



Identification des modalités d'apprentissage à la désobstruction rhino-pharyngée par les parents consultant dans le bassin grenoblois lors d'une bronchiolite : étude observationnelle descriptive

Luana Le Burel

► To cite this version:

Luana Le Burel. Identification des modalités d'apprentissage à la désobstruction rhino-pharyngée par les parents consultant dans le bassin grenoblois lors d'une bronchiolite : étude observationnelle descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04695621

HAL Id: dumas-04695621

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04695621v1>

Submitted on 12 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**IDENTIFICATION DES MODALITÉS D'APPRENTISSAGE À LA
DÉSOBSTRUCTION RHINO-PHARYNGÉE PAR LES PARENTS
CONSULTANT DANS LE BASSIN GRENOBLOIS LORS D'UNE
BRONCHIOLITE : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 10/09/2024

Par Mlle Luana LE BUREL

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Dr Delphine MORTAS (directrice de thèse)

M. le Pr Jean Nicolas LEDOUX

Mme le Dr Mathilde TRICOT

Mme le Dr Charlotte PICHAT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Méd.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Aux membres de ce jury :

Au Professeur Patrick IMBERT, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et pour votre bienveillance lors de notre rencontre. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect.

Au Pr Jean Nicolas LEDOUX, merci d'avoir répondu présent pour faire partie de ce jury de thèse pour évaluer ce travail.

Au Dr Delphine MORTAS, ma directrice de thèse et maître de stage. Merci de m'avoir guidé dans ma réflexion et pour tous tes précieux conseils. Merci de ta disponibilité durant tous ces mois de travail. Et merci pour tous ce que tu m'as appris lors de mon stage à tes côtés.

Au Dr Charlotte PICHAT et au Dr Mathilde TRICOT. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour tout ce que j'ai appris avec vous et merci de m'avoir fait progresser toujours avec bienveillance.

A toutes les autres personnes ayant participé à ma formation, et particulièrement :

Aux Dr Sophie ARAKELIAN, Dr Julie TYRANT, Dr Marie BOUVAIST, Dr Alix ISAAC, Dr Fanny VAUDAINÉ, Dr Françoise KNIPILER, Dr Olivier MARIN, Dr Olivier JOUET-PASTRE, pour m'avoir partagé votre vision de la médecine générale.

Au Dr Benoit LOHBERGER-TIMSIT et à mes co-internes de médecine interne avec qui j'ai tant appris malgré des moments difficiles.

A l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de Voiron.

A ma famille et mes amies :

A mes parents pour votre amour et votre soutien sans faille. Merci pour votre présence à mes côtés, la P1 aurait été encore plus difficile sans vous et je ne serai jamais arrivée au bout de ce long parcours sans vous. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mon petit frère pour notre complicité, nos fous rires, nos bêtises et pour tous tes messages d'encouragement. Merci d'être toujours là pour moi.

A Dylan de partager ma vie. Merci pour ton amour au quotidien, ton soutien depuis ces huit dernières années et pour la force et le courage que tu me donnes. A tous nos projets et à nos rêves. A nos trois monstres à quatre pattes pour le bonheur qu'ils nous apportent.

A mes grands-mères, merci pour toutes leurs bonnes pensées, leur amour et leur soutien à chaque étape importante.

A Alice qui ne m'a plus quitté depuis notre rencontre en P2. Merci de m'avoir aidé à traverser les moments difficiles de ces longues études, sans toi le chemin aurait été bien plus dur. Merci pour notre amitié qui m'est si précieuse.

A Margaux depuis la P1 et même avant. Nous avons commencé ensemble et nous sommes devenues médecins ensemble. Merci pour tout.

A mon tonton, ma tata, Emeline et Yoann pour leur soutien.

Merci à ma belle-famille pour tous les bons moments partagés à vos côtés.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
TABLE DES MATIÈRES	8
LISTE DES FIGURES	10
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
RÉSUMÉ	11
INTRODUCTION	13
1 Problématisation	13
2 La bronchiolite	14
2.1 Définition et physiopathologie	14
2.2 Epidémiologie	14
2.3 Le diagnostic de bronchiolite	16
3 La prise en charge de la bronchiolite	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE	19
1 Question de recherche	19
2 Type d'étude	19
3 Population d'étude	19
4 Recueil des données	19
5 Le questionnaire	20
6 Analyse	21
7 Aspect éthique	21
RÉSULTATS	22
1 Caractéristiques de la population	22
1.1 Les parents	22
1.2 Les enfants	23
2 Les modalités d'apprentissage à la DRP	24
2.1 Les sources d'information sur la réalisation d'une DRP	24
2.2 Modalité(s) d'éducation en santé utilisée(s) par le médecin	25
2.3 Autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents	27
3 Modalités d'éducation aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite	28
DISCUSSION	30

1	Limites de l'étude	30
1.1	Taille de l'échantillon.....	30
1.2	Biais de confusion	31
1.3	Biais de déclaration	31
2	Points forts de l'étude.....	31
3	Les résultats.....	32
3.1	Les sources d'information sur la réalisation d'une DRP	32
3.2	Les modalités d'apprentissage à la DRP utilisées par le médecin.....	33
3.3	Les autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents.....	33
3.4	Modalités d'éducation aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite	34
4	Perspectives.....	34
	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE	38
	ANNEXE 1 : Questionnaire.....	41
	ANNEXE 2 : Fiche d'information et de consentement.....	47
	SERMENT D'HIPPOCRATE	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Part de bronchiolite parmi les actes de SOS médecin chez les enfants de moins de 2 ans.....	15
Figure 2 : Part de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans. Passage aux urgences.	15
Figure 3 : Hospitalisation pour bronchiolite après passage aux urgences.....	16
Figure 4 : Répartition des professions des parents du groupe 1	22
Figure 5 : Répartition des professions des parents du groupe 2.....	23
Figure 6 : Mode de suivi des enfants.....	23
Figure 7 : Répartition des sources d'information dans chacun des deux groupes (en pourcentage).....	24
Figure 8 : Répartition des modalités d'éducation utilisées par le médecin (en pourcentage) ..	26
Figure 9 : Répartition des modalités d'apprentissage aux autres gestes de prise en charge de la bronchiolite (en pourcentage).....	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des sources d'information des parents sur la DRP dans chacun des groupes (en effectifs observés).....	25
Tableau 2 : Répartition des modalités d'éducation en santé utilisées par le médecin (en effectifs observés).....	26
Tableau 3 : Répartition des autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents dans chacun des groupes (en effectifs observés)	27
Tableau 4 : Répartition des modalités d'information aux autres gestes de prise en charge (en effectifs observés).....	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAN : Bronchiolite Aigüe du Nourrisson

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

HAS : Haute Autorité de santé

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

InsVS : Institut de Veille Sanitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RÉSUMÉ

Introduction : la bronchiolite est un problème de santé publique, elle touche 1/3 des nourrissons en France. La prise en charge est majoritairement ambulatoire et les parents sont au centre de sa prise en charge. Le traitement est essentiellement symptomatique, avec en premier lieu la réalisation de désobstruction rhino-pharyngée (DRP). Mais pour être efficace une DRP doit être réalisée avec une technique précise dont la HAS a émis des critères de conformité. Il existe une disparité de supports éducatifs accessibles aux parents pour acquérir ce savoir-faire (vidéos, livres, brochures, sites internet...), différentes méthodes d'éducation en santé utilisées par les médecins généralistes et différents acteurs intervenant pour transmettre ce savoir-faire aux parents. Le but de cette étude est de savoir s'il y a des modalités d'apprentissage plus couramment utilisées par les parents qui ont de meilleures connaissances sur la réalisation d'une DRP conformes aux recommandations de la HAS.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, multicentrique, menée dans le bassin grenoblois auprès des parents de nourrisson de moins de 24 mois atteint d'une bronchiolite. A partir d'un questionnaire, une analyse des modalités d'apprentissage utilisées dans deux groupes distincts a été faite : un groupe avec les parents ayant un nombre de « réponses attendues » supérieur ou égal à 27/42 (groupe 1) et un autre avec les parents ayant un nombre de « réponses attendues » inférieur à 27/42 (groupe 2).

Résultats : 36 questionnaires ont été analysés. La majorité des parents ont donné un nombre de « réponses attendues » inférieur à 27/42 (61.1%). Le médecin traitant et la famille étaient les deux principales sources d'information chez les parents ayant le mieux répondu (respectivement 92.9% et 71%). Dans ce dernier groupe, la modalité d'apprentissage « démonstration » était plus représentée que dans le groupe 2 (78.5% vs 40.9%, p-value 0.0387). Les parents du groupe ayant le mieux répondu (groupe 1) avaient plus recours à des vidéos explicatives sur la DRP, que les parents de l'autre groupe (64.3% vs 18.2%, p-value 0.013).

Les parents du groupe 1 avaient plus fréquemment reçu une information orale et écrite sur les autres gestes à adopter en cas de bronchiolite que les parents du groupe 2 (71.4% vs 31.8%).

Conclusion : parmi la diversité de sources d'information, le médecin traitant et la famille ont un rôle important dans l'apprentissage de la DRP. La démonstration d'une DRP semble participer à l'acquisition des compétences parentales à réaliser une DRP conforme en cas de bronchiolite. De plus, conseiller un support vidéo connu par le médecin pourrait être une aide

à l'apprentissage. D'autre part, une information écrite associée à une information orale sur les autres gestes à adopter en cas de bronchiolite semble bénéfique dans l'acquisition des compétences des parents pour la prise en charge d'une bronchiolite.

Mots clés : dyspnée sifflante – chez le nourrisson, bronchiolite, lavage de nez, désobstruction rhino-pharyngée, rhino-pharyngite, éducation en santé, obstruction nasale.

INTRODUCTION

1 Problématisation

La bronchiolite aigüe du nourrisson (BAN) constitue la maladie respiratoire la plus fréquente chez les enfants de moins de 12 mois (1), avec une constance épidémique chaque année (2). Sa prise en charge étant majoritairement ambulatoire et les parents en étant les principaux acteurs, l'éducation thérapeutique des parents à sa prise en charge semble indispensable.

La désobstruction rhino-pharyngée (DRP) est la principale mesure symptomatique à réaliser, mais pour être efficace elle doit être réalisée avec une technique précise dont la HAS a émis des critères de conformité (3,4). C'est un geste stressant et inconfortable pour l'enfant, parfois non considéré par les parents comme un traitement à part entière (5).

La disparité dans des supports éducatifs accessibles aux parents pour acquérir ce savoir-faire (vidéos, livres, brochures, sites internet...), les différentes méthodes d'éducation en santé utilisées par les médecins généralistes et les différents acteurs intervenant pour transmettre ce savoir-faire aux parents, amènent à se poser la question de l'efficacité de ces différentes modalités d'éducation sur la capacité des parents à réaliser des DRP conformes ? (5,6). Trois méthodes sont majoritairement utilisées par les médecins généralistes pour éduquer les parents à la réalisation de la DRP : l'explication orale, la démonstration et la réalisation supervisée (7). Le but de cette étude est donc de savoir s'il y a des modalités d'apprentissage pour réaliser une DRP, plus couramment utilisées chez les parents qui ont de meilleures connaissances sur la réalisation d'une DRP conformes aux recommandations de la HAS. Et si oui lesquelles ?

De plus, une étude menée en 2017 montrait que les parents semblent méconnaître les autres aspects de la prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson, car seulement 23% savaient que le fractionnement de l'alimentation, le couchage sur le dos et le lavage des mains répété faisaient partie de la prise en charge (8). L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier si la méthode d'éducation utilisée par le médecin (information orale et/ou écrite) a un impact sur l'assimilation de ces informations par les parents.

2 La bronchiolite

2.1 Définition et physiopathologie

La bronchiolite aigüe du nourrisson est définie comme une infection des voies aériennes inférieures d'origine virale, contagieuse, à transmission interhumaine, survenant chez des enfants de moins de 24 mois. Le virus de la bronchiolite est extrêmement contagieux. Dans 70 à 80% des cas, l'agent responsable est le virus respiratoire syncytial (VRS), mais d'autres virus peuvent en être la cause (9). L'infection peut être acquise par contact direct (sécrétions, toux contenant des particules contaminées), ou par voie indirecte par les mains, vêtements, le VRS demeurant infectieux pendant environ 6 heures sur les surfaces (10).

L'incubation est de 2 à 8 jours. Puis le virus se multiplie de proche en proche, de la muqueuse nasale aux bronchioles. L'infection est caractérisée par une nécrose de l'épithélium respiratoire, une destruction des cellules ciliées et une hypersécrétion de mucus. L'infection et les défenses locales (anticorps IgA et réaction lymphocytaire T) provoquent un œdème de la muqueuse et une infiltration cellulaire péribroncho-vasculaire et parfois alvéolaire. (12) Les conséquences sont une obstruction bronchiolaire et des bouchons bronchiques fréquents pouvant conduire à une distension thoracique et à des troubles de ventilation. L'obstruction des voies aériennes, à la fois endoluminale (boucho-muqueux) et murale (inflammation pariétale) entraîne un piégeage de l'air, et contribue à un sifflement expiratoire souvent audible (wheezing).

L'évolution habituelle se fait vers la guérison en 10-15 jours, le temps à l'organisme d'éliminer le virus. Mais le processus de cicatrisation avec la récupération de la fonction muco-ciliaire peut durer de 15 jours à 4 semaines, ce qui explique la possibilité de ré infections et la persistance de la toux pour évacuer les sécrétions.

2.2 Epidémiologie

L'institut national de veille sanitaire (InVS) estime que la bronchiolite touche chaque hiver en France 30 % des nourrissons, soit environ 460 000 nourrissons de moins de 2 ans. L'épidémie survient en période hivernale de manière constante, avec un pic fin novembre (12).

L'épidémie de BAN de la saison 2023-2024 a commencé mi-octobre (S42), soit 4 semaines plus tôt que les années passées. Le pic a été atteint fin novembre (S48) et l'épidémie s'est achevée début janvier (S01). La durée de l'épidémie a été équivalente à ce qui était habituellement observé, soit 12 semaines (13).

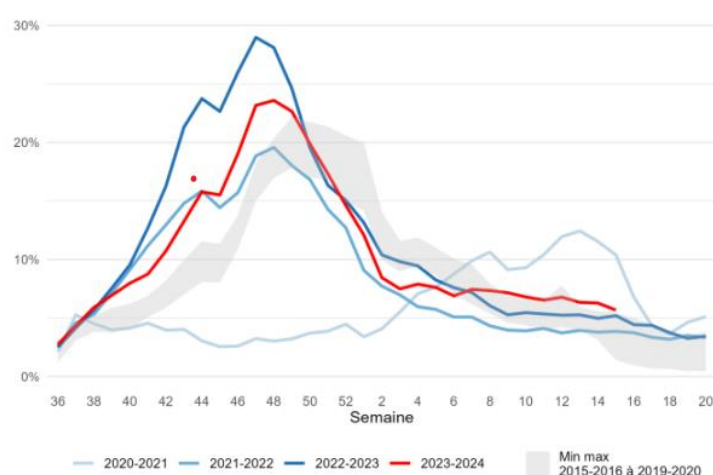
L'intensité de l'épidémie durant 2023-2024 a été globalement comparable à celles des épidémies de référence. Elle est restée d'une intensité inférieure à celle de la saison 2022-2023

qui avait été remarquable par sa très forte intensité, supérieure à celle des épidémies des dix dernières années (13).



Source : SOS Médecins

Figure 1 : Part de bronchiolite parmi les actes de SOS médecin chez les enfants de moins de 2 ans.
Santé publique France / Bulletin Infections respiratoires aiguës / Semaine 15 / Édition nationale / Publication : 17 avril 2024 / p. 7
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/618945/4256020?version=3>, consultée le 06/05/2024



Source : réseau OSCOUR®

Figure 2 : Part de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans. Passage aux urgences.
Santé publique France / Bulletin Infections respiratoires aiguës / Semaine 15 / Édition nationale / Publication : 17 avril 2024 / p. 11

Bien que souvent bénigne, la BAN est une affection potentiellement grave. Durant la saison 2023-2024, la part d'hospitalisation pour bronchiolite après passage aux urgences parmi l'ensemble des hospitalisations pour les enfants de moins de 2 ans a varié entre 24.3% (en octobre) à 44.3% au moment du pic épidémique fin novembre. Les hospitalisations liées à la bronchiolite cette saison sont restées comparables aux années de référence, et inférieures à la saison 2022-2023 (13).

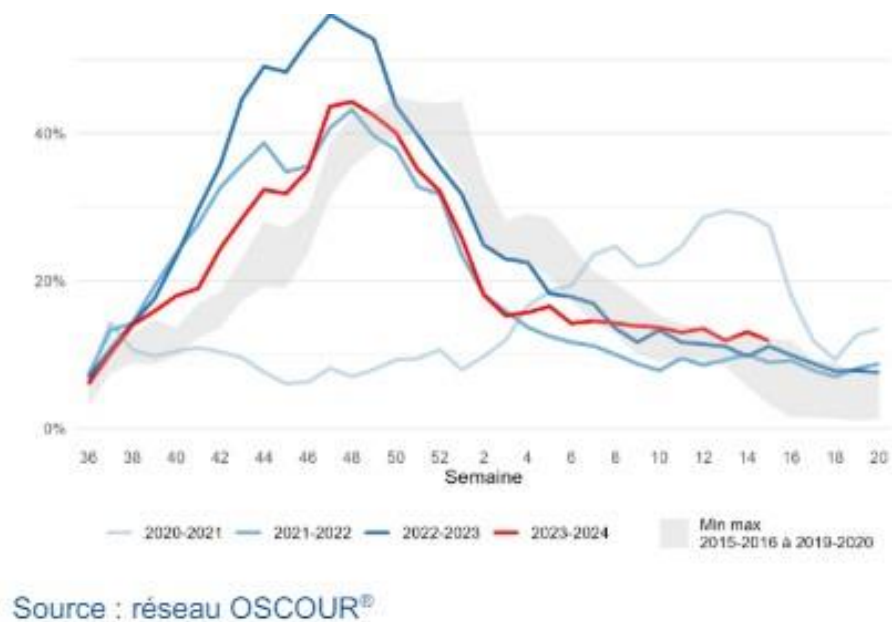


Figure 3 : Hospitalisation pour bronchiolite après passage aux urgences

Santé publique France / Bulletin Infections respiratoires aiguës / Semaine 15 / Édition nationale / Publication : 17 avril 2024 / p. 11

2.3 Le diagnostic de bronchiolite

Le diagnostic de bronchiolite repose sur l'anamnèse et l'examen clinique. Elle peut se manifester d'une simple infection des voies respiratoires supérieures à une insuffisance respiratoire imminente (14). On retrouve généralement :

- un premier épisode de respiration sifflante avant l'âge de 12 mois
- un prodrome viral de fièvre et d'une rhinorrhée pendant 2-3 jours
- une tachypnée
- une respiration sifflante
- des râles crépitants
- une saturation en oxygène abaissée
- et une détresse respiratoire de degré variable.

Dans les signes de détresse respiratoire, on peut retrouver un geignement respiratoire, un battement des ailes du nez, un tirage intercostal ou un balancement thoraco-abdominal.

L'auscultation pulmonaire retrouve des râles sibilants, un freinage expiratoire et/ou alvéolaire (= broncho-alvéolite) avec des râles crépitants ou sous-crépitan. Dans les formes les plus graves, un silence auscultatoire et un thorax distendu sont possibles.

Plusieurs analyses ont montré que le recours à des examens complémentaires n'était pas justifié et pouvait amener à des hospitalisations et des traitements non nécessaires (15,16).

L'indication d'hospitalisation repose sur le jugement clinique, l'état respiratoire, la capacité de l'enfant à rester hydraté et la capacité des parents à faire face à la situation. L'évolution de la bronchiolite n'est pas prévisible et elle a tendance à s'aggraver durant les 72 premières heures (17).

3 La prise en charge de la bronchiolite

La prise en charge de la bronchiolite est essentiellement ambulatoire, dans 95% des cas (18, 19) et repose sur des mesures symptomatiques. Elle s'appuie principalement sur des mesures générales telles que : maintenir une bonne nutrition et hydratation, assurer une désobstruction nasale fréquente avant l'alimentation et le couchage, éviter le tabagisme passif, veiller à une aération correcte de la chambre, à une température ambiante n'excédant pas 19°C et une poursuite du couchage sur le dos à plat.

L'action principale de la prise en charge est la désobstruction rhino-pharyngée (20). Il s'agit d'un geste indolore qui consiste à instiller du sérum dans les narines pour décrocher les mucosités qui encombrent les voies aériennes supérieures en cas d'infection de la sphère ORL et de bronchiolite. Son objectif est d'optimiser la respiration du nourrisson et de le soulager. Il existe différentes méthodes pour la pratiquer, mais actuellement la HAS recommande d'utiliser des instillations nasales de sérum physiologique, effectuées narine par narine, en position de décubitus dorsal, la tête tournée sur le côté.

Cette méthode peut générer de l'inconfort chez l'enfant, se manifestant par de l'agitation et des pleurs. Le geste est également désagréable pour la personne le pratiquant, généralement les parents.

Les autres méthodes de désobstruction rhino-pharyngée sont considérées comme moins efficaces :

- le mouchage simple est une méthode peu efficace, elle restera superficielle car l'enfant ne pourra pas participer au geste
- l'instillation avec spray nasal peut être utilisée au quotidien mais en période infectieuse, elle est peu efficace car elle permet seulement d'humidifier les sécrétions et de provoquer un reniflement
- le mouche-bébé permet d'aspirer les sécrétions fluides mais en période infectieuse il est insuffisamment efficace. Il peut générer une irritation des muqueuses nasales et majorer la production de mucus.

Les prescriptions des autres thérapeutiques usuelles, à savoir les bronchodilatateurs, les corticoïdes inhalés ou systémiques, les antibiotiques et la kinésithérapie ne montrent pas de bénéfices dans la prise de la charge de la bronchiolite (15, 22, 23, 24).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Question de recherche

Cette étude cherche à répondre à la question suivante : *quelles sont les modalités d'apprentissage permettant aux parents d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation d'une désobstruction rhino-pharyngée conforme aux recommandations HAS lors d'un épisode de bronchiolite ?*

2 Type d'étude

Ce travail de recherche a consisté en une étude observationnelle, descriptive, multicentrique, menée dans quatre cabinets de médecine générale du bassin grenoblois (Vizille, Varcès, Vaulnavey-Le-Haut, Saint-Martin-d'Uriage) regroupant au total quatorze médecins généralistes.

3 Population d'étude

Ont été inclus dans cette étude les parents de nourrisson âgé jusqu'à 24 mois inclus, pour qui un diagnostic de bronchiolite a été annoncé par le médecin réalisant la consultation.

Etaient exclus de l'étude les parents de nourrisson âgé de plus de 24 mois ou si le diagnostic de bronchiolite n'était pas retenu par le médecin réalisant la consultation.

4 Recueil des données

Le recueil des données a été prospectif, de novembre 2023 à février 2024. Il a été fait à l'aide d'un questionnaire rempli avec les réponses des parents, une semaine après la consultation où le diagnostic de bronchiolite a été retenu par le médecin investigateur.

Le médecin réalisant la consultation donnait aux parents une information orale et écrite (via un formulaire d'information) sur l'objectif de l'étude. Si les parents étaient d'accord pour participer, il relevait leurs coordonnées téléphoniques et leur consentement. Les parents étaient recontactés par l'auteure dans la semaine suivant la consultation afin de répondre au questionnaire.

Le choix de remplir le questionnaire par téléphone avec la réponse des parents et non de les laisser remplir le questionnaire seuls repose sur la volonté d'avoir le moins de données manquantes possibles (que ce soit par questionnaire avec réponse manquante ou questionnaire non remis).

5 Le questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) est composé en 4 parties :

- une première partie relevant des informations générales sur le nourrisson (âge, antécédents), la composition familiale (fratrie, âge et profession des parents)
- une deuxième partie portant sur les connaissances et la pratique des parents sur la réalisation d'une désobstruction rhino-pharyngée
- une troisième partie portant sur la connaissance des parents aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite
- une quatrième partie recueillant les modalités d'apprentissage utilisées par les parents pour acquérir leurs connaissances sur la réalisation d'une désobstruction rhino-pharyngée et les autres modalités de prise en charge de la bronchiolite.

A partir des questions 12 à 23 (deuxième et troisième partie) un score sur 42 est attribué à chaque parent(s) selon leurs connaissances sur la réalisation d'une DRP et des autres gestes à mettre en place en cas de bronchiolite. La pondération de chaque item repose sur le niveau de preuve des recommandations (3 points si recommandation grade A, 2 points si recommandation grade B, 1 point si recommandation grade C ou AE) et l'appréciation personnelle de l'auteure sur l'importance de chaque item.

De manière arbitraire, un score de 27/42 a été fixé pour dire que le(s) parent(s) avai(en)t une « bonne connaissance » sur la réalisation d'une DRP et des autres mesures de prise en charge de la bronchiolite.

6 Analyse

Les données de chaque questionnaire ont été rapportées sur un fichier EXCEL.

Pour chaque questionnaire un score sur 42 a été calculé à partir des questions 12 à 23, selon les « réponses attendues », et rapporté sur le même fichier.

A partir des scores relevés, deux groupes ont été constitués :

- le groupe 1 avec les questionnaires où le nombre de « réponses attendues » était supérieur ou égal à 27 /42
- et le groupe 2 avec les questionnaires où le nombre de « réponses attendues » était inférieur à 27/42.

A partir de ces deux groupes, l'objectif principal était d'identifier les modalités d'éducation en santé les plus représentées chez les parents du groupe 1 (nombre de « réponses attendues » supérieur ou égal à 27 /42). Puis de les comparer aux modalités utilisées chez les parents du groupe 2 (nombre de « réponses attendues » inférieur à 27/42).

Il s'agissait donc de comparer des variables qualitatives dans chacun des deux groupes. Le test utilisé est un test du Chi-2 si tous les effectifs attendus étaient supérieurs à 5. Quand il y avait des effectifs attendus inférieurs à 5, un test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité considéré pour les deux tests statistiques est de 0,05.

Le site internet « biostatgv » a été utilisé pour le traitement des données.

7 Aspect éthique

Une information orale et écrite à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement (annexe 2) a été délivrée à chaque participant par le médecin investigateur, afin de préciser aux parents le but de l'étude, son caractère anonyme et la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Les parents acceptant de participer à l'étude signaient le formulaire manuellement. Lors de l'appel par l'auteure pour remplir le questionnaire, le but de l'étude et son caractère anonyme étaient de nouveau expliqués. Leur consentement oral était recueilli. Le questionnaire ne contenait pas de données permettant l'identification des participants.

Après utilisation, les formulaires d'information et les questionnaires ont été détruits.

Cette étude ne nécessitait pas d'autorisation par le Comité de Protection des Personnes étant donnée l'absence d'intervention sur les participants et l'anonymisation des données.

RÉSULTATS

Au total 38 familles ont accepté de participer à l'étude entre novembre 2023 et février 2024, et ont signé le formulaire de consentement. Finalement 36 questionnaires ont été remplis et analysés. Les questionnaires manquants l'étaient par absence de réponse téléphonique des parents.

1 Caractéristiques de la population

1.1 Les parents

L'âge moyen des parents de la population d'étude était de 31.1 ans.

Sur l'ensemble des familles interrogées 88.9% déclaraient être en couple (n = 32) et 11.1% (n = 4) déclaraient être en famille monoparentale.

Chez les parents du groupe 1 la catégorie socio-professionnelle la plus représentée était « employé » (38.5%, n = 10). Suivi de « artisan, chef d'entreprise, commerçant » (23.1%, n = 6), puis de « cadre » (15.4%, n = 4), « autres » (11.5%, n = 3), puis « ouvrier » (7.7%, n = 2), puis « sans emploi » (3.8 %, n = 1). (Figure 3).

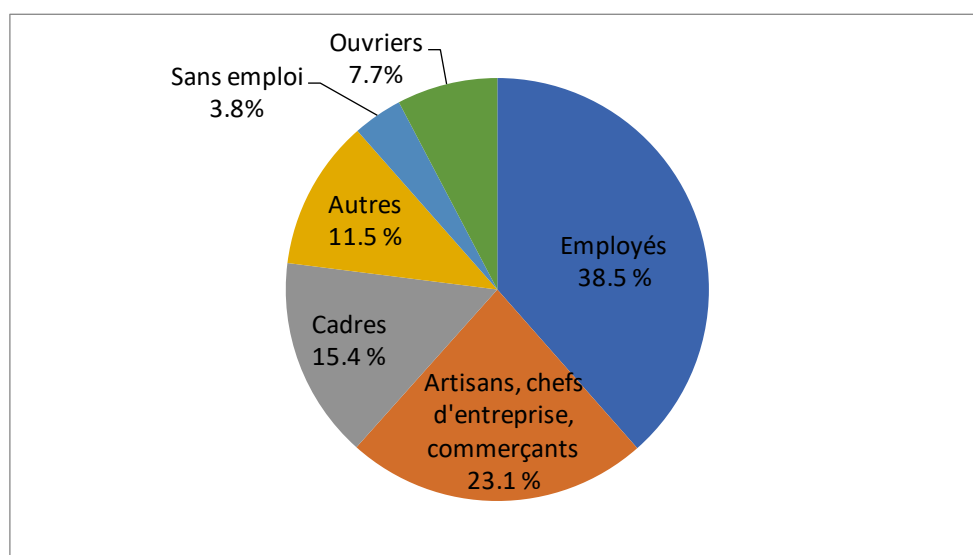


Figure 4 : Répartition des professions des parents du groupe 1

Chez les parents du groupe 2 la catégorie socio-professionnelle la plus représentée était « employé » (38.1%, n = 16). Suivi de « artisan, chef d'entreprise, commerçant » (33.3%, n = 14), puis de « cadre » (21.4%, n = 9), puis « autres » (7.1%, n = 3). (Figure 4).

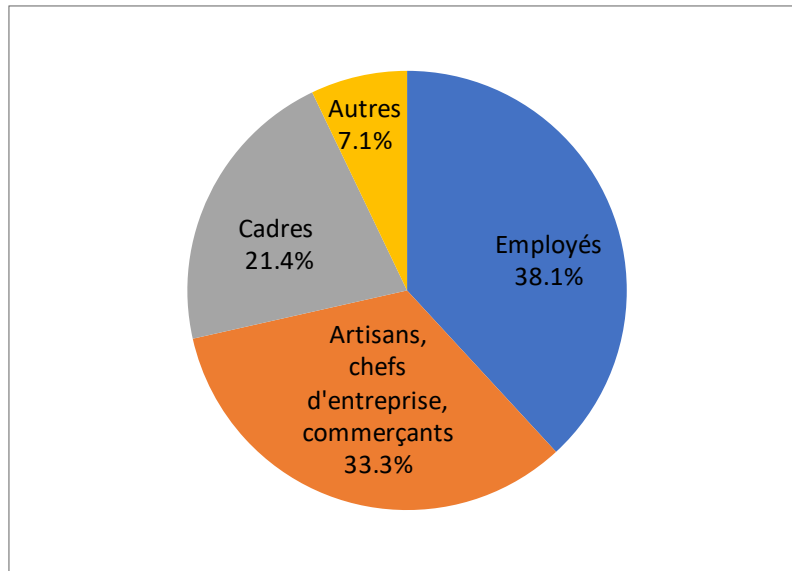


Figure 5 : Répartition des professions des parents du groupe 2

1.2 Les enfants

L'âge moyen des nourrissons des parents participant à l'étude est de 11,1 mois.

Les enfants étaient suivis principalement par un médecin généraliste, dans 75% (n = 27). Il y avait 16.7 % (n = 6) des enfants suivis par un pédiatre, et 8.3% (n = 3) suivis par la PMI. (Figure 5).

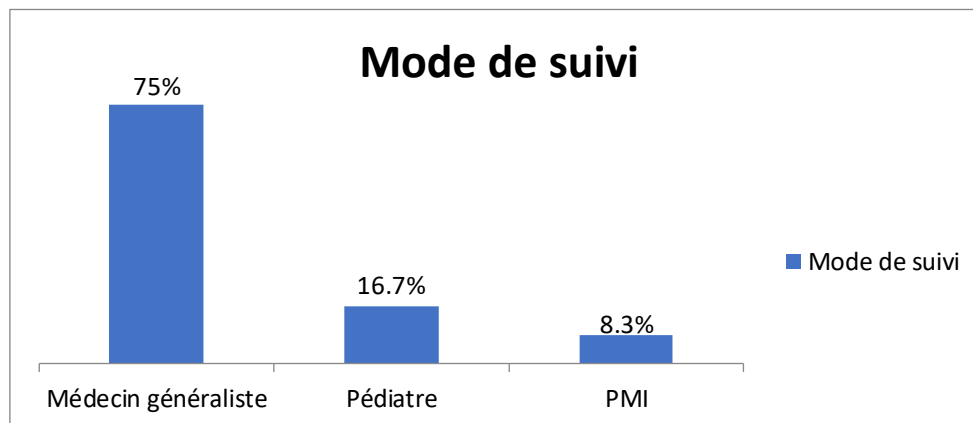


Figure 6 : Mode de suivi des enfants

Aucun enfant n'avait d'antécédents médicaux généraux ou d'antécédents chirurgicaux notables.

Concernant les antécédents de bronchiolite ou d'épisode de sifflement, 55.6% (n = 20) des enfants en avaient déclarés au moins un au cours de leur vie et 44.4% (n = 16) n'en avaient

jamais faits auparavant. Parmi les enfants ayant déjà présenté un épisode de bronchiolite ou de sifflement, 65% (n = 13) n'en n'avait fait qu'un seul, et 35% (n = 7) en avait faits deux ou plus.

2 Les modalités d'apprentissage à la DRP

Parmi les 36 familles ayant répondu au questionnaire, 14 d'entre eux (soit 38.9%) ont donné un nombre de « réponses attendues » supérieur ou égal à 27/42 (constituant le groupe 1), et 22 (soit 61.1%) ont donné un nombre de « réponses attendues » inférieur à 27/42 (constituant le groupe 2).

2.1 Les sources d'information sur la réalisation d'une DRP

Les deux sources d'information les plus représentées chez les parents du groupe 1, sont le médecin traitant (n = 13, 92.9%), suivi de la famille (n = 10, 71%). Les autres sources d'information étaient le personnel de la crèche (n = 4, 28.6%), puis le personnel de la maternité (n = 2, 14.3%). Deux parents avaient eu des informations à l'aide d'internet (14.3%). (Figure 6).

Chez les parents du groupe 2, les sources d'information étaient par ordre de fréquence : le médecin traitant de leur enfant (n = 18, 81.8%), suivi d'un autre médecin que le médecin traitant de leur enfant (n = 8, 36.4%), puis de leur famille (n = 7, 31.8%), le personnel de la crèche (n = 6, 27.3%) et le personnel de la maternité (n = 2, 9%). (Figure 6).

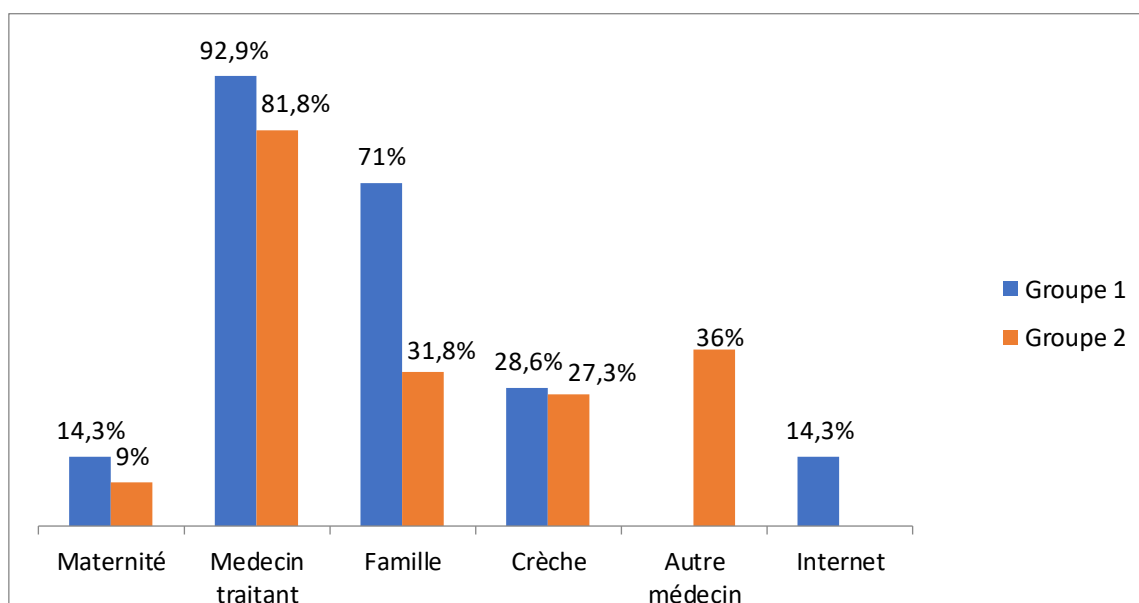


Figure 7 : Répartition des sources d'information dans chacun des deux groupes (en pourcentage)

L'étude montre que pour toutes sources d'information confondues sur la réalisation d'une DRP, il y a une différence statistiquement significative entre les deux groupes avec une p-value 0.0367 (test exact de Fisher). Autrement dit les sources d'information des deux groupes sont différentes.

Les deux sources d'information où l'on note une différence statistiquement significative entre les deux groupes sont « la famille » (p-value 0.02), plus représentée dans le groupe 1, et « autre médecin » (p-value 0.013), plus représenté dans le groupe 2. (Tableau 1).

Sources d'informations	Groupe 1 (nombre de réponses attendues $\geq 27/42$)	Groupe 2 (nombre de réponses attendues $< 27/42$)	P-Value
	14 (38.9%)	22 (61.1%)	
Maternité : oui / non	2 / 12	2 / 20	0.633 (test exact de Fisher)
Médecin traitant : oui / non	13 / 1	18 / 4	0.628 (test exact de Fisher)
Autre médecin : oui / non	0 / 14	8 / 14	0.013 (test exact de Fisher)
Famille : oui / non	10 / 4	7 / 15	0.020 (test Chi ²)
Crèche : oui / non	4 / 10	6 / 16	1 (test exact de Fisher)
Internet : oui / non	2 / 12	0 / 22	0.144 (test exact de Fisher)

Tableau 1 : Répartition des sources d'information des parents sur la DRP dans chacun des groupes (en effectifs observés)

2.2 Modalité(s) d'éducation en santé utilisée(s) par le médecin

Dans le groupe 1, 85.7% des parents ont reçu une information orale, 78.5% d'entre eux ont vu une démonstration d'une DRP par un professionnel, 14.3% d'entre eux ont reçu une information écrite sur la réalisation d'une DRP et 7.1% des parents ont fait une DRP supervisée par le médecin.

Dans le groupe 2, 86.4% ont reçu une information orale, 40.9% ont vu une démonstration d'une DRP par le médecin, 9% ont fait une DRP supervisée par le médecin et 4.5% ont eu une information écrite. (Figure 7).

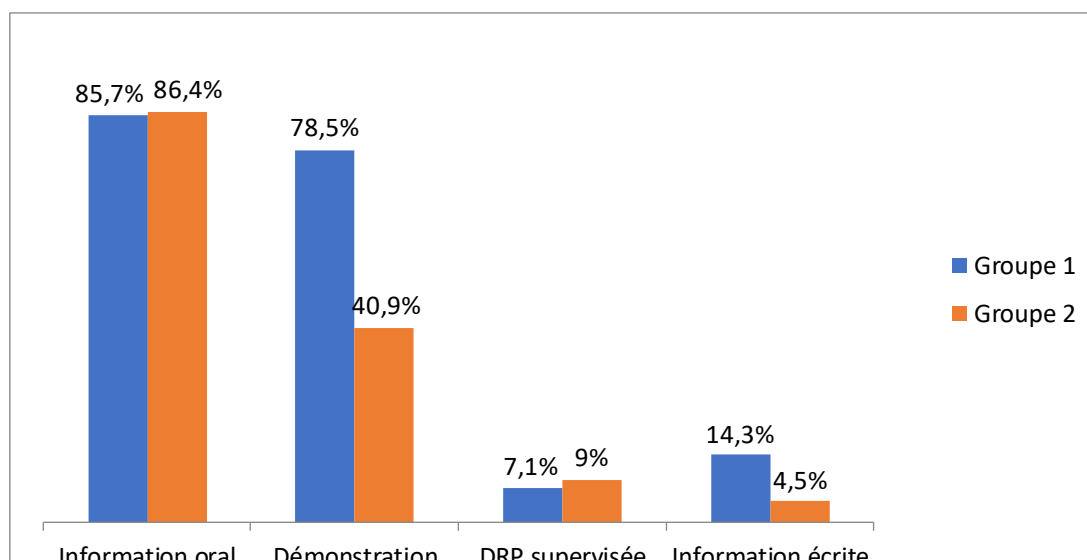


Figure 8 : Répartition des modalités d'éducation utilisées par le médecin (en pourcentage)

L'étude montre que pour toutes modalités d'éducation en santé confondues, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, avec une p-value égale à 0.626 (test exact de Fisher). On note une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la modalité « démonstration » faite par le médecin (p-value 0.0387). (Tableau 2).

Modalité(s) d'éducation en santé utilisée(s) par le médecin	Groupe 1 (nombre de réponses attendues $\geq 27/42$)	Groupe 2 (nombre de réponses attendues $< 27/42$)	P-Value
	14 (38.9%)	22 (61.1%)	
Information orale : oui / non	12 / 2	19 / 3	1 (test exact de Fisher)
Démonstration d'une DRP : oui / non	11 / 3	9 / 13	0.0387 (test Chi ²)
DRP supervisée : oui / non	1 / 13	2 / 20	1 (test exact de Fisher)
Information écrite : oui / non	2 / 12	1 / 21	0.547 (test exact de Fisher)

Tableau 2 : Répartition des modalités d'éducation en santé utilisées par le médecin (en effectifs observés)

2.3 Autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents

Dans le groupe 1, 71.4% des parents ont utilisé d'autres supports éducatifs (vidéo, brochure) et 36.4% dans le groupe 2. L'étude montre une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour l'utilisation d'un autre support éducatif avec une p-value 0.040 (test Chi²). Si l'on compare l'utilisation d'un « support vidéo » par rapport à « aucune autre modalité », on trouve une différence significative entre les deux groupes (p-value 0.013). Ce n'est pas le cas pour la modalité « brochure ». (Tableau 3).

Autre(s) modalité(s) d'éducation en santé utilisée(s) par les parents	Groupe 1 (nombre de réponses attendues $\geq 27/42$)	Groupe 2 (nombre de réponses attendues $< 27/42$)	P-Value
	14 (38.9%)	22 (61.1%)	
Aucun	4	14	-
Vidéo	9	4	0.013 (test exact de Fisher)
Brochure	5	4	0.108 (test exact de Fisher)
Autres	0	0	-

Tableau 3 : Répartition des autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents dans chacun des groupes (en effectifs observés)

3 Modalités d'éducation aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite

L'objectif secondaire était d'identifier s'il y avait des modalités d'éducation aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite, plus représentées chez les parents ayant donné un nombre de « réponses attendues » supérieur ou égal à 27/42 (groupe 1).

Les parents du groupe 1 ont reçu davantage une information orale et écrite ($n = 10$, 71,4%), que les parents du groupe 2 ($n = 7$, 31,8%). Et les parents du groupe 2 ($n = 12$, 54,5%) ont reçu davantage une information orale seule que les parents du groupe 1 ($n = 3$, 21,4%). Si l'on compare les modalités « information orale seule » et « information orale et écrite », l'étude montre une différence statistiquement significative entre les groupes, avec une p-value à 0.025 (test du χ^2).

Si l'on compare les modalités « information orale et écrite » et « information écrite seule » dans les deux groupes, on ne note pas de différence significative (p-value 0.310, test exact de Fisher). Et si l'on compare les modalités « information orale seule » et « information écrite seule » on ne note pas de différence significative (p-value 1, test exact de Fisher).

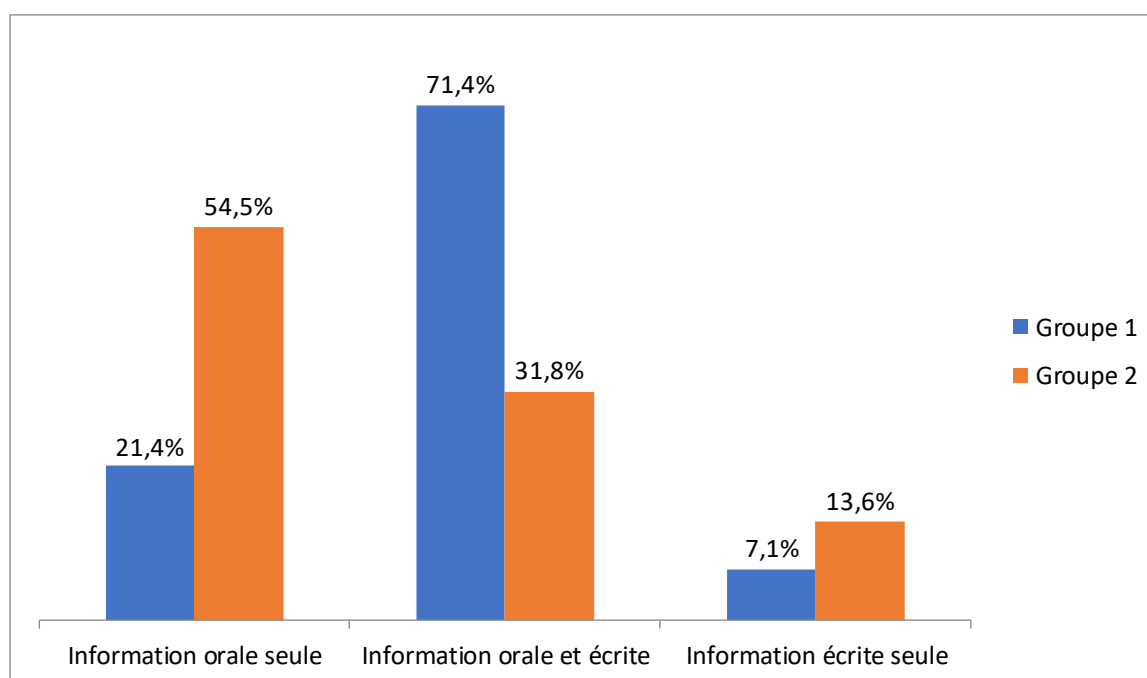


Figure 9 : Répartition des modalités d'apprentissage aux autres gestes de prise en charge de la bronchiolite (en pourcentage)

Modalité(s) d'éducation en santé pour les autres de geste à adopter en cas de bronchiolite	Groupe 1 (nombre de réponses attendues $\geq 27/42$)	Groupe 2 (nombre de réponses attendues $< 27/42$)
Information orale seule	3	12
Information orale et support écrit	10	7
Information écrite seule	1	3

Tableau 4 : Réparation des modalités d'information aux autres gestes de prise en charge (en effectifs observés)

DISCUSSION

1 Limites de l'étude

1.1 Taille de l'échantillon

La faible taille de l'échantillon est une limite évidente de l'étude. Au vu du petit échantillon (36 questionnaires analysés), le test statistique du χ^2 était difficilement applicable car les effectifs attendus de chaque modalité dans les deux groupes étaient souvent inférieurs à 5 (25). Raison pour laquelle le test statistique le plus utilisé a été un test exact de Fisher, qui a une puissance moins importante que le test du χ^2 . En d'autres termes il est moins apte à rejeter l'hypothèse nulle lorsqu'elle est fausse (25).

Cette faible taille d'échantillon peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- l'épidémie de bronchiolite a été moins intense que l'année 2022-2023 (13), et a été décalée dans le temps, elle a débuté 4 semaines plus tôt que les années précédentes (13), alors que le recueil des données de l'étude a débuté courant novembre 2024.
- l'émergence du Nirsévimab (Beyfortus®), un anticorps monoclonal humain de type immunoglobuline, dirigé contre le VRS et qui assure une protection pour 5-6 mois après l'injection (26). Il est depuis septembre 2023 recommandé pour tous les nourrissons lors de leur première année d'exposition à la circulation du VRS (soit les nourrissons nés depuis le 6 février 2023) et tous les nouveau-nés dès leur naissance préférentiellement avant la sortie de la maternité (27).

L'efficacité du Nirsévimab a été évaluée à la fin de l'épidémie 2023/2024 par deux études françaises menée par Santé Publique France, qui concluent à un impact positif du Nirsévimab. La première étude correspond à une étude cas-témoin, menée de septembre 2023 à janvier 2024 sur 288 nourrissons, pour évaluer en vie réelle l'efficacité du Nirsévimab sur la prévention des cas de bronchiolite à VRS admis en réanimation. Elle conclut à une efficacité entre 76% et 81% pour la prévention des cas graves de bronchiolite à VRS admise en réanimation (28).

La deuxième étude reposait sur des travaux de modélisation des données de surveillance hospitalière et virologique de mi-2017 à 2024, pour évaluer l'impact de l'administration du Nirsévimab sur l'épidémie de bronchiolite. Selon ce modèle les auteurs estiment que l'administration du Nirsévimab permet d'éviter 5 800 hospitalisations pour bronchiolite à VRS après passage aux urgences (soit 23% du nombre total d'hospitalisations), par rapport au

schéma sans administration (29). Pour 215 000 doses administrées au 31 janvier 2024, l'efficacité du Nirsévimab contre les hospitalisations pour bronchiolite à VRS a été estimée à 73%, ce qui correspond à une hospitalisation évitée pour 39 doses administrées (29).

1.2 Biais de confusion

Dans l'étude, il y a un biais de confusion car la population de l'étude est décrite mais l'analyse des données ne prend pas en compte la présence ou non d'antécédent de bronchiolite chez leur nourrisson, ni d'antécédent de bronchiolite chez un premier enfant. Or on peut supposer que le fait que les parents aient déjà été confrontés à un épisode de bronchiolite majore les connaissances et les compétences des parents sur la réalisation d'une DRP conforme aux recommandations.

Pour écarter de biais, on aurait pu faire une analyse multivariée mais qui était difficilement réalisable dans cette étude devant le faible échantillonnage. Pour une analyse multivariée, il est généralement nécessaire d'avoir un échantillon de taille relativement importante (au moins 100) (30).

1.3 Biais de déclaration

Le recueil des connaissances et compétences des parents à réaliser une DRP conforme aux recommandations repose uniquement sur du déclaratif et n'évalue pas directement une DRP réalisée par les parents. Il peut y avoir un écart entre le geste que les parents déclarent faire et le geste qui est réellement fait.

2 Points forts de l'étude

C'est une étude novatrice. Il y a dans la littérature peu de données s'intéressant à l'éducation en santé de la DRP et des gestes de prise en charge en cas de bronchiolite. On retrouve des études qui ont cherché à évaluer les pratiques éducatives utilisées par les médecins généralistes pour apprendre aux parents à réaliser des DRP (6, 7). D'autres ont évalué les préférences d'apprentissage des parents lors d'un épisode de bronchiolite (32). Une autre étude s'est intéressée aux connaissances des parents sur la bronchiolite (31). Mais je n'ai trouvé aucune étude s'intéressant à évaluer l'efficacité des méthodes éducatives utilisées par les médecins sur les compétences acquises par les parents pour réaliser une DRP en cas de bronchiolite.

Le recueil des données a été prospectif permettant de limiter les biais de mémorisation. Le formulaire d'information remis au patient permettait que chaque participant ait reçu la même information afin qu'elle soit le plus uniforme possible entre les participants.

Malgré l'émergence d'un traitement préventif de la bronchiolite par Nirsévimab (Beyfortus®), la bronchiolite reste un problème de santé publique dont les parents sont les acteurs principaux de la prise en charge. En effet, les deux études menées par Santé Publique France montraient une efficacité du Nirsévimab pour prévenir les cas graves de bronchiolite (28, 29), mais il n'y a pas d'étude ayant montré une diminution du taux de bronchiolite. Selon le bulletin épidémiologique de 2023/2024, l'épidémie de bronchiolite a été similaire aux épidémies de référence (13) malgré la campagne d'immunisation lancée mi-septembre 2023. De plus la bronchiolite est principalement secondaire à une infection par le VRS (64% des BAN) mais peut être secondaire à d'autres virus comme le rhinovirus, le métapneumovirus humain (hMPV) ou encore les virus para-influenza (PIV) ou les coronavirus. Dans les bronchiolites aiguës communautaires, on retrouve plus fréquemment les autres virus que le VRS, contrairement aux bronchiolites aiguës hospitalisées où le VRS est plus fréquent. (7).

3 Les résultats

3.1 Les sources d'information sur la réalisation d'une DRP

Dans les deux groupes, la première personne source d'information sur la réalisation d'une DRP lors d'un épisode de bronchiolite était le « médecin traitant ». Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les parents ont en premier lieu tendance à se tourner vers le médecin traitant de leur enfant en cas de symptôme chez ce dernier. Ce résultat diverge de ce qui est retrouvé dans une étude de 2017 où les deux principales sources d'information sur la bronchiolite étaient « la présence d'un antécédent de bronchiolite ou d'asthme chez l'enfant ou un autre enfant de la fratrie » et par « l'intermédiaire des proches et de la famille » (31).

Les informations données par un « autre médecin » étaient plus fréquentes chez les parents du groupe 2. Une explication possible serait qu'une nouvelle consultation aurait eu lieu à la suite de la première consultation d'annonce, devant une mauvaise évolution ou de l'inquiétude parentale, amenant donc une nouvelle source d'information.

Dans le groupe 1, la famille est de manière significative plus souvent une source d'information sur la réalisation d'une DRP, que dans le groupe 2. Une explication à ce résultat pourrait être que les proches ont plus de temps, accordent plus d'attention à l'explication du geste de DRP et ont plus d'occasions pour répéter les explications. Une étude de 2019 montrait que seulement une minorité de médecins pratiquaient de l'éducation parentale sur les DRP et que le principal frein mis en avant par les médecins était le manque de temps en consultation (6). Une étude qualitative menée en 2022 rapporte un mécontentement de la part des parents en lien avec un manque d'explication, d'écoute et de considération de la part des professionnels de santé (32).

3.2 Les modalités d'apprentissage à la DRP utilisées par le médecin

La modalité la plus utilisée par le médecin en consultation concernant la DRP, est l'information orale dans les deux groupes. Ce résultat est en désaccord avec ce qu'attendent les parents, qui eux semblent vouloir être formés au geste de DRP par une démonstration par un professionnel de santé (32). De plus la démonstration du geste est significativement plus représentée chez les parents du groupe 1, ce qui incite à penser que la réalisation d'une démonstration en consultation serait plus à même à former les parents pour réaliser une DRP conforme aux recommandations.

D'autre part, l'information orale semble difficilement dissociable de la démonstration, car on peut imaginer que la démonstration par un professionnel s'accompagne facilement d'une explication orale en même temps.

Le support écrit était finalement peu utilisé dans cette étude, et sans différence significative entre les deux groupes. A noter que dans l'étude de 2022, citée ci-dessus, plusieurs parents étaient demandeurs de support écrit conseillé par un professionnel de santé pour pouvoir le consulter à domicile si besoin (32).

3.3 Les autres modalités d'apprentissage utilisées par les parents

Plus de la moitié des parents utilisaient un autre support éducatif (vidéos, brochures, sites internet). Le support vidéo était de manière significative plus représenté dans le groupe 1. Parmi les multiples supports (vidéos, supports écrits, sites internet), plusieurs parents demandaient qu'un support validé par le médecin lui soit conseillé (32).

3.4 Modalités d'éducation aux autres gestes à adopter en cas de bronchiolite

Le support écrit associé à l'information orale sur les autres gestes de prise en charge de la bronchiolite semble permettre aux parents d'avoir plus de connaissances sur la prise en charge de la bronchiolite à domicile. Ce résultat concorde avec la préférence des parents pour les informer sur la bronchiolite. Ils préfèrent avoir un support écrit pour s'y référer régulièrement si besoin (32).

Le support écrit peut être sous forme d'ordonnance, avec les consignes écrites. En effet, la médecine générale en France est grande pourvoyeuse de prescriptions médicamenteuses afin d'apporter une réponse aux attentes des patients. Ainsi 90% des consultations en médecine générale se soldent par une prescription médicamenteuse (35) ce qui fait que l'ordonnance est un support écrit très familier des patients. Remettre les consignes de prise en charge d'une bronchiolite sur ordonnance peut être un moyen de confirmer l'écoute des parents et de clôturer la consultation avec un support écrit sans pour autant prescrire de médicament.

D'autres supports écrits comme les brochures réalisées par la Haute Autorité de Santé ou Santé Publique France peuvent être remis ou conseillés aux parents.

4 Perspectives

Cette étude met en avant que la démonstration réalisée par un professionnel de santé en consultation pourrait être d'une aide précieuse pour que les parents réalisent seuls des DRP conformes et efficaces en cas de bronchiolite chez leur enfant. Il faudrait des études à plus grande échelle pour confirmer le bénéfice de réaliser une DRP en consultation. Une étude cas-témoin où l'on comparerait les compétences des parents qui ont vu une démonstration à celles de parents n'en n'ayant pas vu, serait intéressante pour évaluer plus précisément l'impact de la réalisation d'une DRP en consultation sur l'acquisition des compétences parentales. Ce type d'étude est plus compliqué à mettre en place car elle demanderait de modifier et de standardiser la consultation en cas de bronchiolite.

La DRP est un geste utilisé dans beaucoup d'autre pathologies ORL fréquentes en automne-hiver comme la rhinite, la toux avec encombrement nasal (33). Les recommandations sur la réalisation d'une DRP restent identiques quelle que soit la pathologie. Le médecin traitant de l'enfant est amené à le voir très régulièrement au début de sa vie pour le suivi obligatoire : une fois par mois jusqu'à l'âge 6 mois, puis à 9 mois, à 12 mois, à 13 mois, une fois entre 16 et 18 mois et une fois entre 24 et 25 mois (34). Avec cette régularité de visites, le médecin traitant

pourrait lors de l'entrée en période hivernale où les nourrissons sont propices à faire des pathologies ORL infectieuses, profiter d'une de ces consultations pour rappeler comment faire une DRP et selon l'aisance des parents réaliser une démonstration.

Malgré la grande diversité de modalités d'éducation au geste de DRP, le support vidéo semble être une modalité d'apprentissage intéressante. Mais certains parents peuvent se retrouver débordés devant les multitudes de supports proposés afin de transmettre l'information, avec parfois des conseils divergents et des niveaux de preuve différents (32). Le professionnel de santé pourrait sélectionner une ou deux sources à donner aux parents pour qu'ils puissent avoir accès de chez eux à l'information et pouvoir se remémorer le geste de DRP si besoin. Pour les autres gestes à adopter par les parents en cas de bronchiolite, le support écrit en complément d'une information orale semble aider les parents à avoir les bons gestes. Ce support écrit pourrait être sous forme d'une affiche en salle d'attente, ou de consignes écrites sur ordonnance, et remises au(x) parent(s) à la consultation.

L'émergence d'une immunisation contre le VRS par le Nirsevimab (Beyfortus®) permet de diminuer le nombre de cas de bronchiolites graves. Mais pour le moment, aucune étude ne décrit une diminution d'incidence des cas de bronchiolite en période automne-hivernal. La bronchiolite reste pour le moment toujours d'actualité et sa prise en charge doit être optimisée et uniformisée car elle reste une pathologie fréquente.

CONCLUSION

La bronchiolite est une pathologie fréquente, qui peut facilement inquiéter les parents qui y sont confrontés. La DRP est la principale mesure symptomatique à mettre en place. Pour être efficace, elle doit être réalisée selon des recommandations de l'HAS émises en 2019. Théoriquement la méthode de DRP semble simple mais en pratique beaucoup de parents expriment de la peur et de l'inconfort à réaliser ce geste. La pratique d'une DRP conforme doit donc être apprise aux parents qui sont les principaux acteurs de la prise en charge d'une bronchiolite.

Devant la multitude de sources d'information sur la réalisation d'une DRP et sur les gestes à adopter en cas de bronchiolite, cette étude a cherché à identifier les modalités d'apprentissage qui pourraient être les plus intéressantes pour que les parents acquièrent les compétences nécessaires à la prise en charge d'une bronchiolite.

Les résultats montrent que le médecin traitant et l'entourage sont en première ligne pour former et informer les parents au geste de DRP.

Parmi les différentes méthodes d'éducation utilisées par les médecins, la démonstration d'un lavage de nez, plus utilisé chez les parents ayant le plus de connaissance, semble être une modalité éducative intéressante.

Le support vidéo est plus utilisé chez les parents avec de meilleures connaissances. Ce type de support sélectionné puis conseillé par le médecin traitant ou un autre professionnel de santé pourrait être un outil supplémentaire pour aider les parents à réaliser des DRP conformes aux recommandations.

Une information écrite sur les gestes à adopter en cas de bronchiolite semble appuyer l'information orale. Elle pourrait être sous forme d'ordonnance ou de brochure (HAS, MPedia, Santé Publique France) délivrées par le médecin.

Une étude évaluant la mise en pratique d'une démonstration d'une DRP, de l'utilisation d'un support vidéo sur la réalisation d'une DRP conforme aux recommandations HAS pourrait être intéressante. Une telle étude pourrait appuyer ses résultats, afin de guider les médecins impliqués dans la prise en charge des bronchiolites aiguës, dans leur éducation en santé afin d'optimiser la prise en charge en soin primaire.

THÈSE SOUTENUE PAR : Luana LE BUREL

TITRE :

Identification des modalités d'apprentissages à la désobstruction rhino-pharyngée par les parents consultant dans le bassin grenoblois lors d'une bronchiolite : étude observationnelle descriptive

CONCLUSION :

La bronchiolite est une pathologie fréquente. La prise en charge est essentiellement ambulatoire et la désobstruction rhino-pharyngée (DRP) est la principale mesure symptomatique à mettre en place. Pour être efficace, la DRP doit être réalisée selon des recommandations de l'HAS émises en 2019. Les parents étant les principaux acteurs de la prise en charge, la pratique d'une DRP conforme doit donc leur être apprise. Il existe une multitude de sources d'information sur la réalisation d'une DRP pour transmettre ce savoir-faire aux parents. Cette étude a pour but de savoir s'il y a des modalités d'apprentissages plus couramment utilisées par les parents qui ont de meilleures connaissances sur la réalisation d'une DRP conformes aux recommandations de la HAS.

L'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire adressé aux parents de nourrisson de moins de 24 mois atteint de bronchiolite, qui consultaient dans le bassin grenoblois, de novembre 2023 à février 2024. Le questionnaire comportait une partie évaluant les connaissances des parents sur la réalisation d'une DRP et les gestes à adopter en cas de bronchiolite, et une partie recueillant les modalités d'apprentissage utilisées par les parents pour acquérir leurs connaissances.

Trente-huit parents ont accepté de participer à l'étude. Finalement trente-six questionnaires ont été analysés. Les résultats montrent que le médecin traitant et l'entourage sont en première ligne pour former et informer les parents au geste de DRP. Parmi les différentes méthodes d'éducation utilisées par les médecins, la démonstration d'une DRP, plus utilisée chez les parents ayant le plus de connaissance (78.5%, p-value 0.0387), semble être une modalité éducative intéressante. Le support vidéo, plus utilisé chez les parents avec de meilleures connaissances (64.3%, p-value 0.013), pourrait être un outil supplémentaire pour aider les parents à réaliser des DRP conformes aux recommandations.

Une information écrite sur les gestes à adopter en cas de bronchiolite semble appuyer l'information orale. Elle pourrait être sous forme d'ordonnance ou de brochure délivrées par le médecin.

Une étude évaluant la mise en pratique de la démonstration, de l'utilisation d'un support vidéo sur la réalisation d'une DRP conforme pourrait être intéressante. Une telle étude pourrait appuyer ces résultats, afin de guider les médecins impliqués dans la prise en charge des bronchiolites aiguës, dans leur éducation en santé afin d'optimiser la prise en charge en soin primaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 03/04/2024

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UGA de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Deschildre A, Thumerelle C, Bruno B, Dubos F, Santos C, Dumonceaux A. Acute bronchiolitis in infants. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. mars 2000;7 Suppl 1:21S-26S.
2. Chaud P. Institut de Veille sanitaire en région Nord. Surveillance et épidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France. 1er juin 2012, 9è journées des Réseaux Bronchiolites
3. Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë, conseils aux parents. Conseil National Professionnel de Pédiatrie. Novembre 2019.
4. La Désobstruction Rhino-Pharyngée « La DRP, c'est le lavage du nez ». Marine Delahaye (infirmière), Dr Naghash (pédiatre). Septembre 2017.
5. Aubin I, Coblenz L, Cixous B. La bronchiolite aiguë du nourrisson : des recommandations à la pratique. Exercer 2003
6. Martin Chauvin. La désobstruction rhino-pharyngée dans la prise en charge de la bronchiolite : évaluation de la pratique clinique et de l'éducation des patients par les médecins généralistes dans les Bouches du Rhône. 31 janvier 2019.
7. Ertaud T, Sainrapt A, Adnot S, Jegou-Sablier M. L'éducation à la désobstruction rhino-pharyngée des nourrissons abordée par les médecins généralistes. Revue exercer 2019.
8. Evaluation des connaissances des parents sur la bronchiolite aiguë du nourrisson : enquête mono centrique aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille
9. Freymuth F, Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Lubin C, Vaudecrane A, et al. Les virus des bronchiolites aiguës. Archives de Pédiatrie. 1 août 2010;17(8):1192-201
10. Freymuth F, Vabret A, Brouard J, Petitjean J, Duhamel JF, Guillois B. Histoire naturelle de l'infection humaine à virus respiratoire syncytial. J Pédiatr Puériculture 1999;12 : 217-24
11. Ania Carsin. Physiopathologie de la bronchiolite aiguë du nourrisson. 2016.

12. Santé Publique France. Maladie et infections respiratoire, la bronchiolite. 17 avril 2024.
13. Santé publique France, Bulletin Infections respiratoires aiguës, Semaine 15, bilan de la saison 2023-2024. Édition nationale. Publication : 17 avril 2024
14. Jeremy N Friedman, Michael J Rieder, Jennifer M Walton. La bronchiolite : recommandations pour le diagnostic, la surveillance et la prise en charge des enfants de un à 24 mois. Paediatr Child Health. Novembre 2014.
15. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics. 2006
16. Zorc JJ, Hall CB. Bronchiolitis: Recent evidence on diagnosis and management. Pediatrics. 2010
17. Wainwright C. Acute viral bronchiolitis in children: A very common condition with few therapeutic options. Paediatric Respir Rev. 2010
18. HAS. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite. Décembre 2012.
19. Shay DK, Holman RC, Newman RD, Liu LL, Stout JW, Anderson LJ. Bronchiolitis-associated hospitalizations among US children, 1980–1996.
20. HAS. Bronchiolite aiguë du nourrisson : une prise en charge qui repose sur le lavage de nez et la surveillance active par les parents. Décembre 2022.
21. HAS. Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Novembre 2019.
22. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Database Syst Rev. 2012
23. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. Cochrane Database Syst Rev. 2013
24. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014

25. BiostaTGV [Internet]. [cited 2017 Jan 1]. Available from:
<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
26. Association Française de Pédiatrie ambulatoire. Immunisation du nourrisson contre le VRS.
27. HAS. Nirsévimab (BEYFORTUS ®) dans la prévention des bronchiolites à virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nouveau-nés et les nourrissons. Septembre 2023.
28. Juliette Pairreau. Santé publique France. Nirsevimab effectiveness against cases of respiratory syncytial virus bronchiolitis hospitalised in pediatric intensive care units in France. September 2023 - January 2024. Santé Publique France. Avril 2024.
29. Simon Cauchemez. Estimates of effectiveness and impact of nirsevimab on hospitalisations for RSV bronchiolitis in metropolitan France, 2023-2024 : a modelling study. Santé Publique France. Avril 2024.
30. EasyMedStat. Réaliser une analyse multivariée correctement [Internet] Available from : <https://www.easymedstat.com/comment-realiser-une-analyse-multivariee-correctement>
31. Mathieu Rache. Evaluation des connaissances des parents sur la bronchiolite aigüe du nourrisson : enquête monocentrique aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. Juin 2017.
32. Ophélie Grandsire. Préférences d'apprentissage des parents au sujet de la bronchiolite. Médecine humaine et pathologie. 2022.
33. AFSSAPS. Nouvelles modalités de prise en charge de la toux chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans)
34. Martin FLOCH, Jean-Baptiste FRON. Examen de suivi de l'enfant et de l'adolescent. RecoMed. Avril 2024.
35. IPSOS santé pour la CNAM. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005 févr.

ANNEXE 1 : Questionnaire

Ce questionnaire est destiné aux parents consultant pour leur enfant âgé de moins de 2 ans pour qui un diagnostic de bronchiolite a été posé pendant la consultation. Il s'agit de recueillir des informations concernant votre connaissance sur la désobstruction rhino-pharyngée et les autres gestes de prise en charge d'une bronchiolite, dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Ce questionnaire est anonyme.

I. Situation familiale :

- Enfant :

Q1. Âge de votre enfant :

Q2. Antécédents/Problèmes médicaux depuis la naissance :

☐ Non ☐ Oui

Si oui à préciser :

Q3. Antécédents/Problèmes chirurgicaux depuis la naissance :

☐ Non ☐ Oui

Si oui à préciser :

Q4. Qui suit habituellement votre enfant (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Médecin généraliste ☐ Pédiatre
☐ PMI ☐ Autre :

Q5. Votre enfant a-t-il déjà fait un/des épisodes de bronchiolite et/ou d'épisode de sifflement avant celui-ci ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Q6. Si oui à la question précédente, combien ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ > 3

- Parents :

Q7. Quel est votre âge (en années) ? Parent 1 : _____ Parent 2 : _____

Q8. Quel est votre profession ?

Parent 1 :

☐ Agriculteur exploitant
☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐ Cadre

- ☐ Ouvrier
- ☐ Employé
- ☐ Sans emploi actuellement
- ☐ Autre :

Parent 2 :

- ☐ Agriculteur exploitant
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre
- ☐ Ouvrier
- ☐ Employé
- ☐ Sans emploi actuellement
- ☐ Autre :

Q9. Combien d'enfants avez- vous ?

Q10. L'enfant que vous avez amené ce jour est le :

- ☐ 1^{er} de la fratrie
- ☐ Autre :

Q11. Quelle est votre situation familiale ?

- ☐ Seul(e)
- ☐ En couple
- ☐ Divorcé/séparé

II. La désobstruction rhino-pharyngée (DRP)

12. Savez-vous ce qu'est une désobstruction rhino-pharyngée (DRP) ?

- ☐ oui
- ☐ non

13. Considérez-vous la DRP comme un traitement de la bronchiolite ?

- ☐ oui
- ☐ non

14. Combien de DRP réalisez-vous chaque jour depuis que votre enfant a une bronchiolite ?

- ☐ ≤ 3 fois/jour
- ☐ 4 à 5 fois/jour
- ☐ ≥ 6 fois/jour

15. A quels moments de la journée réalisez-vous des DRP depuis que votre enfant a une bronchiolite ?

.....

16. Quels matériels utilisez-vous pour réaliser une DRP ?

- ☐ Sérum physiologique
- ☐ Mouchoirs, compresses

- ☐ Mouche bébé ☐ Spray nasal

17. En quelques mots, comment faite vous une DRP à votre enfant ?

.....

18. Vous lavez-vous les mains avant et après chaque DRP ?

- ☐ Oui ☐ Non

19. Quels sont les bénéfices que la DRP peut avoir sur votre enfant depuis qu'il a une bronchiolite ?

.....

III. Autres aspect de prise en charge de la bronchiolite

20. Comment couchez-vous votre enfant depuis qu'il a une bronchiolite ?

- ☐ Poursuite du couchage sur le dos à plat
☐ Incliner le matelas du lit
☐ Mettre un oreiller entre l'enfant et le matelas du lit
☐ Je ne sais pas

21. Que faites-vous concernant son alimentation ?

- ☐ Poursuite du rythme des repas habituels
☐ Fractionnement de l'alimentation
☐ Epaississement du lait
☐ Je ne sais pas

22. Quelle(s) précaution(s) autre(s) prenez-vous depuis que votre enfant à une bronchiolite ?

- ☐ Température de la chambre à 18-19°C maximum
☐ Bien couvrir l'enfant la nuit
☐ Se laver les mains plusieurs fois par jour
☐ Eviter d'emmener son enfant dans les endroits publics confinés (transports en commun, centres commerciaux, etc.)
☐ Eviter de partager les biberons, sucettes ou couverts non lavés
☐ Laver régulièrement jouets et "doudous"
☐ Vous évitez que votre bébé soit porté par d'autres personnes que le cercle familial proche
☐ Ouvrir les fenêtres de la pièce où il dort au moins 10 minutes par jour pour aérer
☐ Ne pas fumer à côté de votre bébé
☐ Vous pouvez continuer de fumer à coté de votre enfant
☐ Je ne sais pas

23. Quels sont les signes que vous surveillez chez votre bébé qui a une bronchiolite et qui doivent vous amener à consulter de nouveau ?

- ☐ une gêne respiratoire
- ☐ une respiration rapide
- ☐ de la température
- ☐ un encombrement nasal, nez qui coule
- ☐ des vomissements
- ☐ des pauses respiratoires
- ☐ un malaise
- ☐ les lèvres bleues
- ☐ le visage rouge
- ☐ un enfant somnolent, difficilement réveillable
- ☐ des pleurs inhabituels
- ☐ Creux entre les côtes, sous le sternum lors de la respiration
- ☐ Diminution des prises alimentaires ou biberons de lait de plus de la moitié par rapport aux prises habituelles

IV. Modalité d'éducation en santé

24. Quelles sont les ressources d'information qui vous ont permis de savoir comment réaliser une DRP ?

- ☐ A la maternité
- ☐ Le médecin traitant de votre enfant
- ☐ Un autre médecin que celui qui suit votre enfant (médecin des urgences, PMI)
- ☐ Votre famille, vos proches
- ☐ La crèche
- ☐ Internet (Ameli.fr, HAS, ministère de la santé...)
- ☐ Autres :

25. Quelle(s) est/sont la ou les modalités utilisée(s) par le médecin lors de la consultation pour vous apprendre à réaliser une DRP ?

- ☐ Explication orale sur comment faire une DRP
- ☐ Démonstration d'une DRP par le médecin
- ☐ Vous avez réalisé une DRP sous la supervision d'un médecin
- ☐ Démonstration d'une DRP par un médecin suivi de votre réalisation d'une DRP supervisée par le même médecin
- ☐ Autres :

26. Quelle(s) est/sont le(s) autre(s) support(s) éducatif(s) que vous avez utilisé pour apprendre à faire une DRP ?

- ☐ Aucun

- ☐ Vidéo (YouTube, Ameli.fr, ministère de la solidarité et de la santé)
- ☐ Brochure
- ☐ Autre :

27. Comment avez-vous été informé des autres gestes à adopter en cas de bronchiolite ?

- ☐ Information orale uniquement
- ☐ Information orale avec support écrit (remise d'une ordonnance, brochure)
- ☐ Information par écrit uniquement (ordonnance, brochure)
- ☐ Autres :

Réponses attendues aux questions 13 à 22 :

13. oui (1 points) – recommandation grade C

14. ≥ 6 fois/jour (1 points)

15. Avant les repas, avant les couchers, plus si nécessaire dans la journée/nuit (3 points)

16. Sérum physiologique, mouchoir/comresse (2 points)

17. Sur le dos **tête tournée sur le côté** (2 points) ou nourrisson sur le côté, dosette dans la **narine du dessus**, vider la dosette en **fermant la bouche, essuyer les sécrétions** (5 points)

18. oui (1 point)

19. Aide pour respirer (1 point) – recommandation grade C

20. Couchage sur le dos (3 points) – recommandation grade A

21. Fractionnement de l'alimentation (3 points) – recommandation grade A

22.

Température de la chambre à 18-19° (3 points) – recommandation grade A

Lavage des mains plusieurs fois par jour (3 points) – recommandation grade A

Eviter d'emmener son enfant dans les endroits publics confinés (transports en commun, centres commerciaux, etc.) (1 point) – recommandation grade AE

Limiter le contact physique du nourrisson aux proches (2 points) – recommandation grade B

Eviter de partager les biberons, sucettes ou couverts non lavés (1 point)

Laver régulièrement jouets et "doudous" (1 point)

Ouvrir les fenêtres de la pièce où il dort au moins 10 minutes par jour pour aérer (1 point)

Ne pas fumer à côté des bébés et des enfants (3 points) - recommandation grade A

Achat d'un sirop antitussif ou fluidifiant les sécrétions (0 point)

Continuer de fumer à coté de votre enfant (0 point)

Bien le couvrir (0 point)

23.

Respiration rapide (1 point)

Pause respiratoire (1 point)

Malaise (1 point)

Lèvre bleue (1 point)

Somnolent, difficilement réveillable (1 point)

Diminution de > 50% des prises alimentaires (1 point)

Creusement entre les côtes/sous le sternum (1 point)

Barème : nombre de points pour chaque item administré selon le **grade des recommandations** (3 points si recommandation grade A, 2 points si recommandation grade B, 1 point si recommandation grade C ou AE) et selon **l'appréciation personnelle de l'importance de chaque item**.

ANNEXE 2 : Fiche d'information et de consentement

Formulaire d'information et de non opposition pour la participation d'une recherche non interventionnelle

Madame, Monsieur

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise un travail de recherche médicale sur le sujet suivant : « **Identification des modalités d'apprentissages à la désobstruction rhino-pharyngée, par les parents consultant dans le bassin grenoblois lors d'une bronchiolite. Etude observationnelle descriptive** ».

Médecin responsable de l'étude : DELPHINE MORTAS (directrice de thèse) et LUANA LE BUREL (étudiante)

Objectif de l'étude : il s'agit d'une étude observationnelle qui consiste à identifier les modalités d'éducation en santé et les supports éducatifs utilisés chez les parents qui réalisent des désobstructions rhino-pharyngées conformes aux recommandations, afin de guider les médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de la bronchiolite sur les modalités qu'ils peuvent utiliser et les supports qu'ils peuvent conseiller pour que les parents réalisent des DRP conformes lorsque leur enfant présente une bronchiolite.

Engagement des participants : afin de répondre à cette question j'ai besoin de recueillir des informations à l'aide d'un questionnaire à remplir par des parents confrontés à une bronchiolite. Votre médecin vous proposera lors de la consultation de participer à l'étude. Si vous acceptez de participer je vous contacterai dans la semaine suivant la consultation afin que vous répondiez au questionnaire. Il s'agit d'un questionnaire anonyme et en cas de non opposition de votre part les données recueillies seront traitées de manière confidentielle. Aucune consultation, ni traitement, ni procédure supplémentaire ne vous sera demandé. Votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat. Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez sans en supporter aucune responsabilité, en informant le médecin qui vous a proposé l'inclusion dans l'étude, qui lui informera l'étudiant de votre souhait de vous retirer de l'étude.

Risques potentiels liés à la participation : vous ne serez exposé à aucun risque en lien avec votre participation dans cette étude. Quelques informations personnelles seront récoltées pour l'étude, mais aucune information personnelle directe qui permettrait de vous identifier.

Traitement des données et droit d'accès : cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codée sans mention du nom et du prénom. En vertu de la loi du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L. 1111-7 de Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant pourront vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à, le

Numéro de téléphone à contacter :

Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”