besoins d'appeler tout de suite aussi ça peut attendre le soir.

(Ligne 275)Médecin deux : « moi je dirais que l'anxiété des parents n'est pas fonction de la gravité de la maladie, la secrétaire va nous dire c'est urgent il faut rappeler tout de suite, mais ce ne sera pas forcément les parents les plus anxieux. Pourtant les parents les plus anxieux auraient souhaité aussi être rappelés tout de suite. »

Médecin sept : « c'est cela l'intérêt quand on connaît la famille, on sait que si ces parents là appellent (Ligne 280)on sait qu'il y a quelque chose de grave ou pas (médecin deux désapprouve). Pas tout le temps je suis d'accord. Mais je pense qu'on arrive à cerner en fonction des parents, une typologie en quelque sorte (précisé par le modérateur, acquiescement médecin trois). Pas dans tous les cas je suis d'accord. »

Médecin cinq : « c'est très difficile, les gens masquent souvent et ne disent pas toujours la vérité à leur (Ligne 285)médecin. Ils masquent des choses. Il y a des gens que vous pensez bien cortiqués, avoir bien compris, en fait ils n'ont rien compris. Alors là, vous vous trouvez parfois avec une catastrophe. »

Médecin un : « on a beaucoup parlé du fait que les séances de kiné rassuraient les parents, mais des fois c'est aussi le contraire.

C'est peut-être ma façon de présenter les choses, on a des choses à l'auscultation il a une bronchiolite, (Ligne 290)mais la bonne nouvelle c'est qu'il n'y a pas besoin de séance de kiné. Parce que les parents peuvent avoir une image pas si positive que ça des séances de kiné, ils ont pu entendre ou vivre eux-mêmes et pas forcément en garder un très bon souvenir, pour leurs autres enfants, ou avoir quelqu'un dans leur entourage qui leur dit : oh la la on a été chez le kiné il n'aime pas ça. Et donc dire qu'il n'a pas besoin de kiné, peut être vécu comme quelque chose d'assez positif. Des parents qui sont plutôt (Ligne 295)content de ne pas avoir de séance de kiné à faire, d'une part sur l'inconfort éventuel que cette séance peut avoir sur leur enfant et les parents, d'autre part sur le simple côté organisation : ne pas avoir à trouver de créneau pour le kiné, rentrer plus tôt du travail. »

Médecin cinq : « moi je pense que j'ai deux principaux ennemis dans la discussion avec les parents, c'est Internet et la télévision. Parce que j'ai beau leur expliquer les choses médicalement etc. leur (Ligne 300)montrer également quand il s'agit d'une personne très rétive des articles médicaux, eh bien je ne réussirai jamais aussi bien que la télévision et Internet pour les rassurer. »

Médecin six : « une autre petite difficulté, chez les parents qui en sont à leur troisième enfant disons, qui ont eu leur premier enfant il y a une dizaine d'années. Il y a 10 ans c'était kiné, c'était Ventoline, c'était la grosse cavalerie puis du jour au lendemain on leur dit on ne fait plus rien : on donne plus de

(Ligne 305)sirop etc. et ils savent nous dire qu'on les laisse tomber. Et ça c'est une difficulté, chez les parents jeunes ils n'ont pas connu tout ça, par rapport à ceux qui sont passés par les grosses thérapeutiques ça leur fait tout drôle. »

Médecin sept : « moi c'est juste pour dire que je suis complètement d'accord, du jour au lendemain on leur dit on ne fait plus ça on ne fait plus ça, c'est comme les vaccins, ça change tous les ans : celui-là (Ligne 310)on ne le fait plus, celui-là en fait tous les 20 ans au lieu de tous les 10 ans. Les gens ne comprennent pas que du jour au lendemain il y ait de si gros changement. C'est dur à expliquer. »

Modérateur : « cela met en jeu tout ce que l'on vient de se dire : un Internet, les médias, effectivement des règles qui changent, cela met en jeu votre crédibilité auprès des parents. Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose ? »

(Ligne 315)Médecin un : « pour la relation avec les médias, Internet et compagnie, c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Mais je n'irai pas jusqu'à dire que ce sont les plus grands ennemis, par ce qu'il y a des moments où ça peut être de sacrés alliés. Par exemple tout le bruit qui a eu avec la kiné dans la bronchiolite l'année dernière, on n'en a entendu parler à la télé et à la radio, et ça permet de s'appuyer sur ce truc là pour en parler avec les patients qui en ont un peu entendu parler, et à qui on (Ligne 320)peut demander déjà ce qu'ils en savent pour discuter ensemble. C'est pareil dans un domaine complètement différent, la contraception, avec tout le bruit médiatique qu'il y a eu avec les histoires de pilules de troisième génération, ça a plutôt tendance à m'aider sur certaines consultations pour justement en voir où sont les patients et rediscuter les choses. Je crois que pour ce qui est de notre crédibilité, ça a beaucoup bougé avec l'évolution des médias et d'Internet en particulier mais j'ai (Ligne 325)l'impression que les patients restent très attachés à l'avis de leur médecin de famille et à ce qu'on peut penser des choses qu'ils ont pu voir ailleurs. Les choses ont bougé mais je pense que l'on a vraiment notre rôle à jouer et qu'on a encore une place importante face aux patients et aux parents dans ces situations. (Modérateur : potentiel de confiance) »

Médecin sept : « par rapport aux médias souvent les patients me disent, je sais je n'aurais pas dû j'ai (Ligne 330)regardé sur Internet. Cette phrase qui ressort souvent. Ils ont regardé des choses, ils savent qu'il y a de tout et de n'importe quoi, ils viennent demander notre avis. Je pense vraiment que notre avis prime par rapport à ce qui peut se trouver sur Internet, même s'ils regardent et qu'ils y vont malgré eux. Ils le disent très bien j'y suis allé, je n'aurais pas dû, quel est votre avis ? Je pense vraiment que notre avis prime sur ce qu'ils peuvent trouver. (Médecin cinq désapprouve). »

(Ligne 335)Médecin cinq : « ça dépend, je pense que ça peut être un réel danger. »

Médecin deux : « moi je pense qu'effectivement notre avis prime par rapport à Internet, les gens disent j'ai trouvé quelque chose, mais je viens demander votre avis car j'ai plus confiance : vous êtes médecin etc. »

QUESTION 4

Question quatre : « sur quoi basez-vous votre prise en charge de la bronchiolite ? » Modérateur (Ligne 340)explicite : y a-t-il des référentiels sur lesquels vous vous appuyez plus particulièrement ou pas.

Médecin trois : « je m'appuie je crois, beaucoup sur l'expérience, maintenant je commence à avoir quelques cheveux blancs (sourires). Avec 25 ans d'exercice on apprend aussi et on sait des choses, je me base beaucoup sur mon expérience. Évidemment dans la littérature on peut trouver de quoi, mais (Ligne 345)actuellement je me base sur mon expérience. »

Médecin quatre : « je ne vais pas dire sur l'expérience, j'ai moins de cheveux blancs (sourires). Bien sûres toutes les recommandations qui existent, celles que l'on a pu apprendre en médecine : les cours,

la HAS. C'est ça qui est demandé ?... Le collège de pédiatrie... Mais après les signes, ce sont ceux qui sont écrits : les signes de gravité, les signes d'hospitalisation, les critères de surveillance. Mais après (Ligne 350) je pense que c'est tout ce qui fait la pédiatrie, c'est le ressenti, comment on voit l'enfant et puis tout ce qu'on apprend sur le terrain : je n'ai pas d'expérience, mais sur le terrain dans notre stage de pédiatrie etc. ce n'est pas vraiment des références, mais de l'observation, de la relation avec les parents et avec l'enfant. Puis, les référentiels : la HAS. C'est tout. C'est vraiment des choses basiques.

»
(Ligne 355) Médecin cinq : « toujours des recos, comment va se passer l'entretien, est ce que je vais me retrouver dans une situation ouverte où je vais pouvoir avancer des arguments ou avec une situation complètement fermée où les parents arrivent avec des idées préconçues et ne veulent plus bouger de leurs idées. Si vous êtes dans cette situation là, vous êtes obligés de les suivre ou bien dire allez voir un autre médecin. Comme ce n'est pas la politique, je les suis... »

(Ligne 360) Médecin six : « bon je crois qu'il y a quand même l'expérience qui rentre en ligne de compte, il y a 30 ans j'ai fait mes études, la bronchiolite on ne savait pas ce que c'était. (Sourires de médecin cinq et médecin six) donc on a découvert au fil des années. Au fil des années on réagit de façon différente, avec le temps les choses évoluent dans notre pratique professionnelle. Je tiens compte des retours de courrier d'hospitalisation. Pour voir un petit peu ce qu'il se fait. Des (Ligne 365) recommandations de la HAS. aussi, enfin c'est surtout la HAS. que je lis. Oui, c'est un regroupement d'expérience et quelques revues, mais c'est surtout l'expérience pour moi. »

Médecin sept : « pareil, c'est surtout les recommandations que l'on peut lire, les publications, prescrire. Je fais confiance à cette revue. Au cours des formations de journées de pédiatrie annuelle, il n'y a pas longtemps, sur plein de petites choses de pédiatrie très intéressante qui peuvent donner des (Ligne 370) infos. Et puis, beaucoup de partage avec mes collègues, qui ont plus d'expérience que moi, on partage beaucoup sur : toi comment tu fais dans telle situation ? Vu que moi j'ai une toute petite expérience je m'appuie aussi sur la leur, essayer de voir comment je peux faire face à telle ou telle situation. (Modérateur précise : échanges entre pairs) »

médecin un : « je me base principalement au niveau des recommandations, sur la revue prescrire, (Ligne 375) effectivement c'est pareil je suis abonné depuis quelques années et j'ai une confiance importante dans leurs recommandations. J'essaye de suivre pas mal ce qu'ils recommandent. Je trouve que la fiche info patient sur la bronchiolite est très bien faite, j'en fais des photocopies au début de la saison des bronchiolites et je la donne au patient. Rien que le titre bronchiolites chez le nourrisson pas de panique, j'aime bien. C'est vrai qu'il y a clairement aussi mon stage en pédiatrie, où j'ai vu des (Ligne 380) bronchiolites graves, qui joue aussi sur la prise en charge. Pour le coup même si dans les recommandations la prescription de Ventoline n'est pas recommandé, je l'ai gardé l'habitude depuis mon stage en pédiatrie pour tester quand l'enfant est très spastique, je fais deux bouffées de ventoline au cabinet et je vois si ça lui fait du bien. J'explique aux parents voilà ça ne va probablement rien changer à l'évolution mais que si ça ne soulage c'est toujours un truc que l'on peut faire pour le (Ligne 385) soulager un peu. J'ai un petit conflit d'intérêts, car je fais aussi parti du réseau asthme, dans ma famille il y a eu pas mal d'histoire d'asthme et que comme certes on ne peut pas parler d'asthme sur une première bronchiolite, sur une deuxième bronchiolite, mais que quand on arrive à la troisième bronchiolite avant deux ans on peut parler d'asthme du nourrisson : donc c'est bien que les premières bronchiolites il y avait bien de l'asthme, même si on ne pouvait pas mettre le diagnostic. (Ligne 390) Donc c'est vrai, que j'ai probablement la ventoline assez facile, au moins en test pour voir si ça les soulage. En sachant que je suis consciente que ce n'est pas dans les recommandations pour le traitement de la bronchiolite. »

médecin deux : « moi je me base sur mon expérience aussi, en premier, et aussi les recommandations de la HAS. Les journées de pédiatrie j'aime bien car il y a plein d'échanges intéressants, et les (Ligne 395) échanges avec mes collègues mes associés, des échanges entre pairs. »

Modérateur : « quelqu'un souhaite-t-il rajouter quelque chose ?... Y en a-t-il parmi vous qui suivent des groupes de pairs ? »

Médecin deux : « je fais parti d'un groupe de pairs, on a des thèmes réguliers, la bronchiolite a été un thème récent. On recherche toutes les recos de toutes les sociétés, pour pouvoir essayer de déterminer (Ligne 400) la conduite à tenir qui est recommandée actuellement. (Le modérateur précise l'idée) on

fait une analyse critique. »

Synthèse du modérateur : « *chacun a ses sources, on a vu comment travaille dans la pratique avec ses sources. Il y a les sources, l'analyse critique, et on s'aperçoit qu'on applique pas forcément toujours cela. Est-ce que l'on peut réfléchir à ce qui nous détermine à ce moment-là ?* »

(Ligne 405)Médecin un : « *clairement, le fait d'avoir des externes et des internes en stage, ça m'oblige à me remettre en question sur ce genre de situation. Quand on se retrouve en consultation avec un étudiant, pour une consultation pour bronchiolite, c'est quand même pas mal de pouvoir justifier pourquoi on fait les choses. Éventuellement, lui peut avoir appris d'autre chose à la fac, ça peut être l'occasion de se remettre à jour sur les recommandations et les différents niveaux de preuve des prises (Ligne 410)en charge proposée.* »

Médecin deux : « *moi je dirais également avec les médecins remplaçants, parce que du coup on peut échanger après sur des patients qu'on connaît également et sur les situations particulières.* »

Médecin sept : « *moi je fais aussi parti d'un groupe de pairs, et je trouve que c'est super intéressant. Justement il y a un thème qui est proposé, il y en a deux qui vont chercher les recommandations, après (Ligne 415)vont les mettre en pratique les partager à tout le monde. Et puis chacun va pouvoir partager aussi lui comment il fait, pourquoi il fait elle recommandations (médecin deux ajoute : son expérience). C'est ça qui est intéressant dans ces groupes.* »

Modérateur : « *tu veux dire qu'il y a les données scientifiques et puis la vraie vie ?* » **Le médecin sept confirme.** « *Est-ce que quelqu'un veut développer sur le fait qu'on n'applique pas toujours les (Ligne 420)recommandations à la lettre ? Dans la vraie vie, vous l'avez dit tout à l'heure médecin cinq, ça ne se passe pas toujours comme ça.* »

Médecin un : « *clairement, comme pour ma chère revue prescrire, qui avait publié son truc sur la kiné chez les nourrissons, c'était pas des nourrissons ambulatoires qu'on voit pour des bronchiolites débutantes (médecin trois précise : il y a un biais de recrutement) (médecin un confirme). C'était pour (Ligne 425)des nourrissons hospitalisés qui avaient des bronchiolites graves, on ne peut pas extrapoler ça directement sur les patients que l'on voit en pratique. Les recommandations, ça dépend sur quoi elles se basent, mais c'est vrai que si les études sont faites en hospitalier, forcément on ne va pas... On a de bons arguments pour dire que les recommandations ne sont pas toujours applicables en médecine de ville sur des patients qui vont finalement pas si mal que ça (médecin trois acquiesce).* »
(Ligne 430)Médecin trois : « *tu parlais de ventoline tout à l'heure, ça fait parti des produits que l'on peut mettre, que je suis amené à donner de temps en temps, même si je sais que c'est théoriquement inefficace. Quand c'est très spastique, ça me rassure un petit peu. Peut-être que c'est pour moi que je fais. En tout cas, c'est un effet thérapeutique recherché.* »

Précisions demandées par l'observateur :

(Ligne 435)**question un :** « *est-ce que l'horaire joue dans votre prescription de la kiné respiratoire ? Est-ce que le fait d'être mercredi 12:00 ou vendredi soir influe ?* »

Médecin cinq : « *aucune influence* »

Médecin six : « non, moi je sais que quand ça arrive le vendredi soir, je ne trouverai pas de kiné pour le week-end. C'est un peu plus délicat, je travaille le samedi matin, je demande aux parents de (Ligne 440)rappeler le samedi matin. Si je vois que ça ne va pas le faire, ce sera hospitalisation par sécurité pour le week-end. »

Médecin sept : « c'est vrai que les consultations du vendredi soir, j'avoue, c'est compliqué ! Là le kiné peut avoir un intérêt, si on sait qu'il va y en avoir un le dimanche ou le samedi. Même si je n'ai pas prescrit de kiné, s'il y en a un qui est disponible pour le voir le week-end. Je peux voir le samedi mais (Ligne 445)si il peut le voir le dimanche, je pourrais presque la kiné dans ce cas là. »

Médecin un : « après pour la prescription de la kiné, moi ça m'arrive parfois de faire l'ordonnance et de dire aux parents pour l'instant il n'y en a pas besoin, mais si vous voyez que vraiment il a du mal à se dégager, à ce moment-là... L'idéal c'est qu'ils me rappellent pour qu'on fasse au moins un point par téléphone, mais c'est vrai que comme je ne travaille pas tous les jours ce n'est pas forcément possible. (Ligne 450)Donc ça m'arrive de leur donner l'ordonnance et que éventuellement ils prennent rendez-vous avec le kiné quelques jours plus tard pour faire le point avec le kiné. Après pour le côté de l'horaire de la consultation, on a des kinés qui bossent le week-end quand c'est en épidémie de bronchiolite, ils aiment bien qu'on passe un coup de fil pour leur dire que pour tel ou tel enfant faudra peut-être voir dans le week-end. Je ne pense pas (l'horaire) que ça change fondamentalement ma (Ligne 455)prescription. En tout cas pas par rapport à la disponibilité du kiné. Après, je pense que c'est comme pour d'autres trucs, arrivés au vendredi soir ont on à la semaine dans les pattes et qu'on est un peu plus fatigué, qu'on a envie de finir plus vite, si la consultation se prolonge pendant 500 000 ans et qu'on voit vraiment que les parents sont en demande, ouais on va probablement lâcher l'ordonnance plus facilement. »

(Ligne 460)Médecin deux : « moi ça ne change strictement rien, il y a des kinés qui font des gardes le samedi et dimanches. Si je trouve qu'il faut de la kiné le vendredi soir j'en prescris, si je trouve qu'il n'en faut pas je n'en prescris pas. »

Médecin trois : « moi non plus, l'horaire m'indiffère. Ça ne va pas être un critère pour moi. »

Médecin quatre : « alors moi c'est pareil, c'est en zone de désert médical et de kiné, donc il n'y a pas (Ligne 465)de kiné le week-end. Donc ça va être la même chose, si je vois que ça ne va pas le faire c'est les urgences quoi... Ou alors l'hospitalisation directe mais ça c'est rare un vendredi soir. Et par contre pour revenir sur l'ordonnance, les prescriptions anticipées: je le fais pour les anti bio, car c'est un critère vraiment très objectif : la température qui fait que les parents vont donner. Mais je ne le fais jamais pour la kiné, ça me paraît vraiment très subjectif pour les parents d'avoir à prendre la (Ligne 470)décision, j'aurais peur de les mettre en difficulté. En effet, l'anxiété de chaque parent est différente. L'antibiotique, c'est simple on leur dit si il est toujours fébrile dans le week-end, s'il fait 39 - 39,5 dollars vous pouvez commencer des antibiotiques. La kiné ça me paraît plus difficile. »

Médecin cinq : « alors moi non plus je ne fais pas la double ordonnance, suite à une expérience sur antibiotique justement. Je prescris une double ordonnance à une patiente, derrière ma femme(sa (Ligne 475)secrétaire) me dit Mme à qui tu as à une ordonnance, elle a pris les antibiotiques de suite. Effectivement, depuis que je ne le fais plus ma prescription d'antibiotiques a nettement diminuée. »

Médecin sept : « par rapport à la prescription anticipée d'antibiotiques, je la fais à des personnes à qui j'ai bien expliqué qu'ils ne sont pas trop trop antibiotiques et qui ne les prendrons que si besoin en fonction des critères que j'ai expliqués. (Médecin cinq intervient : je pensais lui avoir bien expliqué (Ligne 480)et...) Mais je pense que c'est quand même un atout plutôt que de le revoir à 48 heures et leur dire finalement à ben oui il y a toujours de la fièvre on va mettre les antibiotiques. Je crois que je continuerai à le faire, jusqu'à ce que j'ai une expérience... (Médecin cinq intervient : vous avez peut-être pas en pharmacie après... Sourire de plusieurs médecins) non, parce que j'ai le retour des parents, quand je revois après je leur demande comment ça s'est passé, avez-vous eu besoin de donner (Ligne 485)les antibiotiques. Il me diset ben non ça s'est passé j'ai pas eu besoin. J'essaye d'avoir des retours par rapport à ça. »

Médecin deux : « (réagit rapidement) moi je ne fais jamais ça, jamais la prescription anticipée des antibiotiques. Les parents, même si on leur a donné tous les critères, ne sont pas à aptes faire la part des choses je trouve. Je préfère revoir les enfants parce qu'il peut y avoir des signes différents qui (Ligne 490)n'ont pas vu. »

Médecin trois : « moi, c'est pareil. Je rejoins le médecin deux, j'ai pas l'habitude de faire d'ordonnance d'antibiotiques à prendre en fonction de critères. Je ne suis pas sûr que les parents

comprennent bien les critères que je peux leur donner. Par rapport à ça, je préfère de toute façon réévaluer à 48 heures et puis bon je pense que si l'enfant 48 heures fébrile ou s'il va moins bien entre- (Ligne 495) temps on le voit. S'il faut un traitement antibiotique on le démarre. Le donner d'emblée, je suis pas trop pour ça. (Demandant au médecin quatre) : tu le fais à chaque fois ? »

Médecin quatre : « ah non, le jeudi vendredi, le week-end arrive, c'est samedi après-midi... Sinon, je le fais jamais en début de semaine, car je peux les rappeler. C'est toujours des circonstances, ça arrive très rarement !, C'est toujours le jeudi ou vendredi, à 48 heures on est le samedi ou le dimanche (Ligne 500) (médecin qui a dit ah d'accord), je leur explique bien que normalement si c'est viral dans 3-5 jours il n'y a plus de fièvre... Enfin c'est sûr, non non non ça n'arrive jamais, ça arrive rarement... »

Médecin sept : « moi je fais des prescriptions anticipées, c'est pas du tout le sujet, pas dans la bronchiolite, mais dans les otites. C'était juste dans ce cas-là, avec un tympan inflammatoire, à 48 (Ligne 505) heures j'estime que je n'ai pas forcément besoin de le revoir dans ce cas la précis. (Médecin trois et quatre comprennent). C'est que les otites. »

Médecin un : « pareil pour les prescriptions d'antibio, ça m'arrive y compris en début de semaine chez des enfants de plus de deux ans avec une otite purulente... (Modérateur recadrant précise qu'il faut rester dans le cadre de la kiné) pour ce qui est de la kiné, le médecin quatre disait et je trouve cela (Ligne 510) vachement intéressant, l'histoire du ressenti qui est subjectif de l'environnement de l'enfant, mais finalement notre ressenti à nous de l'encombrement de l'enfant en dehors des signes de détresse respiratoire aiguë. S'il y a des signes de détresse respi on le revoit ça c'est clair. Après pour ce qui est de la kiné, l'histoire encombrement, même moi je trouve ça vachement subjectif l'histoire d'à quel point l'enfant est encombré. J'ai du mal à donner des critères très précis de surveillance, parce (Ligne 515) que c'est du ouais on le sent un petit peu encombré... Même moi j'ai du mal à savoir parfois finalement des fois quand est-ce qu'il faut ou pas prescrire la kiné, donc c'est vrai que de toute façon je prends finalement en compte le ressenti qu'ont les parents de l'encombrement de leur enfant, c'est pour ça que ça m'arrive effectivement de faire ce genre d'ordonnance. En sachant que encore une fois ce n'est pas quelque chose du tout de systématique, c'est quelque chose que je vais parfois (Ligne 520) proposer pour le coup aux parents qui ont déjà d'autres qui ont fait des bronchiolites, qui ont déjà vu à quoi ça pouvait servir ou pas les séances de kiné dans cette indication là, ce genre de cas... »

Modérateur : « est-ce qu'il y a d'autres critères qui peuvent vous permettre de lisser cet inconvénient là, cette subjectivité de l'encombrement de l'enfant ? »

(Ligne 525) Médecin un : « (en rigolant) la question ne m'inspire pas... »

Médecin cinq : « se poser peut-être la question de la température, du poids, comme il ne mange pas il est amené à perdre du poids. S'il ne perd pas de poids cela peut être amené à rassurer les parents. Essayer de trouver d'autres critères en parallèle pour essayer de rassurer, vous voyez ? Il n'a pas perdu de poids. Il n'a pas tant de température que ça... »

(Ligne 530) Médecin un : « après, j'ai peut-être mal compris la question, pour moi dans les histoires de bronchiolite finalement il y a deux problèmes différents, il y a les histoires de critères de gravité qui peuvent imposer une hospitalisation : la détresse respiratoire, la fièvre qui se prolonge ou très élevé, la difficulté de prise alimentaire avec le risque de déshydratation et ça effectivement c'est à nous de réévaluer, c'est important que les parents nous disent s'il y a un truc qui cloche, qu'ils nous (Ligne 535) recontactent s'il y a quelque chose de cet ordre là. Et puis, je mets à part les histoires d'intensité de l'encombrement et nécessité de kiné respi ou pas. Parce qu'il y a des enfants qui ont des bronchiolites avec des signes de détresse respiratoire mais qui sont très spastiques, et qui ne vont finalement tirer aucun bénéfice de la kiné, qui va peut-être plus les aggraver qu'autre chose... Et à côté de ça il y a des enfants si vraiment ils n'ont aucun critère de gravité, c'est peut-être pas la peine (Ligne 540) de les embêter avec des séances de kiné, mais il y a des enfants qui ne vont pas être inquiétant au point de penser à une hospitalisation du tout, mais qui peuvent tirer un certain bénéfice de la séance kiné. Du coup pour moi, l'échelle encombrement, l'évaluation encombrement, dans mon échelle à moi je ne mets pas là-dedans les histoires de perte de poids de température, pour moi c'est un truc à part. »

(Ligne 545) Médecin sept : « par rapport à comment évaluer l'encombrement, c'est quelque chose de

super subjectif. Pour moi il n'y a pas de critères établis, on sent ou on ressent, on se dit que ça pourra lui être bénéfique pour le dégager ou pas, mais il n'y a pas de critères objectifs pour moi. Ni la gravité ne rentre pas non plus dedans, pour moi c'est autre chose. »

Précision de l'observateur : « je voudrais revenir sur la balance bénéfique risque, votre ressenti vis-à-vis (Ligne 550) vis de cette balance, dans le cas général est est-ce que pour vous c'est quelque chose de net? Ou est-ce que la balance bénéfique risque est quelque chose d'assez floue en fin de compte ? »

Médecin trois : « la balance, pour moi elle est plutôt du côté du bénéfique, je n'ai jamais vu de traumatismes thoraciques. Non c'est clair, pour moi c'est du côté du bénéfique à tous points de vue : la surveillance, ce qu'on a vu tout à l'heure, le bien-être de l'enfant. »

(Ligne 555) Médecin quatre : « après ça dépend de chaque enfant, mais plutôt du bénéfique oui, quand c'est prescrit... C'est compliqué en fait, quand c'est prescrit pour des cas où on pense que c'est nécessaire, c'est plutôt bénéfique. (Rires retenus... D'autre médecin ajoute : c'est logique !) Voilà ! » (rires)

Médecin cinq : « moi je trouve que déjà, on est dans le flou artistique quand on recherche le côté (Ligne 560) encombrement, à évaluer l'encombrement de l'enfant, je pense que la balance bénéfique risque reste dans ce flou artistique. C'est-à-dire, est-ce que l'on va bénéficier pour l'enfant ou est-ce que l'on ne va pas être, ça dépend si il est encombré ou si il n'est pas encombré. »

Médecin six : « pour moi c'est bénéfique dans la mesure où moi j'ai jamais vu de complications de soins de kinésithérapie, le risque est proche de zéro, donc ça ne peut être que bénéfique. »

(Ligne 565) Médecin sept : « ça va revenir à ce qu'a dit médecin quatre, c'est que si l'indication est bien posée oui pour moi c'est forcément bénéfique. Après parfois, on a peut-être mal posé l'indication, auquel cas il n'y aura pas de bénéfice voir des inconvénients pour la situation : pour l'enfant les parents. Tout dépend si l'indication est bien posée ou pas. Si elle est bien posée c'est sûr que c'est bénéfique, sinon... C'est un peu facile à dire, logique !. »

(Ligne 570) Médecin un : « pour moi ce qui est clair, c'est que ce n'est pas net ! (Rires) je vois ça comme une balance qui n'est pas évidente dans un sens comme dans l'autre, après effectivement de façon extrêmement logique c'est des moments où je me dis que ça penche un peu plus vers le plus où je vais aller en prescrire. Mais comme on ne peut pas refaire le film quand ça été prescrit, c'est difficile de savoir si ça a changé quelque chose ou pas... Il faudrait des vrais jumeaux qui ont exactement la (Ligne 575) même bronchiolite, un à qui ont prescrit l'autre à qui on prescrit pas, mais même comme ça je suis pas sûr que le niveau de preuve soit faramineux. »

Médecin deux : « moi je trouve ça plutôt bénéfique, et je ne vois pas de risque à la kiné, je n'en ai jamais vu. Alors au pire c'est peut-être neutre, ça veut dire que ça n'apporte rien, mais ça ne fait pas de mal. Je me trompe peut-être... »

(Ligne 580) Médecin trois : « moi je dirais que si on n'en prescrit et que ce n'est pas à bon escient, c'est-à-dire que si l'enfant ne relève pas de kiné respiratoire, le kiné il est là aussi pour savoir ce qu'il doit faire et donc il va dire que ce n'est pas la peine d'en faire. Ou alors il va en faire une et puis il s'arrêtera là. De toute façon, quand on prescrit de la kiné, on ne prescrit pas le nombre de séance, on prescrit de la kiné et le kiné ensuite il juge s'il faut ou non faire de la kiné, combien de séance. C'est à (Ligne 585) lui de juger en fonction de l'évolution de l'enfant. »

Médecin cinq : « on peut peut-être aller plus loin, dans le bénéfique risque il n'y a pas que le côté risque pour l'enfant, il y a aussi au niveau de la santé publique et de la sécurité sociale le surcoût que ça représente, je préfère avoir un peu d'argent pour traiter des cancéreux que de l'argent qui soit dépensé dans de la kiné qui ne sert à rien. »

(Ligne 590) Médecin un : « l'autre point, c'est qu'en termes de disponibilité des kinés il y a des périodes de l'année où c'est difficile d'avoir des rendez-vous pour des séances de kiné, c'est vrai que par définition plus on va en prescrire plus ça va être difficile d'avoir un rendez-vous pour un nombre

de kiné qui n'est pas extensible. Ça joue aussi. Même si je suis d'accord que comme disait médecin trois, le kiné qui voit que la séance n'apporte rien à l'enfant, ne va pas lui dire de revenir. »

(Ligne 595) Observateur : « j'avais une dernière précision, sur le ressenti vis-à-vis du désir des parents, comment vous placeriez la demande des parents dans votre prescription? Est-ce que c'est quelque chose qui n'a aucune influence ou qui est totalement prédominant dans la prescription? »

Médecin deux : « la demande des parents n'a pas beaucoup d'influence dans ma prescription, je leur explique d'abord le processus de la bronchiolite le traitement... L'intérêt de la kiné ou pas, pourquoi je (Ligne 600) ne vais pas en prescrire, pourquoi je vais en prescrire. Et leur demande vient vraiment à la fin quoi. »

Médecin trois : « je rejoins le médecin deux. »

Médecin quatre : « non, la demande n'a aucune influence, leur anxiété oui. Et encore ce n'est pas le premier critère, mais la demande en elle-même aucune. »

(Ligne 605) Médecin cinq : « je vais essayer quand je me retrouve face à des parents qui demandent, de leur faire comprendre que ce n'est pas dans l'intérêt de l'enfant, maintenant ça intervient quand même on ne peut pas se voiler la face. Quand on a des parents très anxieux qui ne veulent rien entendre, leur anxiété leur ferme toute possibilité d'entendre ce qu'on dit, on est bien objet d'aller dans leur sens. Parce qu'autrement on ne soigne pas. »

(Ligne 610) Médecin six : « je vais dire un petit peu comme mon collègue de droite (médecin cinq), à 95 % on ne va pas en tenir compte, mais il y a toujours des situations où l'on est un petit peu influencé quand même, je dirais que l'on va prescrire pour avoir la paix. »

Médecin sept : « pour moi ça ne va pas influencer, après je rejoins médecin deux trois et quatre par rapport à ce qu'ils ont dit, après j'entends que c'est difficile de se battre entre guillemets, ça prend (Ligne 615) énormément de temps d'expliquer qu'on ne voit pas l'intérêt de la kiné et que c'est plus facile à certains moments de dire on fait la prescription et ils vont partir on sera plus tranquille. Je pense que c'est aussi intérêt notre travail, c'est l'éducation que l'on peut leur apporter, et que si on le fait une fois la prochaine fois ils sauront qu'en insistant un peu ils auront l'antibiotique qu'ils veulent. J'essaie de faire dans la mesure du possible de faire ce qui me semble juste, et de pas être influencé... (Ligne 620)»

Médecin un : « je dirais que c'est comme dans toute situation de soins et de prescription finalement, pour moi la demande du patient ou des parents quand c'est un petit, ça a une influence, après c'est pas pour autant que je vais aller répondre à cette demande, mais ça joue sur la façon de mener la consultation et sur l'ordonnance finale des négociations qui parfois est facile parfois plus difficile, (Ligne 625) mais oui ça joue. Après je ne sais pas si je serai capable de donner un pourcentage (sourires), c'est toujours l'équilibre entre les données de la science les recommandations, ce qu'on va en faire, et en même temps le fait d'avoir une approche centrée sur le patient et la famille, d'essayer de faire en sorte de répondre à leurs attentes, c'est ça aussi qui fait qu'on fait un métier intéressant, parce qu'à chaque fois il faut se remettre en question et trouver cet équilibre là. Et oui, ça joue, ce n'est pas (Ligne 630) le déterminant majeur de ma prise de décision, mais ça joue. »

Médecin cinq : « oui, je crois que ce que j'ai dit n'a pas été très bien compris, je rejoins de manière à 100 % ce que vient de dire le médecin un. J'aboutis pas toujours respecter la demande des parents, mais je vous assure qu'il est vraiment des parents qui sont d'une étroitesse d'esprit très forte. Moi, j'ai le malheur d'être dans une région où il y a pas mal d'alcoolique, essayez de parler avec un parent (Ligne 635) alcoolique de son enfant et vous allez voir que très vite il se ferme. »

Remerciements.

Annexe 6 Liste des abréviations

AFE : Accélération de flux expiratoire

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

DRP : Désobstruction rhino pharyngée

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

RAM : Relai assistantes maternelles

VRS : Virus respiratoire syncitial

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire : Ressenti des parents et médecins généralistes autour de la kinésithérapie respiratoire

RESUME

Enquête d'opinion auprès de 101 parents de nourrissons, ayant bénéficié de kinésithérapie respiratoire.

Analyse d'un focus group de 7 médecins généralistes, autour des déterminants à la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite.

Notre étude a permis de montrer que la nécessité de suivi et de réassurance, des nourrissons et de leurs parents, sont des facteurs expliquant la poursuite de la kinésithérapie dans la bronchiolite en ambulatoire. Il est cependant possible d'organiser ce suivi différemment, et une campagne d'information sur la bronchiolite semblerait utile.

L'efficacité sur le confort ressentie par les parents en est un autre facteur, mais reste à évaluer objectivement.

La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite a donc encore de l'avenir en France, tant qu'aucun changement n'aura eu lieu sur ces différents points.

MOTS-CLES

Bronchiolite, Nourrissons, Kinésithérapie respiratoire, Ambulatoire, Médecine générale

Management of bronchiolitis in infants as outpatients: Felt parents and GPs around chest physiotherapy

SUMMARY

Opinion survey of 101 parents of infants, who received chest physiotherapy. Analysis of a focus group of 7 GPs around the determinants for the prescription of respiratory physiotherapy in bronchiolitis.

Our study showed that the need for monitoring and reinsurance, infants and their parents, are factors explaining the continuation of physiotherapy in bronchiolitis outpatient. It is possible to organize this track differently, and an information campaign on bronchiolitis seems useful.

The effectiveness of comfort felt by parents is another factor, but it remains to evaluate objectively.

Chest physiotherapy in bronchiolitis has yet future in France, as no change has taken place on those points.

KEYWORDS

Bronchiolitis, Infants, Respiratory Physiotherapy, Outpatient, General medicine