



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Évaluation des pratiques et de l'adhésion aux nouvelles recommandations HAS des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais dans la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois.

Présentée et soutenue publiquement le 5 novembre 2020 à 18h00
au Pôle Formation

Par François GOURNAY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Madame le Docteur Anita Tilly

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Franck AMMEUX

Travail de la faculté de Médecine & Maïeutique – Institut Catholique de Lille

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AFE : Augmentation du Flux Expiratoire

BAN : Bronchiolite aigüe du nourrisson

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

KR : Kinésithérapie Respiratoire

OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

MG : Médecins Généralistes

MSU : Maitres de Stage Universitaires

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	11
I. Type d'étude	11
II. Population d'étude	11
III. Recueil des données	11
IV. Elaboration du Questionnaire	12
V. Objectifs principal et secondaires.....	13
VI. Critère de jugement principal	14
VII. Analyse des données	14
Résultats	16
I. Analyses descriptives	16
A. Données sociodémographiques	16
B. Formation et Pratique Pédiatrique.....	17
C. Prise en charge de la bronchiolite.....	19
D. Critère de jugement principal	23
VIII. Analyses Bivariées	25
Discussion	29
I. Intérêt de l'étude et choix de la méthode	29
II. Limites et biais	30

A.	Biais de sélection	30
B.	Biais de mesure.....	31
C.	Représentativité.....	31
III.	Analyse des résultats.....	32
A.	Critère de Jugement principal.....	32
B.	Prescriptions des Médecins Généralistes	34
C.	Connaissance des Recommandations	35
D.	Inadéquation entre recommandations et pratique.....	37
	Conclusion.....	42
	Références bibliographiques	43
	Annexes	49
	Annexe 1 : Questionnaire.....	49
	Annexe 2 : Fiche conseils pour les parents.....	57

RESUME

Introduction : La bronchiolite est une infection virale respiratoire, épidémique, saisonnière. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, puisqu'elle touche environ 30% des nourrissons de moins de 2 ans, soit environ 460000 cas par an, selon l'institut national de veille sanitaire. La HAS a publié au mois de novembre 2019 une actualisation de ces recommandations. L'intérêt de cette étude est d'évaluer les pratiques des Médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois depuis la publication des nouvelles recommandations de la HAS et leur adhésion ou non à ces recommandations

Matériels et Méthodes : étude observationnelle d'évaluation des pratiques professionnelles. Questionnaire envoyé en ligne via la plateforme SPHINX aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. La modification des pratiques, a été évaluée par une échelle de Likert à 4 entrées.

Résultats : 257 réponses ont été collectées. 45,1% des médecins interrogés disent être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que les recommandations vont modifier leur pratique. Il n'existe pas de lien significatif entre la modification des pratiques et le statut et les critères sociodémographiques du médecin généraliste dans notre étude. 72% des MG disent prescrire de la KR. Les MSU prescrivent significativement moins de KR ($p=0,02$).

Discussion : D'autres études sur les anciennes recommandations montraient une difficulté à modifier et uniformiser ses pratiques sur la bronchiolite. Les recommandations sont jugées trop éloignées du terrain selon les MG, notamment pour la prescription de KR, qui se montre pourtant bénéfique en ambulatoire selon certaines études récentes. La pratique de la médecine générale repose sur plusieurs aspects, avec une dimension relationnelle et sociale prépondérante, qui peut rendre difficile l'application stricte de recommandations, souvent trop orientées vers une pratique hospitalière.

INTRODUCTION

La bronchiolite est une infection virale respiratoire, épidémique, saisonnière. Elle concerne les enfants âgés de 0 à 24 mois. L'épidémie débute actuellement en octobre et s'étend souvent jusqu'en février avec un pic en décembre. Elle constitue la maladie respiratoire la plus fréquente chez les enfants de moins d'un an.(1)

Le terme de bronchiolite englobe l'ensemble des bronchopathies obstructives. Chez le nourrisson, elle est essentiellement d'origine infectieuse et liée le plus souvent au virus respiratoire syncytial humain (VRS) qui en est responsable dans 60 à 70 % des cas. D'autres virus peuvent être identifiés, notamment le rhinovirus (environ 20%), le virus *parainfluenzae*, le virus *influenzae* (virus de la grippe), le métapneumovirus, l'adénovirus ou encore le coronavirus.(2)

La contamination est interhumaine, favorisée par la mise en collectivité. Le VRS se transmet soit directement par les sécrétions contaminées, soit indirectement par les mains ou le matériel souillé. L'incubation est de 2 à 8 jours.

Une rhinopharyngite aiguë peu fébrile inaugure souvent l'infection à VRS. Dans environ 20 % des cas, cette rhinopharyngite se complète d'une atteinte bronchiolaire, responsable d'une dyspnée.

La multiplication virale débute dans les cellules des voies aériennes supérieures. Le VRS se localise et se multiplie ensuite dans les cellules épithéliales des bronchioles.

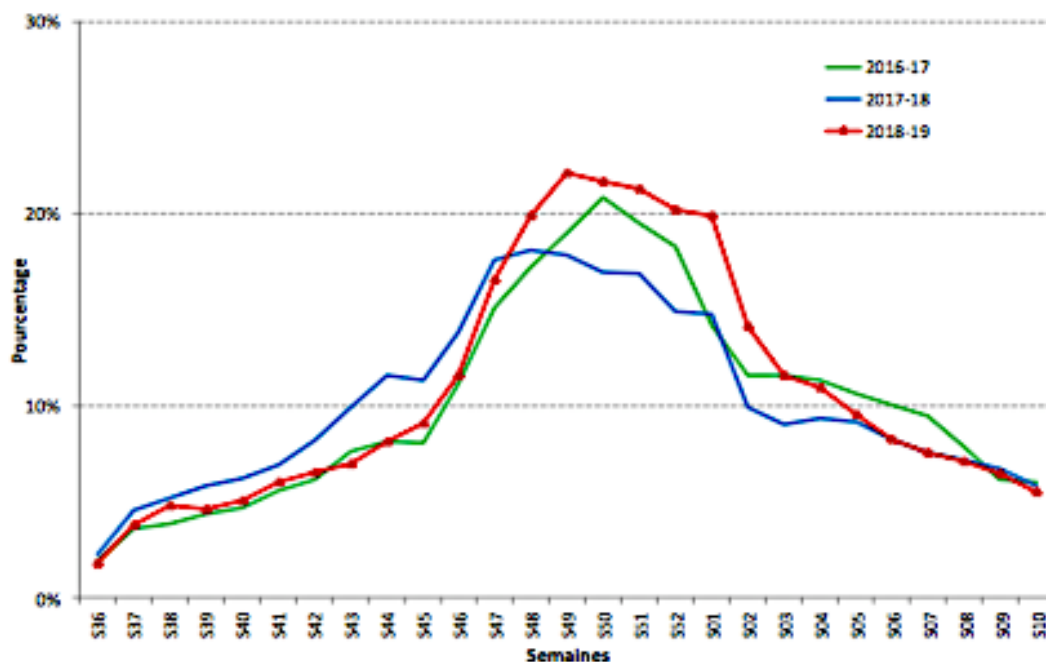
L'obstruction des voies aériennes, à la fois endoluminale (bouchon muqueux) et murale (inflammation pariétale) entraîne un piégeage de l'air, et contribue à un sifflement expiratoire souvent audible (*wheezing*). Un spasme bronchique par contraction musculaire lisse peut-être présent, mais n'a qu'un rôle mineur dans les mécanismes de l'obstruction. L'élimination du virus se prolonge sur 3 à 7 jours, parfois jusqu'à 4 semaines.

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, puisqu'elle touche environ 30% des nourrissons de moins de 2 ans, soit environ 460000 cas par an, selon l'institut national de veille sanitaire (InVS).(1)

Le taux de passages aux urgences pédiatriques pour BAN a tendance à augmenter à chaque épidémie au cours des dernières années.

D'après le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), le nombre de passages aux urgences pour bronchiolite en 2018-2019 était de 63616 (13 % des passages totaux aux urgences pour les enfants de moins de 2 ans). Comparativement il était de 41094 en 2015-2016 et de 33351 en 2013-2014. La figure 1 montre l'évolution des passages aux urgences pour bronchiolite en métropole sur les trois dernières années.(3)

Figure 1 : Proportion de passages pour bronchiolite parmi les passages aux urgences en métropole chez les enfants de moins de 2 ans, 2016-2019



Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 23 147 (36%), en légère baisse par rapport aux années précédentes.

Il est également rapporté que parmi les actes médicaux réalisés par les associations SOS Médecins de France métropolitaine chez les enfants de moins de 2 ans, 7% concernaient la bronchiolite (n= 10862).

Concernant la létalité, une étude menée en France en 2009 retrouvait un taux de 0,08% sur près de 30000 hospitalisations de nourrissons de moins de 1 an avec un diagnostic principal de BAN, et concernant les nourrissons hospitalisés en soins continus, ce taux atteignait 0,56%, un taux non négligeable.(4)

Il s'agit également d'un problème de santé publique, de par le coût moyen qu'entraîne une hospitalisation pour bronchiolite, qui est estimé à 30 fois supérieur à une prise en charge en ambulatoire, selon une étude.(5)

Le tableau 1 résume les chiffres épidémiologiques de l'année 2018-2019 pour la bronchiolite.(3)

Chiffres 2018-2019

Tableau 1 : Données de surveillance chez les enfants de moins de 2 ans à partir des données SOS médecins, OSCOUR®, réseau national de laboratoires hospitaliers et Sentinelles, semaines 40/2018 à 10/2019 : du 01/09/2018 au 10/03/2019

	Nombre	% *
Passages aux urgences (OSCOUR®) pour bronchiolite	63 616	13%
Hospitalisations parmi les passages aux urgences pour bronchiolite (OSCOUR®)	23 147	36%
Visites SOS Médecins pour bronchiolite	10 862	7%
Prélèvements hospitaliers de réseau RENAL positifs pour le VRS	13 803	11%
Prélèvements en médecine ambulatoire positifs pour le VRS	161	7%

* Proportion des passages, des hospitalisations post-urgence, des actes médicaux pour bronchiolite et des prélèvements positifs pour le VRS parmi les passages aux urgences, passages aux urgences pour bronchiolite, actes médicaux toutes causes codées et prélèvements chez les enfants de moins de 2 ans

Les dernières recommandations françaises sur la prise en charge de la bronchiolite non compliquée datent de 2000.(6) Elles ont permis de définir des critères de gravité et d'hospitalisation. Elles préconisaient un traitement symptomatique, notamment par désobstruction rhinopharyngée (DRP), associée à des mesures hygiéno-diététiques comme l'hydratation, le fractionnement alimentaire, la position proclive pendant le coucher ou encore une bonne aération de l'environnement de l'enfant. La Kinésithérapie respiratoire utilisant la technique de l'accélération du flux expiratoire

(AFE) était encouragée sur avis d'experts, mais l'évaluation ultérieure de son efficacité était recommandée.

Ces recommandations et leur impact sur les habitudes de prise en charge thérapeutique des médecins libéraux (pédiatres et médecins généralistes) ont fait l'objet de plusieurs études qui mettent en évidence une évolution récente des pratiques de prescription, vers un plus grand respect des recommandations.(7–10)

Néanmoins, elles n'ont pas été réactualisées au regard de la littérature récente, en particulier avec les nouvelles données sur de nouvelles approches thérapeutiques (sérum salé hypertonique)(11), sur les indications de la kinésithérapie(12–17) (laquelle n'est pas une prise en charge universelle), sur les traitements anti-inflammatoires et bronchodilatateurs et également sur les critères d'hospitalisations comprenant les facteurs de risque.

La HAS vient donc de publier au mois de novembre 2019 une actualisation de ces recommandations.(18) A noter qu'elles concernent seulement la prise en charge du premier épisode de bronchiolite chez le nourrisson âgé de moins de 12 mois.

Tout d'abord, à la lecture du texte publié par la HAS, la définition même de la bronchiolite est réactualisée. En effet, un premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitants, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire), à toute période de l'année, constitue la définition d'une bronchiolite aiguë du nourrisson. Il est même précisé qu'un épisode similaire chez un nourrisson de plus de 12 mois doit être pris en charge de la même manière qu'un asthme du nourrisson, comme il l'avait été déjà évoqué il y'a plusieurs années.(19)

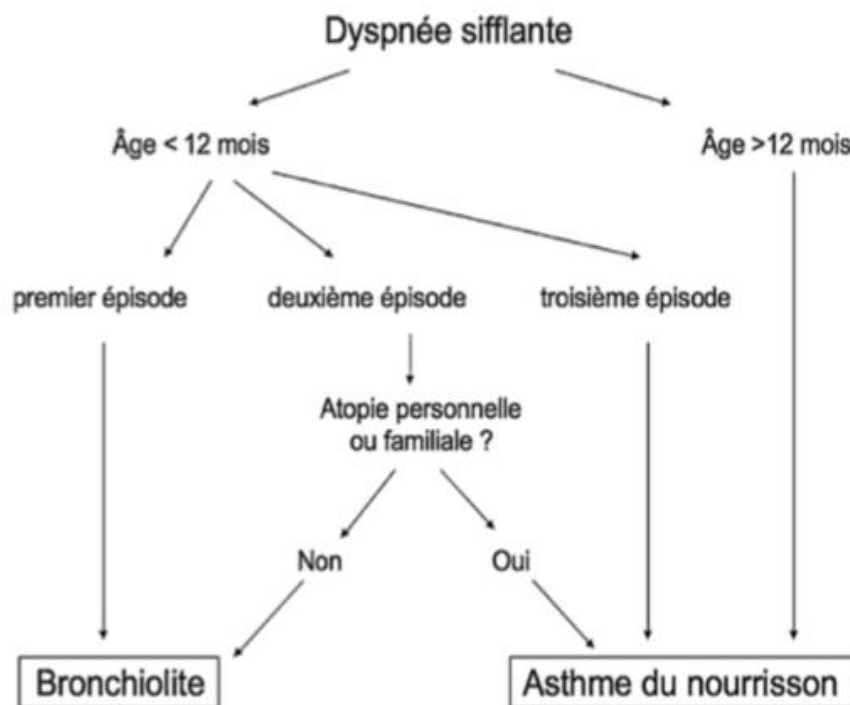


Figure 2 : Distinction entre Bronchiolite et Asthme du nourrisson (19)

Les grandes nouveautés de ces recommandations concernent premièrement l'évaluation initiale du patient et de son niveau de gravité avec 3 formes différentes selon des critères bien précis.

Ensuite, une mise au point a été faite sur les thérapeutiques médicamenteuses pouvant être utilisées dans cette pathologie, celles-ci ayant peu de place dans la stratégie thérapeutique.

La grande modification par rapport à la conférence de consensus de 2000 concerne la non-recommandation de la kinésithérapie respiratoire, y compris en ambulatoire, mesure ayant eu un écho important dans les médias après la publication de ces recommandations, et qui a provoqué le mécontentement des kinésithérapeutes.(20,21)

Une Fiche résumée de ces recommandations est présentée ci-après.

Fiche pratique			
1 ^{er} épisode de Bronchiolite aiguë (< 12 mois)			
Check List	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critères de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA ▪ Comorbidités cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critères d'environnement ▪ Contexte socio-économique 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etat général/comportement/hypotonie ✓ Fréquence respiratoire sur 1 minute (FR), fréquence cardiaque ✓ Pauses respiratoires ✓ Signes de lutte respiratoires ✓ SpO2 ou cyanose ✓ Alimentation < ou > 50% des ingesta 		
Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
	*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)		
Interprétation	Les formes légères sont définies par la présence de tous les critères	Les formes modérées sont définies par la présence d'au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Les formes graves sont définies par la présence d'au moins un des critères graves

Prise en charge initiale			
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
Orientation (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	Hospitalisation si : <ul style="list-style-type: none"> SpO2 <92% (indication oxygène) Support nutritionnel nécessaire Age < 2 mois Conditions ne permettant pas le retour à domicile Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement	Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : <ul style="list-style-type: none"> Apnée(s) Épuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) Augmentation rapide des besoins en oxygène
Oxygène	Non indiqué	Si SpO2 <92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 <94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et >94% à l'éveil
Nutrition	Fractionnement	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv

Désobstruction des voies aériennes supérieures	systématique (aspirations naso-pharyngées non recommandées) pluriquotidienne		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandé	<ul style="list-style-type: none"> Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire) 	Contre indiquée
	A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)		
Traitements médicamenteux	Pas d'indication : Bronchodilatateur, Adrénaline, sérum salé hypertonique, Antibiothérapie systématique Contre-indication : Sirop antitussif, Fluidifiant bronchique		

Tableau 2 : Fiche pratique pour la prise en charge d'un premier épisode de BAN(18)

Avec ces nouvelles recommandations, l'HAS espère aider les professionnels de santé qui sont en première ligne devant les épidémies annuelles de bronchiolites, à savoir les médecins généralistes. En s'appuyant sur les études de pratiques réalisées quelques années après la publication de la conférence de consensus de 2000, il a pu être observé une nette discordance entre les recommandations établies et les pratiques quotidiennes des médecins, notamment sur la prise en charge thérapeutique.(7–10) En publiant cette mise au point, une meilleure prise en charge globale de cette pathologie est espérée par l'HAS.

Le but de cette étude est d'évaluer les pratiques des Médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois depuis la publication des nouvelles recommandations de la HAS et leur adhésion ou non à ces recommandations.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une recherche quantitative non interventionnelle, descriptive et transversale visant à l'évaluation des pratiques professionnelles.

II. Population d'étude

La population étudiée était celle des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais.

Les critères d'inclusion étaient les médecins généralistes exerçant en libéral, en activité, qu'ils soient installés ou remplaçants.

Les critères d'exclusion étaient les médecins généralistes refusant de participer à l'étude.

III. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne (annexe 1), celui-ci étant anonyme.

Ce questionnaire a fait l'objet d'un prétest par 2 médecins généralistes et 2 internes en médecine générale pour en vérifier la lisibilité et la compréhension.

Il a été réalisé sur la plateforme Sphinx et envoyé par mail aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais via plusieurs listes de diffusion : maîtres de stage

universitaire de la Faculté de Médecine et Maïeutique, différentes formations médicales continues, connaissances personnelles. Il a ensuite été demandé aux médecins généralistes ayant reçu le mail de diffuser le questionnaire à leurs groupes de pairs ou tours de garde, afin de pouvoir obtenir le maximum de réponses possibles.

Les réponses au questionnaire ont été recueillies sur une période d'un mois, du 5 janvier au 4 février 2020.

Le protocole de recherche a obtenu l'accord de la Commission de Recherche de la Faculté de Médecine et de Maïeutique.

S'agissant d'une évaluation des pratiques professionnelles, l'accord d'un Comité de Protection des Personnes n'était pas requis.

Un enregistrement a été réalisé auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

IV. Elaboration du Questionnaire

Le questionnaire qui est présenté en Annexe 1 comportait 24 questions, certaines étant ouvertes. Une revue de la littérature a permis l'élaboration de ce questionnaire et notamment la lecture des nouvelles recommandations publiées par la HAS en novembre 2019. Il a été divisé en 3 parties :

- Les 11 premières questions permettaient d'identifier les caractères sociodémographiques des médecins généralistes interrogés.
- Les 7 questions suivantes portaient sur la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois.

- Enfin, les 6 dernières questions portaient sur l'actualisation des recommandations de la HAS et permettaient donc de répondre à l'objectif principal de l'étude.
- A noter qu'un résumé des recommandations (tiré du site de l'HAS) a été inséré dans le questionnaire (après la question 14) afin que les médecins ne connaissant pas les nouvelles recommandations puissent avoir un aperçu de ce qui avait été publié.

V. Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la modification des pratiques des Médecins généralistes du Nord Pas de Calais concernant la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois depuis la publication des nouvelles recommandations par la Haute Autorité de Santé.

Les Objectifs secondaires de l'étude étaient les suivants :

- Évaluer l'adhésion ou non des MG aux recommandations HAS.
- Observer les différences de prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois.
- Etudier les facteurs sociodémographiques des différents médecins généralistes liés aux différences de prise en charge.

- Evaluer la position des médecins généralistes sur la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire.

VI. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de l'étude est la modification des pratiques suite aux recommandations de la HAS par les Médecins généralistes. Ce critère était évalué par une échelle de Likert à 4 entrées selon les modalités suivantes : Pas d'accord du tout, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord.

Pour analyser s'il y'avait un lien entre le critère de jugement principal de l'étude et les caractéristiques de la population d'étude, il a été choisi de binariser la variable « modification des pratiques » en d'accord (plutôt d'accord et tout à fait d'accord) et pas d'accord (pas d'accord du tout et plutôt pas d'accord).

VII. Analyse des données

Les données récoltées via la plateforme Sphinx ont été intégrées à un tableur Excel® puis ont été analysées avec le logiciel SPSS® 24.0.0

Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

Les variables quantitatives étaient quant à elle exprimées par leur moyenne et leur écart-type.

Les comparaisons de pourcentage étaient effectuées par un test du Chi², avec si nécessaire un regroupement des données.

Les moyennes étaient comparées entre elles par un test de Student.

Le seuil de significativité était fixé à 5%.

RESULTATS

I. Analyses descriptives

A. Données sociodémographiques

257 médecins ont répondu au questionnaire. Parmi ces médecins, on retrouvait 152 hommes (59,1%) pour 105 femmes (40,9%).

L'âge moyen de la population d'étude était de 48,39 ans. L'âge médian était lui de 49 ans.

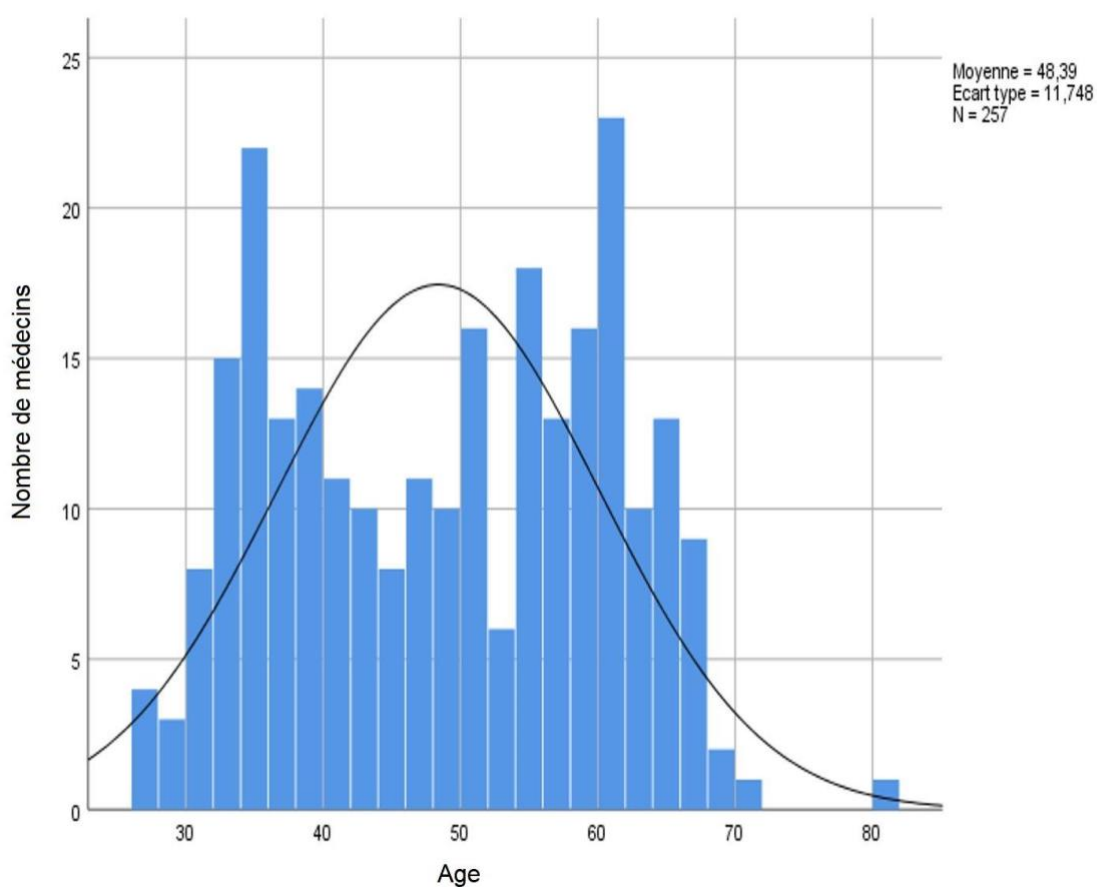


Figure 3 : Répartition des médecins selon leur âge

La grande majorité d'entre eux (244 médecins, soit 94,9%) étaient installés, les autres (13 médecins, 5,1%) effectuaient des remplacements. Sur ces 244 médecins installés, 163 médecins étaient installés dans le département du Nord (66,8%), contre 81 dans le département du Pas de Calais (33,2%).

Concernant leur zone d'activité, 140 médecins (57,4%) ont déclaré travailler en milieu urbain, contre 83 (34%) en milieu semi-rural et 21 (8,6%) en milieu rural. Parmi ces médecins installés, 160 ont répondu travailler en Cabinet de groupe, contre 84 travaillant seul.

Parmi les 244 médecins installés, 95 étaient maître de stage universitaire (38,9%), 45 travaillaient dans une structure comportant un ou plusieurs kinésithérapeutes (18,4%) et 225 étaient situés proche d'une structure hospitalière comportant des urgences pédiatriques (92,2%).

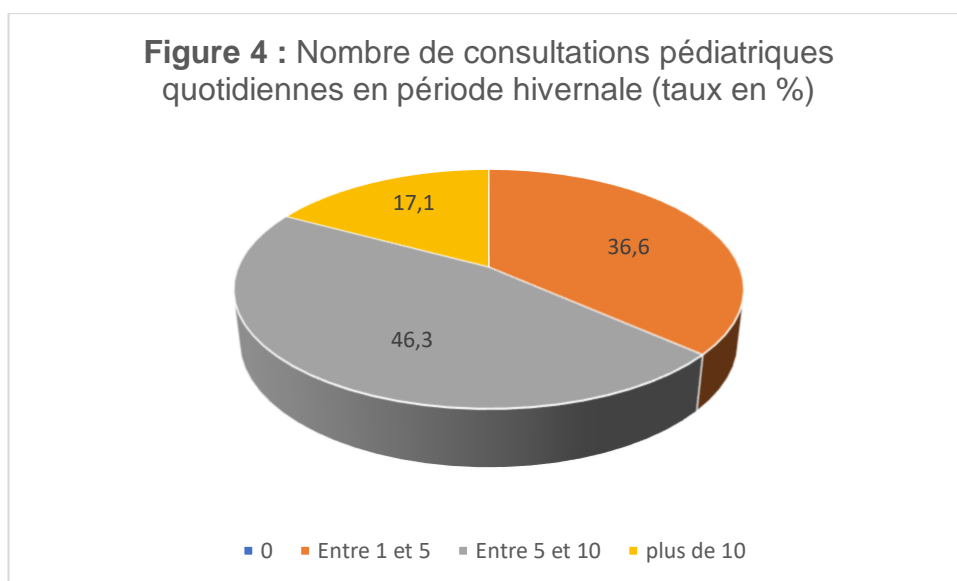
B. Formation et Pratique Pédiatrique

Concernant la formation complémentaire, 62 des 257 médecins interrogés (24,1%) ont déclaré avoir un DU ou diplôme similaire en Pédiatrie.

Concernant la pratique de la pédiatrie en période hivernale, 119 médecins (46,3%) ont répondu voir entre 5 et 10 enfants par jour, 94 médecins (36,6%) ont répondu voir entre 1 et 5 enfants par jour et 44 médecins (17,1%) ont déclaré avoir plus de 10 enfants par jour dans leur consultation. (Voir Figure 4)

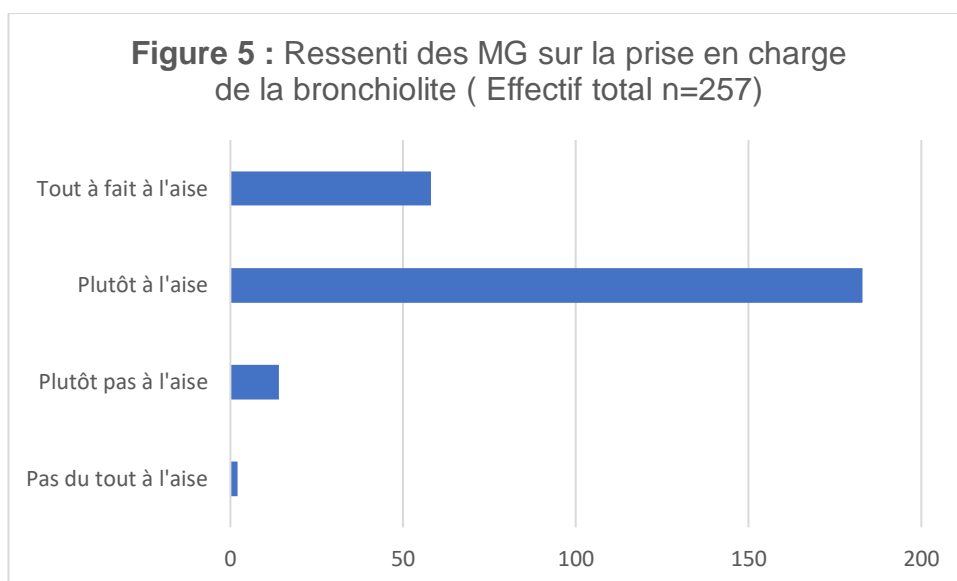
Données descriptives	Nombre (%)
Sexe	
Femme	105 (40,9)
Homme	152 (59,1)
Installation	
Oui	244 (94,9)
Non	13 (5,1)
Lieu d'installation	
Nord	163 (66,8)
Pas de Calais	81 (33,2)
Zone d'activité	
Urbain	140 (57,4)
Semi-rural	83 (34,0)
Rural	21 (8,6)
MSU	
Oui	95 (38,9)
Non	149 (61,1)
Proximité Urgences Pédiatriques	
Oui	225 (92,2)
Non	19 (7,8)
Kiné dans le cabinet	
Oui	45 (18,4)
Non	199 (81,6)
DU Pédiatrie	
Oui	62 (24,1)
Non	195 (75,9)

Tableau 3 : Description de la population de l'étude



C. Prise en charge de la bronchiolite

Tout d'abord, en demandant aux médecins généralistes s'ils se sentaient à l'aise pour prendre en charge une bronchiolite du nourrisson, une grande majorité d'entre eux ont répondu favorablement, soit plutôt à l'aise (183 ;71,2%), soit tout à fait à l'aise (58 ;22,6%). 6,2% des médecins restants ont déclaré ne pas se sentir à l'aise.



Il a ensuite été demandé aux médecins généralistes d'évaluer leurs pratiques concernant la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite pour un nourrisson de moins de 12 mois. Plusieurs questions leurs ont été posées :

- Les critères cliniques leur permettant d'évoquer le diagnostic de bronchiolite
- Les critères cliniques leur permettant d'évaluer le niveau de gravité d'une bronchiolite.
- Les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses qu'ils sont amenées à prescrire devant un premier épisode de bronchiolite.
- La prescription d'examens complémentaires ou non devant un premier épisode de bronchiolite.

Les différents résultats sont présentés dans les figures suivantes (numéros 6,7,8 et 9).

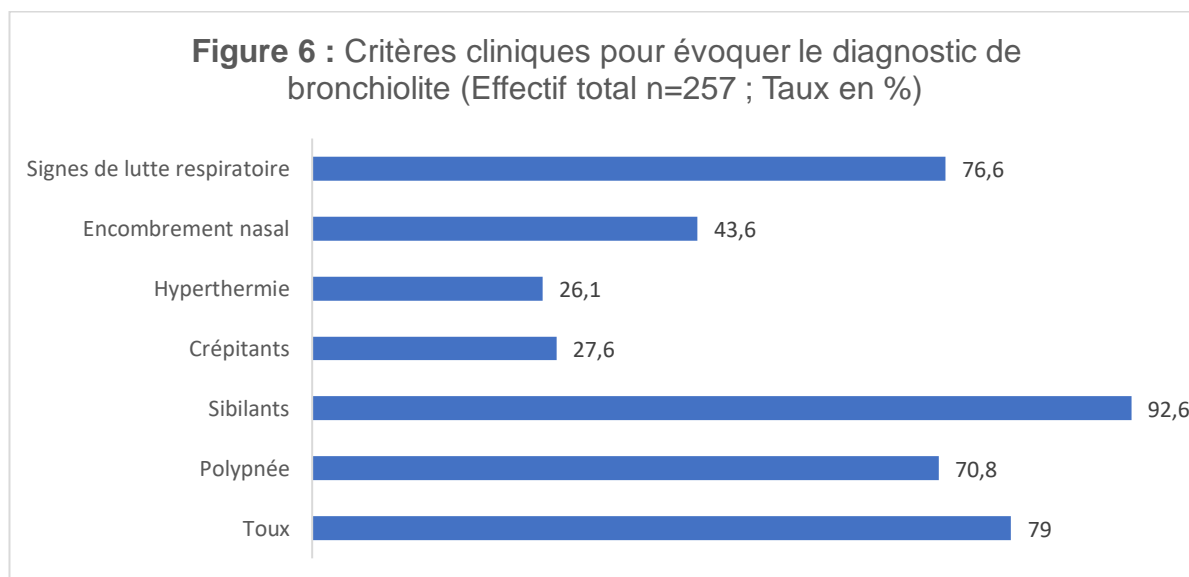


Figure 7 : Critères cliniques de gravité d'une bronchiolite
(Effectif total n=257 ; Taux en %)

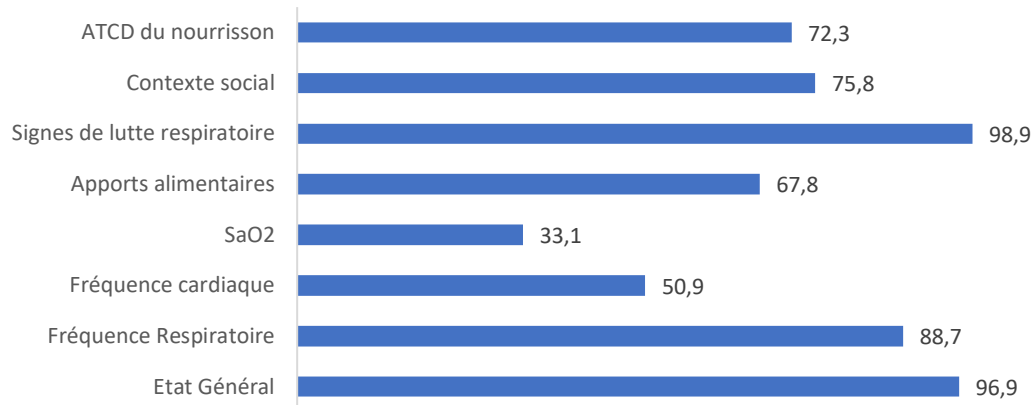


Figure 8 : Thérapeutiques médicamenteuses prescrites lors d'un premier épisode de bronchiolite (Effectif total n=257 ; Taux en %)

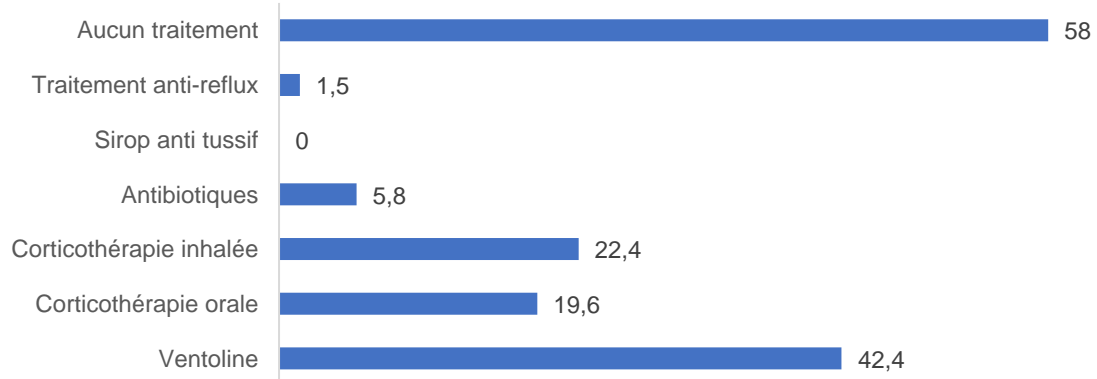
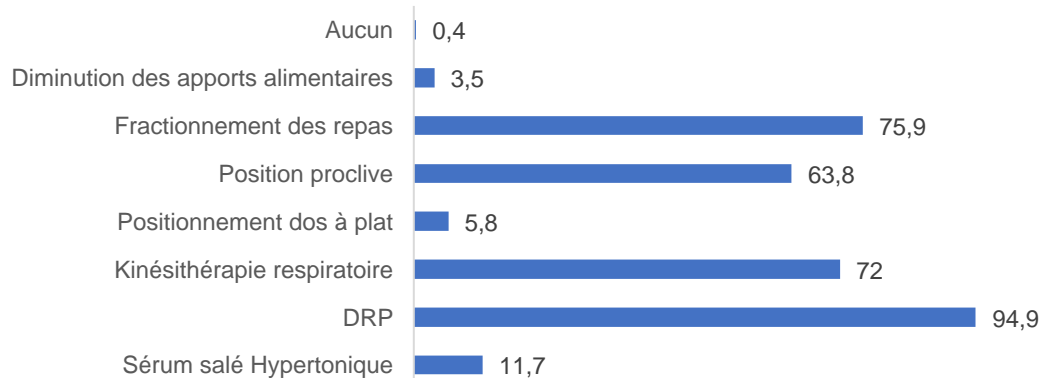
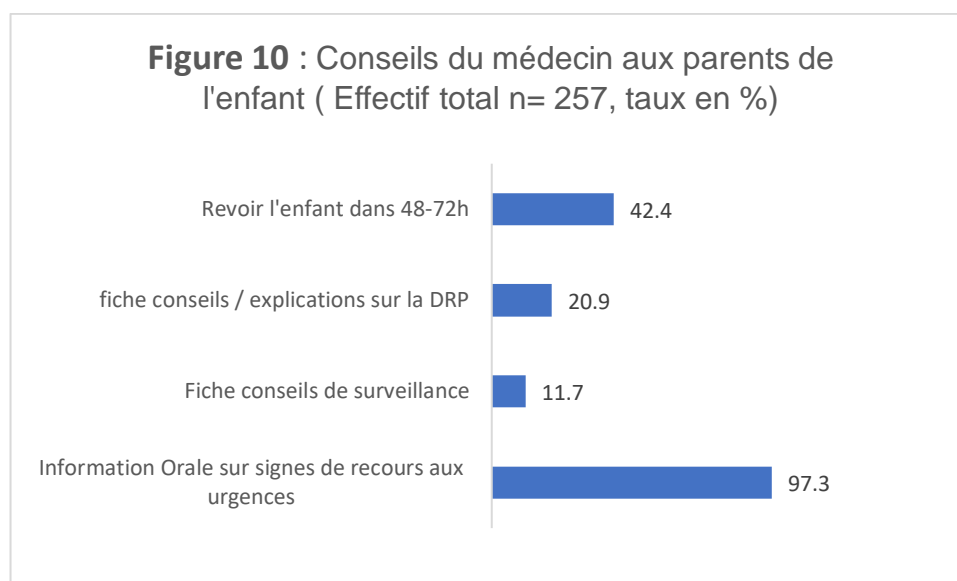


Figure 9 : Thérapeutiques non médicamenteuses prescrites lors du premier épisode de bronchiolite (Effectif total n=257 ; Taux en %)

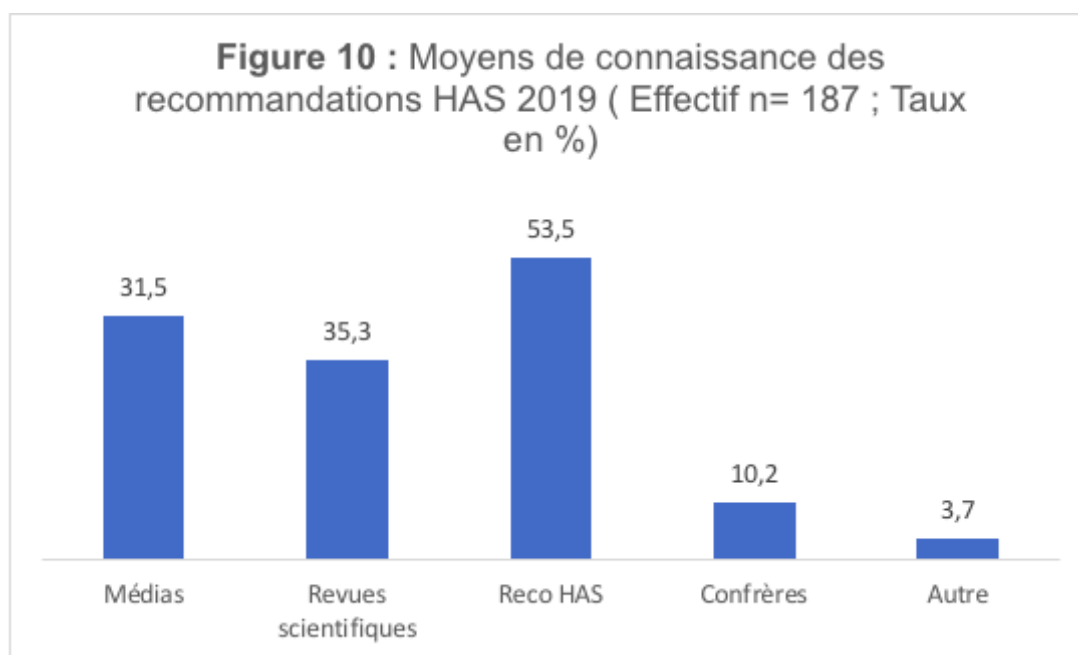


Concernant la réalisation des examens complémentaires, 96,9% des médecins (n=249) ont répondu ne rien prescrire en première intention. Les 8 autres médecins disaient prescrire une radiographie, une biologie ou les 2 examens.

Pour ce qui est des conseils délivrés aux parents de l'enfant par le médecin en fin de consultation, les résultats sont présentés en Figure 10.



187 médecins (72,8%) avaient connaissance des dernières recommandations, contre 70 (27,2%) qui ne les connaissaient pas. La figure suivante (numéro 11) représente les différents moyens par lesquels les médecins avaient pris connaissance de ces recommandations



Parmi les 7 médecins qui ont répondu la proposition « autre », trois ont répondu avoir eu connaissance des recommandations par des kinésithérapeutes, deux par des patients, et enfin deux autres par lettre d'information ou par mail.

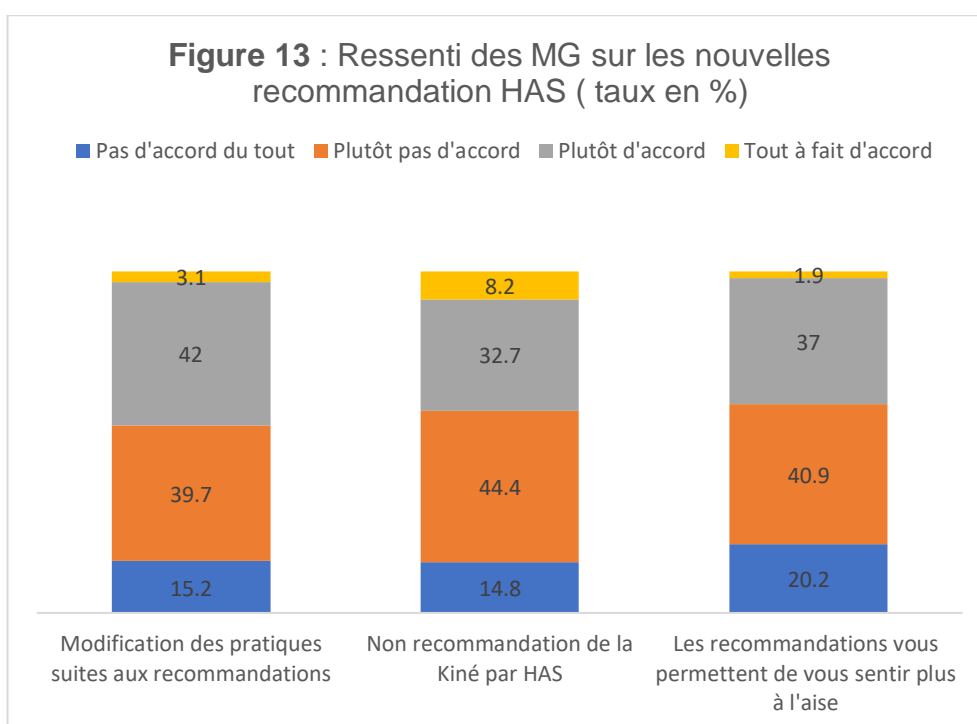
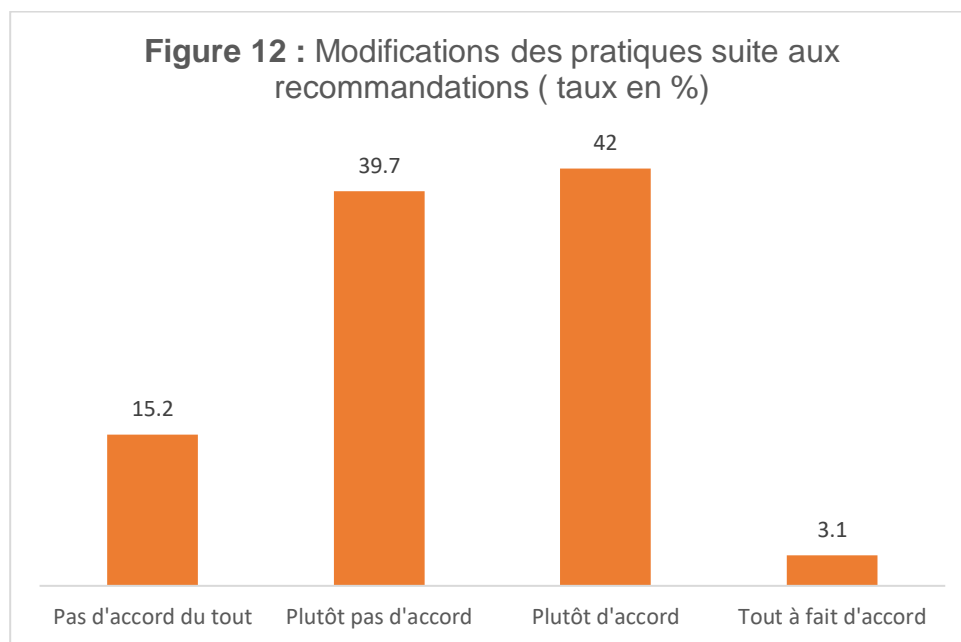
D. Critère de jugement principal

Il a été demandé selon une échelle de Likert aux 257 médecins interrogés si ces nouvelles recommandations allaient avoir un impact sur leur pratique dans la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite chez un nourrisson de moins de 12 mois et si cela allait entraîner une modification dans leur pratique :

- 39 médecins n'étaient pas du tout d'accord (15,2%)
- 102 médecins n'étaient plutôt pas d'accord (39,7%)
- 108 médecins étaient plutôt d'accord (42%)
- 8 médecins étaient tout à fait d'accord (3,1%)

Les résultats sont présentés dans la Figure 12.

Des questions complémentaires demandaient aux MG leur position sur la Kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite et le fait qu'elle ne soit plus recommandée par la HAS ainsi que leur avis sur le fait que ces nouvelles recommandations allaient améliorer leur prise en charge. Les résultats sont présentés en figure 13.



VIII. Analyses Bivariées

Les résultats présentés dans le tableau 4 ne montrent pas de lien significatif entre la modification des pratiques et les caractéristiques socio-démographiques de chaque médecin.

Il existe un lien significatif entre la modification des pratiques et l'impact des recommandations sur la prise en charge des médecins (**$p < 0,001$**) ainsi qu'avec l'attitude de prescription de Kinésithérapie respiratoire après les recommandations (**$p < 0,001$**).

		Modification des Pratiques	Non-Modification des Pratiques	Test	Significativité
Sexe	Féminin	45,7	36,9	$\chi^2 = 2,044$	p = 0,153
	Masculin	54,3	63,1		
Âge Moyen (années)		47,94	48,75	t = 0,551	p = 0,582
Lieu d'exercice	Nord	69,5	64,7	$\chi^2 = 0,615$	p = 0,433
	Pas de Calais	30,5	35,3		
Mode d'exercice	Urbain	58,1	56,8	$\chi^2 = 1,128$	p = 0,569
	Semi-rural	31,4	36		
	Rural	10,5	7,2		
Association dans le cabinet	Oui	60	69,8	$\chi^2 = 2,537$	p = 0,111
MSU	Oui	39	38,9	$\chi^2 = 0,001$	p = 0,975
Kiné dans le cabinet	Oui	20	17,3	$\chi^2 = 0,297$	p = 0,586
Proximité Urgences Pédiatriques	Oui	93,3	91,4	$\chi^2 = 0,322$	p = 0,570
DU Pédiatrie	Oui	27,6	21,3	$\chi^2 = 1,384$	p = 0,239
Nombre de consultations Pédiatriques quotidiennes	1-5	37,9	35,5	$\chi^2 = 0,191$	p = 0,909
	5-10	45,7	46,8		
	>10	16,4	17,7		
Ressenti des MG sur la Bronchiolite avant reco *	Très à l'aise	19,8	24,8	$\chi^2 = 0,971$	p = 0,615
	Plutôt à l'aise	74,2	68,8		
	Pas à l'aise	6	6,4		
Impact positif des recos sur la prise en charge *	D'accord/Tout à fait d'accord	64,6	17,7	$\chi^2 = 58,954$	p < 0,001
	Pas d'accord/Pas du tout d'accord	35,4	82,3		
Prescription de Kiné respiratoire suite aux reco **	Pas de changement d'attitude	30,2	77,6	$\chi^2 = 46,638$	p < 0,001
	Arrêt Prescription	45,3	9,3		
	Pas de prescription avant reco	24,5	13,1		

* : nécessité d'un regroupement de données pour l'analyse (car effectifs théoriques <5)

** : Analyse statistique faite que sur les 3 premières réponses (Proposition autre réponse non prise en compte)

Tableau 4 : Analyses statistiques Bivariées entre la modification des pratiques et les critères socio-démographiques (Résultats en %)

Une autre analyse bivariée a été effectuée pour étudier les liens entre prescription de kinésithérapie respiratoire et facteurs socio-démographiques (Tableau 5).

Il est retrouvé que les MSU prescrivent significativement moins de kinésithérapie respiratoire que les non MSU (**p = 0,02**)

		Prescription de Kiné	Non-Prescription de Kiné	Test	Significativité
Sexe	Féminin	40	43,1	$\chi^2 = 0,200$	p = 0,655
	Masculin	60	56,9		
Âge Moyen (années)		49,06	46,64	t= -1,490	p = 0,137
Mode d'exercice	Urbain	55,4	62,7	$\chi^2 = 5,743$	p = 0,057
	Semi-rural	37,8	23,9		
	Rural	6,8	13,4		
Association dans le cabinet	Oui	64,4	68,6	$\chi^2 = 0,389$	p = 0,533
	Non	35,6	31,3		
MSU	Oui	34,5	50,7	$\chi^2 = 5,420$	p = 0,02
	Non	65,6	49,3		
Kiné dans le cabinet	Oui	18,6	17,9	$\chi^2 = 0,017$	p = 0,895
	Non	81,4	82,1		
Proximité Urgences Pédiatriques	Oui	91,5	94	$\chi^2 = 0,425$	p = 0,515
	Non	8,5	6		
DU Pédiatrie	Oui	23,3	26,4	$\chi^2 = 0,280$	p = 0,597
	Non	76,7	73,6		

Tableau 5 : Facteurs socio-démographiques liés à la prescription de KR.

DISCUSSION

I. Intérêt de l'étude et choix de la méthode

Les nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois venant juste d'être publiées, il nous a semblé important de réaliser cette évaluation de pratiques chez les médecins généralistes. En effet premièrement, les médecins généralistes sont le pivot central du réseau de soins en France aujourd'hui, et ils ont un rôle primordial dans la prise en charge des pathologies épidémiques, en particulier la bronchiolite. Deuxièmement, la publication de nouvelles recommandations était fortement attendue par les médecins généralistes et il était intéressant de les sensibiliser à ces recommandations et d'avoir leur avis sur la pertinence de celles-ci et l'aide qu'elles pouvaient apporter dans leur pratique quotidienne. A notre connaissance, il s'agit de la première étude permettant d'évaluer la prise en charge d'un premier épisode de BAN depuis la publication de ces nouvelles recommandations.

Afin de sensibiliser le maximum de médecins, et d'obtenir un maximum de réponses, la méthode quantitative a donc été utilisée pour cette étude.

Le questionnaire à choix multiple par diffusion internet permet un recrutement plus important et un recueil de données plus rapide et plus objectif.

Cette étude comporte plusieurs biais méthodologiques.

II. Limites et biais

A. Biais de sélection

Le nombre de réponses de l'étude est de 257. Le nombre de médecins généralistes dans le Nord Pas de Calais selon une analyse de la démographie médicale en 2015 était de 3739. Le conseil de l'Ordre des Médecins du Nord et l'URSSAF ont été contacté mais ils ont refusé de nous transmettre leur liste de mailings ainsi que de diffuser leur questionnaire, pour soucis de confidentialité.

La diffusion du questionnaire s'est donc faite par l'intermédiaire de différentes listes de mails obtenues par la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille, groupes de pairs, formations médicales continues et connaissances personnelles, ce qui constitue évidemment un biais de sélection de l'échantillon.

Deuxièmement, cette méthode ne nous a pas permis de savoir à combien de médecins généralistes le questionnaire a pu être envoyé, et donc il n'a pas été possible de connaître exactement le taux de réponses au questionnaire, même si une estimation est possible (Environ 800 à 1000 médecins ont reçu le questionnaire, ce qui donne un taux de réponses à l'étude variant de 25 à 32 %). Nous ne connaissons pas également les caractéristiques des non-répondeurs à l'étude.

Comme fréquemment pour les enquêtes de pratique, on peut supposer que les médecins intéressés par le sujet ou impliqués dans la formation continue (FMC,

maîtres de stage...) répondent plus volontiers et maîtrisent plus le sujet, ce qui entraîne un biais de recrutement.

B. Biais de mesure

Il existe également un biais de mesure, lié au caractère déclaratif des données obtenus par questionnaire, malheureusement inhérent à ce type d'étude.

C. Représentativité

En tenant compte du mode de recrutement de la population de l'étude, l'échantillon n'a pas été tiré au sort. En effet la population féminine des médecins interrogés représente 40,9 %. En 2015, elle était respectivement de 39% et de 36 % dans les départements du Nord et du Pas de Calais.(22) Concernant la moyenne d'âge, elle était de 48,4 ans dans notre population. Toujours en 2015, elle était respectivement de 51 et 52 ans dans les départements du Nord et du Pas de Calais.

Il y'avait 66,8 % médecins installés dans le Nord dans l'étude, contre 33,2% dans le Pas de Calais. La répartition Nord/Pas de Calais en 2015 était de 73,6/26,4%.

Même si l'échantillon n'a pas été tiré au sort, on peut s'apercevoir que les caractéristiques de la population d'étude sont assez proches de celle la population des Médecins généralistes de la région en 2015 et que les résultats peuvent être un reflet des pratiques professionnelles en médecine générale, du moins dans notre région.

III. Analyse des résultats

A. Critère de Jugement principal

Il était intéressant d'évaluer l'impact et la perception des nouvelles recommandations HAS par les médecins généralistes de la région. Seulement 45,1% des sondés étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que ces recommandations vont modifier leurs pratiques dans la prise en charge du premier épisode de bronchiolite d'un nourrisson de moins de 12 mois. Ce qui représente moins d'un médecin sur deux. Il n'est pas nouveau d'observer un décalage entre les recommandations publiées par l'HAS sur la bronchiolite et les pratiques des MG.

En 2004, une étude menée sur 3 ans dans le département du Nord par Halna M. avait déjà évalué l'impact des recommandations de 2000 sur la prise en charge des MG et il avait été observé de grandes différences entre les pratiques et des prescriptions non en adéquation avec les recommandations.(9) Dans cette étude, il était rapporté un taux non négligeable de traitements médicamenteux non recommandés par la Conférence de Consensus de 2000. En 2013, un état des lieux des pratiques en médecine générale en matière de bronchiolite, montrait que 52,5 % des prises en charges thérapeutiques seulement étaient concordantes au regard des recommandations de 2000, et 57,5% pour les premiers épisodes de bronchiolites. Ce faible taux de concordance, même plus de 10 ans après la publication des recommandations de 2000, montrait déjà la faible adhésion des MG et surtout leur difficulté à uniformiser leurs pratiques.(8)

Une troisième étude française publiée en 2010, montrant à évaluer l'évolution des pratiques des MG de plusieurs départements français entre 2003 et 2008 sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, démontrait que 54 % déclaraient avoir connaissance de la conférence de consensus de 2000 et que cela avait modifié leur pratique pour 57% d'entre eux. Dans cette étude, il existait toutefois une légère amélioration des pratiques entre 2003 et 2008 et une meilleure connaissance des recommandations.(7)

Enfin, en 2007, Sebban S. et al avaient réalisé une étude de pratiques sur les praticiens d'île de France (plus particulièrement le réseau bronchiolite d'île de France), avec une analyse des prescriptions qui montrait une meilleure conformité avec les recommandations de l'époque, possiblement expliqué par le fait que le groupe de travail était composé de médecins plus sensibilisés à cette pathologie.(10) Dans cette étude, il était suggéré de l'impact positif d'un programme de formation accompagnant la diffusion d'un texte de recommandations afin d'améliorer leur application.

Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le fait de modifier sa pratique et les critères suivants : le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice, le fait d'être MSU ou non, le fait d'être dans un cabinet de groupe ou non, le fait de travailler avec un ou plusieurs kinésithérapeutes ou non, le fait d'avoir un diplôme complémentaire en Pédiatrie ou non et le fait d'être proche d'une structure hospitalière avec urgences Pédiatriques ou non. Le statut du médecin et les critères sociodémographiques de celui-ci n'influent donc pas sur la prise en charge de la bronchiolite des MG.

Dans l'étude précédemment citée de 2010, seul le jeune âge avait été retrouvé comme facteur prédictif d'une bonne conformité au consensus de 2000(7). Ici, nous n'avons pas réalisé d'analyses par catégories d'âge.

Dans les analyses effectuées, un lien significatif ($p < 0,001$) a été retrouvé entre le critère de jugement principal et le fait de se sentir plus à l'aise après la publication de ces nouvelles recommandations, ce qui peut paraître logique. Les MG ayant l'intention de vouloir modifier leur pratique pensent que ces recommandations vont les aider à améliorer leur prise en charge et à se sentir plus à l'aise. Il existe également un lien significatif ($p < 0,001$) avec la modification de prescription concernant la kinésithérapie respiratoire. Les médecins ayant pour habitude de prescrire de la KR dans les BAN et qui ont répondu avoir l'intention de modifier leur pratique suite aux recommandations, ont répondu également plus souvent vouloir changer d'attitude de prescription sur la KR.

B. Prescriptions des Médecins Généralistes

Dans notre étude, 58% des médecins disent ne pas prescrire de thérapeutiques médicamenteuses et préconisent la DRP associée aux mesures hygiéno-diététiques, un taux semblable à l'étude de Branchereau de 2013.(8) Néanmoins, 42% de prescriptions de Ventoline sont à signaler ainsi que 20% de corticothérapie, orale ou inhalée. On retrouve à peu près les mêmes taux dans les différentes études de pratiques citées dernièrement.(7–10)

Une étude récente, menée dans le cadre d'une thèse en 2019, sur une population de médecins généralistes et pédiatres libéraux du Nord, concernant la prise en charge d'un premier épisode de BAN, retrouvait un taux de prescriptions de

bronchodilatateurs inhalés à 63%, 46% de corticothérapie inhalée, ou encore 25 % de corticothérapie orale.(23)

Même si les dernières recommandations françaises étaient anciennes, aucune publication nationale ou internationale récente ne peut justifier la persistance de prescriptions médicales non conformes. Les publications internationales des 15 dernières années abondent dans le sens des recommandations françaises.(24–28) L'*American Academy of Pediatrics* précise en 2006 que les bronchodilatateurs n'ont pas d'indication en pratique courante et qu'en cas de prescription un test thérapeutique doit être réalisé au préalable.(29) L'indication de corticothérapie par voie systémique ou inhalée n'est également pas retenue. En effet, une méta-analyse publiée en 2014 par Fernandes et Harling soulignaient l'absence d'efficacité des corticoïdes par voie orale dans la prise en charge de l'épisode aigu de BAN.(30)

C. Connaissance des Recommandations

Il est possible que le délai entre la publication des recommandations 2019 et le recueil de données soit un peu court et que les médecins généralistes interrogés n'aient pas eu le temps de bien prendre connaissance de celles-ci et surtout de les appliquer pour en voir le bénéfice. Néanmoins, 72,8% des MG nous ont dit avoir pris connaissance de ces nouvelles recommandations, un résultat non négligeable. Il faut préciser également qu'il n'existe pas de gros changements dans cette publication et que la prise en charge globale de la maladie reste la même, et donc normalement bien connue des médecins, mis à part peut-être sur le versant de la kinésithérapie. Comparativement à une étude de 2010 menée par David.M et al, 54% des médecins interrogés disaient avoir connaissance des recommandations de 2000(7), ce qui peut

laisser penser que la communication sur les recommandations de 2019 ait été bien meilleure. A noter que dans ces recommandations, une nouvelle mesure a été établie avec un grade A, elle porte sur le positionnement de l'enfant. Dans la CC de de 2000, le couchage proclive à 30 degrés était préconisé.(6) Aujourd'hui, le couchage dorsal à plat est recommandé avec un fort niveau de preuves. (18) Il est intéressant d'observer que cette mesure n'est pas connue des MG et que ces derniers préconisent encore à 64% le couchage proclive et qu'ils ne sont que 5% à recommander le couchage à plat. Il est évident qu'il faut probablement plus de temps pour que ce genre de mesures soient plus ancrées dans l'esprit des médecins.

Dans l'étude de M.David et al(7), on note une baisse significative pour la position proclive (64% de prescripteurs en 2003, 52% en 2008 ; $p=0,02$). Il est nécessaire d'améliorer l'information sur ce genre de mesures car c'est également une mesure préventive contre la mort subite du nourrisson.(31)

On peut signaler également que les principaux résultats de l'étude montrent une bonne connaissance des médecins généralistes interrogés des critères cliniques (diagnostics et de gravité) de la BAN (Figure 5 et 6).

Concernant les moyens d'information de ces recommandations (voir Figure 10), l'HAS reste encore le premier vecteur de communication, comparativement à l'étude publiée en 2010 décrite précédemment.(7) Les médias sont pourvoyeurs de l'information dans au moins 50 % des cas dans les 2 études, ce qui montre leur rôle important à jouer dans la diffusion d'informations médicales. Les nouvelles recommandations ont d'ailleurs eu un écho assez important dans les médias au mois de novembre, notamment lié au fait que l'HAS ne recommande plus la prescription de KR dans la

prise en charge de la BAN, ce qui a provoqué également le mécontentement de nos confrères kinésithérapeutes, les médias l'ayant relayé également.(20)

D. Inadéquation entre recommandations et pratique

Dans cette étude, 72% des médecins disent prescrire de la KR dès le premier épisode de BAN. Comparativement, dans l'étude publiée en 2010(7), on retrouve 61% de prescripteurs de KR en 2003 et 69% en 2008. Dans la thèse lilloise de 2019(23), qui a observé spécifiquement les pratiques des médecins libéraux (MG et pédiatres) du Nord concernant la prescription de kinésithérapie respiratoire dans un premier épisode de BAN, retrouvait un taux de prescripteurs de 75 % (sur 135 médecins interrogés). Il est précisé toutefois que les pédiatres prescrivent moins la KR (39%). A la lecture de différentes études ou thèses ayant étudié les pratiques des MG en matière de BAN, le taux de prescription de KR se retrouve toujours entre 50 et 80 %(7,7–10,19,32). Nos données sont donc superposables et l'on voit que la remise en question de la KR ces dernières années dans plusieurs publications internationales(16,17,33,34) n'a pas encore d'influence sur les prescriptions des MG. A noter que cela a toutefois diminué légèrement, une étude multicentrique de 1993 sur près de 1300 nourrissons décrivait une prescription de Kinésithérapie respiratoire dès le premier épisode de BAN dans 95% des cas(35).

Que ce soit donc sur la prise en charge thérapeutique médicamenteuse ou sur la prescription ou non de kinésithérapie, peu de médecins ont une prise en charge strictement conforme aux recommandations établies par les autorités de santé.

Comment expliquer que ces recommandations ne soient pas suivies, et que cela ne soit pas un fait nouveau ? Plusieurs questions se posent :

Le mode de diffusion est-il adapté ? A la lecture de plusieurs études, la diffusion passive d'informations ne donne pas d'effets convaincants tandis que les rencontres interactives et interventions à support multiples comme les conférences locales ou les audits sont plus efficaces(36–38).

Les recommandations sont-elles vraiment adaptées à la médecine ambulatoire d'aujourd'hui ? Outre les critères purement scientifiques guidant quelque prescription médicale, les décisions médicales sont de plus en plus influencées par les normes sociétales actuelles, sans que cela soit purement volontaire. En effet, devant un état clinique inquiétant, tel que peut-être celui d'une BAN, il est difficile aujourd'hui pour un médecin de ne prescrire uniquement une DRP associée à des mesures d'hygiène, dans un contexte d'anxiété important que peuvent avoir les parents. De plus, le médecin est seul au cabinet devant le patient et les parents, il est confronté à des problèmes organisationnels et à un manque de temps évident. Toutes ces raisons sont déterminantes dans la pratique quotidienne du médecin généraliste et amènent souvent à un non-respect strict des recommandations. Nous rentrons dans l'essence même de l'exercice de la médecine générale et de son modèle du Bio-Psycho-Social, où la dimension relationnelle a un impact majeur dans l'interaction Médecin-Patient. Les médecins généralistes sont donc souvent contraints d'ajuster leurs prescriptions devant la diversité des situations cliniques, ce qui induit cette hétérogénéité des pratiques(39).

Des commentaires libres de certains médecins (questions ouvertes proposées à la fin du questionnaire), ont montré qu'ils jugent ces recommandations trop éloignées du terrain et de leur pratique quotidienne, trop orientées vers une pratique hospitalière, jugeant qu'il existe une nette inadéquation entre la connaissance de ces recommandations et leur application en pratique quotidienne. Notamment sur la KR, de nombreux médecins ont affirmé la prescrire au cas par cas, souvent pour la surveillance paramédicale, quand le contexte social est difficile, car la charge de travail est importante et qu'il leur est souvent compliqué de revoir l'enfant à 48h. Certains jugent aussi que la kinésithérapie a un réel bénéfice clinique selon les cas dans la BAN légère et modérée. Quand on regarde la littérature, plusieurs études internationales ont montré l'inefficacité de la kinésithérapie respiratoire dans la BAN(16,17,33,34,40,41), avec notamment une méta-analyse de 2016 qui montrait une non-réduction du séjour d'hospitalisation, des signes respiratoires et des besoins en oxygène du nourrisson.(33) Cette méta-analyse rapporte même certains effets indésirables de la KR (vomissements, instabilité respiratoire). En France, la KR est controversée également depuis plusieurs années, avec notamment l'étude « BRONKINO »(16), qui était le premier essai randomisé comparatif, qui évaluait l'efficacité de l'AFE chez le nourrisson, et qui n'a pas montré d'efficacité de la KR dans les BAN. A noter que dans cette étude, une analyse en sous-groupe a montré une différence d'effet de l'AFE entre les nourrissons ayant des facteurs de risque d'atopie et ceux qui n'en avaient pas (délai de guérison significativement plus court dans le groupe sans atopie), mais ce n'était pas l'objectif principal de l'étude. En 2012, la revue PRESCRIRE fait même débat en prenant fortement position contre la KR dans un article(42), en énumérant plusieurs études montrant l'inefficacité de la KR dans les BAN et en insistant sur les effets secondaires de celle-ci.

Néanmoins, un point commun réunit toutes ces études et il est majeur ; Toutes ces études ont été réalisées sur des nourrissons hospitalisés et aucun essai n'a été publié pour les nourrissons ambulatoires atteints de bronchiolite non sévère. Hors la majorité des cas de BAN sont traités en ambulatoire (plus de 95%(3)). Des études récentes ont évalué le bénéfice de la kinésithérapie respiratoire en milieu ambulatoire et notamment l'étude BRONKILIB 2(43,44), publiée en fin d'année 2019, qui fait suite à l'étude BRONKILIB (qui avait déjà montré des résultats bénéfiques de la KR), publiée en 2017(13), et qui vient contredire l'HAS en montrant dans une étude randomisée, contrôlée multicentrique, une amélioration clinique objectivée de la gêne respiratoire des nourrissons avec une contribution non négligeable de la kinésithérapie respiratoire. Dans cette étude, un score clinique (Score de Wang(45)) a été utilisé pour évaluer l'état respiratoire de l'enfant, avant et après kinésithérapie respiratoire. Ce score, non spécifique de la bronchiolite mais souvent utilisé en recherche clinique, se base sur 4 critères, la fréquence respiratoire, les bruits audibles à l'oreille ou au stéthoscope, la présence d'un tirage, et l'état général de l'enfant. Ces dernières données ne vont pas dans le sens ces dernières recommandations de l'HAS et ne vont sans doute pas améliorer l'adhésion des MG à celles-ci dans les prochains mois. Néanmoins, les données publiées de cette étude ne font pas consensus au sein même de la communauté médicale et paramédicale(20,21) (kinésithérapeutes), notamment sur le fait que cette étude ait été publiée dans une revue dite « prédatrice »(46), et que sa véracité scientifique est donc controversée(47,48). D'autres études sont donc nécessaires à l'avenir pour justifier d'un réel intérêt clinique de la KR dans le cadre d'une BAN, même si ses effets positifs sur l'accompagnement des parents et la surveillance de l'enfant ne sont plus à démontrer.

Une discussion pluri-collégiale est donc nécessaire afin de trouver un consensus clair qui permet à la fois aux MG d'être plus en adéquation avec les recommandations de bonne pratique mais également afin d'améliorer l'organisation de système de soins dans le cadre de la bronchiolite du nourrisson, où les kinésithérapeutes ont probablement un rôle à jouer, avec pour seuls objectifs, la qualité de soin du patient, l'accompagnement optimal des parents, et la diminution des passages aux urgences et des hospitalisations.

CONCLUSION

Les nouvelles recommandations HAS concernant la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois, bien que publiées tout récemment, sont connues d'une majorité de médecins. Ces derniers n'adhèrent pas en majorité à ces recommandations et plus de 55% des médecins ne comptent pas modifier leur pratique à la lecture de ces recommandations. Il existe une grande disparité au niveau des pratiques chez les médecins généralistes et ces derniers regrettent le décalage persistant entre les recommandations et la pratique ambulatoire, notamment concernant la prescription de Kinésithérapie respiratoire. Alors que l'Évidence Based Médecine est la référence aujourd'hui et que les recommandations sont un repère pour la population médicale, ces dernières devraient être accompagnées de mesures pratiques facilitant leur application et leur adhésion. Une évaluation systématique de leur diffusion devrait également être réalisée. Les derniers résultats positifs des études concernant l'évaluation de la Kinésithérapie respiratoire en ambulatoire, qui sont à confirmer par d'autres études sont pour le moment contradictoires avec les recommandations HAS et celles-ci seront peut-être amenées à être de nouveau mises à jour dans les prochaines années si d'autres études viennent confirmer ces résultats.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé Publique, France. Bronchiolite.
2. Collège national des Pédiatres Universitaires. Bronchiolite Aigüe du Nourrisson. In: Collège de Pédiatrie. 2014.
3. Santé Publique, France. Bulletin Epidémiologique de la Bronchiolite en 2018-2019.
4. Che D, Nicolau J, Bergounioux J, Perez T, Bitar D. Bronchiolite aiguë du nourrisson en France : bilan des cas hospitalisés en 2009 et facteurs de létalité. Arch Pédiatrie. juill 2012;19(7):700-6.
5. Sannier N, Bocquet N, Timsit S, Cojocaru B, Wille C, Garel D, et al. Évaluation du coût du premier épisode de bronchiolite. Arch Pédiatrie. sept 2001;8(9):922-8.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence ce consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Salle Louis Armand, cité des sciences, Paris; 2000.
7. David M, Luc-Vanuxem C, Loundou A, Bosdure E, Auquier P, Dubus J-C. Application de la Conférence de consensus sur la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale : évolution entre 2003 et 2008. Arch Pédiatrie. févr 2010;17(2):125-31.
8. Branchereau E, Branger B, Launay E, Verstraete M, Vrignaud B, Levieux K, et al. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. Arch Pédiatrie. déc 2013;20(12):1369-75.
9. Halna M, Leblond P, Aissi E, Dumonceaux A, Delepoulle F, El Kohen R, et al. Impact de la conférence de consensus sur le traitement ambulatoire des bronchiolites du nourrisson.

Presse Médicale. févr 2005;34(4):277-81.

10. Sebban S, Grimpel E, Bray J. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France pendant l'hiver 2003–2004. Arch Pédiatrie. mai 2007;14(5):421-6.

11. Grewal S, Goldman RD. Hypertonic saline for bronchiolitis in infants. Can Fam Physician Med Fam Can. juin 2015;61(6):531-3.

12. André-Vert J, Gazave M, Goudenège P, Moreno J. Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne. Kinésithérapie Rev. févr 2006;6(50):25-34.

13. Evenou D, Sebban S, Fausser C, Girard D. Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. Kinésithérapie Rev. juill 2017;17(187):3-8.

14. Bailleux S, Lopes D, Geoffroy A, Josse N, Labrune P, Gajdos V. Place actuelle de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson hospitalisé. Arch Pédiatrie. avr 2011;18(4):472-5.

15. Fetouh M. Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite : utile ou dangereuse ? Kinésithérapie Rev. mars 2014;14(147):1-4.

16. Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, de Pontual L, Larrar S, et al. Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. Smyth RL, éditeur. PLoS Med. 28 sept 2010;7(9):e1000345.

17. Rochat I, Leis P, Bouchardy M, Oberli C, Sourial H, Friedli-Burri M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. Eur J Pediatr. mars 2012;171(3):457-62.

18. HAS. Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 12 mois. Recommandations de bonne pratique. 2019 nov.
19. Verstraete M, Cros P, Gouin M, Oillac H, Bihouée T, Denoual H, et al. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 1 an : actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO). Arch Pédiatrie. janv 2014;21(1):53-62.
20. Demorand PS. Bronchiolite et kinésithérapie, halte à la désinformation ! :2.
21. Ordre des masseurs kinésithérapeutes. Bronchiolite : les recommandations de la HAS mal interprétées. 2019.
22. Francione R, Bissonnier C. Démographie médicale en région Nord-Pas de Calais. Situation en 2015. 2015 p. 63.
23. Vendeville B. Observation des pratiques des médecins libéraux concernant la prescription de kinésithérapie respiratoire pour une première bronchiolite aiguë du nourrisson [Thèse d'exercice]. [Nord,France]: Université de Lille; 2019.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Bronchiolitis in children. 2016 juin.
25. Friedman JN, Rieder MJ, Walton JM, Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee, Drug Therapy and Hazardous Substances Committee. Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. Paediatr Child Health. 3 nov 2014;19(9):485-91.
26. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. PEDIATRICS. 1 nov 2014;134(5):e1474-502.
27. Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, Rossi GA, Vandini S, Rimini A, et al. Inter-society

consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatr.* déc 2014;40(1):65.

28. Caffrey Oswald E, Clarke JR. NICE clinical guideline: bronchiolitis in children: Table 1. *Arch Dis Child - Educ Pract Ed.* févr 2016;101(1):46-8.

29. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. *PEDIATRICS.* 1 oct 2006;118(4):1774-93.

30. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Acute Respiratory Infections Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 4 juin 2013 [cité 26 sept 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004878.pub4>

31. College national des Pédiatres Universitaires. Mort Subite du Nourrison [Internet]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/mort_inattendue/site/html/1.html

32. Brassat D. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale : taux de guérison et facteurs associés à la guérison. 12 oct 2017 [cité 4 déc 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682784>

33. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Acute Respiratory Infections Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1 févr 2016 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004873.pub5>

34. McKinnon C, McNab S. Chest physiotherapy is of no benefit for infants with

bronchiolitis: Chest physiotherapy. *J Paediatr Child Health*. mai 2018;54(5):585-6.

35. Grimprel E, Francois P, Olivier C, Fortier G, Thevenieau D, Pautard JC, et al. Epidémiologie clinique et virologique de la bronchiolite du nourrisson. Enquête nationale multicentrique (I). *Médecine Mal Infect*. nov 1993;23:844-50.

36. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*. 15 août 1998;317(7156):465-8.

37. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education: Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA*. 1 sept 1999;282(9):867.

38. Grol R. Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice: *Med Care*. août 2001;39:II-46-II-54.

39. Gallais Jean-Luc. La médecine générale face aux normes [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1312/fichier_gallais_mg_face_normes_jdsam_decembre_201597d2a.pdf

40. Carraro S, Zanconato S, Baraldi E. Bronchiolitis: from empiricism to scientific evidence. *Minerva Pediatr*. avr 2009;61(2):217-25.

41. Fitzgerald DA, Kilham HA. Bronchiolitis: assessment and evidence-based management. *Med J Aust*. 19 avr 2004;180(8):399-404.

42. Revue Prescrire. Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire.

Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/48334/0/NewsDetails.aspx>

43. S. Sebban, D. Evenou, C. Jung, C. Fausser, S. JC. Jeulin, S. Durand, M. Bibal, V. Geninasca, M. Saux, M. Leclerc. Résultats Etude BRONKILIB 2 - Evaluation de l'effet de la Kinésithérapie Respiratoire en ambulatoire dans la Bronchiolite aigue du Nourrisson - Etude Randomisée contrôlée multicentrique.
44. Sebban S, Evenou D, Jung C, Fausser C, Jeulin SJ, Durand S, et al. Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. *Bronkilib 2*. 2019;7.
45. Wang EEL, Milner RA, Navas L, Maj H. Observer Agreement for Respiratory Signs and Oximetry in Infants Hospitalized with Lower Respiratory Infections. *Am Rev Respir Dis*. janv 1992;145(1):106-9.
46. Vakil C. Predatory journals: Authors and readers beware. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2019;65(2):92-4.
47. Postiaux G, Abreu P, Castro RT, Vilaro J, Zwaenepoel B. La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson. (*) BRONKILIB 2 : Entre science et propagande, il faut choisir. :3.
48. Combret Y. Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite du nourrisson post-recommandations : adapter ses soins. *KineFact* [Internet]. 25 nov 2019 [cité 5 oct 2020]; Disponible sur: <http://www.kinefact.com/pneumologie/kinesitherapie-respiratoire-de-la-bronchiolite-du-nourrisson-post-recommandations-adapter-ses-soins/>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

<p>1) Vous êtes ?</p> <p><input type="button" value="Une femme"/> <input type="button" value="Un homme"/></p>
<p>2) Quel est votre âge ?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>3) Êtes- vous Installé ?</p> <p><input type="button" value="OUI"/> <input type="button" value="NON"/></p>
<p>a) Quel est votre lieu d'exercice?</p> <p><input type="button" value="Nord"/> <input type="button" value="Pas- de- Calais"/></p>
<p>b) Comment considérez votre zone d'activité ?</p> <p><input type="button" value="Rural"/> <input type="button" value="Urbain"/> <input type="button" value="Semi- rural"/></p>
<p>c) Travaillez- vous ?</p> <p><input type="button" value="Seul"/> <input type="button" value="Dans un cabinet de groupe"/></p>
<p>d) Êtes- vous Maitre de stage Universitaire ?</p> <p><input type="button" value="OUI"/> <input type="button" value="NON"/></p>

e) Travaillez-vous dans une structure comportant un ou plusieurs kinésithérapeutes ?

OUI

NON

f) Travaillez-vous proche d'une structure hospitalière contenant des urgences pédiatriques (< 30 min de route) ?

OUI

NON

5) Avez-vous une formation complémentaire type DU ou autre en Pédiatrie ?

OUI

NON

6) Concernant votre nombre de consultations moyennes pédiatriques quotidiennes en période hivernale ?

0

entre 1 et 5 par jour

entre 5 et 10 par jour

plus de 10 par jour

7) Vous sentez-vous à l'aise concernant la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

8) Sur quels critères cliniques vous basez-vous pour établir le diagnostic de bronchiolite ? (plusieurs réponses possibles)

Toux

Polypnée

Sibilants

Crépitants

Hyperthermie

Encombrement nasal

Signe de lutte respiratoire

9) Sur quels critères cliniques vous basez-vous pour évaluer le niveau de gravité d'une bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois ? (plusieurs réponses possibles)

Etat général du nourrisson

Fréquence respiratoire

Fréquence cardiaque

Mesure de la saturation en O₂

Apports alimentaires

Présence de signe de lutte respiratoire

Contexte social

Antécédents du nourrisson

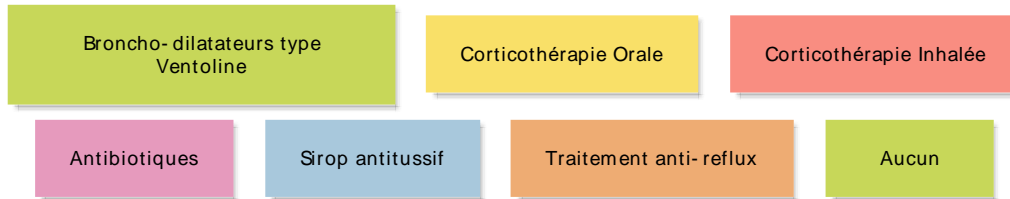
10) Êtes vous amené à prescrire des examens complémentaires devant un premier épisode de bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois ?

OUI

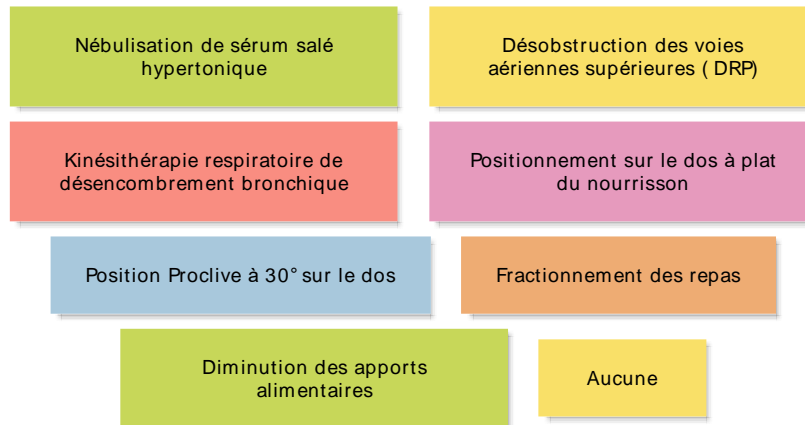
NON

Si oui, lequel ou lesquels ?

11) Quelles thérapeutiques médicamenteuses vous arrivent-ils de prescrire devant un premier épisode de bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois?



12) Quels thérapeutiques non médicamenteuses vous arrivent-ils de prescrire devant un premier épisode de bronchiolite du nourrisson ?



13) A la fin d'une consultation pour un premier épisode de bronchiolite non grave du nourrisson âgé de moins de 12 mois , comment conseillez- vous les parents ?

Information Orale sur signes de gravité nécessitant un recours aux urgences

Remise d'une fiche de conseils de surveillance

Remise d'une fiche conseils pour la technique de DRP

Proposition de revoir l'enfant systématiquement dans les 48-72h

Autre Réponse :

14) Avez-vous connaissance des dernières recommandations de la HAS qui viennent d'être publiées en novembre 2019 concernant la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois ? https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois

OUI

NON

Comment ?

Médias

Revue scientifique

Lecture recommandation HAS

Par un confrère

Autre

Quelles sont les nouveautés ?

Au total, une centaine de recommandations ont été actualisées.

Évaluation initiale, définition du niveau de gravité et orientation

L'évaluation initiale des niveaux de gravité (forme légère, modérée et grave), par le médecin de premier recours est essentielle. Elle se base sur l'état général du nourrisson, les critères de gravité et les critères de vulnérabilité nécessitant une vigilance accrue.

Elle est complétée par des critères d'hospitalisation et d'orientation en réanimation (dont modalité de transport), examens complémentaires nécessaires.

L'orientation vers les différents lieux de prise en charge et niveaux de recours de soins se réalise selon les 3 niveaux de gravité : domicile, hospitalisation, hospitalisation en unité de soins intensifs ou de réanimation.

Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses

Le traitement médicamenteux a peu de place dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë. Les bronchodilatateurs, l'adrénaline, le sérum salé hypertonique ou l'antibiothérapie systématique n'ont pas d'indication dans cette maladie.

Les thérapeutiques non médicamenteuses ne sont pas recommandées: nébulisation de sérum salé hypertonique, désobstruction des voies aériennes supérieures, kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique.

Les techniques de kinésithérapie respiratoire traditionnelles comme le clapping ou la vibration par exemple sont contre-indiquées.

L'augmentation du flux expiratoire (AFE), n'est pas efficace dans la prise en charge des nourrissons hospitalisés pour une bronchiolite aiguë. N'ayant pas fait la preuve de son efficacité pour les formes de bronchiolites traitées en ambulatoire non plus, elle n'est donc pas recommandée, mais la HAS et le CNPP soulignent la nécessité de poursuivre la recherche et de mener des études permettant de mesurer l'impact de cette technique, en particulier sur le recours aux hospitalisations.

Les traitements symptomatiques médicamenteux ne sont pas recommandés : caféine, fluidifiants bronchiques, médicaments antitussifs, N acétylcystéine, traitements anti-reflux, immunoglobulines, surfactant, autres thérapeutiques.

Surveillance pluridisciplinaire et circuit du nourrisson

La bronchiolite aiguë dure en moyenne 10 jours. Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle tout nourrisson est susceptible de s'aggraver.

Quand c'est nécessaire, il est essentiel d'assurer une surveillance pluridisciplinaire de ces nourrissons afin de ne pas les perdre de vue pendant cette période critique.

Le médecin de soins primaires devra s'assurer de la mise en place des mesures éducatives et de surveillance adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours et les réseaux bronchiolite.

L'environnement autour du nourrisson : absence de tabagisme, niveaux adaptés de température et de chauffage, hygiène et lieux de prise en charge à domicile, chez la nourrice.

La prise en charge nécessite :

- d'expliquer aux parents les signes d'alerte devant faire consulter de nouveau,
- de programmer une nouvelle évaluation dans les 24 à 48h,
- d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie,
- d'informer les parents des recours d'urgence possible dans leur territoire de santé.

Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire.

15) Concernant votre prise en charge globale de la bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois, ces recommandations ont (ou vont) modifier vos pratiques dans cette pathologie ?

Pas d'accord du tout

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

16) Concernant la Kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois, quelle est votre position par rapport au fait que la HAS ne la recommande plus ?

Pas d'accord du tout

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

17) Quelle est votre attitude de prescription concernant la kinésithérapie respiratoire dans cette pathologie ?

Je prescris de la kinésithérapie et les nouvelles recommandations ne vont pas changer mon attitude de prescription

Je prescrivais de la kinésithérapie mais à la lecture des nouvelles recommandations, je ne vais plus en prescrire

Je ne prescrivais déjà plus de kinésithérapie depuis plusieurs années

Autre réponse

18) Pour vous, les nouvelles recommandations de la HAS vous permettent de vous sentir plus à l'aise et d'améliorer votre prise en charge ambulatoire d'un premier épisode de bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois ?

Pas d'accord du tout

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

Si non, pourquoi?

Avez vous des remarques ou suggestions ?

Annexe 2 : Fiche conseils pour les parents



1^{ER} ÉPISODE DE BRONCHIOLITE AIGUË

CONSEILS AUX PARENTS

Novembre 2019

Le médecin que vous avez consulté pour votre bébé vous a dit qu'il avait une bronchiolite aiguë. Suivez les conseils qu'il vous a donnés. Surveillez votre bébé en particulier les deux à trois premiers jours. La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours. Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines. Passé ce délai si votre enfant est encore gêné pour respirer, consultez à nouveau votre médecin.



Je consulte de nouveau si certains signes persistent après le lavage de nez

- Il est fatigué, moins réactif ou très agité
- Sa respiration est devenue plus rapide
- Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax
- Il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs



Je contacte le

15 si



- Il fait des pauses respiratoires
- Sa respiration devient lente et il reste très gêné pour respirer

• Il fait un malaise

• Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint



• Il devient bleu autour de la bouche

- Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein



J'aide mon bébé à mieux respirer par un lavage du nez (à faire plusieurs fois par jour)



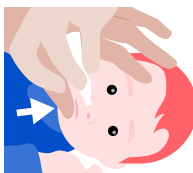
1 Je me lave les mains et je prépare les dosettes de sérum physiologique



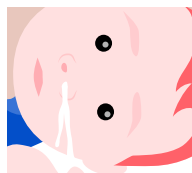
2 J'allonge mon bébé sur le dos ou sur le côté, avec **la tête maintenue sur le côté**



3 Je place doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut



4 J'appuie sur la dosette pour en vider le contenu dans la narine tout en fermant la bouche de mon enfant



5 Le sérum ressort par l'autre narine avec les sécrétions nasales. J'attends que bébé ait dégluti correctement



6 J'essuie son nez à l'aide d'un mouchoir jetable



7 Je répète l'opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant mon bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté

Veillez à ce que personne ne fume dans la même pièce que votre bébé

Maintenez la température à 19° dans la pièce

Pour aller plus loin

www.has-sante.fr : La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui a pour mission de développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Vous trouverez sur son site Internet la recommandation pour les professionnels : « Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois ».

www.santepubliquefrance.fr : site d'information de l'agence Santé publique France. Consultez le dossier thématique « Bronchiolite », les documents d'information « [Votre enfant et la bronchiolite](#) » et « Grippe, bronchites, bronchiolites, rhinopharyngites, rhume. Comment se protéger des infections virales respiratoires ? ».

www.ameli.fr : site de l'assurance maladie. « [Comment pratiquer le lavage de nez chez l'enfant ?](#) »

AUTEUR : Nom : GOURNAY

Prénom : François

Date de soutenance : 5 novembre 2020

Titre de la thèse : Évaluation des pratiques et de l'adhésion aux nouvelles recommandations HAS des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais dans la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson de moins de 12 mois.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : Bronchiolite, Médecine Générale, Recommandations, Nourrissons, Kinésithérapie

Introduction : La bronchiolite est une infection virale respiratoire, épidémique, saisonnière. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, puisqu'elle touche environ 30% des nourrissons de moins de 2 ans, soit environ 460000 cas par an, selon l'institut national de veille sanitaire. La HAS a publié au mois de novembre 2019 une actualisation de ces recommandations. L'intérêt de cette étude est d'évaluer les pratiques des Médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson âgé de moins de 12 mois depuis la publication des nouvelles recommandations de la HAS et leur adhésion ou non à ces recommandations

Matériels et Méthodes : étude observationnelle d'évaluation des pratiques professionnelles. Questionnaire envoyé en ligne via la plateforme SPHINX aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. La modification des pratiques, a été évaluée par une échelle de Likert à 4 entrées.

Résultats : 257 réponses ont été collectées. 45,1% des médecins interrogés disent être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que les recommandations vont modifier leur pratique. Il n'existe pas de lien significatif entre la modification des pratiques et le statut et les critères sociodémographiques du médecin généraliste dans notre étude. 72% des MG disent prescrire de la KR. Les MSU prescrivent significativement moins de KR ($p=0,02$).

Discussion : D'autres études sur les anciennes recommandations montraient une difficulté à modifier et uniformiser ses pratiques sur la bronchiolite. Les recommandations sont jugées trop éloignées du terrain selon les MG, notamment pour la prescription de KR, qui se montre pourtant bénéfique en ambulatoire selon certaines études récentes. La pratique de la médecine générale repose sur plusieurs aspects, avec une dimension relationnelle et sociale prépondérante, qui peut rendre difficile l'application stricte de recommandations, souvent trop orientées vers une pratique hospitalière.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain Martinot

Asseseurs : Monsieur le Professeur François Dubos

Madame le Docteur Anita Tilly-Dufour

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Franck Ammeux