



Le suivi pluriprofessionnel dans la bronchiolite du nourrisson : étude du ressenti d'une équipe sur un outil de partage d'informations. Étude qualitative au SantéPôle des Collines

Clémentine Liébault

► To cite this version:

Clémentine Liébault. Le suivi pluriprofessionnel dans la bronchiolite du nourrisson : étude du ressenti d'une équipe sur un outil de partage d'informations. Étude qualitative au SantéPôle des Collines. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01695506

HAL Id: dumas-01695506

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01695506v1>

Submitted on 29 Jan 2018

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.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2017

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

PRESENTEE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine générale

Le suivi pluriprofessionnel dans la bronchiolite du nourrisson : étude du ressenti d'une équipe sur un outil de partage d'informations

Etude qualitative au SantéPôle des Collines

Présentée et soutenue publiquement à Nice, le 27 octobre 2017

Clémentine LIEBAULT

Président du jury : Monsieur le **Professeur Philippe HOFLIGER**

Membres du jury : Monsieur le **Professeur Jacques LEVRAUT**

Monsieur le **Professeur Charles MARQUETTE**

Monsieur le **Docteur Michel MOREIGNE**

Directeur de thèse : Madame le **Docteur Martine LANGLOIS**

**UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPO利斯
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Liste des Professeurs de la Faculté de Médecine de Nice au 1^{er} septembre 2017

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoriaires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoriaires	
M. ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérérologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et prévention
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique Médecine	Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérérologie (50-03)

PROFESSEUR DEUXIEME CLASSE SUITE

M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. H O FLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
------------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. D A RMON David	Médecine Générale (53.03)
-------------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
------------------	---------------------------

Mme HURST Samia
M. PAPA Michel

Thérapeutique (48.04)
Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc
Mme CASTA Céline
M. HOGU Nicolas
Mme MONNIER Brigitte

Médecine Générale (53.03)
Médecine Générale (53.03)
Médecine Générale (53.03)
Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François
M. BROCKER Patrice
M. CHEVALLIER Daniel
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella
M. JAMBOU Patrick
M. ODIN Guillaume
M. PEYRADE Frédéric
M. PICCARD Bertrand
M. QUARANTA Jean-François

Médecine Interne
Médecine Interne Option Gériatrie
Urologie
Médecine Physique et Réadaptation
Coordination prélèvements d'organes
Chirurgie maxilo-faciale
Onco-Hématologie
Psychiatrie
Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Hofliger, Président du Jury :

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre implication pour toujours mieux nous former.

A Monsieur le Professeur Levraud :

Je vous remercie sincèrement de participer au jugement de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Marquette :

Pour avoir accepté promptement de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Moreigne :

Je vous remercie pour avoir si gentiment accepté de participer à ce jury et pour votre engagement dans ce projet qui vous tient à cœur.

A Madame le Docteur Langlois :

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, malgré la lenteur de mon travail vous avez toujours été présente pour me guider et me corriger.

A tous les médecins de mon externat et de mon internat :

Votre patience, votre enthousiasme, votre professionnalisme m'ont toujours poussée à me dépasser tant sur le plan humain que médical. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et de m'avoir formée à suivre ma propre voie.

A toutes les équipes para-médicales rencontrées en stage :

Que serait un stage sans vous ? Vous m'avez tant appris ! A prendre en compte tous les acteurs de l'hôpital, à ne pas m'arrêter à la maladie du patient mais à le considérer dans son ensemble pour mieux le prendre en charge. Merci pour votre soutien, pour les fous rires, pour votre patience et surtout pour m'avoir rassurée dans les situations difficiles. Un immense merci à toutes et tous !

A tous les médecins que j'ai remplacés :

Merci pour votre confiance dans mon travail et pour nos collaborations régulières.

A ma famille

A Valentin, merci de nous avoir amenés à Nice pour découvrir ensemble cette nouvelle vie depuis 6 ans déjà ! Merci pour ta patience quand je suis en rogne et merci d'avoir la folie de m'épouser !

A mes parents, merci pour votre amour, votre éducation, la liberté que vous m'avez toujours autorisée, pour votre soutien depuis mon enfance et particulièrement pendant la rédaction de cette thèse.

A ma sœur Juliette et à mon frère Arthur, entre disputes, complicité et fous rires merci pour tous ces moments inoubliables passés tous les 3 et que ça continue longtemps !

A mes grands-parents, vous m'avez toujours donné le goût du travail et l'amour des autres. Merci pour les vacances et les week-ends tellement magiques à la campagne qui ont bercé toute mon enfance. Le week-end prochain sera à marquer de 90 pierres !

A tous mes oncles et tantes, parrain, marraine, cousins et cousines, petits cousins et petites cousines, merci pour les vacances, les fêtes de famille, les cabanes dans les bois, les princesses neuneus. Malgré la distance je pense à vous !

A Violaine, Jean-Luc, Antoine, Julie et Eva, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts parmi vous, merci pour votre présence et surtout votre bonne humeur permanente !

A mes amis

Aux petites filles paralysées, merci d'avoir été mes premières patientes et de m'avoir fait découvrir les bienfaits de l'eau de rose !

Aux coquines, à leurs moitiés et à leurs marmailles, que vous dire ? Je vous aime, vous me manquez...

A la team du côté plage, que ce fut chouette d'étudier la médecine et de vivre mon externat avec vous ! Vous êtes toujours présents malgré l'éloignement et j'espère que ça continuera !

A Fanny, Thomas, Astrid, Jonatan et Guillaume, bip, bip, bip ! Que de soirées, de discussions, de rires. Vivement l'année 2018 avec toutes ses promesses et toutes ses réjouissances ! Tellement hâte !!!

A la Ma Dai Team, notre vie à Nice ne serait pas la même sans vous. Merci de nous avoir adoptés ! Merci pour les week-ends de folie, les soirées niçoises, votre bonne humeur, votre soutien et pour tout ce qui est à venir !

Aux petits n'amis, ma deuxième famille. Merci de votre patience pour nos pestacles, pour l'organisation des olympiades, des chasses au trésor, mon enfance a été riche et passionnante grâce à vous !

A Pernod et Pepsi, j'ai bien failli devenir véto à cause de vous !

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

<u>Liste des abréviations</u>	13
<u>Résumé</u>	14
<u>Introduction</u>	15
<u>Contexte de la bronchiolite</u>	17
I] Une pathologie fréquente dans un contexte d'épidémies hivernales	17
II] Une pathologie bénigne	19
III] Mais dont les risques doivent être connus	19
IV] La prise en charge de la bronchiolite	20
V] Les relations médecins-kinésithérapeutes	22
VI] Les difficultés au niveau local	23
<u>Deuxième partie : notre étude</u>	25
I] Matériel et méthode	25
1) Introduction	26
2) Type de l'étude	26
3) Sélection de la population de l'étude	27
4) Description des guides d'entretien	28
II] Les entretiens pré épidémie	31
1) La prise en charge de la bronchiolite	31
1.1. Les traitements médicamenteux	31
1.2. Les mesures générales	33
2) La kinésithérapie respiratoire en pratique	34
3) Les difficultés des professionnels de santé	37
4) Les facilités des professionnels de santé	40
5) Les améliorations à apporter à la prise en charge de la bronchiolite	41
6) Réactions devant l'outil	42
III] Les entretiens post épidémie	45

1) Le ressenti de cette épidémie	45
2) Utilisation de l'outil	47
2.1. Par les médecins généralistes	47
2.2. Par les kinésithérapeutes	48
3) Intérêt de la fiche de suivi	50
4) Limites de la fiche de suivi	52
5) Les améliorations à apporter à l'outil	54
6) Les améliorations à apporter à la prise en charge de la bronchiolite	55
IV] Discussion	56
1) La méthode	56
2) La prise en charge de la bronchiolite	58
2.1. La prise en charge médicamenteuse	58
2.2. Discussion sur la kinésithérapie respiratoire	60
2.3. Prévention et mesures générales dans la bronchiolite	62
3) La relation médecin-kinésithérapeute dans la bronchiolite	63
4) Limites et intérêts de la fiche de suivi	65
4.1. Le tableau de suivi	65
4.2. Le tableau de synthèse des recommandations	66
4.3. Les rappels détaillés de la Conférence de Consensus	66
4.4. Propositions d'améliorations pour la fiche de suivi	67
4.5. Les fiches de suivi ailleurs en France	69
5) Les réseaux bronchiolite	70
Conclusion	73
Bibliographie	76
Annexes	81
Annexe 1 : Fiche de suivi recto	82
Annexe 2 : Fiche de suivi verso	83
Annexe 3 : Exemple de fiche de suivi remplie	84
Annexe 4 : Guide d'entretien pré épidémie	85
Annexe 5 : Fiche d'information pour les parents	87

Annexe 6 : Guide d'entretien post épidémie	88
Annexe 7 : Entretien pré épidémie A	89
Annexe 8 : Entretien pré épidémie B	93
Annexe 9 : Entretien pré épidémie C	96
Annexe 10 : Entretien pré épidémie D	100
Annexe 11 : Entretien pré épidémie E	105
Annexe 12 : Entretien pré épidémie F	109
Annexe 13 : Entretien pré épidémie G	116
Annexe 14 : Entretien pré épidémie H	122
Annexe 15 : Entretien pré épidémie I	128
Annexe 16 : Entretien pré épidémie J	133
Annexe 17 : Entretien pré épidémie K	139
Annexe 18 : Entretien pré épidémie L	143
Annexe 19 : Entretien post épidémie A	155
Annexe 20 : Entretien post épidémie C	158
Annexe 21 : Entretien post épidémie D	160
Annexe 22 : Entretien post épidémie E	162
Annexe 23 : Entretien post épidémie G	165
Annexe 24 : Entretien post épidémie H	168
Annexe 25 : Entretien post épidémie I	171
Annexe 26 : Entretien post épidémie J	174
Annexe 27 : Entretien post épidémie K	177
Annexe 28 : Entretien post épidémie L	179
Annexe 29 : Fiche-bilan du réseau bronchiolite Aquitaine ..	184
Annexe 30 : Guide de remplissage de la fiche-bilan du réseau bronchiolite Aquitaine ..	185
Annexe 31 : Fiche de transmission du réseau bronchiolite Aquitaine ..	186

Liste des abréviations utilisées

AFE : Augmentation du Flux Expiratoire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ANSM : Agence Nationale de la Sûreté du Médicament

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

CRP : C-Reactiv Protein

EBM : Evidence Based Medecine

ELPr : Expiration Lente Prolongée

ERBUS : Epidémiologie et Recueil des Bronchiolites en Urgence pour la Surveillance

FMC : Formation Médicale Continue

GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

HAS : Haute Autorité de Santé

INVES : Institut National de Veille et d'Epidémiologie Sanitaire

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

RPC : Recommandation de Pratique Clinique

TP : Toux Provoquée

URCAM IdF : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

VAS : Voies Aériennes Supérieures

VRI : Voies Respiratoires Inférieures

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

Résumé

Intérêt de l'étude : La bronchiolite par son ampleur et son caractère bruyant, qui peut être ressenti comme étant grave, est une pathologie avec un fort enjeu de santé publique lié à la saturation des structures de soins ambulatoires et hospitalières. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le ressenti de professionnels de santé sur un outil de partage de l'information autour de l'enfant atteint de bronchiolite. L'objectif secondaire était de recueillir les suggestions des praticiens pour l'amélioration de la prise en charge de la bronchiolite en ambulatoire.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative en entretiens individuels semi-dirigés avec des kinésithérapeutes et des médecins généralistes du SantéPôle des Collines. Les entretiens ont eu lieu en novembre 2015 et avril 2016.

Résultats : Les kinésithérapeutes étaient très demandeurs de cet outil qui leur permettait d'évaluer quotidiennement l'état de santé de l'enfant mais surtout qui développait la communication entre professionnels de santé. Les médecins généralistes étaient plus réticents à l'idée de devoir investir du temps dans une pathologie aiguë et majoritairement bénigne. Tous les professionnels de santé rencontrés appréciaient le rappel des recommandations de l'HAS pour structurer leurs explications et développer l'éducation thérapeutique. La principale demande des médecins pour améliorer la prise en charge de la bronchiolite était de connaître les kinésithérapeutes formés qui exerçaient localement pour pourvoir adresser les nourrissons en toute confiance.

Conclusion : La pluriprofessionnalité que les praticiens libéraux développent de plus en plus dans leur exercice quotidien paraît nécessaire dans la prise en charge de la bronchiolite. Elle demande un investissement de tous mais permet une optimisation des pratiques pour une prise en charge raisonnée et efficiente.

Mots-clefs : Bronchiolite, pluriprofessionnalité, information partagée, relation médecin-kinésithérapeute.

Introduction

La bronchiolite, maladie virale, épidémique et saisonnière, qui touche les nourrissons, constitue un défi pour les professionnels de santé. En effet, par son ampleur et son tableau clinique impressionnant, les parents se retrouvent le plus souvent démunis et confrontés à un système de soin surchargé en ces périodes de viroses hivernales (grippe, gastro-entérite). Les professionnels de santé, médecins généralistes, pédiatres, kinésithérapeutes ont un rôle majeur à jouer pour une prise en charge raisonnée permettant à chacun d'intervenir utilement auprès de l'enfant de façon efficiente et sans risque.

Le caractère parfois bruyant de cette virose qui est souvent la première pathologie des nourrissons, interroge les parents et les personnes ayant la garde (famille, professionnels de la petite enfance) sur leurs capacités à prendre en charge cet enfant malade et sur leurs peurs devant une situation ressentie comme grave.

Ainsi le rôle des professionnels de santé est de savoir quand hospitaliser les nourrissons présentant des critères de gravité et, si l'enfant est à faible risque de complication, d'éduquer les intervenants qui l'entourent pour la mise en place de mesures générales appropriées et un partage fiable des informations concernant son état de santé.

En 2011, un groupe de professionnels de santé, médecins généralistes et kinésithérapeutes, engagés dans un pôle de santé en formation pour promouvoir des actions de santé territoriales, devant une fréquence élevée de bronchiolite et des difficultés lors de ces consultations, a voulu améliorer la prise en charge de la bronchiolite. Ils se sont mobilisés collectivement avec l'expertise du Dr Moreigne, pédiatre au CH d'Antibes pour s'approprier les recommandations de la Conférence de Consensus sur la bronchiolite en se formant ensemble, et en diffusant une fiche de suivi, créée en 2009, permettant à la fois, l'éducation des familles et le suivi pluriprofessionnel du nourrisson atteint de bronchiolite en partageant les informations concernant sa santé.

Cet outil est intéressant dans la prise en charge de la bronchiolite s'il est diffusé et partagé au niveau local entre les professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant. Les réseaux bronchiolite permettent un encadrement des pratiques et une diffusion de l'information mais ne sont pas accessibles à tous du fait de leur répartition sur le territoire. Médecins généralistes, kinésithérapeutes, pédiatres, urgentistes doivent se tourner vers d'autres outils pour coordonner leurs soins et l'éducation des familles.

La pluriprofessionnalité, entendue comme le travail en commun de professionnels poursuivant un même objectif d'amélioration des prises en charge, repose sur les échanges entre professionnels et une coordination de leurs compétences au bénéfice du patient. C'est une notion que les professionnels de santé libéraux commencent à redécouvrir. Elle s'inscrit en maison de santépluriprofessionnelle sous un même toit, ou tout simplement en équipe sur un territoire donné. Ces modalités d'exercer la médecine m'ont intéressée lorsque, lors d'un remplacement dans l'arrière-pays niçois, un chirurgien m'a parlé d'organiser une permanence locale, avec différents spécialistes. Amener les soins adaptés au plus près des patients et de manière collective m'a donnée envie de m'investir. Le thème de la bronchiolite, fréquent en médecine générale, et concernant la communication et le travail entre professionnels autour de jeunes enfants m'a motivée pour m'en saisir.

Le but de notre travail de recherche a été d'évaluer, au moyen d'une étude qualitative en entretiens individuels auprès des médecins généralistes et des kinésithérapeutes du Pôle de Santé des Collines, les représentations de chacun de la bronchiolite et l'aide qu'un tel outil pouvait leur apporter dans leur pratique quotidienne. Après avoir fait une synthèse des connaissances et des spécificités de la prise en charge de la bronchiolite en médecine ambulatoire, nous exposerons notre travail de recherche et ses résultats. Nous les discuterons, à la recherche de propositions permettant l'amélioration de la prise en charge quotidienne de cette pathologie infantile qui mobilise sur un temps très court beaucoup de ressources des professionnels de santé et du système de soins.

Contexte de notre étude

La bronchiolite est définie comme étant l'ensemble des bronchopathies obstructives chez l'enfant de moins de 24 mois, liées le plus souvent au virus respiratoire syncytial humain (VRS) (1). Les bronchiolites surviennent en période épidémique d'octobre à mars chez les nourrissons de 1 mois à 2 ans. Elle débute par une rhinite, peu ou pas fébrile. En 24 à 72h la toux s'installe et peut perturber l'alimentation (1) jusqu'à nécessiter une hospitalisation. Certains cas sont graves et tout l'enjeu de la prise en charge des professionnels de santé est de dépister les signes de gravité de l'enfant, et de le soulager pour lui permettre de dépasser cette virose au domicile.

I] Une pathologie fréquente dans un contexte d'épidémies hivernales

Cette pathologie est bien décrite grâce à des réseaux de surveillance mis en place depuis 1992 suite à une épidémie de bronchiolite particulièrement importante. Le premier réseau de surveillance de la bronchiolite a été le réseau ERBUS qui couvre la région parisienne. Les premiers recueils s'effectuaient via Minitel dans chaque service d'accueil des urgences des 11 hôpitaux de l'AP-HP (2).

Actuellement les données épidémiologiques pour la bronchiolite proviennent principalement de l'INVES via les données des réseaux OSCOUR et Sentinel et le réseau bronchiolite pour l'Île De France via le réseau ERBUS. Dans une moindre mesure Santé Publique France s'appuie aussi sur le réseau SOS médecins pour ses statistiques d'activités.

Depuis 1992 on note une augmentation progressive et régulière de l'épidémie de bronchiolite qui est de 9% par an, probablement due à l'évolution des connaissances et à un meilleur recrutement. Depuis 2000 elle semble stabilisée à environ 500 000 cas par an. Cela représente 30% des nourrissons (3) avec un

maximum de fréquence chez les nourrissons de 2 à 8 mois. Des études françaises évoquent une augmentation de la gravité des tableaux cliniques rencontrés, ainsi qu'une diminution de l'âge des patients (4).

Selon l'INVES en 2017, dans 590 services d'urgences, (ce qui représente 90% des passages aux urgences en France métropolitaine) le nombre cumulé de passages pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans était de 52433, soit 12% des passages totaux codés sur la même période. Parmi ceux-ci, 19 691 hospitalisations, soit 27% des hospitalisations toutes causes codées, ont été rapportées ce qui entraîne une surcharge hospitalière lors de cette épidémie (5).

En ambulatoire, pour 61 associations, représentant 95% des associations SOS Médecins, le nombre cumulé de consultations pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans était de 9 863 en France métropolitaine, soit 7% des consultations toutes causes codées (5).

Tableau 1 : indicateurs de surveillance épidémiologique de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 mois à partir des données SOS médecins et OSCOUR®, comparaison des saisons 2014-15, 2015-16 et 2016-2017 dans le même nombre de structures signalantes

Sources de données	Indicateurs de surveillance de la bronchiolite	Saisons (S42 à S11)		
		2014-15	2015-16	2016-17
SOS médecins	Nombre de consultations	7 263	9 025	9 459
	Nombre de passages aux urgences	35 171	47 755	46 437
OSCOUR®	Nombre d'hospitalisations suite aux passages	15 424	17 660	17 682
	Proportion hospitalisations/passages	39%	37%	38%

II] Une pathologie bénigne

La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie très fréquente ayant un impact fort sur notre système de soins qu'il soit hospitalier ou ambulatoire (6). Il s'agit d'une pathologie majoritairement bénigne, d'après l'HAS, 95% des enfants atteints de bronchiolite peuvent être traités en ambulatoire or presque 20% sont vus aux urgences (1). La mortalité de la bronchiolite, qui est de 0.08% (2/100000 naissances), concerne principalement des enfants ayant une pathologie sous-jacente (cardiopathie, pathologie pulmonaire, déficit immunitaire) (7).

L'information des familles est primordiale, car le traitement est uniquement symptomatique, et que des moyens simples et efficaces à faire au quotidien permettent dans la majorité des cas d'éviter les complications (8) ; et la décision de consulter à l'hôpital est, dans deux cas sur trois, à l'initiative des parents eux-mêmes. Au niveau des médecins, les indications d'hospitalisation pour bronchiolite semblent être bien respectées. Un sur recours aux urgences hospitalières est peut-être lié à un accès direct des patients à ces services sans passer par le médecin de ville (9). Le recours hospitalier devrait rester une décision médicale, reposant sur des indications précises, et ne concerner qu'une minorité d'enfants. La rationalisation des soins repose donc sur le médecin de ville, par son rôle éducatif auprès des familles et par sa connaissance précise des critères de gravité nécessitant l'hospitalisation (1).

III] Mais dont les risques doivent être connus

L'évolution est favorable dans la majorité des cas avec une disparition des signes d'obstruction bronchique en 8 à 10 jours, mais l'éventualité d'une dégradation rapide de l'état de l'enfant impose la vigilance de tous les intervenants (parents, personnes ayant la garde, kinésithérapeute, médecin...), le médecin doit donc s'assurer de la bonne compréhension par les parents des signes de gravité qui doivent les amener à consulter à nouveau.

Le risque de détresse respiratoire grave est plus important chez les enfants de moins de 6 semaines, c'est pourquoi cet âge est un critère hospitalisation, mais la mortalité est quasi nulle. L'oxygénothérapie et la ventilation assistée peuvent s'avérer transitoirement nécessaires chez des nourrissons plus âgés (6).

La déshydratation des nourrissons est le deuxième risque à prendre en compte dans la prise en charge de la bronchiolite. La respiration exclusivement nasale des nourrissons et les troubles digestifs compromettent l'hydratation et peuvent entraîner une perte de poids indiquant une hospitalisation.

IV] La prise en charge de la bronchiolite

- La conférence de consensus ne recommande aucun traitement médicamenteux pour la prise en charge de la bronchiolite. La prise en charge d'une bronchiolite aiguë du nourrisson est essentiellement symptomatique. Les mesures d'ordre général à prendre sont peu abordées dans la littérature. Elles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques mais sont le fruit de l'expérience quotidienne (10).

L'origine virale et les mécanismes physiopathologiques (obstruction mécanique liée majoritairement à des débris cellulaires, hypersécrétion et œdème) expliquent l'absence d'efficacité des traitements.

Les mesures générales de prévention de la transmission et de prévention des complications doivent être expliquées aux parents.

- Malgré le faible niveau de preuve (grade C), la conférence de consensus recommande la kinésithérapie respiratoire, par AFE ou ELPr, pratiquée par des kinésithérapeutes formés, pour aider au désencombrement bronchique des nourrissons atteints de bronchiolite. Le but de la kinésithérapie respiratoire n'est pas de traiter l'étiologie de la maladie, mais est de faciliter le drainage et l'élimination des sécrétions trachéo-bronchiques pour diminuer l'obstruction des voies aériennes. La diminution des résistances aériennes permet de diminuer le travail respiratoire pour éviter l'épuisement du nourrisson (11). Le recours à la kinésithérapie repose sur

l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne. Les modalités des techniques de désencombrement bronchique sont définies par la conférence de consensus de Lyon de 1994 qui contre-indique formellement les techniques de rééducation respiratoire anglo-saxonnes comme le clapping (12). La kinésithérapie respiratoire a été remise en cause en France et à l'étranger (13 ; 14) mais les kinésithérapeutes se sont mobilisés pour démontrer l'intérêt de leur intervention dans la prise en charge de la bronchiolite (15 ; 16 ; 17).

En plus de l'aide au désencombrement bronchique, elle facilite la surveillance de l'évolution clinique du nourrisson, le kinésithérapeute pouvant à tout moment prévenir le médecin en cas de dégradation. Son intérêt clinique doit néanmoins encore être scientifiquement évalué d'après l'EBM (18) La prescription de kinésithérapie n'est pas systématique, elle dépend de l'état clinique de l'enfant.

- La conférence de consensus se préoccupe également de l'organisation des soins. Le problème est celui de l'organisation de la prise en charge d'une épidémie récurrente. La mise en place d'une organisation efficace implique une anticipation des événements et une planification sanitaire cohérente. Celle-ci doit inclure, à l'échelon régional, tous les intervenants du système de soins (médecins libéraux, pédiatres et généralistes, kinésithérapeutes, services d'urgences et d'hospitalisation, PMI, crèches ...).

- En France les recommandations sont anciennes (2000) ; des pédiatres, urgentistes et pneumopédiatres des hôpitaux du Grand-Ouest se sont réunis pour une revue de la littérature récente afin d'évaluer les recommandations de l'HAS (10). Cette étude a montré qu'une actualisation des pratiques était indispensable dans la bronchiolite aiguë du nourrisson car les connaissances ont évolué depuis 2000.

Les recommandations doivent donc évoluer pour être conformes aux données actuelles de la science mais les médecins doivent également se les approprier afin de pouvoir les appliquer à leur pratique quotidienne. Les pratiques inappropriées

dans la prise en charge de la bronchiolite, retrouvées dans différentes études depuis la publication de la conférence de consensus justifient de poursuivre l'effort de sensibilisation aux recommandations pour une amélioration continue des pratiques (19).

V] Les relations médecins-kinésithérapeutes

- Les médecins généralistes ont une ignorance théorique et pratique de la masso-kinésithérapie, ils ont des difficultés à la prescrire de manière éclairée (20). Cela vient principalement de l'absence de formation dans cette discipline au cours de leurs études (21).

Les kinésithérapeutes ressentent ce manque de connaissance des techniques de kinésithérapie respiratoire et reprochent aux médecins généralistes de prescrire des séances pour de simples rhinites sans encombrement bronchique (22).

- Les médecins généralistes et les kinésithérapeutes communiquent peu, malgré l'évolution législative de 2000 (23). Les kinésithérapeutes qualifient leur relation avec les médecins généralistes de cordiale, mais cette relation est parfois jugée comme étant hiérarchique. Le moyen de communication le plus utilisé entre ces professionnels de santé est le patient lui-même ou le téléphone.

L'augmentation de la fréquence des contacts entre professionnels de santé permettrait une meilleure connaissance des domaines de compétences de chacun, ainsi qu'une augmentation des prescriptions dans les domaines éducatifs et préventifs qui sont une part essentielle de la masso-kinésithérapie.

VI] Les difficultés au niveau local

- En Provence-Alpes-Côte d'Azur un réseau de gardes de kinésithérapie respiratoire a été créé en 2004 : le réseau Arbam (Association réseau bronchiolite asthme mucoviscidose). Il regroupe près de 500 kinésithérapeutes pour environ 2000 gardes par saison. L'année dernière il a permis la prise en charge d'environ 5000 nourrissons sur la région PACA (25).

Chaque week-end, environ 40 kinésithérapeutes sont de garde via le réseau Arbam ce qui est faible par rapport au territoire à couvrir (24). Les gardes se font essentiellement dans les grandes villes sur la côte ; l'arrière-pays est souvent laissé pour compte.

Le Pôle Santé des Collines se trouve dans l'arrière-pays d'Antibes. La plupart des gardes de l'Arbam ont lieu sur Nice, Cannes ou Antibes. Les parents ont donc de grandes distances à couvrir pour trouver un kinésithérapeute de garde. Cela pose un réel problème lorsque le nourrisson nécessite 1 à 2 séances par jour en phase d'acmé. Les parents doivent faire de nombreux aller-retours, en tenant toujours compte du rythme de l'enfant et des horaires de ses repas qui conditionnent l'heure de la séance de kinésithérapie respiratoire.

- Ce problème se retrouve aussi pour l'accessibilité aux urgences pédiatriques. Les plus proches du Pôle Santé des Collines sont les urgences du centre hospitalier d'Antibes ou de Grasse. L'offre de soin locale en ambulatoire doit donc être optimale pour éviter aux parents des déplacements inutiles aux urgences si l'état de santé de l'enfant ne le nécessite pas.

Dans tous les cas et encore plus dans les zones où les soins sont moins accessibles, le médecin généraliste doit avoir tous les outils en main pour orienter et aumieux ses patients, il doit savoir quand garder les nourrissons au domicile et les traiter en ambulatoire, quand les adresser au kinésithérapeute pour désencombrement bronchique et surtout savoir déceler les signes de gravité pour orienter les enfants aux urgences quand leur état de santé le nécessite.

- Les problèmes inhérents à la bronchiolite : caractère spectaculaire de la maladie, enfant très jeune, première maladie, contexte épidémique limitant l'accès aux soins, la méconnaissance des recommandations par les médecins généralistes, les difficultés de communication entre professionnels de santé entraînent une saturation des urgences pédiatriques, bien que la plupart des cas ne relèvent pas d'une hospitalisation.

La mise en place en pratique ambulatoire de groupes de travail peut être un levier pour l'amélioration des pratiques. Définir entre professionnels de santé les besoins locaux permet d'optimiser les prises en charge.

Devant ces constats un groupe de professionnels de santé du Pôle Santé des Collines s'est réuni autour du Dr Moreigne pour s'approprier un outil créé par l'HAS dans le but d'optimiser la prise en charge de la bronchiolite.

Notre travail a été d'évaluer l'intérêt de cet outil dans la pratique quotidienne de la bronchiolite des médecins généralistes mais aussi des kinésithérapeutes.

Deuxième Partie : notre étude

I] Matériel et méthode

1) Introduction

Depuis la conférence de consensus de 2000 sur la bronchiolite, les pratiques des médecins généralistes évoluent de plus en plus vers un respect des recommandations de l'HAS. Cependant trop de médicaments inutiles sont encore prescrits, trop de nourrissons sont adressés aux urgences sans réel signe de gravité, trop d'enfants sont envoyés chez le kinésithérapeute sans vrai encombrement bronchique et les médecins ont du mal à trouver le temps pour éduquer les parents sur les mesures générales et les critères d'urgence (26 ; 27 ; 28)

Pour diminuer au maximum les prescriptions inutiles, les médecins généralistes doivent connaître les recommandations et savoir expliquer aux parents le pourquoi de l'abstention thérapeutique. Pour rassurer les familles, il est essentiel qu'ils leur expliquent et leur apprennent les mesures générales et les signes de gravité devant les amener à reconsulter.

La bronchiolite nécessite une prise en charge multi-disciplinaire entre les pédiatres, les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les urgentistes, les professionnels de la petite enfance et les familles. Les professionnels de santé prenant en charge des nourrissons atteints de bronchiolite doivent communiquer entre eux et avec les parents sur l'état clinique de l'enfant et sur son évolution.

Devant ces constats, en 2011, un groupe de professionnels de santé du Pôle de Santé des Collines a voulu se former ensemble pour s'approprier une fiche de suivi créée en 2009 par un comité de pilotage afin de tenter d'améliorer les pratiques pluriprofessionnelles dans la prise en charge de la bronchiolite.

Aidés par le Dr Moreigne, médecin au service de pédiatrie du CH d'Antibes, ils ont commencé à diffuser localement cette fiche de suivi.

Le but de notre travail a été d'évaluer, l'intérêt de cette fiche de suivi dans la prise en charge quotidienne pluriprofessionnelle en ambulatoire d'enfants atteints de bronchiolite et les améliorations que nous pouvons y apporter.

Il ne s'agit pas ici d'étudier l'impact de la conférence de consensus, mais l'aide que peut amener cet outil dans la pratique quotidienne de la bronchiolite des médecins généralistes et des kinésithérapeutes. Il ne s'agit pas non plus de juger les pratiques professionnelles mais de comprendre comment agir pour l'amélioration de la prise en charge d'une maladie à fort impact sur notre système de soin.

2) Type de l'étude

Afin d'évaluer l'intérêt pour les professionnels de santé de disposer d'une fiche de suivi pour la prise en charge de la bronchiolite nous avons réalisé une étude qualitative en entretiens individuels semi-dirigés, avec des questions ouvertes. Nous avons choisi de réaliser cette étude au sein du SantéPôle des Collines qui regroupe les communes de Valbonne, Roquefort Les Pins, Opio, Châteauneuf de Grasse, Le Rouret et Antipolis. Nous avons sélectionné cette zone d'étude car il s'agit de la zone de lancement de la fiche de suivi et qu'elle dépend en partie de l'hôpital d'Antibes où exerce le Dr Moreigne qui est à l'initiative de notre outil.

Lors de notre étude nous avons réalisé des entretiens individuels avec des médecins généralistes et des kinésithérapeutes qui n'avaient jamais utilisé la fiche de suivi. Ces entretiens ont eu lieu en novembre 2015, en pré épidémie ainsi qu'en avril 2016 en post épidémie de bronchiolite dans leurs cabinets respectifs. Ces entretiens étaient enregistrés grâce à un enregistreur vocal Philips ainsi qu'avec le dictaphone du téléphone mobile.

Notre travail a consisté à relever les représentations et les difficultés des professionnels de santé en ambulatoire lorsqu'ils sont confrontés à la bronchiolite et leur ressenti sur les relations interprofessionnelles. Nous leur avons ensuite présenté la fiche de suivi et recueilli leurs premières impressions.

Dans un second temps nous sommes revenus voir les médecins généralistes et les kinésithérapeutes de l'étude à la fin de l'épidémie. Lors de ce second entretien

nous avons demandé aux professionnels de santé les difficultés qu'ils avaient rencontrées lors de cette épidémie et s'ils s'étaient appuyés sur la fiche de suivi pour faire face à ces problèmes. Nous les avons questionnés sur son intérêt pour améliorer les pratiques et les relations avec les parents et les autres intervenants auprès de l'enfant. Enfin nous avons recueilli leurs suggestions pour l'amélioration de l'outil et de leur prise en charge de la bronchiolite.

3) Sélection de la population de l'étude

Nous avons choisi de réaliser cette étude au sein du SantéPôle des Collines. Pour cela nous avons contacté par téléphone tous les médecins généralistes et les kinésithérapeutes pour leur expliquer notre projet. Nous leur avons demandé s'ils connaissaient déjà cette fiche, s'ils l'utilisaient ou s'ils avaient participé à son élaboration. Il n'y avait pas de critère d'inclusion mais nous avons exclu les professionnels de santé qui avaient participé à l'élaboration de cette fiche de suivi ainsi que ceux utilisant déjà cet outil car leur inclusion risquait de créer des biais sur les difficultés rencontrées, sur leur ressenti et sur les relations interprofessionnelles. Sur 35 médecins généralistes contactés, seuls 4 ont accepté de participer à notre étude. Nous avons appelé 44 kinésithérapeutes et 3 nous ont donné leur accord.

Devant ce faible recrutement nous avons décidé d'élargir notre recrutement à Biot qui est une commune limitrophe. 3 médecins généralistes et 1 kinésithérapeute de cette ville ont accepté de nous rencontrer. Nous voulions également inclure un médecin travaillant en crèche pour avoir le ressenti d'un médecin proche des professionnels de la petite enfance. Nous en avons contacté 4 et l'une d'entre eux a été intéressée pour participer à notre étude. En dehors de son activité de médecin de crèche elle exerçait à Villeneuve-Loubet.

Les principales raisons données pour le refus de participer à notre étude étaient différentes pour les kinésithérapeutes et pour les médecins généralistes. Les kinésithérapeutes ont refusé car ils n'avaient pas de pratique de la kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons. Les médecins généralistes ont refusé par manque de temps, par manque de patientèle pédiatrique, par manque d'intérêt.

Dans la population de l'étude nous avions 3 femmes médecins généralistes pour 5 hommes, soit 38%. Ce pourcentage est quasiment équivalent à celui de la population médicale féminine du Pôle (1/3). De la même façon chez les kinésithérapeutes, dans notre étude nous avions 50% de femmes, et elles représentent 55% des kinésithérapeutes du Pôle. La population médicale de notre étude a entre 38 et 62 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans et demi, elle est donc représentative de celle du département qui est de 53,2 ans (29). La population des kinésithérapeutes des Alpes-Maritimes est différente de celle de la France Métropolitaine. En France la moyenne d'âge des kinésithérapeutes hommes installés est de 43 ans et 40 ans pour les femmes. Dans les Alpes Maritimes la population est plus âgée, 40% des kinésithérapeutes ont plus de 50 ans et 20% ont entre 60 et 65 ans (30). La population de notre étude se rapproche plus des moyennes nationales que locales. Les kinésithérapeutes interrogés avaient entre 29 et 53 ans, avec une moyenne d'âge de 40,75 ans.

Deux des médecins généralistes étaient installés depuis très peu de temps (3 et 4 ans), ils exerçaient auparavant comme remplaçants. Les autres médecins étaient installés dans la région depuis 18 à 36 ans. Pour l'un d'entre eux il s'agissait d'une seconde installation. Pour les kinésithérapeutes, la plus jeune était installée depuis seulement 10 mois, les 3 autres étaient installés depuis 10,16 et 20 ans dans la région.

4) Description des guides d'entretiens

Cf Annexes 1 à 3

Notre étude portait sur les difficultés ressenties par les professionnels de santé lors de la prise en charge d'enfant atteint de bronchiolite et sur l'aide apportée par un outil développant les relations pluriprofessionnelles ; nous avons donc développé nos guides d'entretien dans ce sens. Les guides d'entretien pré et post épidémie ainsi que l'entretien avec les familles ont été élaborés en septembre 2015.

Pour cerner les difficultés et les attentes des médecins et des kinésithérapeutes en terme d'amélioration des pratiques dans la bronchiolite nous avons choisi d'axer nos questions sur leur ressenti face à un enfant souffrant de cette pathologie, sur leurs relations avec les autres intervenants et sur leurs propositions pour les aider dans cette prise en charge fréquente au cabinet.

L'entretien pré épidémie, réalisé début novembre, débutait par un questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon des professionnels de santé.

Nous leur demandions leur âge, leur nombre d'années d'installation, leur mode d'exercice (pourcentage de patients pédiatriques, consultation sans ou avec rendez-vous, gestion des urgences).

Nous interrogions les médecins généralistes et les kinésithérapeutes sur leur représentation de la bronchiolite, s'ils se sentaient à l'aise lors de la prise en charge de nourrissons atteints de bronchiolite. Nous leur demandions ensuite les difficultés qu'ils rencontraient lors de ces consultations et la façon dont ils expliquaient la maladie, son évolution et sa prise en charge aux parents. La suite de l'entretien portait sur la connaissance des professionnels de santé des recommandations de l'HAS et sur leurs relations avec les autres acteurs de la prise en charge de la bronchiolite. Nous leur demandions finalement ce qui pourrait les aider dans leur pratique quotidienne de la bronchiolite et quelle aide la fiche de suivi pourrait leur apporter.

Les questions étaient ouvertes et souvent relancées pour faciliter la discussion et l'émergence d'idées différentes.

Lors de ces entretiens nous avons remis aux professionnels de santé les fiches de suivi afin qu'ils puissent s'en servir lors de l'épidémie de bronchiolite mais aussi une fiche à remettre aux parents pour les prévenir de l'objet de notre recherche et obtenir leur accord pour un entretien en post épidémie afin de recueillir leur ressenti de la maladie de leur enfant et leurs impressions sur la fiche de suivi.

Malheureusement aucun des parents des nourrissons atteints de bronchiolite vus par les professionnels de santé de notre étude n'a souhaité donner suite. Nous n'avons

donc pas pu inclure l'impression des parents sur notre outil, ni leur avis sur les améliorations à apporter pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite.

5 mois après ces entretiens au début de l'épidémie de bronchiolite nous sommes retournés interroger les professionnels de santé. Sur les 8 médecins nous n'avons pu revoir que 7 d'entre eux. Une des femmes médecins généralistes était enceinte lors de l'entretien pré épidémie et, suite à une grossesse compliquée elle n'avait pas pu reprendre son activité avant la fin de notre étude. Du côté des kinésithérapeutes l'une des femmes, qui faisait pourtant beaucoup de kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons, avait décidé de ne pas en faire cet hiver là car la pression, la charge de travail étaient trop importantes et elle n'avait pas souhaité que nous nous rencontrions à nouveau, même pour recueillir seulement son avis professionnel sur la fiche de suivi.

Lors de l'entretien post épidémie nous avons demandé aux professionnels de santé s'ils avaient reçu beaucoup d'enfants atteints de bronchiolite cette année et comment ils avaient ressenti cette épidémie par rapport aux précédentes. Nous les avons questionnés sur les éventuels changements qu'ils avaient pu noter dans leur prise en charge de la bronchiolite (au niveau des traitements mis en place, de leur travail interprofessionnel, leur relation avec les parents). Nous nous sommes ensuite penchés sur leur avis sur la fiche de suivi, sur son utilité et ses limites avant de voir avec eux les améliorations que nous pouvions encore apporter à l'outil et aux pratiques professionnelles pour optimiser la prise en charge de cette pathologie respiratoire.

Les entretiens ont été analysés manuellement et grâce au logiciel N'vivo.

II] Les entretiens pré épidémie

Cf Annexes 7 à 18

1) La prise en charge de la bronchiolite

1.1 Les traitements médicamenteux

Les médecins généralistes vus en entretien ont globalement eu une prise en charge conforme aux recommandations de l'HAS. Ils admettaient ne pas connaître avec précision les recommandations mais ils en connaissaient les points principaux. Aucun des médecins généralistes n'a prescrit d'examen complémentaire, pour tous le diagnostic était uniquement clinique. Ils prescrivaient peu de traitement, car ils étaient conscients « *qu'il n'y a pas de médicament spécifique, qu'on traite, qu'on ne traite pas, ça ne change rien* ».

- Dans les traitements non recommandés : les médecins ne prescrivaient pas d'antitussif, de mucolytique, de traitement anti-reflux ni d'antiviraux. Ils étaient plus ambivalents concernant les bronchodilatateurs. Un des médecins interrogés prescrivait de la Ventoline, pas de façon systématique mais régulièrement ; un autre ne la mettait dans la bronchiolite que pour un effet placebo, pour rassurer les parents et leur donner l'impression de faire quelque chose « *Alors parfois ce que je fais, je leur propose de faire un petit peu de Ventoline au babyhaler, ils ont l'impression de faire quelque chose, ce qui n'est pas validé je crois mais ils ont l'impression de faire quelque chose. Moi c'est pour l'effet placebo quoi, je préfère ça plutôt qu'il y ait 200 personnes à Lerval la veille de Noël* ». Malgré ce faible pourcentage de prescriptions de bronchodilatateurs, les kinésithérapeutes avaient l'impression de voir de nombreux nourrissons sous Ventoline. Les kinésithérapeutes les plus à l'aise dans la prise en charge de la bronchiolite proposaient aux parents de les arrêter lors d'un premier épisode en leur expliquant pourquoi cette thérapeutique est inefficace : « *je reviens sur les bronchodilatateurs, moi ça m'est souvent arrivé de les arrêter de moi-même en expliquant aux parents que ça n'avait pas d'intérêt* ».

Spontanément les médecins généralistes évoquaient le diagnostic d'asthme du nourrisson après un 3^{ème} épisode de bronchiolite et proposaient un traitement par bronchodilatateurs inhalés de longue durée d'action dans ce cas.

- Concernant les corticoïdes inhalés un des médecins les introduisait volontiers dans la bronchiolite après avoir pris l'avis des pédiatres, principalement chez les nourrissons ayant des antécédents personnels ou familiaux d'atopie. Un autre médecin était demandeur de rappel concernant leur utilisation dans la bronchiolite. Un seul médecin prescrivait les corticoïdes en cure courte lors de la bronchiolite. Le médecin qui introduisait le plus de traitements non recommandés était pourtant le médecin qui, lors de l'entretien, disait prescrire très peu de traitement médicamenteux et ne se laissait pas influencer par les demandes des parents.
- La non prescription des antibiotiques en systématique dans la bronchiolite était bien entrée dans les pratiques que ce soit du côté des médecins ou de celui des parents. Les médecins ne prescrivaient pas d'antibiotique si le nourrisson ne présentait pas de signe de surinfection. Les médecins de notre étude, ne rapportaient pas de demande d'antibiothérapie de la part des parents. Ils ont bien compris les différences entre infection virale et bactérienne et que les antibiotiques ne sont pas automatiques : « *les antibiotiques ne sont pas plus efficaces, que ça ne sert strictement à rien parce que l'antibiotique ça ne va pas empêcher la toux, ça ne va pas empêcher l'évolution, voilà et que même si on donne un antibiotique, si ça doit durer un mois ça durera un mois* », « *J'ai une patientèle qui adhère bien aux soins en général* ».
- Tous les médecins étaient d'accord pour prescrire des antipyrrétiques et parlaient spontanément de l'importance de la désobstruction rhinopharyngée.

1.2 Les mesures générales

• La majorité des médecins lors de l'entretien a insisté sur l'importance de l'éducation thérapeutique avec les parents. 3 d'entre eux ont juste évoqué les mesures d'hygiène de la rhinopharyngite sans détailler en quoi elles pouvaient consister. Les autres médecins généralistes ont évoqué les différents aspects de cette éducation thérapeutique :

- La prévention en limitant l'exposition au tabagisme passif, en évitant les produits alimentaires industriels : «*Je vais beaucoup leur parler de prévention, moi je vais beaucoup leur parler tabac en fait, moi je pense qu'on néglige beaucoup ça, le tabagisme passif* ».
- La limitation de la transmission du virus avec l'évitement de la crèche en cas de fièvre, en limitant les contacts rapprochés et intimes avec la fratrie, la désinfection des jouets, des surfaces et des tétines : «*Il faut faire attention et puis voilà, éviter de le mettre en crèche, ça c'est clair vu que maintenant en crèche avec 38°, les enfants sont pris et c'est un vrai souci* », «*ils ont encore besoin d'éducation en ce qui concerne les règles d'hygiène, ça c'est vraiment encore n'importe quoi, ils sont enrhumés, ils embrassent leur bébé partout sur la bouche, ils se mouchent en le tenant dans les bras et après ils s'étonnent que l'enfant soit encombré, qu'il ait de la fièvre...* ».
- Les mesures générales pour éviter l'aggravation de la bronchiolite avec la DRP, le couchage en proclive incliné, le fractionnement de l'alimentation, l'humidification de l'air, maintenir une bonne hydratation du nourrisson.
- Les explications concernant les viroses, le fait qu'il n'y ait pas de traitement étiologique et qu'il faille être patient en attendant l'évolution naturelle de la maladie : «*on leur dit vous comprenez votre bébé il a un virus, le virus a irrité la bronche, la bronche a sécrété un peu d'eau et votre bébé si il tousse et ronronne c'est qu'il a trop d'eau dans les poumons, ce n'est pas des microbes* »

- Les conseils de surveillance sur les signes de gravité qui devraient les amener à reconsulter soit : des difficultés importantes de l'alimentation, une augmentation de la fréquence respiratoire, des battements des ailes du nez.

- Les kinésithérapeutes étaient également très impliqués dans les conseils pour la prévention de la transmission de la bronchiolite, pour apprendre la DRP aux parents, pour leur montrer les bons gestes s'ils sont en difficulté, pour l'éducation sur les mesures générales : « *c'est très, très important de s'occuper aussi du nez pour ne pas que ça s'aggrave, voilà. Et j'informe aussi les mamans, je leur montre comment faire aussi parce qu'il y a des parents qui ne le font pas assez énergiquement* », « *surtout je trouve qu'on a un rôle important auprès des parents, dans la prévention, l'installation au lit, l'aération de la chambre des trucs comme ça* ». Pour eux les parents étaient déjà bien informés sur les conduites à tenir, que ce soit par les médecins généralistes ou par les médias, et ils considéraient que leur rôle était autant de désencombrer l'enfant que de le prendre en charge dans sa globalité. La prévention, l'éducation et la surveillance étaient essentielles pour les kinésithérapeutes dans leur prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite.

2) La kinésithérapie respiratoire en pratique

Les médecins de notre échantillon avaient un avis mitigé sur la kinésithérapie respiratoire.

- L'un d'entre eux prescrivait peu de kinésithérapie dans la bronchiolite : « *Parfois je prescris de la kiné mais je n'y crois pas beaucoup* ». Il pensait que les kinésithérapeutes étaient peu disponibles pour les nourrissons : « *les kinés ils ne sont pas très demandeurs de ce genre d'acte, premièrement parce que c'est très mal rémunéré et puis c'est souvent un acte d'urgence alors qu'ils ont déjà des rendez-vous* ». Pour lui les parents ne recevaient pas un bon accueil de la part des kinésithérapeutes. Un autre de ses confrères savait que la kinésithérapie respiratoire n'était pas obligatoire dans la prise en charge de la bronchiolite. Lorsqu'il la prescrivait c'était principalement pour rassurer les parents mais il ne se sentait pas à

l'aise avec cette prescription : « *quand même il est maltraité l'enfant. Je veux dire c'est dur pour l'enfant, pour les tout-petits* ».

- Tous les autres médecins étaient convaincus de l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite. Ils savaient que la kinésithérapie ne traite pas l'étiologie de la maladie et ne raccourt pas la durée des symptômes mais, selon leur expérience elle était utile dans la prise en charge des enfants : « *maintenant on a l'impression quand même qu'il y a une amélioration transitoire après les séances de kiné qui permet à tout le monde de souffler un peu que ce soit au bébé ou aux parents* »

Pour la majorité des médecins interrogés dans notre étude, la kinésithérapie était encore le maître mot de la prise en charge de la bronchiolite en cas d'encombrement bronchique important. Elle permettait un soulagement temporaire en attendant l'évolution naturelle de la maladie vers l'amélioration. Elle permettait également une surveillance quotidienne des nourrissons et donnait aux parents un interlocuteur privilégié : « *Le kiné l'avantage c'est qu'il le voit tous les jours et il peut nous alerter s'il y a un souci, donc c'est une surveillance* ». Pour nos médecins, le meilleur indicateur de l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire était qu'ils ne revoyaient pas les enfants après, preuve que le traitement avait été bien fait.

Les kinésithérapeutes rencontrés lors de notre étude étaient convaincus des bienfaits et de l'amélioration qu'ils apportaient aux nourrissons atteints de bronchiolite. Pour eux, peu de soins étaient aussi efficaces que la kinésithérapie respiratoire. En seulement 10 minutes de soin une amélioration clinique des enfants serait constatée par les professionnels de santé et par les parents. Ils étaient conscients des réticences que les médecins généralistes ont à l'égard de cette thérapie mais : « *une séance de kinésithérapie respiratoire chez un nourrisson de 3 mois sera toujours moins traumatisante qu'une antibiothérapie inutile de 6 jours* ».

- Des difficultés avec les kinésithérapeutes étaient relevées par les médecins généralistes, comme leur manque de formation et de disponibilité. Leur but

n'était pas de se décharger du stress que représentait un nourrisson atteint de bronchiolite sur les kinésithérapeutes mais d'apporter un soulagement à l'enfant. Pour cela les médecins préféraient adresser les nourrissons à des kinésithérapeutes qu'ils connaissaient et qu'ils savaient formés spécifiquement aux techniques de rééducation respiratoire : « *on en a moins, on en a moins. Il y a 2 ou 3 kinés avec qui on travaille quand même, mais on en avait plus avant et il y en avait même qui faisait un système de SOS bronchiolite, mais il n'y en a plus* ». Selon eux de moins en moins de kinésithérapeutes s'intéressent et se forment à ces techniques. Les kinésithérapeutes que nous avons vus avaient tous eu une formation initiale lors de leurs études. 2 d'entre eux avaient ensuite fait une formation complémentaire, une s'était formée avec son père très investi dans ces soins. Tous s'appuyaient sur leur expérience et leur pratique régulière de ces gestes : « *c'est surtout c'est une pratique où il faut être régulier. Alors, pour moi c'est le genre de pratique où contrairement à d'autres soins soit tu en fais soit tu n'en fais pas. Tu ne peux pas te permettre de dire [...] cette fois-ci je vous dépanne et n'en faire qu'une dans l'année. Il faut garder le geste, il faut garder l'écoute du stétho, [...] nous ici je dois en voir 30 par an, 40 par an, un truc comme ça, donc bon, c'est devenu presque répétitif et il y a une aisance qui vient avec* ».

Les médecins trouvaient aussi que les kinésithérapeutes étaient peu disponibles et peu demandeurs de ces gestes qu'ils estimeraient trop chronophages : « *Il y a peu de kiné qui sont disponibles le week-end parce que le kiné qui fait ça, faut qu'il sache le faire et qu'il soit disponible aussi, sinon ça n'a pas de sens* ». Mis à part un seul des kinésithérapeutes qui travaillait en binôme avec son associé, les 3 autres étaient les seuls référents de leur cabinet pour la kinésithérapie respiratoire. Pour tous, les enfants atteints de bronchiolite étaient prioritaires aux autres patients : « *donc je les prends le plus vite possible, je préfère annuler un rendez-vous pour quelqu'un qui a mal au dos et je prends la bronchiolite* ». Un seul d'entre eux n'assurait pas la continuité des soins le week-end car il se trouvait trop âgé pour tenir le rythme sur toute la saison. Les 3 autres, lorsqu'ils commençaient une prise en charge en semaine, la poursuivaient sur le week-end si nécessaire.

Aucun n'appartenant à un réseau, lors du pic de l'épidémie de bronchiolite ils pouvaient donc être sollicités tous les week-ends et jours fériés. Ils ne souhaitaient

pas adresser les nourrissons qu'ils avaient vus en semaine au réseau pour le dimanche car ils savaient que cela entraînerait un déplacement des parents sur Nice ou Antibes et donc des difficultés pour les familles avec un risque d'interruption des soins. Or tous s'accordaient à penser que l'efficacité des soins de kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons repose sur la régularité des séances. C'est la raison pour laquelle ils se rendaient aussi disponibles.

- Nos 4 kinésithérapeutes ont spontanément parlé de la polémique à propos de la kinésithérapie qui serait traumatisante pour les nourrissons. Pour eux la rééducation respiratoire n'est ni traumatisante ni douloureuse pour les enfants : « *les parents se rendent compte qu'en fait ça ne fait pas mal à l'enfant. Après ils se rendent compte le soir même que déjà, ça a dégagé l'enfant* ». Pour rassurer les parents et casser le mythe du kinésithérapeute maltraitant, souvent propagé par les médecins généralistes selon eux, les kinésithérapeutes prenaient beaucoup de temps pour discuter avec les parents, pour leur expliquer les gestes, la séance et les bénéfices attendus : « *il y a peut-être ce côté-là à développer, ce côté de se dire que ça ne fait pas mal, peut-être par les médecins* ». Pour eux le contact avec l'enfant et la communication avec les parents étaient des piliers indispensables pour que la séance se déroule correctement et soit bénéfique.

3) Les difficultés des professionnels de santé

- L'impuissance des médecins à peser sur le cours des choses était leur principale difficulté. Cette angoisse était aggravée par l'âge du nourrisson. Plus ils étaient jeunes, moins les médecins étaient à l'aise pour les prendre en charge. La moitié des médecins de notre échantillon dirigeaient les enfants de moins de 3 mois directement vers les urgences, car ils estimaient que la prise en charge en ambulatoire n'était pas adaptée à cet âge. Les critères de gravité nécessitant une hospitalisation n'étaient pas abordés par les médecins et les kinésithérapeutes. Ils se basaient sur leur expérience, sur l'état clinique de l'enfant, sur son âge mais aussi sur l'inquiétude des parents sans critère précis : « *et si je vois que l'enfant se fatigue* »,

mange moins bien, je n'hésite pas à l'adresser aux urgences », « ton bébé tu le vois et s'il est inquiétant tu le sais et tu l'envoies sans te poser de question », « Pour moi la kiné respi, c'est très physique, sur les petits tu les vois les signes de tirage [...]. Je veux dire, typiquement le gosse, tu ne vois pas s'il est à 98 ou 94% et ça ne change pas grand-chose pour la kiné, mais tu arrives à voir s'il est à 80 », « les parents sont affolés, soit l'enfant n'est pas bien, dyspnéique, il peut être cyanosé, il est déshydraté, jeune, on a la trouille un petit peu et on l'hospitalise ».

- Lorsque les médecins jugeaient que l'état de l'enfant, tout en étant préoccupant, ne nécessitait pas d'hospitalisation ils n'hésitaient pas à le revoir régulièrement afin d'évaluer au mieux la conduite à tenir : « *on les revoit le matin, on les revoit le soir, on les revoit le lendemain* », « *le fait d'être disponible et d'être joignable dans la semaine ça peut bien les rassurer, même de faire le point par téléphone* ».

Des consignes de surveillance étaient données aux parents, elles étaient principalement de surveiller la respiration, l'alimentation et l'hydratation des nourrissons. Aucun ne donnait de critère précis de surveillance qui entraînerait une consultation systématique aux urgences. La prise en charge d'enfants avec une bronchiolite en fin de semaine et principalement le vendredi était une source de difficulté supplémentaire pour les médecins et pour les kinésithérapeutes : « *si je dis oui à un patient le vendredi, bah je sais que c'est pour ma pomme* ». Le suivi durant les week-ends était tout de suite plus compliqué dans cette zone éloignée des réseaux de bronchiolite : « *c'est un peu compliqué des fois d'orienter vers des gens [...] souvent ceux qui sont là 24/24 c'est souvent sur Nice donc ça va servir une fois mais pas pour tous les jours* ».

- L'autre source d'inquiétude des professionnels de santé et également selon eux des parents, concernait les récidives de la bronchiolite et le spectre de l'asthme du nourrisson : « *Ce qui inquiète les parents c'est que s'il a plusieurs bronchiolites ça va devenir de l'asthme, ce n'est pas la bronchiolite en soit* ». Le bon diagnostic de la bronchiolite est donc primordial pour éviter un sur-diagnostic de l'asthme du nourrisson et donc l'introduction de traitements non indispensables au long cours. Cependant les 4 kinésithérapeutes interrogés nous ont dit prendre

régulièrement en charge, sur prescription médicale, des nourrissons envoyés pour bronchiolite mais qui n'avaient en fait qu'un encombrement ORL :

« donc le docteur dit il a une bronchiolite, allez voir le kiné mais déjà ce n'est pas vrai et le problème c'est que ça va être étiqueté bronchiolite et qu'après 3 bronchiolites c'est étiqueté asthme du nourrisson ! Alors que c'était juste un nez pris qui est tombé sur les bronches mais les médecins prennent souvent le raccourci ». Les kinésithérapeutes se retrouvaient démunis face à cette situation. Le stress des parents, à qui les médecins avaient parlés de bronchiolite, les obligaient à prendre en charge l'enfant et à faire une séance de rééducation respiratoire qu'ils jugeaient inutile : « souvent je fais une mini séance, où je fais un peu semblant ».

- Les kinésithérapeutes et quelques médecins de l'étude déploraient le manque d'information à propos des viroses hivernales de la part des médias et des instances de santé. Ils demandaient plus d'explications sur ce qu'est un virus, une rhinopharyngite, comment prévenir l'infection et les gestes à réaliser pour améliorer l'état clinique de l'enfant sans forcément devoir consulter le médecin généraliste déjà surchargé en période hivernale : « Aux infos à midi, il faudrait dire ce qu'est la rhinopharyngite ». Les kinésithérapeutes avaient, en plus de cette difficulté face à l'information, à faire face à la désinformation sur la rééducation respiratoire. Ils étaient sûrs de leurs gestes et des bienfaits qu'ils apportent aux enfants mais attendaient une clarification sur la place de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite pour assurer leur légitimité face aux parents et aux médecins généralistes : « un consensus un peu plus large pour les techniques, parce que là on s'arrache un peu les cheveux »

- Les kinésithérapeutes étaient mis en difficulté par le faible nombre de praticiens locaux engagés dans la rééducation respiratoire des nourrissons : « clairement on n'est pas assez nombreux par ici ». Le faible pourcentage de kinésithérapeutes prenant en charge des bronchiolites entraînait une saturation de leur cabinet et de leurs week-ends ainsi que des difficultés à orienter le nourrisson vers un confrère lorsque le soin était impossible à réaliser pour eux : « c'est un peu compliqué des fois d'orienter vers des gens où tu sais qu'ils le font mais tu sais qu'ils ne le font pas forcément de la bonne façon ».

4) Les facilités des professionnels de santé

Bien que nous ayons recensé de nombreuses difficultés, les médecins et les kinésithérapeutes ne considéraient pas la bronchiolite comme une pathologie difficile.

Leur expérience, leur maîtrise des gestes et le fait que la bronchiolite soit une pathologie majoritairement bénigne les aidaient à se sentir à l'aise et en confiance dans la prise en charge de nourrissons ayant une dyspnée sifflante.

- Pour les médecins généralistes, le fait qu'il n'y ait pas de traitement, que l'évolution naturelle de la maladie soit favorable sans médicament, facilitait la prise en charge des nourrissons. Pour eux, bien souvent dans leur patientèle, les parents étaient éduqués et confiants. Après avoir donné des explications sur la bronchiolite et sa physiopathologie ils comprenaient et acceptaient l'absence de traitement. Le travail avec les pédiatres et le bon suivi effectué par les kinésithérapeutes étaient les autres aspects qui aidaient les médecins généralistes à prendre en charge les nourrissons atteints de bronchiolite en ambulatoire.

- Les kinésithérapeutes affirmaient qu'ils pouvaient compter sur les médecins généralistes pour revoir l'enfant et le réévaluer si son état de santé le nécessitait. Le fait de connaître les généralistes de leur secteur et de les savoir disponibles s'ils avaient un doute sur l'évolution du nourrisson, les rassuraient et les sécurisaient. Pour eux la séance de rééducation respiratoire, une fois les parents rassurés par les explications sur la séance et les conseils à reproduire au domicile, n'était pas compliquée à réaliser et leurs gestes étaient bien maîtrisés.

5) Les améliorations à apporter à la prise en charge de la bronchiolite

Trois des médecins généralistes interrogés n'étaient pas demandeurs d'aide pour la prise en charge de nourrissons, ils n'éprouvaient pas suffisamment de difficulté dans la pratique de cette pathologie pour nécessiter une aide. Ils n'avaient donc pas d'idée pour améliorer les pratiques.

- Trois médecins étaient au contraire intéressés par l'idée d'une réunion d'information pré épidémie, comme celle qui avait déjà eu lieu avec le Dr Moreigne, afin de pouvoir faire le point régulièrement sur les conduites à tenir dans la bronchiolite et être au courant de l'évolution des pratiques concernant les traitements médicamenteux : « *j'aurai besoin peut être de refaire une petite réunion de mise au point* », « *cette réunion qu'on a eue avec Michel Moreigne il y a 2 ou 3 ans, nous a fait du bien aussi, donc il faut aussi qu'on soit formés* ». Les kinésithérapeutes étaient également demandeurs d'une actualisation du consensus sur la rééducation respiratoire et de plus de formations théoriques sur la bronchiolite.

- Un des médecins interrogés au cours de notre étude avait pour projet de monter une maison de santé dans son village. Il était en discussion avec les kinésithérapeutes pour élaborer une stratégie de prise en charge pour les enfants nécessitant une rééducation respiratoire. Il faisait pourtant partie des médecins sceptiques quant à l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite. Malgré ses doutes, cette collaboration lui paraissait importante et elle était une part importante des discussions entre lui et les kinésithérapeutes pour améliorer les prises en charge. Un des kinésithérapeutes hésitait à s'engager dans le réseau Arbam, l'idée de travailler en réseau l'intéressait fortement mais il s'interrogeait sur ses capacités à tenir le rythme des gardes de week-ends en plus de son activité : « *c'est tellement surchargé question travail que j'arrive à un stade où c'était peut-être même ma dernière saison, [...] à un moment il faut lever le pied quoi, et aujourd'hui la structure elle n'est pas faite pour lever le pied* ».

- Les kinésithérapeutes souhaitaient également avoir des solutions face à ce qu'ils appelaient « *les bronchiolites dentaires* ». Ils n'avaient pas de conduite à tenir bien définie lorsque pour eux l'enfant ne nécessitait pas de séances de kinésithérapie respiratoire, pourtant prescrites par le médecin. Ils n'ont pas encore émis d'éléments de réponse pour trouver en quoi pourrait consister cette solution.

- Comme nous l'avons vu précédemment les médecins et les kinésithérapeutes aimeraient avoir un soutien des instances de santé et des médias. Les supports papier informant les parents sur la bronchiolite sont reconnus comme étant efficaces mais les professionnels de santé pensaient que les choses pouvaient encore évoluer et s'améliorer sur ce point. Ils souhaitaient une prise de conscience collective sur le fait qu'une rhinorrhée ou un encombrement nasal ne nécessitent pas forcément de consultation médicale en l'absence de signe associé : « *Je pense que c'est vraiment des messages qu'il faudrait réitérer, je crois à un niveau important, pour faire comprendre que le rhume ce n'est pas grave, on n'est pas obligé d'aller systématiquement chez le médecin* ». Un des kinésithérapeutes suggérait que les instances de santé pourraient s'impliquer dans un système permettant de désengorger les cabinets prenant en charge des nourrissons atteints de bronchiolite : « *c'est peut-être là où on a besoin d'aide, de moyens, d'essayer de trouver une façon de pouvoir peut-être créer l'hiver des créneaux spécifiques, des créneaux qui nous seraient rémunérés même si il n'y a pas d'enfant, ce qui permettrait de les caser parce que c'est compliquer de caser, il faut que les parents puissent, il faut que ce soit 1h30 à 2h après le repas, voilà, c'est contraignant comme soin* ».

6) Réactions devant l'outil

- La première réaction de la majorité des professionnels de santé face à la fiche de suivi a été de l'inquiétude devant la quantité d'information. Tout de suite ils se sont interrogés sur l'intérêt de délivrer autant d'informations précises, qui pouvaient être anxiogènes, aux parents : « *Je ne me vois pas donner la feuille entière aux parents, il y a des choses trop détaillées qu'ils n'ont pas besoin de*

savoir ». Pour eux, la partie rappelant les recommandations de prise en charge de l'HAS était trop détaillée et inadaptée pour des parents stressés par la pathologie de leur enfant : « *pour moi il faut 2 outils, il faut 2 fiches, parce qu'en fait le parent il va lire ça et il va se dire, ouch, il va paniquer complètement* ». Ils saluaient la transparence mais les familles n'avaient pas besoin de tout savoir.

Un seul des médecins a trouvé intéressant que les parents aient accès à cette partie de la fiche, en estimant que cela pouvait être une aide lorsque les parents sont démunis le week-end et qu'ils s'interrogent sur la nécessité de consulter, d'aller aux urgences ou d'attendre le lundi pour revoir leur médecin généraliste ou leur pédiatre.

- Les médecins généralistes, comme les kinésithérapeutes trouvaient que la fiche de suivi proprement dite comportait trop de « cases » à remplir, dont certaines qui leurs paraissaient inutiles : « *mais vu mon expérience de ce genre de fiche s'il y a trop de cases, ça n'est pas rempli, il faut épurer* ». En effet peu de médecins généralistes en ambulatoire sont équipés d'une oxymétrie de pouls adaptée aux enfants, et aucun kinésithérapeute. Pour la surveillance du poids de l'enfant, les kinésithérapeutes se basaient sur ce que les parents leur disaient car ils n'avaient pas de balance pédiatrique. Le fait qu'il y ait autant de cases concernant l'examen clinique inquiétait les professionnels de santé qui avaient peur de devoir passer beaucoup de temps à les remplir. Les professionnels de santé se sont inquiétés de ce qu'ils nomment « *un surcroit de paperasse* ». Les médecins avaient déjà le dossier médical à remplir sur l'ordinateur, le carnet de santé et n'avaient pas le temps de tout renseigner sur un troisième support.

- Un des kinésithérapeutes remarquait, qu'une fois le premier bilan effectué par le médecin prescripteur, il ne leur restait que 4 colonnes de bilan alors qu'ils réalisaient la plupart du temps au moins 6 séances de kinésithérapie. Il trouvait aussi que toutes les données de l'examen clinique n'étaient pas forcément pertinentes pour le kinésithérapeute. Il le regrettait, mais s'interrogeait sur l'intérêt de séparer le médical du paramédical.

- Après leurs premières impressions plutôt négatives, les professionnels de santé ont regardé la fiche plus attentivement et tous ont salué la clarté du tableau résumant les messages clés. Pour eux, et principalement pour les médecins, ce tableau était un bon rappel des recommandations, facilement lisible et représentait un soutien pour avoir plus de poids dans la prise en charge des enfants atteints de bronchiolite : « *ça n'a pas l'air trop compliqué et ça a l'air plutôt bien fait, je trouve que ton code couleur il est clair* ». Il permettait d'avoir des arguments face à des parents inquiets et demandeurs de traitement pour justifier la non prescription. Les messages clés comprenaient les conseils sur les mesures générales et constituaient des rappels écrits pour les parents qui ne peuvent pas enregistrer toutes les consignes lors de la consultation : « *ils peuvent voir s'ils peuvent le garder jusqu'au lundi par exemple, ça peut être intéressant ouais, les parents peuvent être un peu démunis le week-end* ».

- Les professionnels de santé ont tout de suite vu l'intérêt de cet outil dans le suivi du nourrisson. Grâce au 1^{er} bilan, le kinésithérapeute pouvait voir les prescriptions et l'examen clinique du médecin : « *donc moi je vois ce que le médecin a mis, c'est bien ça* », « *typiquement c'est le lien avec les médecins, c'est le lien, c'est une charte de qualité* ».

Cette fiche permettait d'évaluer, par chaque professionnel, l'état clinique de l'enfant par rapport à la dernière prise en charge : « *C'est toujours intéressant de savoir comment il évolue* ». Pour un des kinésithérapeutes, ce lien entre professionnels de santé était primordial car il permettait un retour sur l'intervention de chaque professionnel en responsabilisant chacun dans ses soins.

Le lien entre les professionnels de santé pouvait se faire dans les 2 sens. Les kinésithérapeutes connaissaient ainsi le parcours médical et la démarche du médecin. Ils appréciaient également d'avoir un lien objectif, sans passer par les parents, avec les médecins prescripteurs pour éviter de voir plusieurs fois des enfants avec des encombrements hauts : « *oui ça peut être intéressant. Et puis comme on disait tout à l'heure ça peut être utile lors des bronchiolites dentaires pour éviter que le médecin nous le renvoie 3 fois de suite pour des séances de kiné dont*

l'enfant n'a pas besoin ; ça peut avoir plus de poids que juste ce que disent les parents avec leur inquiétude ».

- Pour les kinésithérapeutes, la diffusion de cette fiche, en faisant remonter l'information, permettrait de cibler la place de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite, de hiérarchiser les soins et d'enlever la suspicion des médias envers la rééducation respiratoire.

Cet outil leur paraissait donc être un bon support, plus adapté que le carnet de santé qui pouvait aider les professionnels de santé comme les parents à mieux communiquer. Il objective les prises en charge de chacun mais nécessiterait un message plus simple.

III] Les entretiens post épidémie

Cf Annexes 19 à 28

1) Le ressenti de cette épidémie

- Pour tous les professionnels de santé cette épidémie n'a pas été difficile à gérer car de très faible ampleur. 3 des 7 médecins généralistes n'avaient pas vu de bronchiolite lors de cet hiver. Les kinésithérapeutes et les autres médecins disaient avoir pris en charge moins de bronchiolites que les autres années : « *j'en ai vu quelques-unes mais beaucoup moins que les autres années, j'en ai même vu très peu en fait, 3 ou 4 je crois, rien à voir avec les autres années en tout cas* ». Par contre pour tous, dans le même temps, il y a eu une augmentation du nombre de grippes et de syndromes grippaux : « *je ne sais pas si la grippe chasse le VRS mais je n'ai pas vu de bronchiolite cet hiver. Les grippes par contre j'en ai vues énormément* ».

Pour tous, la prise en charge a été facilitée par le moindre nombre d'enfants atteints de bronchiolite vus en consultation.

- Les professionnels de santé qui ont pris en charge des bronchiolites rapportent plutôt des enfants peu inquiétants, avec de petites bronchiolites bénignes, n'entraînant pas de difficulté de traitement. Bien que pour les parents ces signes respiratoires soient synonymes de détresse et d'angoisse, ces bronchiolites étaient des cas simples, leur prise en charge facile, ne nécessitait pas de traitement médical, mais uniquement des soins maternels : « *je n'ai pas de ressenti particulier, je n'ai pas eu de souci, la prise en charge a été facile pour ces enfants* ».

- Les kinésithérapeutes rapportaient de nombreux problèmes d'orientation avec des diagnostics de bronchiolite posés chez des enfants, qui effectivement avaient une toux importante, étaient dyspnéiques, mais qui avaient principalement un encombrement ORL : « *j'en ai vraiment marre des prises ORL qu'on nous envoie alors qu'il n'y a rien à drainer, les parents appellent comme si c'était des urgences, on décale les rendez-vous et au final on a rien à faire* », « *mais il y a quand même un petit problème d'orientation quoi. Une fois qu'on l'a bien lavé, qu'on a éduqué les parents, si ça ne siffle pas bah voilà quoi, ça ne sert à rien qu'on le revoit l'enfant* ». Ils le faisaient tout de même s'ils estimaient que les parents étaient stressés et en difficulté. Instaurer ce suivi permettait de rassurer les parents et de leur montrer les gestes jusqu'à ce qu'ils soient correctement maîtrisés. Bien que cela leur prenne du temps, ils pouvaient se permettre d'effectuer cette prise en charge ORL sans séance de drainage pulmonaire, car depuis, la DRP peut être cotée comme un geste para-médical.

- Un des kinésithérapeutes rapportait également des difficultés avec les médecins par manque de communication. Il recevait parfois des enfants adressés en urgence par le médecin et retrouvait une vraie différence entre son examen clinique et l'urgence décrite : « *quand j'écoute en fait je n'entends pas le stress que m'a décrit le médecin donc des fois c'est bien de pouvoir se dire pourquoi est ce qu'il y a 3h il sifflait comme un malade et moi quand j'écoute je n'ai rien, donc ça, ça peut être intéressant comme communication* ». Le téléphone n'était pas suffisant pour

communiquer de façon fiable et efficace sur l'état de santé des nourrissons entre professionnels de santé.

- Les professionnels de santé n'avaient pas noté de changement dans leur pratique pour le traitement des enfants atteints de bronchiolite lors de cette épidémie : « *c'est une prise en charge assez standardisée que je faisais déjà. Pas de traitement médicamenteux, les conseils de surveillance et d'hygiène, et puis la kiné* ». Ils considéraient la bronchiolite comme étant standardisée et que l'absence de traitement médicamenteux était bien rentrée dans les mœurs des soignants et des familles. Cela ne leur occasionnait donc pas de difficulté.

2) Utilisation de l'outil

2.1. Par les médecins généralistes

Les médecins généralistes de notre étude avaient très peu utilisé la fiche de suivi que nous leur avions remise. Bien évidemment les 3 médecins qui n'avaient pas vu d'enfant avec une bronchiolite n'ont pas pu l'utiliser. Un des médecins n'avait pas donné la fiche aux parents car pour lui il s'agissait de bronchiolites très simples, avec des enfants peu encombrés et ne nécessitant pas de kinésithérapie respiratoire. Il n'avait donc pas jugé opportun de remettre la fiche de suivi, mais avait expliqué aux parents la prise en charge avec le tableau de synthèse :

« *Ça aide à expliquer pourquoi est ce qu'on ne fait rien [...]. Tout ce qui bénéficie d'un support écrit a je pense, une certaine légitimité et donne l'impression d'un consensus* »

Un autre médecin n'avait pas rempli la fiche de suivi pour 2 raisons : les enfants nécessitaient des séances de kinésithérapie respiratoire mais, étant persuadé de l'évolution favorable de ces bronchiolites il avait jugé qu'une fiche de liaison n'était pas utile : « *c'était vraiment des toutes petites bronchiolites bénignes [...] pour moi il n'y a pas besoin de plus, en tout cas pas forcément besoin d'une fiche en plus pour le suivi, les kinés ils savent ce que c'est la bronchiolite* ». Il a de

même estimé que remplir la fiche était trop chronophage pour une pathologie finalement bénigne : « *reprendre tout le questionnaire c'est trop de boulot* ».

On retrouvait la même raison de la part du 6^{ème} médecin. Il avait eu une réunion quelque jours auparavant avec le Dr Moreigne qui incitait les médecins à utiliser cette fiche de suivi pour la prise en charge de la bronchiolite. Mais il a exprimé qu'avoir *un « papier libre, qui traîne, que l'on perd, qu'on ne retrouve pas lorsqu'on a en a besoin* », pour une pathologie aiguë, bénigne n'était pas adapté à une prise en charge en ambulatoire.

Le dernier médecin avait remis la fiche une fois, à des parents dont l'enfant était en récidive de bronchiolite et qui avait très régulièrement des séances de rééducation respiratoire. Les parents de cette enfant avaient apprécié ce lien et ce suivi entre le médecin prescripteur et le kinésithérapeute. Notre médecin était persuadé qu'en cas de nouvelle bronchiolite, ils seraient demandeurs pour avoir encore la fiche de suivi.

Les médecins généralistes disaient agir d'instinct grâce à leur expérience, ils n'avaient pas besoin de rappel des critères de gravité pour évaluer si l'état de santé de l'enfant était inquiétant. Ils ne ressentaient pas non plus de besoin d'une aide pour la non-prescription car les parents comprenaient les soins et adhéraient bien à la prise en charge de leur nourrisson ; quant au suivi il se faisait naturellement selon eux, grâce aux kinésithérapeutes, sans qu'il y ait besoin d'un support.

2.2. Par les kinésithérapeutes

- Les kinésithérapeutes ont beaucoup plus adhéré à la fiche de suivi que les médecins généralistes.

L'un des kinésithérapeutes n'avait pas vu de nourrisson pour une bronchiolite en soins suivis. Il avait juste eu quelques enfants, de façon épisodique pour un dépannage et n'avait pas initié de fiche dans ces cas-là. Par contre il avait dû prendre en charge un enfant avec une bronchite infectieuse et avait préféré l'orienter aux urgences à la deuxième séance. Il l'avait adressé avec la fiche de suivi remplie afin de renseigner les urgentistes sur sa démarche. Avec les enfants vus juste une

fois il utilisait l'outil sans remplir le tableau de l'examen clinique. Son objectif étant plutôt de communiquer avec les parents grâce au tableau résumant les messages clés. Il lui permettait de donner des explications plus claires et plus systématiques sur les conseils à donner aux parents : « *puis j'ai trouvé, des explications plus structurées parce que j'ai un peu suivi le déroulement de la fiche et j'ai eu l'impression que les parents appréciaient, j'avais l'impression qu'ils suivaient et enregistraient mieux parce que je leur montrais la fiche en même temps. Et en plus j'ai trouvé que j'apportais des informations complémentaires par rapport à ce que je pouvais dire les autres années* ».

Un autre des kinésithérapeutes avait pris en charge un enfant qui était venu avec la fiche de suivi déjà initiée par le médecin généraliste prescripteur : « *j'ai même reçu un enfant qui avait déjà la fiche c'est vrai que j'ai apprécié, c'était bien d'avoir une sorte de compte rendu du médecin, ce n'est pas souvent que ça nous arrive* ». Les autres nourrissons venaient juste avec l'ordonnance du médecin prescripteur. Il avait mis en route quelques fiches de suivi, mais pas pour tous, cela dépendait du temps dont il disposait pour la séance de rééducation respiratoire et de l'inquiétude des parents. Il avait été encouragé dans sa démarche en constatant que sa prise en charge était facilitée lorsque le kinésithérapeute de garde s'investissait en remplissant lui aussi le tableau de suivi : « *Après une fois qu'elle est faite c'est vrai que c'est utile, parce que moi les week-ends je ne les assure pas et c'est vrai que le lundi matin j'étais plus à l'aise avec l'enfant qui avait une fiche de suivi parce que le kiné de garde l'avait remplie, au moins je savais où j'en étais* ».

Le dernier kinésithérapeute était celui qui avait pris en charge le plus d'enfants pour une bronchiolite pendant l'épidémie, une quarantaine selon lui ce qui était moins qu'habituellement. Beaucoup des enfants qu'il avait vus en consultation venaient des urgences de l'hôpital d'Antibes : « *ce qui m'a le plus étonné c'est tous les enfants qui sont venus des urgences de la Fontonne, bah en fait ils n'ont pas de fiche quoi, alors que c'est la maison mère d'où part le programme et ça c'est dommage* ». Seul un de ces enfants, adressé par le Dr Moreigne, avait une fiche de suivi, les autres n'avaient que l'ordonnance des urgences. Il avait réussi à initier assez régulièrement la fiche de suivi, principalement lorsqu'il adressait les enfants au

réseau Arbam pour le week-end : « *Nous quand on envoie,[au réseau] le fait d'avoir une fiche et tout ils apprécient* »

- Les kinésithérapeutes donnaient toujours oralement aux parents les explications concernant la bronchiolite et les soins à apporter au domicile, cela fait partie de leurs critères de soins. La fiche de suivi leur permettait de structurer ces conseils. Ils utilisaient principalement l'outil pour le suivi des nourrissons, pour établir une communication entre confrères : « *L'échange entre professionnels qui fonctionnent pareil ça marche super bien* » et dans une moindre mesure avec les autres intervenants de la bronchiolite : médecin de garde, urgentiste, médecin prescripteur.

3) Intérêt de la fiche de suivi

Nous avons pu identifier 3 intérêts principaux à l'utilisation de la fiche de suivi par les professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite aiguë.

- Un rappel des recommandations pour les professionnels de santé.

Grâce au tableau contenant les messages clés, les médecins généralistes et les kinésithérapeutes avaient un rappel permanent des recommandations de l'HAS de façon claire et synthétique. Ce tableau de synthèse était compréhensible par tous, par les professionnels de santé comme par les parents. Il pouvait aider les parents à s'informer puis à poser leurs questions lors des consultations. Il aidait également les professionnels de santé à structurer les explications et les consignes de surveillance pour être le plus exhaustif possible. Cet appui aux explications orales aidait à argumenter l'absence de prescription de traitement médicamenteux.

Ce tableau apportait un consensus, une légitimité auprès des parents par rapport à la prise en charge de leur enfant.

La fiche de suivi apportait aussi un rappel sur les critères de gravité de la bronchiolite indiquant une hospitalisation. Les professionnels de santé ne connaissaient pas toujours bien les critères qui doivent entraîner une hospitalisation d'un enfant atteint de bronchiolite : « *on connaît un peu les critères de gravité* ». Ils se fiaient à leur expérience pour savoir quand l'enfant n'était pas bien et qu'il

nécessitait une hospitalisation. Ils ont néanmoins apprécié d'avoir un rappel écrit de ces critères en début d'épidémie : « *c'est vrai que c'est bien la fiche permet d'avoir un rappel des critères d'hospitalisation des cas graves par exemple* ».

- Une aide pour rassurer les parents. Cette fiche de suivi, en plus d'être un rappel pour les professionnels de santé, permettait de suivre l'enfant quotidiennement et d'encadrer sa prise en charge : « *Lors de la bronchiolite les parents ont besoin d'être rassurés et le fait qu'il y ait un suivi, qu'on ne laisse pas leur enfant seul avec sa difficulté à respirer, ça les cadre et leur permet de vivre plus sereinement la bronchiolite* ». Le tableau de suivi prouvait aux parents que leur enfant était au centre des soins et que les professionnels de santé se coordonnaient autour de lui.

Les consultations en médecine générale sont généralement courtes, les parents ont beaucoup d'informations à retenir entre le diagnostic, les mesures générales, et les critères de gravité : « *l'inquiétude les empêche de retenir tous les messages* ». Les critères de gravité étaient utiles pour les parents, cela leur permettait de savoir quand s'inquiéter, quand re-consulter leur médecin généraliste ou leur pédiatre et quand amener leur enfant aux urgences : « *quand on leur dit si ça ne va pas, vous allez aux urgences ou retournez voir votre médecin il faut bien leur expliquer ce que veut dire « ça ne va pas »* ». Ils objectivaient et précisait ces critères : « *ils sont éduqués au sens où ils lisent, ils peuvent faire des recherches sur internet, donc c'est bien d'avoir un support un peu officiel, disons pour qu'ils aient de vrais repères* ».

- Un lien interprofessionnel pour le suivi du nourrisson. Le suivi était très important pour les kinésithérapeutes. Ils étaient très favorables au tableau relatant l'état clinique de l'enfant au cours de la bronchiolite. Cela était particulièrement vrai en fin de semaine lorsque les kinésithérapeutes passaient la main à ceux qui étaient de garde. Leur prise en charge était facilitée par les informations objectives de la fiche de suivi ; cela leur permettait de mettre un peu de distance avec les informations émotionnelles transmises par les familles : « *cette fiche de retour elle*

est importante pour court-circuiter un peu le sentimental des parents ». Les kinésithérapeutes appréciaient lorsque les médecins prescripteurs initiaient la fiche de suivi, elle constituait un compte-rendu, un courrier plus synthétique que celui du médecin pour le kinésithérapeute. Ils estimaient que c'était un vrai outil de communication entre leurs deux corps de métier : « *en général on a juste l'ordonnance, pour les lombalgies ce n'est pas trop grave mais c'est vrai que pour les bronchiolites on aime bien savoir comment était l'enfant avant qu'on ne le prenne en charge* ».

Au-delà de l'intérêt de la fiche de suivi, les professionnels de santé, qu'ils adhèrent ou pas à notre outil, ont salué l'initiative de recherche d'amélioration des pratiques : « *C'est vrai que c'est toujours intéressant d'avoir une démarche intellectuelle dans la médecine parce qu'en fait on s'aperçoit qu'avec les années on s'éloigne de notre formation initiale et plus on travaille de façon automatisée avec plus des réflexes finalement [...] et on s'endort un peu et c'est comme ça que l'on risque de faire des erreurs* ».

4) Limites de la fiche de suivi

- Le principal problème soulevé par les professionnels de santé était un manque de temps lors de la consultation pour remplir des formulaires. Les médecins comprenaient l'intérêt de cette fiche de suivi mais : « *oui c'est un manque de temps, on a trop de travail quoi, il y a beaucoup de choses à faire en plus de la consultation, beaucoup de dérangements* ». Ils étaient conscients que cocher des cases ne prenait pas beaucoup de temps et que les échelles et les évaluations sont importantes en médecine : « *C'est vrai que c'est une bonne information, c'est vrai que ça nous parle mais ça tu vois, je me mets un peu en colère là parce que ça, ça nous demande l'éducation thérapeutique, et l'éducation thérapeutique ça prend du temps, et pour de l'aigu bénin on n'a pas le temps.* »

Les kinésithérapeutes regrettaiient aussi qu'il y ait autant de cases pour l'examen clinique mais ils étaient plus enclins à remplir le tableau car il leur était utile dans le suivi quotidien de leurs soins.

- Unanimement tous les professionnels de santé ont trouvé le guide de remplissage de la fiche de suivi et les rappels sur la connaissance de la bronchiolite trop détaillés pour eux et pour les parents : « *Moi ce qui m'ennuie plus c'est si on doit expliquer tout le pavé de ce qu'il y a marqué là-dedans* ». Ces rappels n'étaient pas assez synthétiques et donc peu adaptés à leur pratique. Cette partie pouvait également être anxiogène pour les parents : « *les informations sont données mais on ne retient pas grand-chose de ce qu'on a lu, c'est trop technique pour les profanes* ». Les termes trop techniques et trop médicaux pour les parents pouvaient amener plus de questions que de réponses. « *une fiche ne sera bien suivie par les parents que si elle est discutée avant avec le médecin ou avec le professionnel de santé, genre le kiné* » malheureusement le temps imparti dans la consultation ne permet pas de le faire. Sans ces explications les parents risquent d'avoir plus l'impression d'un outil médical qu'un outil qui leur est dédié.

- Médecins généralistes et kinésithérapeutes trouvaient le tableau de suivi trop détaillé. Pour eux il y a plusieurs cases inadaptées à leur pratique, comme la saturation et le poids pour les kinésithérapeutes. Les questions étaient trop précises et trop nombreuses donc trop longues à remplir. Les kinésithérapeutes regrettaiient qu'il n'y ait pas de consignes pour remplir le tableau : « *pour ceux qui n'ont pas l'habitude, elle n'est pas facile à utiliser, on ne sait pas comment remplir le tableau* ».

Cette absence de guide de remplissage rendait le tableau peu reproductible d'un professionnel de santé à l'autre.

- En résumé les médecins généralistes de notre étude voudraient un outil plus adapté à leur pratique : « *il faut que ce soit simple d'utilisation pour nous et pour les explications, qu'on ne parte pas dans des grandes considérations de saturation, de fréquence respi pour un enfant qui est juste un peu encombré avec quelques*

sibilants ». Les kinésithérapeutes avaient le même sentiment et souhaitaient également une fiche de suivi plus accessible aux parents et aux para-médicaux.

5) Les améliorations à apporter à l'outil

- Pour les professionnels de santé, la fiche nécessiterait d'être coupée en 2 pour ne donner aux parents que la partie avec les messages clés et la fiche de suivi proprement dite, afin de les informer sans les effrayer. Pour pouvoir être donnée aux parents, la partie détaillée de la fiche de suivi devrait être adaptée et simplifiée. Elle ne devrait contenir que les critères de gravité indiquant une hospitalisation dans des termes accessibles à tous.
- Tous voudraient que le tableau d'évaluation clinique soit plus simple et, plus adapté à une pathologie majoritairement bénigne : « *c'est vrai qu'il est très détaillé donc c'est bien aussi, mais peut-être en effet reprendre tout le questionnaire c'est trop de boulot* ». Les kinésithérapeutes apprécieraient une fiche qui soit plus ciblée sur leur examen clinique et leurs gestes car les médecins ne leur semblaient pas intéressés par ces prises en charge. Ils pensaient également que le remplissage devrait être expliqué et codifié pour que le tableau soit plus facile à remplir : « *il faut que ce soit quelque chose de très reproductible, parce que par exemple dans ce cabinet ce n'est pas forcément celui qui a vu l'enfant qui est de garde le week-end, donc il faut qu'il y ait une certaine unité* ».
- Les kinésithérapeutes pensaient que si les médecins étaient plus impliqués dans le remplissage du tableau de l'évaluation clinique ils ne poseraient pas le diagnostic de bronchiolite pour des enfants ayant seulement une prise ORL : « *Peut-être que si le médecin remplissait le tableau il se rendrait compte que la fréquence respi de l'enfant elle est bien, qu'il n'a pas d'apnée, que l'auscultation est normale et qu'il n'y a que les voies aériennes supérieures qui sont prises et comme ça il ne nous l'enverrait pas, ça, ça serait bien !* ». Les kinésithérapeutes seraient

alors moins surchargés en période d'épidémie et le diagnostic d'asthme du nourrisson serait mieux porté.

- Plusieurs médecins ont suggéré que cette fiche de suivi soit intégrée au logiciel médical, à l'ordinateur ou sur internet pour être plus facilement accessible : « *on l'a mise sur l'ordinateur donc on l'a toujours à portée de main, c'est plus facile que sur une feuille volante que l'on perd tout le temps* ».
- Pour que les médecins soient plus réceptifs et s'approprient mieux l'outil, les kinésithérapeutes suggèrent qu'il ne soit pas utilisé seulement 5 mois par an, pendant l'épidémie de bronchiolite, mais que les médecins pourraient l'initier pour toute prise en charge de rééducation respiratoire pour les enfants. Plus souvent utilisée cette fiche serait mieux acceptée et pourrait s'intégrer dans une pratique courante.

6) Les améliorations à apporter à la prise en charge de la bronchiolite

- La bronchiolite se prend en charge comme toute virose respiratoire mais nécessite un peu plus d'attention. Les points principaux de la prise en charge sont l'information des parents sur les mesures générales et les critères de gravité, la réévaluation régulière de l'état clinique de l'enfant, la kinésithérapie respiratoire.
- Les médecins étaient demandeur d'une réunion d'information pré épidémie pour actualiser leurs connaissances sur les recommandations de la bronchiolite et surtout sur les critères de gravité indiquant une hospitalisation.

- Ils proposaient de poursuivre les formations des jeunes médecins aux nouveaux outils d'aide à la prise en charge auxquels ils sont plus réceptifs que leurs ainés, il faut : « *garder ce genre d'initiative parce que c'est ça qui est intéressant dans la médecine générale* »
- Réfléchir à des maisons de santé ou cabinets médicaux idéaux qui réuniraient les professions médicales et para médicales au même endroit et pourquoi pas : « *On peut même rêver du cabinet idéal avec un professionnel de santé dédié aux conseils et aux explications ou quelqu'un qui s'occupe du gamin pendant que le médecin discute avec les parents pour que toute leur attention soit focalisée sur les explications et pas sur les cris de leur gamin* »
- Les kinésithérapeutes étaient désireux de travailler les échanges entre professionnels de santé pour que tous soient dans la même optique de prise en charge. Les professionnels de santé doivent apprendre à prendre le temps pour développer la pluriprofessionnalité et trouver les meilleurs outils pour communiquer.
- Développer les réseaux dans l'arrière-pays pour que les kinésithérapeutes de garde ne soient pas que dans les villes côtières, pour alléger la charge de travail de leurs confrères.

IV] Discussion

Cette étude permet d'évaluer le travail pluriprofessionnel au niveau local dans la prise en charge d'une pathologie aiguë et majoritairement bénigne et d'évaluer l'impact d'une fiche de suivi pour améliorer les pratiques.

Elle permet également d'avoir le ressenti et la vision qu'ont les professionnels de santé de leur prise en charge de la bronchiolite et leurs suggestions pour l'optimiser.

1) La méthode

- Malheureusement notre échantillon de professionnels de santé interrogés, était d'un trop faible effectif pour que les résultats soient extrapolables et applicables à l'ensemble des médecins généralistes et des kinésithérapeutes du SantéPôle des Collines. De plus notre échantillon de kinésithérapeutes n'était pas représentatif au niveau de l'âge et de la durée d'installation des kinésithérapeutes de la région, cela peut entraîner un biais de sélection. Malgré nos démarches téléphoniques pour inciter les professionnels de santé à participer à notre étude, très peu ont accepté. Nous aurions peut-être dû prendre rendez-vous pour expliquer notre démarche en face à face pour être plus convaincants, mais nous n'avons pas voulu faire perdre du temps à des médecins généralistes et à des kinésithérapeutes qui refusaient en nous disant qu'ils étaient surchargés de travail.

La question s'est posée d'intégrer à notre étude des professionnels de santé qui utilisaient déjà la fiche de suivi de la bronchiolite. Nous avons estimé que leur ressenti de l'épidémie et leurs difficultés face à un enfant atteint de bronchiolite ne seraient pas les même que ceux d'un médecin ou d'un kinésithérapeute non habitué à cet outil, et qu'inclure les 2 dans notre étude ne ferait que perturber les résultats. Néanmoins, il aurait été intéressant de recueillir leurs impressions sur leurs pratiques, leur travail pluriprofessionnel et leur utilisation de la fiche depuis quelques années et de les comparer avec celles des professionnels de santé qui ne l'utilisaient pas. Nous aurions pu évaluer son impact au fil du temps sur l'évolution des pratiques et son aide au développement des relations entre les différents intervenants de la bronchiolite.

De même, il aurait pu être enrichissant pour notre étude de rencontrer des professionnels de santé ayant fait partie du groupe de pilotage de la fiche de suivi pour comprendre leurs motivations en s'impliquant dans ce projet et les enseignements qu'ils en ont tiré pour leur pratique quotidienne de la bronchiolite.

- Une de nos désillusions concernant cette étude a été l'absence de parents pour participer à la phase post épidémie de l'étude. Il a été très difficile de

déterminer auprès des professionnels de santé s'ils avaient proposé aux parents de nous rencontrer à la fin du suivi et que ceux ci avaient refusé, ou si les professionnels de santé avaient oublié cet aspect de l'étude et qu'ils n'avaient pas remis la fiche d'information concernant l'entretien que nous aurions désiré faire avec les familles.

Ces rencontres nous auraient permis d'appréhender le ressenti des parents sur la prise en charge de leur enfant et leur vision des relations entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes intervenant auprès de leur enfant malade.

- Il s'agissait d'entretiens individuels, semi-dirigés, à questions ouvertes. Nous savons que, dans ce type d'exercice, les entretiens en groupe sont plus productifs car ils permettent un échange des idées et donc d'aller plus loin dans la l'analyse des réflexions. La saturation des idées est atteinte moins rapidement, développant ainsi plus d'axes de recherches. Malheureusement les contraintes géographiques liées au secteur et de disponibilité de tous les professionnels de santé ne nous ont pas permis d'effectuer d'entretien en groupe, même en essayant de constituer de plus petits groupes pour répondre aux agendas de chacun.

- Dans notre population l'inclusion de quelques un des médecins n'était pas appropriée, car leur patientèle pédiatrique était trop faible pour qu'ils prennent en charge beaucoup de nourrissons avec une bronchiolite et donc pour que nous puissions évaluer réellement leurs difficultés et leur ressenti face à cette pathologie. Néanmoins ils ont fait partie des médecins les plus attentifs à l'outil et ils ont apporté des réflexions intéressantes pour l'amélioration de la prise en charge des bronchiolites en ambulatoire et la pratique de la médecine générale qui m'ont motivée, pour toujours m'impliquer dans l'actualisation des connaissances et la recherche de l'amélioration des pratiques.

2) La prise en charge de la bronchiolite

2.1. La prise en charge médicamenteuse

• La prise en charge de nourrissons atteints de bronchiolite par les médecins généralistes de notre étude a été globalement conforme aux recommandations émises par l'HAS en 2000 (1). L'absence de traitement médicamenteux dans la bronchiolite est bien accepté par les médecins et par les parents. Cependant, nous notions quand même qu'un des médecins prescrivait parfois de la Ventoline lors d'un premier épisode pour effet placebo afin de rassurer les parents et qu'un 2^{ème} médecin introduisait facilement des corticoïdes oraux en cas de sibilants. Un 3^{ème} n'était pas au clair par rapport à l'introduction de corticoïdes inhalés dans la bronchiolite. Les kinésithérapeutes nous rapportaient recevoir de nombreux enfants sous bronchodilatateurs ou antibiotiques malgré les recommandations et l'absence d'indication clinique. Une étude réalisée en 2013, sur la conformité des pratiques dans la bronchiolite par rapport à la Conférence de Consensus, retrouvait un pourcentage de 35% de prescription de bronchodilatateur lors d'un premier épisode de bronchiolite (31). Bien que faible, ce pourcentage de pratiques inappropriées justifie de poursuivre les efforts de diffusion et d'application des recommandations.

Les recommandations ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins en augmentant la satisfaction des patients et en réduisant les dépenses de santé (32 ; 33). Il est donc particulièrement important de les prendre en compte dans la bronchiolite qui est une pathologie avec un coût élevé (34 ; 35).

Pour cela, les médecins généralistes comme les kinésithérapeutes étaient demandeurs de réunions pré épidémie afin de pouvoir faire des rappels réguliers sur la prise en charge de la bronchiolite. Ils préféraient se tourner vers des réunions d'information plutôt que de se documenter seuls. Nous retrouvons ce phénomène dans la littérature où la diffusion passive des recommandations n'est pas suffisante pour avoir un impact sur les pratiques (36). Les interventions interactives comme les groupes de discussion ou les formations ont démontré leur utilité dans l'application des recommandations (25 ; 26 ; 37 ; 38). Pour autant les documents écrits gardent leur intérêt dans la diffusion des recommandations car ils laissent une trace accessible facilement et régulièrement (39).

Médecins et kinésithérapeutes de notre étude évoquaient régulièrement l'implication du Dr Moreigne dans la diffusion de la fiche de suivi. Des réunions pré épidémie, qu'il pourrait présider, pour rappeler les recommandations et les critères de gravité de la bronchiolite aux professionnels de santé, permettraient une meilleure adhésion des médecins à l'absence de prescription médicamenteuse. Elles permettraient également aux différents intervenants impliqués dans la prise en charge d'enfants atteints de bronchiolite de se rencontrer et d'apprendre à se connaître pour se faire mutuellement confiance afin de développer la pluriprofessionnalité dans cette pathologie aux multiples intervenants.

- 2 des kinésithérapeutes, ayant plus de facilités dans la prise en charge des bronchiolites intervenaient auprès des parents pour stopper des traitements, comme la Ventoline, qu'ils jugeaient inutiles voire délétères pour l'enfant.

Il serait intéressant, lorsque les médecins estiment que le nourrisson nécessite un traitement médicamenteux, qu'ils communiquent avec le kinésithérapeute pour lui expliquer sa décision. Le tableau de suivi de notre outil, lorsqu'il est rempli par le médecin prescripteur, permet au kinésithérapeute de comprendre sa réflexion et sa prescription. Il semble nécessaire que, si le kinésithérapeute souhaite remettre en cause une prescription médicamenteuse, il en réfère au médecin et en discute avec lui pour que chaque intervenant comprenne les motivations de l'autre et communique autour de l'enfant pour optimiser sa prise en charge.

2.2. Discussion sur la kinésithérapie respiratoire

- Les médecins de notre échantillon ont prescrit assez peu de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons atteints de bronchiolite durant l'étude, principalement parce que les enfants étaient peu encombrés et ne nécessitaient pas de rééducation respiratoire. 3 des médecins ne relevaient pas d'intérêt de la kinésithérapie dans la prise en charge de la bronchiolite. Pour les 5 autres le rôle du kinésithérapeute était important pour désencombrer l'enfant, ce qui favorise le sommeil et l'alimentation, mais surtout dans la surveillance quotidienne du nourrisson, principalement lors des week-ends. Les données de la littérature

retrouvent un important pourcentage de prescription de kinésithérapie respiratoire par les médecins généralistes dans la bronchiolite (40). Dans les recommandations, en cas d'encombrement bronchique, la kinésithérapie respiratoire est la pierre angulaire du traitement (1). L'étude HUGO (10), après une revue des données récentes de la littérature a conclu que l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire reposait sur les bénéfices qu'elle apportait. Elle recommandait également la prescription de kinésithérapie en cas de milieu socio-économique précaire ou de difficultés d'évaluation de la part des parents et soulignait son rôle de sentinelle dans le cadre de la surveillance de la bronchiolite.

- L'un des médecins justifiait cette non prescription par une étude australienne qui ne retrouvait pas d'efficacité de la rééducation respiratoire dans l'amélioration des nourrissons atteints de bronchiolite. Il ne pouvait pas nous décrire la technique utilisée dans cette étude mais nous pouvons supposer qu'il s'agissait des techniques anglo-saxonnes. Ces dernières, comme le clapping sont interdites en France depuis 1994 (12), cependant cela reste la technique la plus citée par les médecins généralistes français (22).

Un autre médecin nous disait que, pour lui, l'enfant était maltraité durant la séance de kinésithérapie et pouvait en garder un traumatisme. Les études françaises prouvent pourtant le risque extrêmement faible d'effet indésirable lors d'une séance (17 ; 41). Les kinésithérapeutes de notre étude étaient sensibles à ce qu'ils appelaient « le mythe du kinésithérapeute ». Les parents arrivaient angoissés à l'idée que leur enfant pleure et souffre lors du désencombrement, ils prenaient alors le temps de leur expliquer les gestes et leur innocuité avant d'examiner l'enfant. Les kinésithérapeutes de notre étude étaient désireux d'une meilleure information des parents en amont par les médias ou par les médecins afin qu'ils adhèrent mieux à un soin qu'ils considèrent comme étant le plus efficace de leur pratique.

- Ils ressentaient cette méconnaissance de leurs pratiques et reprochaient aux médecins de leur adresser des enfants pour de simples encombrements ORL pour lesquels des séances n'étaient pas indiquées.

Dans la littérature nous retrouvons cette ambivalence des médecins entre la peur de la kinésithérapie respiratoire par méconnaissance des techniques, et la mauvaise orientation des nourrissons avec une rhinite (22). Les médecins sont conscients de leurs lacunes en masso-kinésithérapie et souhaiteraient être mieux formés et mieux connaître les kinésithérapeutes qui les entourent (42). Dans notre étude comme dans la littérature, médecins généralistes et kinésithérapeutes se connaissaient peu et évaluaient mal les champs d'expertise de chacun.

Il nous paraît indispensable que les médecins aient une solide connaissance des actes qu'ils prescrivent. Il est contre-productif d'effrayer les parents avec une technique abandonnée depuis plusieurs années, ou en parlant de maltraitance. Les médecins doivent être formés à la prescription et aux actes de kinésithérapie lors de FMC commune ou de rencontres avec les professionnels de la masso-kinésithérapie qui exercent autour d'eux. La littérature confirme notre sentiment de la nécessité de travailler localement la pluriprofessionnalité (23).

2.3. Prévention et mesures générales dans la bronchiolite

- La prise en charge de la bronchiolite est l'affaire de tous les professionnels de santé. Tous insistaient sur l'importance de la DRP dans la bronchiolite pour soulager le nourrisson et favoriser son alimentation mais aussi pour éviter l'aggravation de son état clinique et sur le fait que son efficacité reposait sur sa régularité. La DRP doit donc être correctement réalisée par les parents pour être efficace. Les kinésithérapeutes avaient l'impression que les médecins se reposaient majoritairement sur eux pour éduquer et former les parents à ces gestes. Ils ne s'en plaignaient pas, considérant que cela faisait partie de leur rôle mais ils ne pensaient pas pouvoir donner autant d'informations sur la bronchiolite qu'un médecin. Ils désiraient donc que les médecins soient plus impliqués dans l'éducation thérapeutique malgré le peu de temps dont ils disposent lors d'une consultation. Un des médecins rencontrés était médecin en crèche et travaillait étroitement avec le

personnel des crèches pour les former, ainsi que les parents, en amont. Tous les ans, grâce à des protocoles, ce médecin expliquait aux assistantes maternelles de la crèche et aux parents les mesures de prévention et les mesures générales de prise en charge de la bronchiolite.

Les conseils doivent donc être donnés par tous, du personnel de la crèche, au médecin généraliste, en passant par le kinésithérapeute. Dans la littérature nous retrouvons également l'implication des pharmaciens dans la prise en charge de la bronchiolite (43) qui nous démontre que cette pathologie nécessite une mobilisation de tous les acteurs de santé pour optimiser sa prise en charge.

- La prévention de la transmission de la bronchiolite est un élément essentiel de sa prise en charge (10,44). Le VRS est un virus qui peut survivre jusqu'à 30 minutes sur des vêtements et jusqu'à 7h sur des jouets ou des surfaces inertes (45). Il est donc extrêmement contagieux. Le mode de garde en collectivité précoce, entraîne des pathologies chez le très petit nourrisson (4). Dans notre étude un seul des médecins a évoqué l'éviction de la collectivité pour prévenir la transmission de la bronchiolite et un autre nous a rapporté alerter les parents sur la transmission aérienne du virus. Il les mettait en garde sur les embrassades familiales lorsque l'un des enfants de la fratrie a une rhinorrhée, ainsi que sur le réflexe de mettre la tétine des nourrissons dans sa bouche pour la rincer lorsqu'elle tombe à terre.

Pour augmenter l'impact de ces mesures de prévention et leur diffusion les professionnels de santé étaient demandeurs d'informations de la part des médias et des instances de santé pour toucher un public le plus large possible sur les modes de transmission des virus. Annuellement les médias pourraient se saisir du sujet des viroses hivernales (rhinopharyngite, grippe, gastro-entérite, bronchiolite) et centrer leur sujet sur leur prévention plutôt que sur leur traitement. En 2016 une première campagne de publicité sur le manu-portage des virus a été diffusée à la télévision. Les instances de santé pourraient également développer des campagnes d'information, comme celle des « antibiotiques ce n'est pas automatique », pour que la prévention rentre dans les mœurs.

- Comme l'ont souligné les professionnels de santé interrogés au cours de cette étude, la prévention passe aussi par la limitation de l'exposition des nourrissons à des facteurs aggravants. Les médecins généralistes comme les kinésithérapeutes ont évoqué l'effet néfaste du tabagisme passif sur le système respiratoire des enfants. Les autres facteurs aggravants retrouvés par la littérature sont liés aux antécédents comme la prématurité, liés au type de virus causant la bronchiolite, et liés à l'environnement, comme la pollution, la collectivité mais aussi les conditions socio-économiques (46). En dehors du tabac les soignants notre étude ne mettaient pas en avant ces autres facteurs, par oubli ou par méconnaissance ?

3) La relation médecin-kinésithérapeute dans la bronchiolite

- La relation médecin-kinésithérapeute a évolué depuis la loi de 2000 (47). Les kinésithérapeutes ont plus de responsabilités dans leurs soins (48). La loi de 2000 avec la reconnaissance du BDK devait renforcer les liens entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes et le travail interprofessionnel (49). Les kinésithérapeutes ont cependant l'impression que le BDK n'intéresse pas les médecins généralistes, qu'ils n'ont ni le temps, ni l'envie de se pencher sur une discipline para-médicale (23).

Nous retrouvions cette impression avec les kinésithérapeutes de notre étude. Pour eux les médecins généralistes n'étaient pas intéressés par la fiche de suivi dans la bronchiolite car le suivi quotidien ne les concerne pas. Effectivement les médecins que nous avons rencontrés, se sentaient peu impliqués dans le tableau décrivant l'état clinique de l'enfant. Ils en comprenaient l'intérêt pour les kinésithérapeutes et pour le suivi de l'enfant sans pourtant s'investir en le remplissant.

- La relation entre médecins généralistes et kinésithérapeutes est le plus souvent qualifiée de cordiale par les médecins généralistes mais elle est en fait très peu investie par les 2 professionnels de santé qui se connaissent et communiquent

peu (42). Les kinésithérapeutes parlent plus d'une relation professionnelle, voire hiérarchique, avec des difficultés pour obtenir des réponses concrètes de la part du médecin et la peur de le déranger ou de lui faire perdre son temps (23). Cependant dans notre étude, en cas d'urgence les kinésithérapeutes savaient qu'ils pouvaient compter sur les médecins prescripteurs pour revoir l'enfant si son état se dégradait. Par contre, les informations comme l'absence d'utilité d'une rééducation respiratoire chez un enfant avec un encombrement ORL ne remontait jamais jusqu'aux médecins. Ils ne pouvaient donc pas se remettre en cause ou avoir un retour sur leurs pratiques. Leur relation était plus fondée sur une coopération, voir une instrumentalisation (50), que sur une collaboration qui est pourtant décrite comme la relation interprofessionnelle idéale. La communication entre ces professionnels de santé semble facilitée dans les maisons de santé et les réseaux qu'ils soient formels ou informels (51).

Dans notre étude les médecins connaissaient très peu les kinésithérapeutes de proximité qui étaient formés aux gestes de rééducation respiratoire, seuls 3 avaient un professionnel de référence pour adresser les enfants atteints de bronchiolite. Comme dans la littérature, les médecins adressaient leurs patients à des kinésithérapeutes de façon empirique en fonction de leur ressenti qui se construit au fil des années sur des résultats objectifs ou subjectifs obtenus par d'autres patients (20). Ils ne connaissaient pas personnellement les kinésithérapeutes qui allaient prendre en charge les nourrissons. Il nous paraît donc très profitable pour tous d'établir des liens de confiance interprofessionnels en profitant des connaissances et expertises de chacun.

Pour cela des formations conjointes, et le développement d'études cliniques en kinésithérapie permettraient aux médecins d'établir une relation de confiance avec les kinésithérapeutes qui les entourent. La relation interprofessionnelle plus collaborative et moins hiérarchique, l'augmentation des échanges entre professionnels de santé permettraient d'avancer vers une amélioration des pratiques de tous.

4) Limites et intérêts de la fiche de suivi

4.1. Le tableau de suivi

Notre outil a reçu un accueil différent en fonction des professionnels de santé :

- Les kinésithérapeutes étaient enthousiastes d'avoir un outil de suivi objectif pour la surveillance de l'évolution de l'état de santé des nourrissons. Ils appréciaient d'avoir un compte-rendu du médecin prescripteur et de pouvoir lui envoyer un retour à la fin des séances pour lui expliquer la prise en charge. Ils émettaient quelques réserves sur la forme du tableau de suivi, trouvant que tous les renseignements demandés n'étaient pas en accord avec leur pratique et que le remplissage de ce tableau était trop libre et donc peu reproductible d'un professionnel de santé à un autre.

- Au contraire, les médecins généralistes étaient assez réticents à remplir ce tableau. Pour eux il s'agissait plus d'une contrainte que d'une aide car ils notaient déjà l'examen clinique, le diagnostic et les traitements sur le logiciel informatique et essayaient tant bien que mal de remplir le carnet de santé de l'enfant. La redondance des informations, et le temps passé à les consigner ne leur paraissaient pas être justifiés dans la prise en charge d'une pathologie aiguë et majoritairement bénigne.

4.2. Le tableau de synthèse des recommandations

En revanche, qu'ils se sentent en confiance ou pas pour le traitement des bronchiolites, tous les professionnels de santé ont salué l'intérêt et la clarté du tableau avec les messages clés résumant la prise en charge de la bronchiolite.

Pour eux ce tableau constituait une aide sur plusieurs points :

- pour diminuer leurs prescriptions médicamenteuses,
- pour rassurer les parents sur l'absence de traitement,
- pour structurer les explications sur les mesures générales,
- pour avoir une trace des conseils donnés aux parents,
- pour que les parents aient un support écrit à la fin de la consultation rappelant les conseils d'hygiène et de prévention au domicile.

4.3. Les rappels détaillés de la Conférence de consensus

La partie détaillant les rappels des connaissances de la bronchiolite a été considérée comme étant trop dense par les professionnels de santé pour qu'ils s'y attardent. Certains l'ont lue superficiellement, d'autres pas du tout. Les critères de surveillance et de gravité ont été jugés trop techniques, trop médicaux pour pouvoir être mis à la disposition des parents sans les inquiéter et amener plus de stress et de questions que de réponses. Un seul des professionnels de santé soulignait leur intérêt pour les parents, car les informant de la conduite à tenir, lorsque les médecins n'étaient pas disponibles comme pendant les week-ends, en fonction de l'état de santé de leur enfant.

Ces rappels sur les critères de gravité indiquant une hospitalisation nous paraissent pourtant indispensables au vu des réponses des médecins de notre étude. La moitié de notre échantillon adressait systématiquement aux urgences les nourrissons de moins de 3 mois ; pour l'HAS le recours est justifié uniquement avant 6 semaines en l'absence d'autre signe de gravité. En 2009 une thèse évaluant l'impact d'une formation sur l'application des recommandations dans la bronchiolite (26) mettait en évidence les mêmes difficultés d'orientation aux urgences. 17% des médecins n'ayant pas reçu de formation au sein d'un réseau bronchiolite orientaient les nourrissons de l'étude aux urgences sans nécessité et en dehors des recommandations de l'HAS, contre 2% pour les médecins formés. Ces hospitalisations hors recommandations concernent un nombre important d'enfants à l'échelle locale et donc un risque de saturation des urgences. A l'inverse, 14% des nourrissons de moins de 6 semaines n'étaient pas adressés aux urgences par les médecins non formés et étaient donc exposés à un risque de complication par un maintien inadapté au domicile.

Dans notre étude comme dans la littérature, les critères d'hospitalisation sont à éclaircir. Les médecins de notre étude étaient d'ailleurs demandeurs d'une réunion pour faire le point sur les critères de gravité avant l'épidémie ; cela était principalement demandé par les médecins peu au contact de la bronchiolite dans leur pratique.

4.4. Propositions d'améliorations pour la fiche de suivi

Des suggestions ont été apportées pour améliorer cet outil :

- Les professionnels de santé proposaient de scinder la fiche en 2 pour conserver la partie détaillée avec les critères de gravité et ne donner que les 2 tableaux aux parents afin de ne pas les inquiéter inutilement.
- Les kinésithérapeutes souhaitaient un tableau d'examen clinique qui soit plus axé sur leurs pratiques que sur celle des médecins prescripteurs étant donné qu'ils en étaient les principaux utilisateurs. Ils proposaient de supprimer certaines lignes inutiles selon eux et de rajouter au moins 2 colonnes, car la moyenne est de 7 séances de rééducation respiratoire pour un enfant ayant une bronchiolite (40).
- Les kinésithérapeutes signalaient également que la méthode de remplissage du tableau n'était pas renseignée. Une colonne exemple pré remplie ou un guide méthodologique leur seraient utiles pour que ce tableau soit plus reproductible.
- Pour une plus grande utilisation de la fiche par les médecins généralistes et donc une meilleure diffusion, certains médecins de notre étude auraient apprécié d'avoir cette fiche sur informatique, voire intégrée au logiciel afin qu'elle soit plus facilement accessible et plus rapidement remplie en évitant les redondances.

Ces suggestions d'amélioration, pour une meilleure utilisation de cet outil par tous, nous laissent penser qu'il serait important d'organiser une nouvelle réunion avec le groupe pilote pour prendre en compte ces remarques et voir comment elles pourraient être intégrées à la fiche de suivi, et ce afin d'inciter un maximum de professionnels de santé à s'en servir et à la faire circuler.

- La diffusion de cette fiche de suivi au SantéPôle des Collines a été initiée par le Dr Moreigne de l'hôpital d'Antibes, et pourtant l'un des kinésithérapeutes de notre étude recevait beaucoup de nourrissons adressés par les urgences de cet établissement avec une ordonnance, mais sans la fiche de suivi pour coordonner la prise en charge de l'enfant.

Les efforts pour diffuser cette fiche de suivi doivent donc être faits par tous les professionnels de santé, en ambulatoire, mais aussi en hospitalier. L'amélioration

des pratiques pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite est l'affaire de tous car tous sont impactés par l'épidémie. Les kinésithérapeutes proposaient d'utiliser la fiche de suivi tout au long de l'année pour la rééducation respiratoire des enfants et non pas uniquement lors de l'épidémie de bronchiolite afin d'inciter les médecins à la remplir régulièrement.

Les médecins de notre étude se sont peu impliqués dans l'utilisation et la diffusion de l'outil. La bronchiolite est pourtant un réel problème de santé publique qui relève de l'organisation des soins, (continuité des soins, prévention individuelle et collective, information des familles).

Il semble possible d'améliorer la prise en charge des bronchiolites par un protocole multidisciplinaire concernant les professionnels de santé : médecins, urgentistes, kinésithérapeutes. Des études ont prouvé que la mise en place en ambulatoire de groupes de travail et d'outils pour la communication interprofessionnelle pouvait être un levier pour l'amélioration des pratiques (27) et permettait de définir les besoins locaux pour diminuer les prises en charge en terme de temps et de coûts. Les praticiens ont un rôle majeur dans la gestion de l'épidémie de bronchiolite. Depuis 20 ans les politiques de santé à l'échelle nationale et les professionnels de santé à l'échelle locale tentent d'en optimiser la prise en charge en ambulatoire pour limiter les recours aux urgences non justifiés (52). Leur objectif est d'éduquer les familles grâce à des campagnes d'information, de développer les relations entre les différents professionnels de santé prenant l'enfant en charge et de mettre en place des réseaux associant médecins généralistes, pédiatres et kinésithérapeutes.

Au vu des résultats de notre étude il nous paraît indispensable de poursuivre ces efforts d'information des familles, de diffusion des recommandations, de promotion de la pluriprofessionnalité et d'incitation à utiliser les outils validés pour l'optimisation de la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite.

4.5. Les fiche de suivi ailleurs en France

Cf Annexes 29 à 31

En Aquitaine, au sein du réseau bronchiolite la coordination des soins repose sur la fiche-bilan (Annexe 29) qui constitue une véritable source d'informations facilement partagées entre le médecin prescripteur, le kinésithérapeute traitant et le kinésithérapeute de garde (53). La fiche-bilan est accompagnée d'un guide de remplissage du tableau (Annexe 30). Ce guide de remplissage permet également d'avoir un rappel des recommandations et surtout des critères cliniques qui indiquent une hospitalisation de façon claire et concise. En plus du suivi quotidien du nourrisson, elle permet de repérer les enfants avec une bronchiolite récidivante qui peut faire suspecter un asthme du nourrisson. A partir du 3^{ième} épisode, un courrier est envoyé aux familles ainsi qu'au médecin traitant pour faire un bilan sur son état de santé. A partir du 6^{ième} épisode de dyspnée sifflante le médecin coordinateur du réseau contacte le médecin traitant de l'enfant pour une réunion de soins. Au sein de ce réseau, le troisième outil mis à la disposition des professionnels de santé est une fiche de transmission entre kinésithérapeutes et médecins (Annexe 31). Elle est utilisée par les kinésithérapeutes lorsqu'ils décèlent un ou plusieurs signes de gravité indiquant une hospitalisation du nourrisson atteint de bronchiolite ou une réévaluation médicale en ambulatoire. Sur cette fiche, les signes de gravité sont détaillés et répartis selon ces 2 solutions de prise en charge permettant au kinésithérapeute d'orienter le nourrisson de manière efficiente et sans risque.

5) Les réseaux bronchiolite

Dans notre étude, une des difficultés des médecins étaient de connaître un kinésithérapeute formé et disponible à qui il pouvait adresser les nourrissons atteints de bronchiolite en toute confiance. Pour les kinésithérapeutes, les complications étaient essentiellement dues au nombre élevé de consultations pour rééducation respiratoire à prendre en charge dans la journée, au milieu d'un planning déjà chargé et à la permanence des soins qui devait être assurée le week-end pour qu'ils soient efficaces. Un des kinésithérapeutes faisait appel au réseau Arbam lorsqu'il n'était pas disponible le week-end pour assurer la garde. Ce réseau bronchiolite est celui de la région PACA ; il est divisé en plusieurs branches pour chaque département.

Lors de l'épidémie de bronchiolite, il assure des permanences de garde de kinésithérapie respiratoire les week-ends et jours fériés d'octobre à mars (54). Le principal reproche fait à ce réseau dans le département est la distance entre les cabinets assurant les gardes et le domicile des parents. En effet la plupart des kinésithérapeutes ayant adhéré au réseau sont sur Nice, Cannes ou Antibes, laissant l'arrière-pays moins pourvu de soins.

La mobilisation des ressources libérales et des réseaux pour faciliter l'accès et la permanence des soins pour les nourrissons atteints de bronchiolite permet de diminuer les recours non justifiés aux urgences (55).

Le terme de réseau de santé a été institué par la loi du 04 mars 2002, article L6321 du Code de Santé Publique (56). Il existe 2 types de réseaux de santé (51) :

- Les réseaux formels sont à l'initiative des professionnels de santé désireux d'organiser et de gérer un tissu de compétences autour du patient pour assurer la continuité des soins, de favoriser l'orientation adéquate des patients en optimisant l'offre de soins. Ils se caractérisent par leurs finalités (domaine d'intervention, pathologies), leurs objectifs, leurs intervenants, leurs modalités d'organisation et de circulation de l'intervention et leurs modalités de financement (57). Dans ces réseaux on peut citer : le réseau SIDA ville/hôpital, le réseau toxicomanie, le réseau hépatite C.

- Les réseaux informels sont les réseaux traditionnels de la médecine générale, ils sont constitués principalement des correspondants habituels spécialistes et paramédicaux des médecins généralistes. Ils permettent une pluriprofessionnalité, le médecin généraliste peut demander un avis et se sentir soutenu. Les réseaux informels ont un impact sur les relations et les pratiques des professionnels en permettant la multiplication des échanges et le décloisonnement du médecin généraliste (58). Ils s'inspirent des réseaux formels pour une meilleure coordination des soins et pour améliorer la prévention. Malheureusement ces réseaux sont très inégaux selon le mode d'exercice et la répartition sur le territoire.

Les réseaux bronchiolite sont répartis sur le territoire (59). Ce sont des réseaux formels organisés au niveau local et financés par la sécurité sociale.

Certains réseaux se composent uniquement de kinésithérapeutes qui assurent des gardes le soir, le week-end et les jours fériés, d'autres sont plus complets avec les gardes des kinésithérapeutes mais aussi de médecins le soir jusqu'à 23h et les samedis et dimanches. Les plus grands réseaux ont également des médecins qui coordonnent les soins et surveillent les nourrissons avec des récidives de bronchiolite pour dépister les asthmes du nourrisson. L'objectif de ces réseaux, fondés par des kinésithérapeutes et des médecins libéraux, est d'assurer la permanence des soins et leur proximité pour la prise en charge ambulatoire de nourrissons atteints de bronchiolite (52). Les réseaux bronchiolite permettent d'optimiser cette prise en charge et de diminuer la surcharge des urgences (53). Leur objectif secondaire est de suivre les données épidémiologiques nationales.

Les professionnels de santé qui souhaitent intégrer un réseau bronchiolite doivent signer une charte professionnelle. Cette charte détermine leurs engagements (obligation de formation continue, respect des techniques de rééducation respiratoire recommandée en France, recevoir tous les nourrissons quelle que soit leur couverture sociale) et leurs rémunérations (60). Chaque réseau à sa propre charte et ses conditions d'adhésion.

En Aquitaine en 2003, suite à des problématiques sanitaires et psychosociales particulièrement importantes au niveau de l'Hôpital Pédiatrique de Bordeaux (saturation des urgences pédiatriques, difficultés à trouver des lits d'hospitalisation, sorties anticipées au jeudi ou repoussées au lundi afin de faciliter la prise en charge en kinésithérapie de ville, stress important des équipes qui prescrivent de la kinésithérapie respiratoire mais qui ne peuvent indiquer aux familles les coordonnées d'un kinésithérapeute de garde (des appels anonymes et des lettres d'insultes de familles n'ayant pas trouvé de kinésithérapeute sont même signalés), le réseau Aquitaine a été créé (61). Ses objectifs sont au nombre de quatre :

- garantir la permanence des soins de kinésithérapie respiratoire pédiatrique en période épidémique par la mise en place d'un tour de garde,
- améliorer la qualité des soins de kinésithérapie respiratoire pédiatrique par l'organisation d'une formation théorique et pratique, la mise en place d'un protocole de soins partagé, d'une fiche-bilan,

- coordonner l'ensemble des professionnels concernés et chargés d'élaborer les outils de coordination, d'une fiche de transmission médico-kinésithérapique, et par la diffusion des recommandations de l'ANAES concernant la prise en charge de la bronchiolite,
- informer et éduquer les familles par l'élaboration et la diffusion d'une campagne de prévention et d'éducation, visant à dédramatiser la maladie et induire les comportements adaptés (consultation d'un médecin de ville, mesures hygiéno-diététiques, etc).

3 ans après l'instauration de ce réseau bronchiolite les statistiques rapportent une diminution de 13% des consultations aux urgences les samedis et dimanches, prouvant ainsi son efficacité. Comme dans les Alpes-Maritimes le principal reproche fait au réseau est la distance entre le domicile des familles et le cabinet du kinésithérapeute de garde.

La gestion de l'épidémie de bronchiolite est extrêmement complexe. De nombreuses aides existent pour les professionnels de santé et pour les parents au niveau national et local mais aucune, même les réseaux bronchiolite, ne permet absolument de satisfaire tous les acteurs des soins.

Conclusion

La bronchiolite, dont le taux augmente chaque année, est un véritable problème de santé publique sur le plan médical, social et professionnel car elle touche, chaque année, un tiers des nourrissons, soit environ 460 000 enfants, de moins de deux ans. L'optimisation en ambulatoire de la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite est donc un enjeu majeur pour limiter l'engorgement des structures ambulatoires et hospitalières, ainsi que le coût lié à sa

prise en charge. Compte tenu de l'absence de traitement spécifique, les pistes se tournent actuellement principalement vers la prévention et le développement des relations interprofessionnelles en ambulatoire entre les différents acteurs de soins de cette pathologie. Ces relations professionnelles sont optimisées au sein des réseaux bronchiolite mais la majorité des professionnels de santé ne fait pas partie de ces réseaux, et la communication entre eux est souvent faible, voire inexistante. Un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire a pour objectif de répondre à une demande des professionnels concernés, organisés en maison, pôle ou en centre de santé afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonnes pratiques existantes

Suite à la Conférence de Consensus de 2000, les études ont démontré une harmonisation des pratiques dans la bronchiolite, une diminution de prescription de médicaments inutiles voir délétères sans qu'il y ait de diminution des recours aux urgences. Cette amélioration doit inciter les autorités de santé et les professionnels à poursuivre les efforts pour la diffusion des recommandations et des critères de gravité indiquant une hospitalisation, afin de limiter les recours aux services d'urgence.

Dans les réseaux bronchiolite, les fiches-bilans ont prouvé leur efficacité pour la réduction de la prescription de traitement médicamenteux mais aussi pour diminuer les recours aux urgences durant les week-ends.

Un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire a pour objectif de répondre à une demande de professionnels de santé, organisés en maison ou pôle de santé ou en centre de santé afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonne pratiques existantes. Dans ce contexte, l'introduction de fiches de suivi en ambulatoire, auprès de médecins généralistes et de kinésithérapeutes non engagés dans des réseaux pourrait être une aide afin d'optimiser les pratiques de ces professionnels de santé en leur procurant un rappel

des recommandations et en développant la communication et la pluri professionalité autour de l'enfant atteint de bronchiolite.

L'intérêt qu'ont manifesté les médecins généralistes et les kinésithérapeutes de notre étude pour le tableau synthétisant les recommandations nous confirme la nécessité d'un support écrit, toujours utile en médecine pour faire passer et diffuser au mieux un message. Les informations sur Internet ont leurs limites et les parents comme les professionnels de santé apprécient d'avoir un repère officiel qui légitime leur action.

La partie tableau de suivi a été considérée comme une aide pour la communication et un outil de réassurance pour les kinésithérapeutes par rapport à leurs collègues mais aussi par rapport aux parents. La continuité des soins, l'évaluation régulière de l'état de santé de l'enfant qui sont fondamentales dans la bronchiolite étaient facilitées par cet outil, et la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite plus sereine pour les kinésithérapeutes et les parents. Les médecins généralistes étaient beaucoup moins investis dans cette partie au grand regret des kinésithérapeutes qui souhaiteraient plus de communication et d'investissements de leur part, et aimeraient avoir un compte-rendu de l'état de santé de l'enfant lors de la consultation médicale.

Au SantéPôle des Collines, l'éloignement des services hospitaliers et des kinésithérapeutes du réseau Arbam justifie de poursuivre les efforts pour développer les relations interprofessionnelles entre médecins prescripteurs et kinésithérapeutes pour diffuser la fiche de suivi. Elle constitue une aide véritable dans la gestion de l'épidémie. Cette outil interprofessionnel, centré sur l'enfant nécessite certes un investissement de chacun mais permet de développer au sein de réseaux informels une communication optimisant la prise en charge de nourrissons atteints de bronchiolite.

Bibliographie

1. Conférence de Consensus de l'HAS de 2000, [consultée le 08/09/2015] Disponible sur :
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bronchio.pdf>
2. Thelot B.), Benichou J.J., Cheron G., Chevallier B., Begue P., Bourrillon A. Surveillance épidémiologique hospitalière de la bronchiolite du nourrisson par le réseau ERBUS. Revue de d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 46, n° 4, 1998, pages 277-288
3. Aubin I., Coblenz L., Cixous B. La bronchiolite aiguë du nourrisson : des recommandations à la pratique. Exercer. 2003. Nov.-Déc. 67 : 4-7
4. GRIMPEL E. Epidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France. Archives de pédiatrie 2001 ;8 suppl.1 :83-92
5. Bilan de la surveillance 2016-2017 de la bronchiolite par l'INVES [consulté le 13/05/2017] Disponible sur :
file:///C:/Users/VMe6520/Downloads/Bulletin_bronchiolite_bilan.pdf
6. 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 Pediatr 2012;19:700-6
7. Green-Wrzesinki M, Ames T, Radwan B, et al. Empiric antibiotics are justified for infants with respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection presenting with respiratory failure: a prospective study and evidence review. Pediatr Crit Care Med 2010;11:390–5
8. Donabédian. Measuring and evaluating hospital and medical care. Bull N.Y. Acad Med 1976;52(1):51-59
9. HAS. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite. Évaluation et amélioration des pratiques. Paris. Décembre 2012
10. M. Verstraetea, P. Crosb , M. Gouina , H. Oillica 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). Archives de Pédiatrie 2014;21:53-62
11. Dossier sur la bronchiolite de la Revue du Praticien Vol. 66_Novembre 2016 965-978 [consulté le 05/01/2017] disponible sur :
http://ns226617.ovh.net/RDP/2016/9/RDP_2016_9_965.pdf
12. ANDEM, conférence de consensus, place respective des techniques non instrumentales de désencombrement bronchique, LYON, déc. 1994, ANAES

13. 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 Database of Systematic Reviews 2012
14. Sterling B, Bosdure E, Stremler-Le Bel N, Chabrol B, Dubus JC. Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire : un dogme ébranlé. Arch Pediatr 2015;22:98-103
15. Etude Bronkilib [consulté le 16/05/2017] Disponible sur : <http://www.reseau-bronchio.org/wp-content/uploads/2014/05/BRONKILIB-PREMIERS-RESULTATS-22-05-2014.pdf>
16. Etude Bronkilib 2 [consulté le 16/05/2017] Disponible sur : <http://www.reseau-bronchio.org/wp-content/uploads/2017/05/RESULTATS-PRELIMINAIRES-BRONKILIB-2-30-05-2017.pdf>
17. Réponse des kinés du réseau bronchiolite IdF suite à la polémique sur la kinésithérapie respiratoire, [consultée le 22/06/2016] Disponible sur : <http://www.reseau-bronchio.org/la-polemique-sur-lutilite-de-la-kinesitherapie-renait/>
18. Dutau G, Reste il des indications pour la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites ? Réalités Pédiatriques N°178 Avril 2013 : 1-5
19. Mayer Julie. « Place de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson » Thèse pour le doctorat en Pharmacie, Metz 2015
20. Rapport du ministère de la santé, BONNAL C, MATHARAN J, MICHEAU J Prescription de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues, Décembre 2009
21. Arrêté du 4 mars 1997 modifié par l'arrêté du 2 mai 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales JORF du 26 mars 1997, 17 octobre 2000
22. Dellandrea Anais « Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes » Thèse pour le doctorat en médecine, Nancy 2013
23. Delauney Evelyne, Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire Médecine, juin2010 -277-281
24. Le département des Alpes Maritimes : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Alpes-Maritimes>
25. Présentation du réseau Arbam en PACA [consulté le 06/04/2016] Disponible sur : <http://www.arbam.fr>
26. Maurin L. «Impact d'une intervention formative sur l'application des recommandations pour la prise en charge de la bronchiolite aiguë » Thèse de doctorat en Médecine, Paris 2009

27. Touzet, Refabert, Letrilliart, Ortolan, Colin. Impact of consensus development conference guidelines on primary care of bronchiolitis: are national guidelines being followed? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13(2007) 651-656
28. Evenou, D.; Fausser, C.; Sebban, S. Bronchiolite du nourrisson. Données actuelles - Recommandations. Paris : s.n., 19 -20 septembre 2014. pp. 29-35, Texte issu des 46ièmes journées de l'INK
29. Ruault J.-F., Lebreton-Lerouville G, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en 2016 [consulté le 25/08/2017] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
30. Epidémiologie des masseurs-kinésithérapeutes en PACA en 2015 [consulté le 25/08/2017] Disponible sur : <http://urps-mk-paca.org/?p=3394>
31. 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 Beydon, Nicole. *Pneumologie pédiatrique - Guide pratique*. s.l. : Elsevier Masson, 2011. pp. 1-224
32. Mc Fadden ER, Elsanadi N, Dixon L, Takacs M, Deal EC, Boyd KK, et al. Protocol therapy for acute asthma : therapeutic benefits and cost savings. *Am J Med* 1995; 99 : 651-61
33. Trépos J.Y., Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev. Epid. Sant Pub* 2008. 56 : 221-9
34. Freymuth F. Virus syncytial respiratoire et virus para-influenza humains : épidémiologie. *EMC-Pédiatrie* 2004. Février. Vol. 1 (issue 1 : 2-11) : p. 2-11
35. Sannier N, Bocquet N, Timsit S, Cojocaru B, Wille C, Garel D, Boursiquot C, Chéron G. Evaluation du coût du premier épisode de bronchiolite. *Arch pédiatr* 2001; 8 : 922-8
36. Martinot, Cohen. De l'élaboration à la diffusion des recommandations de pratique clinique: quels éléments favorisent leur application? *Arch pédiatr* 2008;15:656-58
37. Perlstein, Kotagal, Schoettker and Al. Sustaining the implementation of an evidence-based guideline for bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* (2000);154:1001-1007
38. 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. Pédiatr.* 2007. 14 : 421-6
39. ANAES, Services de recommandations professionnelles. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. 1999:1-24

40. Evenou D., Pelca D., Fausser C., Sebban S. Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite. Médecine 2007. 3 : 24-6
41. Chapuis, A.; Mauric - Drouet, A.; Beauvois, E. La kinésithérapie respiratoire ambulatoire du nourrisson est-elle pourvoyeuse de traumatisme thoracique ? Kinésitherapie la revue. 2010, 108, pp. 48-54
42. Cerexhe F, Pr Paulus D, Pr Pestiaux D, UCL, SSMG La pratique de groupe des médecins généralistes francophones Rapport final du projet 31 octobre 2004
43. Moreddu, Fabiole. Le conseil pédiatrique à l'officine. [éd.] Le Moniteur. 2. 2012. pp. 168-172
44. Les recommandations professionnelles en kinésithérapie : synthèse de la conférence de consensus éditée en Février 2016
45. Bellon G. Bronchiolite aiguë du nourrisson. Histoire naturelle. Arch. Pediatr. 2001. 8 (suppl. 1) : 25-38
46. Freymuth, F. Virus respiratoire syncytial, métapneumovirus et virus parainfluenza humains : clinique et physiopathologie. Pédiatrie-maladies infectieuses. 2007, pp. 285-290
47. Code de santé publique, Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 relatif aux actes pouvant être pratiqués par les Médecins et les Auxiliaires Médicaux JO 3 mars 2000 page 3378
48. Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 JORF du 5 novembre 2008, texte 34
49. Code de santé publique, Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute JORF n°236 du 9 octobre 1996
50. Sarradon-Eck, Vega, Faure M, Humbert-Godart, Lustamn Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels Rapport de recherche LEHA-PAS/ANAES, 2004,72p
51. Chaubo Catherine Historique des réseaux de santé BM, Mai 2005-N°40
52. Evenou D., Pelca D. le réseau bronchiolite île de France, une dynamique en constant renouvellement. Sociologies pratiques, PUF, N°11, 2005. pp 73-85
53. Fetouh, M. Réseau Bronchiolite Aquitaine : bilan et impact sur le CHU de Bordeaux. Kinesither Rev. 2006, 50, pp. 19-34

54. Coordonnées du réseau Arbam à Nice, Disponible sur : <http://www.arbam.fr/>
55. Sebban S, Pelca D, Fausser C, Evenou D, bronchiolite du nourrisson et kinésithérapie respiratoire. La revue du praticien, médecine générale, 21; 700, 2
56. Code de la Santé Publique, Article L6321-1 [consulté le 06/07/2017] Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=&categorieLien=cid>
57. ANAES Mission évaluation réseaux de soins/Octobre 2001/page 7
58. Wostyn Annyck Des soignants s'entendent localement et se forment ensemble Revue Prescrire 2012 ; 32 (346) : 598-600
59. Carte des réseaux bronchiolite en France métropolitaine [En ligne Janvier 2011] [consulté le 26/06/2017] Disponible sur : http://www.reseau-bronchio.org/wp-content/uploads/2014/11/carte_reseaux_bronchiolite_france_221014.pdf
60. Chartre professionnelle du Réseau Bronchiolite 59 consulté le [06/07/2017] Disponible sur http://www.reseau-bronchiolite-npdc.fr/wp-content/uploads/2016/09/charter-maj-2016_2019_RB59-2.pdf
61. Fetouh M. Les Annales de Kinésithérapie, N°37 - Janvier 2005 / p. 44-56

ANNEXES

Guide de remplissage de la fiche de suivi et rappels de connaissances de la bronchiolite.

- L'entretien avec la famille permet de renseigner les antécédents personnels (1;2;3) et familiaux (4) la gravité perçue par l'entourage ; les éventuels troubles psychosociaux et "in fine" la synthèse (18).
1. Âge : plus un enfant est jeune et de petit poids, plus le risque de détresse respiratoire et de déshydratation, y compris pendant la séance, est important. **Avant 6 mois, l'enfant atteint de bronchiolite doit être hospitalisé.** Avant 6 mois, la respiration se fait essentiellement par le nez. Les éléments cliniques seront à apprécier dans ce contexte.
 2. Nombre de bronchiolite depuis la naissance : noter le n° de l'épisode, à partir du troisième le diagnostic d'asthme est très probable.
 3. Antécédents personnels amenant à l'hospitalisation d'emblée: cardiopathie, pathologie pulmonaire grave, mucoviscidose, dysplasie broncho pulmonaire, pathologie neuromusculaire, dyskinésie ciliaire, malformation pulmonaire, trachéomaladie.
 4. Antécédents familiaux de difficultés psychosociales : incapacité de la famille à comprendre les messages de surveillance, barrières linguistiques, mauvaises conditions de vie de l'enfant et ressources sanitaires locales inadaptées, amène à hospitaliser l'enfant.
 5. Diagnostic clinique : il repose sur 3 signes : dyspnée, toux et rhume. La fièvre n'est pas constante.
 6. Alimentation, vomissements, diarrhée : au cours de la bronchiolite, le nourrisson peut avoir du mal à se nourrir, notamment en raison de l'obstruction nasale, ou de phénomènes de reflux liés à la distension thoracique. La survenue de vomissements et/ou diarrhées aggravent la déshydratation et nécessite une **réévaluation médicale**. Une ration alimentaire <à 50% sur au moins deux repas est un critère de gravité nécessitant une **réévaluation médicale**. une perte de poids >à 5% est un critère d'hospitalisation.
 7. Température à vérifier sur place : au-delà de 39°, il y a un risque de convulsion pendant la séance de kinésithérapie. Faire baisser la température en découvrant et à l'aide de paracétamol. Une fièvre >à 38,5° pendant plus de 48h est un critère de **réévaluation médicale** (risque de surinfection bactérienne).
 8. Fréquence respiratoire : en dessous de 20 cycles/mn et au dessus de 60 cycles/mn, il convient de faire hospitaliser l'enfant.
 9. Tonus / vigilance - apnées : ces signes sont dus à la fatigue, l'hypercapnie ou l'atteinte cérébrale par le VRS. Si les apnées sont > à 10 secondes, ou en présence d'une hypotonie, il convient de faire hospitaliser l'enfant.
 10. Coloration : l'hypoxémie sanguine se manifeste par une cyanose périabdominal ou des extrémités, un teint gris ou une pâleur extrême. Si vous possédez un oxymètre, il convient de mesurer la saturation. Une saturation < à 94% au repos est un critère d'hospitalisation. Si vous n'avez pas d'oxymètre, faire hospitaliser l'enfant.
 11. Signe de lutte : un balancement thoraco-abdominal (effondrement thoracique et élévation abdominal à l'expiration = respiration paradoxale), ou un battement des ailes du nez intense, constituent des signes de gravité nécessitant une hospitalisation. Les autres signes de lutte : tirages inter-costaux ou sus-sternaux, entonnoir xiphoïdien sont à apprécier en fonction du contexte clinique, de leur nombre et de leur intensité.
 12. Geignement expiratoire : c'est un bruit de plainte à l'expiration. Sa présence entraîne une hospitalisation.
 13. Douleur pendant la séance de kinésithérapie : elle ne s'exprime pas forcément par des pleurs, et s'évalue par des tests de tolérance : commencer par une pression thoracique lente et profonde, conformément au protocole de l'AFE, sa présence peut signifier une fracture costale nécessitant une hospitalisation.

MESSAGES CLÉS	R _N , O	Quel support ? reminder, fiche info, fiche suivi Quel destinataire ? Comment ?
Le diagnostic est clinique	R	Fiche suivi : MG, kiné, IDE Information famille : fiche Impès, (MG, Kiné, IDE, pharmacien? ...)
L'information des familles ou de l'entourage et la prévention collective sont essentielles	R	Fiche suivi : MG, kiné, IDE
Critères de gravité amenant à hospitaliser	R	Fiche Word type reminders et fiche suivi : MG, kiné, famille IDE Fiche spécifique surveillance parentale signes de gravité/parents : information famille et/ou entourage
Hydratation - Alimentation	R	Fiche Impès : information famille Fiche suivi : MG, kiné, IDE
Couchage proclive dorsal 30°	R	Fiche Impès : information famille
Désobstruction voies aériennes supérieures	R	Fiche suivi : trace de l'éducation des familles, MG, kiné, IDE Fiche Impès : information famille
Hygiène lieu de vie - famille - cabinets Du cabinet médical, kiné et infirmier, et du lieu de vie	R	Fiche suivi, stratégie thérapeutique : 'éducation famille', MG, Kiné, IDE Fiche Impès : information famille
Désobstruction voies aériennes inférieure	R	Fiche suivi : kiné Bilan kiné respiratoire évaluation, poursuite si nécessaire, contre-indication
AB si >1 signe d'infection bactérienne : fièvre persistante >38,5° >2j ou >39° ou OMA purulente ou pathologie pulmonaire	O	Fiche suivi : MG Laisse à appréciation du médecin
Pour les corticoïdes oraux	O	Laisser à l'appréciation du médecin
Il est recommandé de ne pas prescrire d'examens complémentaires	RN	Fiche suivi : MGG
Il est recommandé de ne pas prescrire de bronchodilatateur	RN	Fiche suivi : MGG
Il est recommandé de ne pas prescrire d'antiviraux	RN	Fiche suivi : MGG
Il est recommandé de ne pas prescrire d'antitussifs	RN	Fiche suivi : MGG
Il est recommandé de ne pas prescrire de mucolytiques	RN	Fiche suivi : MGG
Il est recommandé de ne pas prescrire de traitement anti reflux	RN	Fiche suivi : MGG

Annexe 1

En l'absence de douleur, proéder de même en abdominal. Elle peut signer un dérangement digestif qui contre indique l'appui abdominal lors de l'AFE, et entraîne une **réévaluation médicale**.

14. Toux : pendant ou après les repas, nocturne, rauque, de débuts, elle évoque un reflux gastro-oesophagien ; souvent présent en raison de la distension thoracique ; un reflux majeur entraîne une **réévaluation médicale**. Une toux rauque ou en quintes, associée à une gêne inspiratoire signe une importante irritation laryngée et comage stridor, **qui contre indique la toux provoquée** car elle risque de déclencher un spasme du larynx.

15. Signe d'encombrement : l'encombrement des voies aériennes (VA) supérieures s'évalue à l'occlusion buccale, celui des VA inférieures proximales s'évalue à la toux provoquée et à l'AFE expiratoire ; puis râles bronchiques et stridants (audibles à distance : wheezing), >1 an : sibilants expiratoires. Auscultation silencieuse : grave, à thorax distendu : hospitalisation.

16. Auscultation : au début de l'épisode crétinant s'écritant sec inspiratoire ou sous et épitant humides expiratoires ; puis râles bronchiques et stridants (audibles à distance : wheezing), >1 an : sibilants expiratoires. Auscultation silencieuse : grave, à thorax distendu : hospitalisation.

17. Stratégie thérapeutique : repose sur l'éducation de la famille et habituellement sur la kinésithérapie, désobstruction nasale et AFE. En cas de fièvre, prescription d'antipyétiques (paracétamol). Si elle persiste à 38,5° pendant plus de 48h, la prescription d'antibiotiques adaptés à une infection bactérienne probable est laissée à appréciation du MG. Il n'est pas recommandé de prescrire des bronchodilatateurs, ou des corticoïdes. Les antitussifs, mucolytiques ou mucorégulateurs n'ont aucune indication.

18. Synthèse : noter l'orientation de l'enfant après chaque consultation ou acte de kinésithérapie. Cette synthèse se fait à partir des rubriques : âge, antécédents personnels, risques psychosociaux et certains éléments cliniques.

- Déroulement normal :** la séance de kinésithérapie peut être faite sans problème, elle sera probablement suivie d'endocrinique, avec un arrêt de la prise en charge médicalisée.
- Surveillance accrue :** ce sont les paramètres qui nécessitent l'adjuvantelement une réévaluation médicale et la poursuite de la kinésithérapie. La séance de kinésithérapie doit se faire avec précaution.
- Hospitalisation :** ce sont les paramètres qui amènent à faire hospitaliser l'enfant et contre indique la réalisation de kinésithérapie.

19. Synthèse : noter l'orientation de l'enfant après chaque consultation ou acte de kinésithérapie. Cette synthèse se fait à partir des rubriques : âge, antécédents personnels, risques psychosociaux et certains éléments cliniques.

- Déroulement normal :** la séance de kinésithérapie peut être faite sans problème, elle sera probablement suivie d'endocrinique, avec un arrêt de la prise en charge médicalisée.
- Surveillance accrue :** ce sont les paramètres qui nécessitent l'adjuvantelement une réévaluation médicale et la poursuite de la kinésithérapie. La séance de kinésithérapie doit se faire avec précaution.
- Hospitalisation :** ce sont les paramètres qui amènent à faire hospitaliser l'enfant et contre indique la réalisation de kinésithérapie.

Critères de gravité de la bronchiolite indiquant une hospitalisation

Source : C.C. Anæs-UML. IdF, 2000 : prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, texte court et argumentaire, tableau 1 (recommendations gradées le plus souvent de niveau C ou AP).

1. Facteurs

- Aspecttoxique, importance de l'altération de l'EG, fièvre >39° ou >38,5° depuis plus de 48h
- Insensibilité de la gêne respiratoire (FR > 60/min)
- Survenue d'apnées (ou FR <20/min)
- Cyanose
- Perte de poids >5%, signes de déshydratation, troubles digestifs compromettant l'hydratation (vomissements, diarrhée)
- Saturation O2 <94% sous air et au repos ou pendant la prise de biberon (et après Kiné ?)

2. Données anamnétiques

- Âge <6 semaines ou prématuré <34 semaines, âge corrigé <3 mois
- L'observation parentale : malaise, trouble du comportement
- Antécédents personnels de cardiopathie congénitale, ou de pathologie pulmonaire grave (mucoviscidose, bronchodysplasie, pathologie neuromusculaire, dyskinésie ciliaire...)
- Caractères traînant de la gêne respiratoire : signes de lutte, gêne expiratoire.

3. Données environnementales

- Les capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension, d'accès aux soins
- Les conditions de vie de l'enfant et des ressources sanitaires et sociales insuffisantes ou aggravant la situation.

Annexe 2

FICHE DE SUIVI DE LA BRONCHIOLITE (une fiche par enfant)	
Maison de santé	
Région	
Code de l'enfant	
Age	
Nombre d'épisode de bronchiolites depuis la naissance	
Coordonnées de la famille actualisées	
Antécédents personnels	
Difficultés psychosociales	
Conclusion bilan :	1ère "Bilan" 2ème "Bilan" 3ème "Bilan" 4ème "Bilan" 5ème "Bilan"
DATE (exemple : 01/05/06)	
Intervenants	
Résultat entretien & examen clinique	
Poids	
Alimentation	
Vomissements, Diarrhée	
Température	
Fréquence respiratoire	
Tonus / vigilance	
Apnée	
Coloration	
Signes de lutte	
Gêne expiratoire	
Douleur	
Auscultation	
Toux	
Encombrement	
Voies aériennes supérieures	
Voies aériennes inférieures	
Saturation O2	
Stratégie thérapeutique	
Désob. nasale	
AFE	
Education familiale	
Antipyétiques	
Antibiotiques	
Conticidés	
Bronchodilatateurs	
Synthèse	

Annexe 3

Fiche de suivi bronchiolite
Document élaboré par le groupe de pilotage

FICHE DE SUIVI DE LA BRONCHIOLITE (une fiche par enfant)

Maison de santé

Région

Code de l'enfant

Age

13M

Novallis Mélis

Nombre d'épisode de bronchiolites depuis la naissance

1

Coordonnées de la famille actualisées

0614401089

Antécédents personnels

/

Difficultés psychosociales

/

Conclusion bilan : 1ère "Bilan" 2ème "Bilan" 3ème "Bilan" 4ème "Bilan" 5ème "Bilan"

DATE (exemple : 01/05/08)

23/01

24/01

/

Intervenants

Médecin

Résultat entretien & examen clinique

Poids

9,1

9,3

9,3

Alimentation

>Select

✓

✓

Vomissements, Diarrhée

/

/

/

Température

36,6

36,8

37,3

Fréquence respiratoire

55

50

40

Tonus / vigilance

/

/

✓

Apnée

0

0

0

Coloration

✓

✓

✓

Signes de lutte

0

0

0

Géignement expiratoire

0

0

0

Douleur

0

0

0

Auscultation

Sh. int.

✓

✓

Toux

Grasse

✓

Grasse

Encombrement

Voies aériennes supérieures

++

++

/

Voies aériennes inférieures

++

0

/

Saturation O2

/

/

/

Stratégie thérapeutique

Désob. nasale

✓

✓

++

AFE

✓

✓

✓

Education familiale

/

/

/

Antipyrétiques

/

/

/

Antibiotiques

✓

✓

✓

Corticoides

✓

✓

✓

Bronchodilatateurs

✓

✓

✓

Synthèse

*Document élaboré par un groupe de travail pluriprofessionnel avec la participation de la HAS - Avril 2009

Annexe 4 : Guide d'entretien pré épidémie

1) Introduction

Cette étude, faite dans le cadre d'une thèse pour l'exercice de docteur en médecine générale, a pour but d'évaluer l'utilité d'un outil élaboré par un groupe pluri-professionnel pour faciliter l'application des recommandations par les professionnels de santé et pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite.

En effet cette maladie qui concerne les nourrissons de la naissance à 2 ans est très stressante, autant pour les parents que pour les professionnels de santé. Plusieurs types de professionnels de santé interviennent lors de l'épidémie de bronchiolite, chacun avec ses contraintes, ses connaissances, ses représentations.

Cette étude se déroulera en 2 phases d'entretiens, un au début de l'épidémie afin de recueillir les impressions des professionnels de santé (kinésithérapeutes et médecins généralistes) sur leur perception de la bronchiolite, leur prise en charge habituelle. Une fiche synthétisant les recommandations de l'HAS et accompagnée d'un tableau de suivi du nourrisson leur sera remise à la fin de l'entretien. A la fin de l'épidémie de bronchiolite un nouvel entretien sera réalisé avec les mêmes professionnels de santé ainsi qu'avec des parents recrutés par ces professionnels lors d'une bronchiolite de leur enfant. Cet entretien sera pour évaluer l'aide que la fiche de suivi a pu leur apporter pour prendre en charge les enfants atteints de bronchiolite s'ils y ont trouvé un intérêt, une aide ou en frein et comment l'améliorer.

Le but de l'étude est de rechercher avec les médecins généralistes et les kinésithérapeutes des aides pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite au niveau local.

Tous les entretiens se dérouleront individuellement sur les lieux de travail de chacun sur le territoire du SantéPôle des Collines, ces entretiens seront anonymes. Les propos seront enregistrés puis retranscrits et analysés.

Le but n'est absolument pas de juger les pratiques des professionnels de santé mais de recueillir leur avis sur un outil d'aide à la pratique interprofessionnelle.

2) Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon des professionnels de santé

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Avez-vous beaucoup d'enfants dans votre patientèle ?
- Travaillez-vous avec ou sans rendez-vous ?
- Comment faites-vous pour prendre en charge les appels pour des urgences ?
-

3) Guide d'entretien pour les professionnels de santé

- Prenez-vous en charge beaucoup de bronchiolites ?
- Comment cela se passe t'il lorsque vous recevez un enfant pour une suspicion de bronchiolite ? Examen, aisance, doute, craintes, comment vous sentez vous ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de la prise en charge d'une bronchiolite ? Difficultés diagnostiques, thérapeutiques, angoisse des parents, acceptation des traitements, inquiétude, isolement
- Que dites-vous aux parents ? Comment gérez-vous leur inquiétude ?
- Que pensez-vous des recommandations de l'HAS pour la prise en charge de la bronchiolite ?
- Qu'est ce qui pourrait vous aider dans votre pratique quotidienne de la bronchiolite ?
- Que pensez-vous de la prise en charge des autres professionnels de santé ? (conseils, explications) Quelles sont vos relations avec eux ?

A la fin de ces questions nous avons présenté la fiche de suivi aux professionnels de santé, nous leur avons expliqué ces différentes parties et comment l'utiliser. Nous leur avons finalement demandé leurs premières impressions sur cet outil et en quoi il pourrait les aider.

Annexe 5 : Fiche d'information à l'usage des parents

Madame, Monsieur

Votre enfant a une bronchiolite. Dans le cadre de ma thèse pour l'exercice de Docteur en médecine générale j'effectue une étude sur l'utilité d'une fiche de suivi pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite.

Pour cela j'ai effectué des entretiens avec des professionnels de santé (médecins généralistes et kinésithérapeutes) avant le début de l'épidémie de bronchiolite. Je leur ai présenté la fiche de suivi qui se divise en 2 parties : la synthèse des recommandations de l'HAS et la fiche de suivi proprement dit. Je reviendrai les voir à la fin de l'épidémie pour recueillir leur ressenti et leur avis sur cet outil.

J'aurais également besoin de recueillir le ressenti des parents d'enfants soignés pour une bronchiolite. Je voudrais évaluer leurs impressions sur la prise en charge de leur enfant ainsi que leur avis sur la fiche de suivi de leur point de vue de parents, sans connaissance médicale.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude votre médecin généraliste ou votre kinésithérapeutes prendra vos coordonnées afin que je vous contacte au mois de mars pour un court entretien quand et où cela vous conviendra.

Ces entretiens seront enregistrés et ne serviront que dans le cadre de ma thèse. Ces entretiens seront strictement anonymes.

En vous remerciant par avance pour votre coopération et votre aide pour ma Thèse,
Cordialement,
Clémentine Liébault

Annexe 6 : Guide d'entretien post épidémie

1) Pour les professionnels de santé

- Avez-vous vu beaucoup de nourrissons atteints de bronchiolite cet hiver ?
- Quel est votre ressenti sur cette épidémie de bronchiolite ? Avez-vous eu des difficultés ?
- Avez-vous noté des changements dans votre pratique ? (diminution des thérapies, travail interprofessionnel, relation avec les parents)
- Avez-vous utilisé la fiche de suivi ?
- Qu'avez-vous pensé de cet outil pour la prise en charge de la bronchiolite ?
- Comment l'avez-vous utilisé ? (aide, ressenti, suivi interprofessionnel)
- Quelles autres mesures d'amélioration vous paraissent utiles pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite ?

2) Pour les parents

- Combien d'enfants avez-vous ?
- Est-ce la première fois que votre enfant a une bronchiolite ?
- Comment vous êtes-vous senti lorsque votre enfant a présenté une bronchiolite ?
- Comment ressentez-vous la prise en charge de votre enfant ? (travail en relation des différents professionnels de santé, cohérence entre les prises en charge)
- Qu'avez-vous pensé de la fiche de suivi ? (aide, utilité, limite)

Annexe 7 : Entretien pré épidémie A

Homme de 38 ans, médecin généraliste à Valbonne, installé depuis 3 ans, les enfants représentent 1/3 de sa patientèle. Pour les urgences les patients viennent directement au cabinet et passent entre 2 rendez-vous.

En pratique comment cela se passe t'il lorsque vous recevez au cabinet un enfant de moins de 2 ans qui présente une dyspnée ou un sifflement à l'auscultation ? Est-ce que vous en avez déjà eu cet automne ?

1 - Oui et bah (silence)

Qu'est-ce que vous faites pour l'examen, comment vous sentez-vous pour prendre en charge cet enfant ?

2 - D'accord, bah il n'y a pas de problème, c'est comme pour tout le monde, comme
3 - d'habitude. (ton hésitant) Avec un enfant tu fais un interrogatoire avec les
4 - parents, tu le déshabilles, tu fais une inspection, un examen clinique et puis tu
5 - tires les conclusions de ton examen clinique (blanc) et tu agis en conséquence.

Est-ce que vous rencontrez des difficultés lorsque vous prenez en charge des enfants ayant une suspicion de bronchiolite ?

6 - Non, pas particulièrement.

Pas de difficulté de diagnostique ou au niveau de la prise en charge, des traitements ?

7 - Si, si, il y a des incertitudes (hésitation longue), on ne peut pas prédire l'évolution
8 - à court terme. On a des outils thérapeutiques qui sont pas forcément,... enfin on
9 - n'a pas au niveau médicamenteux, on a la kiné qui n'est pas forcément pertinente, il
10 - ne s'agit pas de se décharger sur les kinés du..... stress que ça représente un
11 - enfant qui respire mal. Je dirais que le conseil principal c'est selon l'âge de l'enfant
12 - quand la dyspnée est trop importante, il faut réussir à définir en fonction de l'âge
13 - des enfants et de l'inquiétude des parents de les orienter quand même vers les
14 - services d'urgence pour un complément de prise en charge je dirais, qui ne peut pas
15 - se faire simplement au milieu de la nuit. Alors voilà il faut essayer de... de...de
16 - faire les mesures simples des rhinopharyngites et puis après les critères

- 17 - d'évaluation en fonction de la gravité de la dyspnée pour l'enfant et s'il a moins de 3
18 - mois, bah.. on l'oriente aux urgences, voilà.

Comment gérer vous l'inquiétude des parents, le fait qu'il n'y ait pas de traitement médicamenteux spécifique pour guérir leur enfant ? C'est une difficulté pour vous ?

- 19 - Nan, je dirais que quelque part ça facilite.

Dans quel sens ?

- 20 - Bah, heu, ça permet de prendre conscience aux parents que... que y pas
21 - toujours, qu'on ne peut pas compter uniquement sur les médicaments et que les
22 - choses évoluent d'elles même, qu'il y a une évolution spontanée du problème.
23 - Heuuu, des...des, enfin, une impuissance à influer sur le cour des choses, sur la
24 - situation et sur la récupération, tout en précisant quand même qu'au niveau de la
25 - toux, de la dyspnée, des sécrétions on a comme seul outil la... les... l'aide à
26 - l'expectoration et je dirais la kinésithérapie respiratoire qui apporte un soulagement
27 - temporaire tant que, en attendant que l'organisme absorbe je dirais les phénomènes.

Donc il y a des recommandations qui ont été faites par l'HAS en 2000, qu'est-ce que vous en pensez, elles vous semblent cohérentes ?

- 28 - Heuu, je ne les ai plus en tête.

Et pour vous aider à les mémoriser ou à prendre en charge les bronchiolites est-ce que vous avez déjà pensé à des outils qui vous manqueraient ?

- 29 - (Très long blanc)

Ou ce n'est vraiment pas une difficulté pour vous et vous n'éprouvez pas le besoin d'avoir une aide ?

- 30 - heuu... nan, nan mais c'est toujours utile de connaître des outils de heuuu... (blanc)
31 - de tout type

Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez changer dans votre pratique ? La relation avec les parents, le travail interprofessionnel avec les kinés, les urgentistes ?

- 32 - Bien sûr... (blanc)

Est-ce que vous avez des idées ou des exemples sur des choses qui vous ont posées problème concrètement ?

- 33 - Nan, nan, mais pour autant si on peut... si il y a des choses qu'on peut améliorer
34 - une situation favorablement je pense qu'il faut aussi accompagner le
35 - mouvement, oui.

Par contre vous avez des contacts pour envoyer l'enfant spécifiquement vers un kiné ?

- 36 - Oui, oui je devrais le faire mais là sur le coup je ne sais même plus à qui
- 37 - j'adresse (gros blanc, il cherche son contact sur l'ordinateur), merci de poser la
- 38 - question comme ça je vais essayer de retrouver l'interlocuteur pour l'épidémie à
- 39 - venir ça peut être utile, heuuu....voilà.

Et quand l'enfant est envoyé aux urgences, c'est à quelles urgences ?

- 40 - Alors ici on est un peu au centre entre Grasse et Antibes et il a y beaucoup de
- 41 - gens qui vont volontiers à Lenval aussi.

Et là-bas aux urgences comment envoyez-vous les enfants ?

- 42 - Je les envoie avec un courrier, je n'appelle pas avant en général mais j'envoie
- 43 - avec le courrier oui.

Alors on va passer à la fiche, donc c'est une fiche qui a été faite avec le Dr Moreigne pédiatre à Antibes, des kinés et des médecins dont ma directrice de thèse, le Dr Langlois qui est sur Valbonne.

Il y a plusieurs parties, les recommandations avec les rappels en résumé que le diagnostic est uniquement clinique, qu'il n'y a pas besoin de médicament en dehors du Paracétamol pour la fièvre et de la DRP, sur l'autre face les recommandations en plus détaillées et au dos du tableau la fiche de suivi proprement dite où on peut remplir le nom, l'âge de l'enfant, ses biométries et l'examen clinique qui a été fait. Cela permet au professionnel de santé qui le verra ensuite, par exemple le kiné de voir comment était l'enfant le matin, ou 24, 48h avant. Il peut aussi la remplir et la remettre dans le carnet de santé pour le suivant à prendre en charge l'enfant soit aussi au courant. Et si l'état de l'enfant finalement se dégrade et qu'il va aux urgences ça permet que les urgentistes voient l'évolution.

Le but c'est vraiment dès que vous voyez un enfant avec une bronchiolite, si c'est possible de remplir la fiche, la laisser aux parents dans le carnet de santé pour qu'elle circule entre les différents professionnels de santé.

- 44 - Alors cette fiche en fait il faut l'utiliser comment ? Je ne me vois pas donner la feuille
- 45 - entière aux parents, il y a des choses trop détaillées qu'ils n'ont pas besoin de savoir,
- 46 - je ne me vois vraiment pas donner ça. C'est très bien, c'est transparent mais je ne
- 47 - me vois vraiment pas donner tout ça. Il va falloir expliquer un certain nombre de
- 48 - choses évidemment..... (Blanc) Mais ils n'enregistrent pas le dixième de ce que je

49 - dis. Sauf pour les consignes de surveillance où là j'insiste un peu. Donc l'écrit, la
50 - transparence c'est bien mais là c'est trop, ça risque de leur faire peur....Nan mais
51 - c'est bien fait, OK.....

Alors les parents ce qui va surtout les intéresser ce sont les signes de gravité, savoir quand envoyer leur enfant aux urgences mais la fiche c'est à vous de vous l'approprier, si vous ne voulez pas tout donner vous ne donnez que la partie fiche de suivi et on en rediscute en post épidémie savoir ce qui vous a plu, ce qui vous a aidé et ce que vous changeriez ?

52 - Ah d'accord, d'accord, alors vous m'en laissez.

FIN

Annexe 8 : Entretien pré épidémie B

Femme de 46 ans, médecin généraliste installée à Villeneuve Loubet depuis 4 ans, médecin des crèches de Valbonne.

Médecin urgentiste, DU de pédiatrie, bio-énergicienne, ayant fait partie du réseau bronchiolite à Paris.

Consulte sur rendez-vous, est toujours disponible pour prendre un enfant entre 2 rendez-vous si il n'est pas bien.

Comment cela se passe t'il lorsque les crèches ont un enfant avec une dyspnée ?

- 1 - Là je suis médecin de la petite enfance en préventif et je ne suis pas appelée pour
- 2 - voir les enfants pour des bronchiolites en urgence mais les directrices de crèche
- 3 - m'appellent en disant on a telle ou telle problématique qu'est-ce qu'on fait ? Pour la
- 4 - plupart des problèmes j'ai refait tous les protocoles, je forme tout le monde 1 fois par
- 5 - an au sein de la crèche mais le médecin de crèche c'est préventif, ce n'est pas
- 6 - curatif. Je suis en parallèle dans un cabinet où je suis collaboratrice et là je suis
- 7 - médecin normal, je fais de la médecine générale, j'ai des enfants, beaucoup
- 8 - d'enfants. La bronchiolite c'est un domaine que je maîtrise, je baigne dedans.
- 9 - C'est vrai que quand je me suis inscrite en tant que médecin de crèche j'ai demandé
- 10 - à Sydney (Sydney Ceban, pédiatre à Paris, co-fondateur du réseau bronchiolite dans
- 11 - le 94) les démarches à réaliser pour créer un truc, un réseau ici ce qui ferait
- 12 - beaucoup de bien vu le manque de pédiatres. Est-ce que j'en ai l'énergie
- 13 - aujourd'hui ? C'est beaucoup d'investissements, je n'ai pas la force de tout mettre en
- 14 - place mais je veux bien participer. La diffusion d'un réseau avec la fiche au niveau
- 15 - des crèches, ça il n'y a aucun souci, je le diffuse tout de suite, comme je vous l'ai dit
- 16 - je forme le personnel et les parents je les ai tous rencontrés et ça il n'y a pas de
- 17 - souci.

Donc quand la crèche a un souci avec un enfant qui présente par exemple une dyspnée, ils vont vous appeler ?

- 18 - Toujours, je suis toujours, toujours appelée en priorité, on appelle les parents mais
- 19 - on me demande toujours avant ce qu'il faut faire. Donc moi il suffit qu'on me décrive,

20 - j'ai fait de la régulation au SAMU donc vous vous doutez bien que je sais reconnaître
21 - au téléphone et heu... heu... selon ça je dis on appelle les parents qui vont amener
22 - me petit tout de suite aux urgences ou chez son pédiatre. La problématique des
23 - pédiatres c'est qu'ici il n'y en a pas beaucoup, donc on ne va pas les gêner avec une
24 - urgence, surtout qu'il y a des très bonnes urgences pédiatriques entre Grasse,
25 - Lenval et Antibes donc heuu..., donc heuu...voilà... Je leur donne les premières
26 - recommandations et je leur dis ce qu'il faut faire, oui je connais tous les enfants,
27 - quand on me parle d'un enfant je sais tout de suite quoi faire. Pour la bronchiolite il
28 - n'y a pas de protocole pré établi sauf si c'est au-delà du troisième épisode où là il y a
29 - de la Ventoline. Au premier épisode on ne s'emballe pas, c'est au médecin de
30 - décider ce qu'il faut faire avec de la kiné ou pas. Donc quand l'enfant n'est pas bien il
31 - faut voir d'abord pour le diagnostic parce que souvent on dit bronchiolite alors que
32 - les enfants ont une bronchite. La bronchiolite vous le savez c'est une virose,
33 - d'accord, à partir du troisième épisode on parle d'asthme du nourrisson. Donc heu...
34 - voilà, il y a des très, très bons pédiatres dans la région, notamment sur Grasse donc
35 - nous on a fait une liste de tous les pédiatres de façon à ce que les gens qui ne sont
36 - pas suivis par des pédiatres qui sont débordés on peut leur dire regardez, là il y a un
37 - cabinet où nous on oriente. Ou alors vers un généraliste à orientation pédiatrique
38 - enfin moi je prends les enfants de 1 mois à 3 ans et demi mais c'est aussi parce que
39 - j'étais urgentiste smuriste avec un DU de pédiatrie.....

Donc on a parlé de la kiné et de la Ventoline, les recommandations de l'HAS vous semblent cohérentes avec ce que vous voyez, votre expérience ?

40 - Alors moi j'ai mon expérience de là-haut, je n'ai pas suivi depuis les informations
41 - mais je ne pense pas que ça ait beaucoup changé depuis 2000. C'est la même
42 - chose, on n'a rien à faire d'accord, désinfection rhinopharyngée, clapping, enfin on
43 - n'aime pas trop le terme clapping, qu'importe, kiné respiratoire. Il est vrai que, il est
44 - vrai que nous le maître mot c'est la kiné qui nous intéresse, c'est surtout là qu'ils sont
45 - là. A partir d'un certain âge, de 2 ans, vous le savez on peut donner les fluidifiants,
46 - d'accord et c'est à partir du troisième épisode qu'on parle d'asthme du nourrisson et
47 - qu'on pourra commencer le traitement avec la Ventoline et compagnie. Mais on ne
48 - se précipite pas du tout sur les bronchodilatateurs si on parle de la vraie bronchiolite,
49 - de la bronchiolite avérée au virus respiratoire syncitial. Donc heuuu... après on a
50 - d'autres virus, on a des parainfluenzae qui sont actuellement avec plein de crises
51 - d'asthme chez les adultes et chez tout le monde car nous on se transforme et les

52 - virus se transforment aussi....

Dooooonc...Et quand dans votre cabinet, vous recevez une bronchiolite quelles difficultés vous pouvez avoir ?

53 - Nan moi je n'ai aucune, mais aucune difficulté (rire), moi je suis quelqu'un

54 - d'extrêmement cool tout le temps, et j'ai une telle attitude de réassurance que les

55 - parents ils me disent, ce n'est pas de l'arrogance, ils me disent : ce que vous voulez

56 - moi je vous suis. Donc je n'ai pas de difficulté et je suis rassurante parce qu'il y a

57 - aussi de l'expérience. Je pense que voilà quoi, vous, voilà, le tout c'est de rassurer

58 - les patients, que ce soit de la bronchiolite ou d'autres pathologies. Pour tout c'est :

59 - pas de panique ! Moi je prends les urgences, j'ai plusieurs salles dans mon cabinet,

60 - je l'ai aménagé exprès pour pouvoir prendre les urgences, moi je suture au cabinet,

61 - je suis un des rares médecins qui suture au cabinet, j'assure les crises d'asthme

62 - j'assure tout chez moi sauf quand il faut transférer quoi. Je suis un médecin

63 - particulier.

Doooonc, du coup je vous présente la fiche qui a été créée avec le Dr Moreigne, des kinés et des médecins généralistes dont ma directrice de thèse le Dr Langlois, elle est en 2 parties : les recommandations détaillées de la prise en charge de la bronchiolite et de l'autre côté un tableau qui synthétise les messages clés avec la fiche de suivi proprement dite.

64 - Trop bien, trop, trop bien mais vu mon expérience de ce genre de fiche s'il y a trop

65 - de cases ça n'est pas rempli, il faut épurer, mais c'est génial, c'est génial. Je diffuse

66 - sans souci, aucun problème, je vais bien le lire attentivement mais des fois il y a trop

67 - d'informations pour les parents.

Elle a terminé l'entretien là-dessus alors qu'il me restait des questions et n'a pas pu utiliser ou diffuser la fiche car est partie en congé maternité précipitamment quelques semaines après et n'a pas accepté de me revoir après.

FIN

Annexe 9 : Entretien pré épidémie C

Femme de 56 ans, médecin généraliste installée à Valbonne depuis 27 ans.

Consulte sur rendez-vous, prend facilement les enfants en urgence quand ce sont ses patients, plus difficilement lorsque ce ne sont pas ses patients, a environ 20% de pédiatrie dans sa patientèle.

Donc comme j'ai pu vous le dire au téléphone ma thèse est sur l'évaluation d'une fiche de suivi de la bronchiolite, elle a été élaborée par des kinés, des médecins généralistes dont ma directrice de thèse et un pédiatre d'Antibes, le Dr Moreigne.

- 1 - Oui, on a eu une réunion d'information l'année dernière là-dessus à peu près à cette période-là, et heu c'est vrai que bon je n'ai pas vu de bronchiolite et je ne me suis pas beaucoup investie dans heu ce truc là, mais c'est vrai que je n'ai pas eu beaucoup de bronchiolites l'année dernière hein. Mais on m'avait déjà parlé de ces fiches-là, à donner, à remplir, à suivre, voilà.

Oui, vous n'êtes pas la première à me dire que l'année dernière il n'y a pas eu beaucoup de bronchiolites. Quand vous recevez un enfant qui a une dyspnée, ou une suspicion de bronchiolite, est-ce que vous avez des problèmes dans votre examen, dans la prise en charge diagnostique, thérapeutique...

- 6 - C'est pas des soucis, c'est essentiellement l'évaluation de l'état du bébé. Ou il me fait vraiment très souci ou bon, je sens que je peux gérer ça, heu... tranquillement.
- 7 -
- 8 - Après, nan heu... je n'ai non, pas de souci pour le diagnostic, non, c'est très facile à porter mais après c'est au niveau de la prise en charge par rapport à son état clinique...
- 9 -

Et par rapport aux parents, leur attitude, est ce que vous avez des difficultés pour leur expliquer qu'il n'y a pas de médicament spécifique pour soigner leur enfant, ou pour gérer leur inquiétude ?

- 11 - (Temps de réflexion) Heu... je vais dire, pas vraiment, nan, je pense que les parents, enfin les bébés que je suis ou les parents que j'ai ne sont, sont... des parents qui ne sont pas des parents qui posent soucis ou des parents qui se posent des questions, heu... heu... je veux dire que je gère ça assez facilement et
- 12 -
- 13 -
- 14 -

15 - qu'ils suivent heuuu... facilement les conseils qu'on leur donne. Donc le fait de dire
16 - qu'il n'y a pas d'antibiotique ou de chose comme ça, ça passe très bien. Donc,
17 - heu, non au niveau de l'inquiétude, de toute façon s'il faut, on les revoit le matin,
18 - on les revoit le soir, on les revoit le lendemain, si on ne le sent pas bien et on prend
19 - des décisions si ça ne va pas.

Et vous n'avez pas de difficulté justement à décider quand ça ne va pas, à savoir quand l'adresser aux urgences par exemple, comment faites-vous ?

20 - Nan, de nouveau pas de difficulté, avec l'expérience, j'ai vu beaucoup de
21 - bronchiolites je sais quand il faut faire une surveillance rapprochée, et si je vois
22 - que l'enfant se fatigue, mange moins bien, je, je n'hésite pas à l'adresser aux
23 - urgences ou à donner les consignes de surveillance aux parents pour qu'ils l'y
24 - amènent si c'est la nuit ou le week-end par exemple.

Justement lors des urgences, donc vous avez votre planning de consultations, comment faites-vous lorsque vous avez un appel parce qu'un bébé n'est pas bien ?

25 - Ca dépend de l'urgence quoi, du degré d'urgence. D'abord ça dépend de si je
26 - connais le gamin, enfin le bébé, si je l'ai déjà vu, donc heu à ce moment-là il n'y a
27 - pas de souci. Je peux me permettre, si c'est quelqu'un que je n'ai jamais vu, qui
28 - me dit, il n'est pas bien, il ne respire pas bien, il a de la fièvre, après entre guillemets,
29 - heu... si je suis très chargée heu... et que son médecin traitant, son pédiatre n'ont
30 - pas pu le voir, et tout le reste, même si je ne le connais pas, je, je ne vais pas gérer
31 - de la même façon. Donc oui, on peut toujours trouver un moment pour heu... pour le
32 - voir en l'intercalant entre deux ou en le voyant une heure plus tard, voilà, on ne va
33 - pas dire je vois le gamin dans 3 jours. Mais je reviens sur le système, l'attitude
34 - n'est pas la même si c'est sa propre patientèle. Là aujourd'hui je suis d'astreinte,
35 - si on était en pleine épidémie de bronchiolites en étant d'astreinte, si on
36 - m'appelle en disant : j'ai appelé mon pédiatre, j'ai appelé mon généraliste, je
37 - vous appelle maintenant, voilà on est là, je le vois. Mais ça c'est encore un autre
38 - problème que la bronchiolite, c'est gérer ses patients et gérer les autres patients.

Et il y a une astreinte tous les jours ?

39 - Oui, moi je ne le fais plus qu'en journée, mais il y a aussi une astreinte la nuit et le
40 - week-end.

D'accord, et en dehors de l'astreinte, quand vous recevez un enfant avec une bronchiolite à qui l'adressez-vous après, vous avez un réseau, des interlocuteurs privilégiés ?

41 - Alors on en a moins, on en a moins. Il y a 2 ou 3 kinés avec qui on travaille
42 - quand même, mais on en avait plus avant et il y en avait même qui faisait un
43 - système de SOS bronchiolite, mais il n'y en a plus, mais on arrive à avoir des
44 - rendez-vous avec 2 ou 3 kinés heu facilement, donc heuuu, voilà...

D'accord, alors et avec les recommandations sur la bronchiolite qui sont anciennes, elles datent de 2000, pour vous elles sont cohérentes avec la prise en charge que vous faites au quotidien, avec votre expérience ?

45 - Oui parce que les recommandations pas d'antibiotique, pas d'antitussif, ça il n'y a
46 - pas de souci. Après c'est surtout sur la prise en charge au niveau des sprays, les
47 - corticoïdes inhalés voilà, donc ça j'aurai besoin peut être de refaire une petite
48 - réunion de mise au point ou d'avoir un rappel. Une aide ça serait peut-être bien,
49 - parce qu'on a tendance peut-être à utiliser les bronchodilatateurs ou les anti-
50 - inflammatoires alors qu'il semblerait que ce ne soit pas, heuu... systématique ou
51 - alors je me trompe ?

Alors comme on va le voir après avec la fiche effectivement les bronchodilatateurs ne sont pas recommandés, sauf après le troisième épisode où là on parle d'asthme du nourrisson, pour les corticoïdes c'est moins net, c'est laissé à l'appréciation du médecin.

52 - Voilà c'est ça, j'avais besoin de me le remettre en tête. Mais heuu... c'est vrai que
53 - de dire on ne va pas donner de spray, quand vous disiez tout à l'heure inquiétude
54 - des parents par rapport à l'absence de traitement, le fait qu'on ne donne pas de
55 - spray ça oui ça peut être plus difficile à faire passer, pour les antibiotiques par
56 - contre ce n'est pas un souci là, c'est passé.

Vous voulez dire c'est passé dans les habitudes de la population générale de ne pas traiter la moindre fièvre avec des antibiotiques ?

57 - Oui, oui c'est ça, les parents en général sont moins demandeurs et comprennent
58 - très bien.

Donc là on a parlé d'éventuelles difficultés pour se rappeler des recommandations et pour les appliquer face à des parents qui peuvent demander des spray, est ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider dans la prise en charge de la bronchiolite et comment est-ce qu'elles pourraient vous aider ?

59 - Bah moi je dirais, avoir une mise à jour, enfin, une réunion de mise à jour, en
60 - dehors de ça. Heuu, nan, nan, ça va.

Et est ce qu'il y a des choses que vous voudriez changer dans votre prise en charge de la bronchiolite ?

- 61 - (Temps de réflexion) Non, bon comme on a dit j'ai mon petit réseau de kinés, on s'entend bien, donc si j'en ai besoin je les ai. Les parents heu... nan là nan, ça ce passe bien pour l'instant donc je n'éprouve pas le besoin de changer.

D'accord et la fiche dans ce cas en quoi est ce qu'elle pourrait vous aider ?

- 64 - Alors déjà il faut que je la re-regarde, vu que je l'ai juste vu l'année dernière (rires), il faut que je la revois, voilà, c'est tout, je vais me remettre en tête les éléments qui sont là-dessus vu que je ne l'ai pas pratiquée du tout l'année dernière. Mais ça peut être un soutien comme on parlait tout à l'heure par rapport aux sprays qui ne sont pas recommandés. Alors, réexpliquez-moi cette fiche ?

Donc elle est en 2 parties, justement vous parliez des recommandations, donc là c'est un tableau avec les recommandations synthétisées : en vert ce qui est recommandé, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin selon la situation et en rouge ce qui n'est pas recommandé.

- 69 - Ah d'accord, très bien ça.

Ce tableau peut vous permettre d'avoir un peu plus de poids face aux parents, par exemple par rapport à la non prescription de bronchodilatateurs, ils peuvent voir que ce n'est pas une décision arbitraire de votre part, que ce sont les recommandations.

- 70 - Ah oui, tout à fait, continuez !

L'autre partie ce sont les recommandations mais en beaucoup plus détaillées avec les consignes de surveillance, les éléments de gravité à prendre en compte et au verso du tableau il y a la fiche de suivi proprement dite où vous pouvez remplir le nom, l'âge de l'enfant, l'examen clinique que vous avez, la décision médicale que vous prenez. Et ça permet une fois qu'elle est complétée que les kinés puissent voir comment l'enfant était le matin même, ou la veille, de pouvoir voir si l'enfant se dégrade entre 2 consultations, pour avoir un suivi, voir ce que les autres professionnels de santé ont fait.

- 71 - D'accord, effectivement dans ce sens ça peut être intéressant....

Vous avez d'autres commentaires sur cette fiche ?

- 72 - Heuu, nan, pas pour l'instant, je verrais en l'utilisant.

FIN

Annexe 10 : Entretien pré épidémie D

Femme kinésithérapeute de 29 ans, installée en tant qu'associée à Roquefort les Pins depuis 10 mois, avant était en remplacement à Mouans Sartoux. Elle est la seule à prendre des enfants pour de la kinésithérapie respiratoire car est à l'aise grâce à son père qui était très formée en rééducation respiratoire.

- 1 - Donc je prends des enfants en charge pour des séances de kiné lors de bronchiolite
- 2 - durant la période hivernale mais là je n'en ai pas encore eu cet automne mais ça ne
- 3 - va pas tarder là je pense.

Les enfants que vous recevez, se sont les parents qui les amènent spontanément ou ils passent systématiquement par leur médecin avant ?

- 4 - C'est beaucoup ça, beaucoup de gens qui ont d'abord vu le médecin et qui viennent
- 5 - avec l'ordonnance, et, et après je pense qu'on ne peut pas faire des soins sans un
- 6 - avis médical avant, sans ordonnance. Souvent c'est ça ; les gens qui viennent avec
- 7 - l'ordonnance. Après là ici je n'ai pas, j'ai peut être eu une ou deux... je veux dire
- 8 - comme j'ai démarré en milieu d'hiver, enfin à la fin de l'épidémie je n'ai pas eu
- 9 - beaucoup de bébés ici. Mais en 5 ans à Mouans Sartoux j'ai vu beaucoup de bébés
- 10 - et là je pense que ça ne va pas tarder, voilà.

Et quand vous recevez un enfant ayant une bronchiolite quelles sont les difficultés que vous pouvez avoir dans la prise en charge de cet enfant ?

- 11 - Heuuuuu... vous parlez au niveau plus heuu... au niveau relationnel ou du soin ?
- 12 - Alors déjà au niveau relationnel en général ça se passe bien, alors je donne les
- 13 - conseils déjà, pas d'hygiène je dirais mais de, enfin pour éviter que ça ne s'aggrave.
- 14 - Voilà je leur dis de bien découvrir leur enfant, de ne pas trop chauffer la chambre, de
- 15 - laver le nez, voilà il y a tout cet aspect là. Et surtout avant de commencer la séance
- 16 - je leur explique que ça peut être éprouvant à voir qu'avec la séance de kiné respi il
- 17 - n'y a pas de douleur, voilà. C'est une gêne donc l'enfant va pleurer, voilà donc avant
- 18 - de faire une séance de kiné je prépare bien les parents, surtout quand c'est un
- 19 - premier enfant et la première fois qu'ils font une séance, voilà. Et j'explique bien que
- 20 - heuuu... voilà on ne va pas casser l'enfant mais que voilà c'est assez éprouvant à
- 21 - voir. Voilà, je prends bien le temps avant de, de, d'expliquer. Après l'examen moi je

22 - n'utilise pas de, de, stéthoscope, peut être que je devrais mais heuuu... heu... en
23 - général, je, je sens au niveau des mains sur le torse. Mais heu... je devrais peut être
24 - plus, ... plus contrôler avec ... avec un stéthoscope pour voir s'il y a des sifflements
25 - ou des râles mais ... avec les mains en général ça marche bien. Moi j'ai mon père
26 - aussi qui est kiné en Bretagne, il avait fait une formation en plus de kiné respi à
27 - l'hôpital, au CHU de Rennes, et voilà, en fait il m'a, enfin j'ai vu la technique à l'école
28 - et il m'a remontré sa technique, comment mettre et sentir avec les mains et voilà.
29 - Mais je n'utilise pas de stéthoscope par contre, donc ce n'est peut-être pas un
30 - examen très, très poussé mais en même temps je ne suis pas médecin et comme je
31 - vous le disais en général les enfants ont déjà été vus et examinés.

Et donc vous disiez que vous expliquiez beaucoup d'abord aux parents, vous avez l'impression qu'il manque un peu une information en amont, que les médecins ne préviennent pas les parents que ça peut être éprouvant pour leur bébé ?

32 - Heuuu... (blanc)

Vous avez l'impression que les médecins lâchent un peu, se déchargent un peu sur les kinés ?

33 - Je ne sais pas, non je ne sais pas, je pense les parents sont déjà assez informés,
34 - pas forcément par le médecin mais on en parle pas mal quand même aux infos
35 - souvent quand c'est la période des bronchiolites qui arrive. Enfin moi je trouve que
36 - les parents ils ont quand même l'air informé mais je réinsiste là-dessus quand même.
37 - Nan ? J'ai l'impression que les parents sont pas mal informés et je vous dis, j'ai hein
38 - plusieurs fois à l'arrivée de l'automne ou de l'hiver aux infos, souvent ils parlent
39 - quand même des kinés dans les reportages, hein les kinés qui se déplacent à
40 - domicile, qui ..., heuu... Parce que beaucoup de parents m'ont déjà dit : non c'est
41 - bon, j'ai déjà vu à la télé comment ça se passe, j'ai vu, je sais que c'est...
42 - Je pense qu'il y a quand même une information hein, je ne sais pas d'où elle vient, si
43 - c'est vraiment le médecin qui informe bien ou si c'est justement les médias qui
44 - régulièrement ferment quand même donc je ne sais pas, voilà.

D'accord, et si vous avez l'impression lors de votre examen que l'enfant n'est pas bien, vous ne savez pas comment il était lorsque le médecin l'a vu, est ce que vous avez des médecins, des interlocuteurs à qui vous pouvez ré adresser l'enfant ? Qu'est-ce que vous faites dans ce cas là ?

45 - Bah ça ne m'est encore jamais arrivé mais heuu..., je pense que si ça m'arrive ici à

46 - Roquefort, on a des médecins qui sont vraiment tout près, donc si j'ai la possibilité
47 - d'appeler le médecin traitant en général oui. Je pense que je pourrais facilement
48 - l'avoir et puis je lui en parle, je lui dit les symptômes que je vois, il y a la possibilité
49 - de le faire et s'il ne peut pas, je sais que les médecins à côté à Roquefort il y en a qui
50 - voit beaucoup les enfants et qu'ils peuvent être disponibles mais ça ne met encore
51 - jamais arrivé ici.

D'accord avez-vous pensé à des choses qui pourraient vous aider dans la prise en charge de la bronchiolite ? Lorsque vous vous sentez en difficulté ?

52 - Heuuu..., ce n'est pas une maladie qui est difficile à prendre en charge pour moi
53 - mais je pense que je vais quand même, moi faire une formation complémentaire pour
54 - les kinés. C'est un week-end, enfin je pense que j'ai peut être besoin de quand
55 - même peut être d'un peu plus au niveau théorique plus. Pratique heu... je pense qu'il
56 - n'y a pas 36000 choses à faire, je maîtrise bien les gestes. Plus savoir, voilà les
57 - conseils parce que tout ce qui est lavage de nez voilà je sais bien faire parce qu'on
58 - m'a bien montrée et c'est très, très important aussi de s'occuper aussi du nez pour
59 - ne pas que ça s'aggrave, voilà. Et j'informe aussi les mamans, je leur montre
60 - comment faire aussi parce qu'il y a des parents qui ne le font pas assez
61 - énergiquement et ça ne sort pas forcément de l'autre côté donc heu s'il n'y a pas
62 - déjà un bon lavage de nez avant je pense que après ça peut vite, ça peut heu...
63 - s'aggraver en fait. Tout part aussi du nez enfin moi je le pense. Mais heu... ouais ce
64 - serait peut-être bien que heu... au niveau théorique des fois, il y a peut être des
65 - petites lacunes.

Pour améliorer la prise en charge de l'enfant qu'est ce que vous voudriez changer dans votre façon de travailler ? (pas de réponse) Le relationnel avec les autres professionnels de santé, plus de suivi ? (pas de réponse) ou au niveau de l'éducation des parents ?

66 - Heuuu..., heu... (blanc) Ouais peut être, je pense qu'ils doivent le faire peut être,
67 - enfin je pense. Mais, parce qu'en général les conseils qu'on donne, les parents sont
68 - déjà assez au courant, Heuu..., je pense que l'information est bien, et puis en plus,
69 - souvent il y a dans les cabinets enfin vous avez du voir il y a souvent des petits
70 - dépliants sur la bronchiolite avec les conseils, justement quand ils parlent de pas trop
71 - chauffer la chambre, veillez à ce que la chambre ne soit pas trop humide ou heu...
72 - l'environnement trop sec, hein vous savez il y a les petits dépliants hein sur la
73 - bronchiolite, je pense que ça informe quand même bien les parents en plus de la

74 - parole.

Et si un médecin fait une prescription pour des séances de kiné respi, vous vous avez déjà votre planning, pour les urgences comment faites-vous ?

75 - Heuu..., je n'ai pas de créneau spécifique pour les enfants c'est entre 2 traitements
76 - on va dire classique, enfin je prends quand il y a de la place, quand les parents ont
77 - besoin, en général s'ils appellent en me disant j'ai besoin aujourd'hui, c'est urgent,
78 - bah oui on prend en dernier patient, on trouve toujours le jour même si des parents
79 - appellent en disant j'ai eu des séances de kiné, il faut commencer aujourd'hui, on
80 - prend week-ends, jours fériés c'est indispensable.

Vous faites des gardes ou des astreintes ?

81 - En général c'est ça ouais, enfin à Mouans-Sartoux c'était en relais mais là je viens
82 - d'arriver dans ce cabinet, enfin ça fait depuis le début de l'année mais heu ma
83 - collègue elle ne fait pas le, la kiné respi des bébés, mais sinon ouais le samedi,
84 - dimanche s'il y a besoin de se déplacer je me déplace à domicile.

Il y a tout un groupe de kinés pour les astreintes ?

85 - Non, alors heuu..., oui on a plusieurs kinés ici à Roquefort mais heu... moi c'est vrai
86 - que je ne les connais pas trop, je ne connais pas les autres kinés mais il n'y en a pas
87 - beaucoup à Roquefort pour la kiné respi. Mais en tout cas moi, s'il y a besoin pour le
88 - samedi, dimanche je suis disponible, il le faut et je le dis aux parents. Après je sais
89 - qu'il y a des réseaux de bronchiolite, enfin de kinés qui font des astreintes comme le
90 - réseau heuu, heuu Arbam.

D'accord, donc je vais vous présenter la fiche de suivi, comment pourrait-elle vous aider dans la prise en charge des bronchiolites ?

91 - Heuuuum..., heuuu..., peut-être pour m'orienter vers un traitement, je ne sais pas,
92 - non, ou pour repérer les symptômes de gravité peut être, je ne sais pas.

Donc c'est une fiche qui a été élaborée avec le Dr Moreigne qui est pédiatre à l'hôpital d'Antibes et avec des kinés et des médecins généralistes dont ma directrice de thèse le Dr Langlois à Valbonne. Le but c'est vraiment de pouvoir lier les médecins, les kinés et les parents, pour que l'information circule. Donc voilà, il y a 2 parties donc la première avec les recommandations détaillées, les signes de gravité, les consignes de surveillance, sur la deuxième il y a d'un côté un tableau avec un résumé des recommandations pour qu'elles soient claires et faciles à comprendre, en vert c'est ce qui est recommandé de faire, en orange ce sont les traitements laissés à l'appréciation du médecin et en rouge c'est ce qui est contre indiqué

comme les bronchodilatateurs, les mucolytiques, antitussifs. Et puis au verso la fiche de suivi proprement dite avec les cases pour remplir l'âge de l'enfant, les antécédents, l'examen clinique lorsqu'un professionnel de santé voit l'enfant, on laisse la fiche dans le carnet de santé.

- 93 - Ah oui, donc ça, ça va dans le carnet de santé donc moi je vois ce que le médecin a
94 - mis, c'est bien ça.

Voilà, vous pouvez voir comment était l'enfant le matin même, 24h avant, voir si son état c'est amélioré, dégradé. Et si l'enfant va moins bien, s'il doit aller aux urgences, les urgences voient aussi qu'elle a été l'évolution de l'enfant.

- 95 - D'accord, et là le deuxième bilan c'est pour le médecin ou pour nous on doit remplir
96 - aussi ?

Oui, oui, c'est à vous aussi, de remplir même s'il y a beaucoup de séances pour que si par exemple pendant le week-end l'enfant est vu par un kiné d'astreinte, que lui aussi puisse savoir comment était l'enfant la veille, comment il évolue.

- 97 - Oui je comprends, ça permet le suivi et que chacun sache où on en est, oui c'est
98 - bien. Laissez m'en quelques une, donc en fait c'est une fiche qui suit vraiment
99 - l'enfant et les parents en fait nan ?

Oui, oui elle suit l'enfant pour que les différents professionnels de santé vus par l'enfant puissent la consulter

- 100 - D'accord j'ai compris, et donc en avril vous voudriez avoir des retours des parents
101 - sur la fiche et voir en quoi elle a pu m'être utile ?

Tout à fait, donc si vous êtes d'accord on se revoit dans quelques mois pour faire le point !

FIN

Annexe 11 : Entretien pré épidémie E

Homme kinésithérapeute de 51 ans installé au Rouret depuis 20 ans, il est kinésithérapeute depuis 1985. Il est installé dans un cabinet de 4 kinésithérapeutes mais il est seul à prendre en charge les enfants pour rééducation respiratoire.

Alors le but de ma thèse c'est d'évaluer l'intérêt et les limites d'une fiche de suivi pour la bronchiolite. Quand vous recevez un enfant avec une bronchiolite, ce sont des enfants envoyés par leur médecin avec une ordonnance pour de la kiné respi ou les parents amènent spontanément leur enfant quand il est encombré ?

- 1 - Il y a les deux en fait parce que moi je suis connu pour ça dans le coin, alors soit le
- 2 - médecin adresse d'abord, si le médecin appelle c'est que là c'est une urgence à
- 3 - prendre dans la matinée, soit il donne une ordonnance et là les parents viennent
- 4 - dans la journée ou le soir c'est les 2 quoi.

Mais il y a des enfants, enfin des parents qui amènent leur enfant sans avoir vu de médecin d'abord ?

- 5 - Nan, ça jamais, on n'a pas le droit en tant que kiné de faire une séance sans
- 6 - ordonnance.

Donc les enfants et les parents ont déjà vu le médecin, vous quelles sont les difficultés que vous pouvez avoir lors de la prise en charge d'un enfant ayant une bronchiolite ?

- 7 - Bah nan, pas de difficulté vu que pour moi les bronchiolites sont prioritaires, ils sont
- 8 - prioritaires au cabinet donc je les prends le plus vite possible, je préfère annuler un
- 9 - rendez-vous pour quelqu'un qui a mal au dos et je prends la bronchiolite.

D'accord, mais la question était plus dans le sens de difficultés, d'inquiétudes, lorsque l'enfant est à votre cabinet, dans la prise en charge de sa pathologie ?

- 10 - Nan, aucune, j'ai l'habitude.

Vous n'avez pas de soucis dans vos relations avec les médecins ou les parents ?

- 11 - Alors on ne peut pas appeler ça des difficultés mais c'est vrai que souvent ils
- 12 - envoient ce que j'appelle les bronchiolites dentaires. Hein, dès qu'on est en période
- 13 - de bronchiolites dès qu'un bébé est encombré, hop chez le kiné, c'est une

14 - bronchiolite, il lui faut le kiné. Ça c'est vraiment très fréquent, et c'est dur de leur dire
15 - non. Une fois que les parents ont entendu le mot bronchiolite, leur dire en tant que
16 - kiné que ce n'est pas ça et leur dire que la séance n'est pas utile c'est très
17 - compliqué. Ils ne sont pas prêts à entendre ça, à rentrer sans la séance alors
18 - souvent je fais une mini séance, où je fais un peu semblant. Autrement dans le
19 - relationnel avec les parents c'est la mère qu'il faut gérer, qu'il faut rassurer. Elles ont
20 - tendance à ne pas trop aimer quand même, donc, heu... D'ailleurs l'enfant se
21 - comporte mieux quand il y a le père plutôt que la mère, il pleure moins. Les mères,
22 - des fois, je les envois dans la salle d'attente parce que sinon c'est, ce n'est pas
23 - facile.

Est-ce que vous avez l'impression qu'en amont, par le médecin il y a un manque d'information sur la kiné respiratoire, que les parents ne savent pas en quoi va consister la séance ?

24 - Oui, les médecins m'envoient direct les enfants parce qu'ils savent que je gère
25 - l'approche, que je gère la séance sur le plan général, je veux dire il n'y a pas de
26 - souci.

Pas de souci, mais pour les mères par exemple, à part les mettre dans la salle d'attente, comment est-ce que vous allez gérer l'inquiétude d'une mère ?

27 - Bah en fait, quand j'arrive dans la salle d'attente, je me mets à hauteur du bébé pour
28 - lui dire bonjour, comme ça dans un premier temps, je dis bonjour aux parents bien
29 - sûr, mais aussi au bébé pour montrer que je ne suis pas là tout de suite pour entre
30 - guillemets l'agresser, je prends contact avec le bébé et je prends surtout mon temps
31 - pour rentrer dans la salle, pour l'installation, je fais vraiment ça de façon très, très
32 - calme, pour heu... les mettre en confiance justement.

Bon je vois qu'en dehors de l'inquiétude des parents vous n'éprouvez pas vraiment de difficulté mais qu'est ce qui pourrait vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

33 - (Long blanc) bah parfois c'est un peu difficile c'est vrai de gérer le nombre quand il y
34 - a une épidémie assez importante, donc c'est plus une question de, de collègues
35 - qu'une question de technique. C'est juste qu'on n'est pas très nombreux. Après peut
36 - être qu'un petit support, il y a un support de la CPAM concernant la bronchiolite,
37 - après c'est vrai qu'heu... les parents se rendent compte qu'en fait ça ne fait
38 - pas mal à l'enfant. Après ils se rendent compte le soir même que déjà, ça a dégagé
39 - l'enfant mais c'est surtout le fait que les parents ont toujours peur que ça fasse mal.

40 - Donc moi je fais toujours sur les parents en premier, je, je fais la technique sur la
41 - mère quand je vois qu'elle est inquiète, donc il y a peut être ce côté-là à développer,
42 - ce côté de se dire que ça ne fait pas mal, peut être par les médecins, sans entrer
43 - dans les détails mais heuuu voilà.

Donc vous voudriez peut-être un peu plus de liens avec le médecin qui a envoyé l'enfant ? Ou plus d'éducation des parents ?

44 - Bah non, le lien on l'a et si ça ne va pas on rappelle le médecin, les difficultés qu'on
45 - aurait ça serait plus avec l'hôpital, parce que heuuuu, on n'a pas vraiment de
46 - contact.

En général vos patients vont à l'hôpital spontanément ou ça vous arrive d'adresser un enfant aux urgences ?

47 - C'est arrivé une fois d'adresser un bébé aux urgences, c'est arrivé une fois mais vu
48 - qu'ils passent avant chez le médecin c'est rare, c'est très rare.

D'accord, est ce qu'il y a des choses que vous voudriez changer dans votre pratique de la bronchiolite ?

49 - Non, non, on arrive à gérer, je fais ça depuis longtemps, il n'y a rien de particulier,
50 - donc rien à changer, ça se passe bien.

D'accord, dans ce cas en quoi la fiche de suivi pourrait vous être utile ?

51 - Je, je connais un système qui le faisait parce que c'était un réseau avec qui j'avais
52 - travaillé. Donc oui la fiche de suivi c'est bien, bien pour ... avoir un compte rendu au
53 - niveau du médecin, et puis même, c'est toujours bien d'avoir des repères pour aider
54 - les enfants à, à, le temps que ça met, l'état à chaque séance, oui ça peut être
55 - intéressant. Et puis comme on disait tout à l'heure ça peut être utile lors des
56 - « bronchiolites dentaires » pour éviter que le médecin nous le renvoie 3 fois de suite
57 - pour des séances de kiné dont l'enfant n'a pas besoin ça peut avoir plus de poids
58 - que juste ce que disent les parents avec leur inquiétude.

Et par rapport à l'organisation, est-ce que vous faites des gardes ? A qui les parents peuvent s'adresser la nuit et le week-end ?

59 - Nan, je ne fais plus de garde, je n'ai plus l'âge, je laisse ça à un réseau qui fait des
60 - gardes et peut se déplacer à domicile. Mais bon, il y a parfois des exceptions quand
61 - même, si je connais bien l'enfant ou les parents.

Très bien, donc je vais vous présenter la fiche, elle se divise en 2 parties, sur ce recto verso on retrouve les recommandations détaillées de 2000 de l'HAS ainsi que les critères de gravité imposant une hospitalisation. Sur l'autre partie il y a

d'un côté ce tableau qui résume les grandes lignes des recommandations, en vert ce qui est recommandé, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin comme les corticoïdes inhalés ou les antibiotiques et en rouge ce qui n'est pas recommandé comme les mucolytiques, les bronchodilatateurs, les antitussifs.

- 62 - Oui ça c'est bien, je reviens sur les bronchodilatateurs moi ça m'est souvent arrivé de
63 - les arrêter de moi-même en expliquant aux parents que ça n'avait pas d'intérêt.

Derrière le tableau vous avez la fiche de suivi à proprement parlé où vous pouvez marquer l'âge de l'enfant, ses coordonnées, ses antécédents, et chaque professionnel de santé peut marquer l'examen clinique qu'il a quand il a l'enfant, ça permet à celui qui le voit après de voir si l'état de l'enfant s'améliore, se dégrade pour agir en conséquence. Cette fiche suit vraiment l'enfant, on peut la mettre dans le carnet de santé pour que tous les professionnels de santé qui voient l'enfant puissent la consulter.

FIN

Annexe 12 : Entretien pré épidémie F

Femme kinésithérapeute de 53 ans, installée depuis 16 ans à Châteauneuf de Grasse. Elle était avant installée en Haute Savoie. Elle travaille dans un cabinet de 4 kinésithérapeutes, dont 2 prennent des enfants pour rééducation respiratoire.

Avez-vous une formation particulière pour la kiné respiratoire ?

1 - Alors, la dernière formation que j'ai faite c'était il y a 3 ou 4 ans, à Sophia, formation
2 - qui était faite par Joël Barthe qui a fait pas mal de trucs sur la bronchiolite, dans les
3 - années je crois, plutôt 80 et là il était franchement vieillissant parce que bon il était
4 - intéressant mais avec des difficultés d'élocution, c'était une catastrophe. J'étais avec
5 - mon associé là et donc je n'avais pas tellement apprécié. Voilà, c'est tout ce que j'ai
6 - fait après mes études au niveau respiratoire comme formation.

D'accord, et à part les bronchiolites, vous prenez d'autres enfants pour des séances de kiné respiratoire ?

7 - Oui alors je prends surtout des bronchiolites, mais par exemple cet été, j'ai eu le cas
8 - intéressant d'un petit garçon, un belge qui avait une maladie assez rare des, des cils
9 - vibratils donc heuu..., je ne me rappelle pas le nom de la maladie mais ça faisait un
10 - tableau de mucoviscidose, et il n'expectorait pas bien évidemment, et pour moi ça a
11 - été très intéressant. Parce que comme ils vivaient en Belgique, ils étaient en
12 - vacances au ClubMed là et ils ont téléphoné avant de venir pour voir dans le secteur
13 - qui pourrait prendre le bébé en charge. C'était un jumeau, il avait une petite sœur
14 - aussi et heuu, Opio qui sont plus près ils avaient décliné donc moi je l'avais pris. La
15 - mère ne m'avait pas expliquée la pathologie, elle m'avait juste dit qu'il fallait qu'il ait
16 - une séance par jour. Donc c'était vachement intéressant parce que c'était un gamin
17 - qui avait quoi, un an et demi, et adorable, mais vraiment adorable, et elle me dit
18 - qu'effectivement il est tellement adorable et il a tellement l'habitude que à Bruxelles,
19 - à l'université ils l'utilisent souvent comme cobaye quand ils font des formations.
20 - Donc elle connaît toutes les techniques et elle peut juger tous les praticiens. Voilà et
21 - c'était intéressant parce qu'elle m'a appris aussi des choses.

D'accord, donc ça a bien dû vous aider, et comment est-ce que vous vous sentez lorsque vous prenez en charge un enfant ayant une bronchiolite ?

22 - Heuu..., bah là j'avoue qu'après avoir pris le petit cet été, comme la mère m'a
23 - beaucoup apportée, cet hiver ça va être différent. Alors comment on se sent ? Il faut
24 - souvent rassurer les parents parce qu'ils sont souvent stressés à l'idée que leur
25 - gamin va avoir une séance de kiné respi dont on leur a fait un tableau assez
26 - apocalyptique, et voilà, l'hiver il y a cet aspect là et puis heuu... Bon ensuite quelque
27 - fois les gamins arrivent avec des diagnostics de bronchiolite et on n'est pas sûr que
28 - ce soit ça quoi, il n'y a pas de sifflement donc bon c'est vrai que des fois moi je suis
29 - un peu sur la réserve, ça dépend. Et heuu... surtout je trouve qu'on a un rôle
30 - important auprès des parents, dans la prévention, l'installation au lit, l'aération de la
31 - chambre des trucs comme ça.

Vous avez l'impression qu'il y a peut être un manque d'informations en amont par les médecins ?

32 - Oui, oui, ce n'est pas un reproche que je leur fait de, de se décharger sur nous,
33 - parce que c'est notre boulot, voilà quoi.

Vous avez l'impression que quand les parents arrivent ils sont stressés parce qu'on ne leur a pas expliqué en quoi consistait vraiment la séance de kiné ?

34 - Oui, oui et puis ils ne mesurent pas forcément la gravité que peut avoir la pathologie,
35 - la prise en charge etc...

D'accord, et vous, prendre en charge des bronchiolites, c'est une source de stress, d'inquiétude pour vous ?

36 - Alors non, pas du tout, d'autant plus qu'on fonctionne beaucoup en binôme avec
37 - mon collègue donc on sait très bien qu'au niveau de la présence déjà, soit l'un soit
38 - l'autre on est toujours là s'il le faut et donc on peut partager si on a une inquiétude ou
39 - un doute on n'hésite pas à s'appeler, à voir dans la pièce à côté ce qu'on en pense,
40 - donc là non il n'y a pas de difficulté.

Vous n'avez pas non plus de difficulté devant un enfant qui présente une bronchiolite sévère ? Que faites-vous dans ce cas-là ?

41 - Alors, en général on le réadresse au médecin, ça m'est arrivé une ou deux fois
42 - d'adresser un enfant aux urgences parce que c'était des, des patients qui n'avaient
43 - pas de, de médecin traitant qui étaient en vacances ou quoi, pour moi c'était plus
44 - opportun qu'ils aillent directement aux urgences.

Quand ce sont des enfants qui ont un médecin traitant, vous avez des contacts avec eux ?

45 - Heuu..., ça dépend, ça dépend, oui, si au bout d'un certain nombre de séances, on

46 - estime qu'il faut continuer et que le médecin n'est pas là on prend l'initiative de
47 - continuer sachant que le médecin après nous fait confiance et fera la prescription, ça
48 - arrive oui.

D'accord, et quels sont les conseils que vous pouvez donner aux parents pour la prise en charge de la bronchiolite ?

49 - Alors les conseils quand ils arrivent ou quand ils partent ?

Bah les 2, les conseils que vous donnez pendant la séance ?

50 - Heuu..., déjà de, de pas paniquer, que leur enfant ne sente pas que heuu... ses
51 - parents sont paniqués. Ensuite dans la façon de le tenir, l'installation au lit, souvent
52 - ce que j'ai pu constater c'est que les parents réhaussent un peu le lit, mais au lieu de
53 - le faire sous les pieds du lit ils vont le faire sous le matelas et ça c'est quasiment tout
54 - le temps, donc en fait le petit il va glisser et il va se retrouver sur la partie du lit qui
55 - est à l'horizontale et donc la surélévation est nulle et ne permet pas de mieux
56 - respirer, donc moi je leur conseille de mettre par exemple des livres sous les pieds
57 - du lit ce qui réalise un plan incliné heuu..., voilà.

58 - Une notion que je n'avais pas et que j'ai apprise en lisant des bouquins c'est
59 - l'importance de connaître le bol alimentaire du bébé durant les 24 heures qui ont
60 - précédé la séance par rapport au risque d'hypoxie et avant je n'avais pas du tout
61 - cette notion là, donc quand les gens prennent rendez-vous on leur précise qu'il vaut
62 - mieux que le bébé n'ait pas mangé si possible 2 heures avant donc et quand ils
63 - arrivent on leur fait préciser quelle a été l'heure du dernier repas ou de la dernière
64 - boisson mais moi je ne remontais pas aussi loin dans l'interrogatoire, voilà quoi.

Et par rapport au lavage de nez, vous trouvez que la formation des parents à la DRP est bien faite par les médecins ? Les parents savent nettoyer le nez ?

65 - Ça oui, je trouve qu'autant ça ne l'était pas il y a quelques années, maintenant c'est
66 - bien, le désencombrement rhinopharyngé c'est bien expliqué. Après ce n'est pas
67 - systématiquement fait avant la séance et je ne le fais pas systématiquement quand
68 - ils viennent.

D'accord et est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

69 - Huuum, oui, qu'il y ait un consensus un peu plus large pour les techniques, parce
70 - que là on s'arrache un peu les cheveux hein, quand on lit les articles, certain sont
71 - pour la kiné respi, d'autres accusent les kinés de faire n'importe quoi, donc heuu...
72 - qu'il y ait vraiment un consensus professionnel pour savoir si oui c'est une bonne

73 - indication, oui il faut en faire ou pas. Hein là il y a l'étude HUGO, c'est les pédiatres
74 - des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest donc en décembre 2013 et donc ils ont
75 - fait une série de propositions et les propositions sont discutées là dans la revue,
76 - donc ça serait bien que tout le monde se mette d'accord.

Dans la pratique avoir plus de relations avec les autres professionnels de santé, vous sentir moins isolée ça pourrait vous aider ?

77 - Non, non, pas d'isolement professionnel, parce que j'ai mon collègue, ensuite, bon il
78 - y a les médecins qui sont juste à côté, avec qui on a de très bon rapport, il n'y a pas
79 - de problème. Après c'est vrai que dans le secteur, heuu..., on ne travaille pas trop en
80 - réseau avec les autres kinés et du coup c'est vrai que les bronchiolites souvent c'est
81 - ici qu'elles atterrissent, je ne sais pas si vous avez vu les collègues, c'est des kinés
82 - ou des médecins qui vous avez vu avant ? Parce que nous par exemple les kinés de
83 - Bar sur Loup ne prennent pas ou relativement très peu et c'est la même équipe que
84 - Le Rouret enfin à quelques exceptions près et du coup c'est pas mal ici que les
85 - enfants arrivent quoi.

Et s'il y a un appel alors que vous avez votre programme de la journée, un appel pour un enfant qui a une bronchiolite et pour qui le médecin a prescrit de la kiné, comment vous faites pour le recevoir ?

86 - Alors oui, on s'arrange toujours, soit moi, soit mon collègue pour le prendre, il n'y a
87 - jamais de souci, on s'arrange, on le prend, et on assure, quand on commence une
88 - prise en charge on l'assure le week end aussi.

Et si c'est un début de prise en charge le week end ?

89 - Alors les parents ne peuvent pas s'adresser à nous parce que le cabinet est fermé le
90 - samedi, dimanche, donc s'il y a un besoin le samedi, non on n'est pas là, par contre
91 - le vendredi si on le prend, on assure le samedi et le dimanche.

D'accord, et dans le cas où l'enfant voit le médecin le samedi vous savez comment font les parents qui ont une prescription pour de la kiné respi ?

92 - (blanc) Non, on ne s'est pas vraiment posé la question en fait honnêtement.

D'accord, donc maintenant je vais vous présenter la fiche de suivi, vous en quoi ça pourrait vous aider ?

93 - La fiche de suivi ? Heuuu..., bah connaître un peu mieux le parcours parce que le
94 - suivi commence à la prescription j'imagine, à la prescription par le médecin, donc
95 - heu déjà connaître un peu la démarche du médecin dans sa prescription et puis
96 - heuu..., et puis après connaître l'évolution parce c'est vrai que quelque fois c'est des

97 - enfants qu'on ne revoit pas, on les revoit l'année d'après ou heuuu 5, 6 mois après et
98 - on n'a pas de suivi immédiat donc là peut être avoir un suivi un peu plus près et heu
99 - après au niveau des statistiques pour savoir globalement comment a été jugée notre
100 - intervention et par le médecin et par les enfants enfin par la famille quoi.

D'accord, alors là j'avais une question que je viens d'oublier, bien sûr, ah oui, ça vous arrive de recevoir des parents qui amènent spontanément leur enfant sans prescription ou sans être allé voir le médecin d'abord ?

101 - Alors oui, ça ça arrive quand il s'agit d'enfant qu'on a déjà eu, pour qui on a fait par
102 - exemple 2, 3 séances et puis l'enfant allait mieux et quelque fois ils viennent nous
103 - voir nous avant d'aller voir le médecin parce qu'ils savent qu'il reste des séances et
104 - qu'ils se sentent en confiance, on est plus abordable que le médecin souvent donc ils
105 - viennent là, alors soit on les prend en charge si on estime que ça peut se faire
106 - comme ça, soit on les redirige vers le médecin pour avoir quand même l'avis
107 - médical.

D'accord donc voilà la fiche, elle est divisée en 2 parties, le premier recto verso avec les recommandations de 2000 de l'HAS en détaillé avec les critères de gravité devant conduire à une hospitalisation et le deuxième recto verso avec un tableau résumant les messages clés de la prise en charge de la bronchiolite donc ce qui est recommandé de faire en vert : l'alimentation, l'hydratation, le couchage, les lavages de nez, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin comme les corticoïdes inhalés et les antibiotiques en cas de signe de surinfection et en rouge ce qui n'est pas recommandé ; les mucolytiques, les bronchodilatateurs, les antitussifs.

108 - Oui donc ça, c'est peut-être plus pour le médecin, non, pour qu'il ait plus de poids
109 - face à des parents demandeurs ?

Oui, mais vous pouvez aussi vous en servir pour donner des explications sur les thérapeutiques, répondre aux questions des parents, et derrière le tableau il y a la fiche de suivi à proprement parler où on remplit l'âge de l'enfant, ses antécédents, les coordonnées de la famille et puis la date et l'examen clinique que l'on a de l'enfant, s'il y a des signes de gravité, chaque professionnel de santé peut marquer à la date où il voit l'enfant l'examen clinique qu'il a pour permettre aux autres de suivre l'évolution de l'état de santé de l'enfant. Donc si le médecin voit l'enfant et vous l'adresse vous pouvez avoir une idée de comment il était le jour même, la veille et pareil si l'enfant va aux urgences, les urgentistes peuvent se faire une idée de son évolution, le but c'est de mettre la fiche de suivi dans le carnet de santé pour qu'elle

suive l'enfant de professionnel de santé en professionnel de santé pour que chacun puisse voir ce que chacun fait.

110 - Oui, ça me paraît bien. Et c'est une fiche que vous élaborez avec un groupe ?

Alors oui ça a été fait en groupe, moi je n'y ai pas participé mais ça a été fait avec un pédiatre de l'hôpital d'Antibes le Dr Moreigne, des médecins généralistes et des kinés sur Valbonne.

111 - D'accord.

Donc le but pour ma thèse c'est que je revienne en avril pour savoir ce que vous avez pensé de la fiche, si elle a pu vous aider, si vous avez eu des retours des parents etc...

112 - D'accord, donc en fait la fiche c'est le médecin qui la donne, c'est le prescripteur

113 - c'est ça ?

Alors ça peut être le prescripteur ou vous si vous recevez un enfant qui a vu un médecin qui n'a pas la fiche, dans ce cas vous pouvez la commencer, ou pour un enfant qui vient parce qu'il lui restait des séances vous pouvez initier la fiche, la mettre en route si vous voyez l'enfant.

114 - OK, ouais ça a l'air pas mal, oui et puis je vais la montrer à mon collègue, bon c'est
115 - vrai qu'il a 63 ans, il est en fin de carrière donc il n'a pas trop envie de changer, de se
116 - compliquer la vie, même si ce n'est que pour quelques minutes comme ça, il a
117 - suffisamment de paperasse. Et vous de votre côté par rapport à mes réponses
118 - ou ce que j'ai dit ou pas dit est ce qu'il y a des choses qui vous étonnent ou qui
119 - vous surprennent agréablement ou désagréablement peu importe ?

Alors pour l'instant vous êtes la troisième kiné que je rencontre et j'ai vraiment le même retour, un peu un manque d'information des médecins avant, qui envoient un peu, bon c'est une bronchiolite, ce n'est pas moi, c'est le kiné. Vous n'êtes pas non plus la première à me dire que des fois vous voyez des bronchiolites qui n'en sont pas, où c'est plus un encombrement sur une poussée dentaire, sur une rhino mais c'est l'époque des bronchiolites donc on l'envoie chez le kiné.

120 - C'est vrai que les poussées dentaires moi j'ai eu des enfants, les poussées dentaires
121 - c'est souvent l'occasion de problème comme ça et faire de la kiné c'est forcément
122 - bon. C'est vrai que c'est bien dans ce cas d'avoir un lien avec le médecin pour dire
123 - qu'il n'y a pas besoin de kiné respi. Après en principe, la séance les parents
124 - apprécient toujours, parce qu'il y a des petits conseils, comme pour l'installation du
125 - lit, hein c'est tout bête mais c'est vrai que les parents, mes petites choses comme ça

126 - ça leur enlèvent pas mal de poids parce que quand ils arrivent pour bronchiolite ils
127 - sont un peu inquiets et ça les aident.

C'est pour ça aussi que le tableau de la fiche a été fait, il résume les conseils qu'on peut donner aux parents. Bon c'est peut être un peu résumé mais ça les renvoie aussi à des guides qu'ils peuvent trouver sur internet comme la fiche Inpes qui donnent des conseils.

128 - Bon après, c'est vrai qu'on voit quand même les gamins qui viennent, bon les
129 - antitussifs non, on n'en voit plus trop, mais qui viennent avec de la Ventoline et
130 - quelquefois des antibiotiques. Peut être aussi parce que c'est une maladie qui fait
131 - peur et qu'il y a un peu une pression sur les médecins. Ça c'est vrai que d'une
132 - manière générale, c'est un peu un problème quoi, parce que les patients ont pris
133 - l'habitude, ils sont vachement demandeurs d'examens, de médicaments, pff, puis le
134 - médecin il en a ras le bol, je vous fais le truc quoi. On voit ça pour les radios, il y a
135 - des gens qui font des radios. Alors en plus souvent on se fait avoir parce que quand
136 - on pose la question c'est : alors vous avez la prescription, vous avez passé des
137 - examens, vous avez des radios ? Ah non pourquoi, il en fallait, j'aurais dû ? C'est
138 - vrai qu'il ne m'en a pas fait passer ! On a beau calmer le jeu et dire, mais nan, s'il ne
139 - vous en a pas fait passer c'est qu'il estime qu'il n'y en a pas besoin, on va
140 - commencer les séances et puis après il sera toujours temps si on a un souci de, de
141 - voir une radio. Et quelque fois, ils arrivent la fois d'après avec des radios !
142 - Bon, moi j'ai une amie qui est médecin au Rouret elle me dit mais on a des gens qui
143 - viennent et qui disent, le kiné m'a demandé de faire passer une radio alors qu'on n'a
144 - pas dit ça !

Et vous avez des parents qui vous disent : bah le médecin ne m'a pas donné de traitement pour la bronchiolite, qu'est-ce que vous en pensez ?

145 - Oui, oui souvent, ils posent des questions, ils le savent, le médecin l'a dit, ils l'ont lu
146 - et entendu partout mais quand même ils ont encore besoin de petites piqûres de
147 - rappel.

Et vous leur dites quoi dans ces cas-là ?

148 - Bah, qu'il ne faut rien prendre, qu'effectivement c'est bien et qu'il n'y a pas besoin
149 - de traitement, voilà quoi.

FIN

Annexe 13 : Entretien pré épidémie G

Homme de 54 ans, médecin généraliste installé depuis 1998 à Opio, avant était installé en Haute Savoie. En hiver, il garde des créneaux pour les urgences, peu de pédiatrie.

Prenez-vous en charge beaucoup de bronchiolites dans votre pratique quotidienne ?

- 1 - De moins en moins, principalement parce que la population vieillit et alors la
- 2 - population vieillit avec son médecin, nan c'est drôle mais heu... quand on s'installe
- 3 - on a soi-même des enfants et on voit donc plus de jeunes enfants, on va à l'école,
- 4 - et puis on rencontre des gens de notre génération et heu... après ils vieillissent et
- 5 - on voit de moins en moins d'enfants et de plus en plus de personnes âgées. Mais
- 6 - je ne crois pas que ce soit spécifique à Opio, à moi, c'est tous les médecins qui
- 7 - sont dans ce cas de figure à mon avis.

Oui sûrement, quand le médecin garde sa patientèle pendant longtemps...

- 8 - Oui, elle vieillit avec nous c'est sûr.

Et du coup quand vous voyez une bronchiolite, enfin un enfant avec une bronchiolite, comment est-ce que vous vous sentez pour le prendre en charge ?

- 9 - A l'aise, à l'aise, oui, oui je ne me sens pas mal, non je me sens bien, sauf si il est
- 10 - très, très petit, s'il a 2 mois, 3 mois, 6 semaines, voilà. Sinon je n'ai pas de
- 11 - problème avec la bronchiolite.

D'accord, et vous n'avez pas non plus de problème avec les parents ? Qu'est-ce que vous leur dites ?

- 12 - Qu'est-ce que je leur dit ? Bah ça dépend de l'âge de l'enfant, ça dépend de
- 13 - l'importance de la bronchiolite et heu... en général j'essaie de les rassurer et puis
- 14 - heuu... j'espère souvent que ce ne soit pas le vendredi soir parce que c'est vrai
- 15 - qu'heu... je pense que le fait d'être disponible et d'être joignable dans la semaine
- 16 - ça peut bien les rassurer, même de faire le point par téléphone, sans qu'ils ne
- 17 - reviennent et bah ça aide bien, ils se sentent soutenus.

Donc quand ils appellent le vendredi soir qu'est-ce que vous leur dites ?

- 18 - Alors il y a des médecins de garde, des fois c'est moi, des fois un collègue,

19 - confrère, donc je leur dit de rappeler, d'appeler le médecin de garde ou de me
20 - rappeler si je suis de garde.

D'accord, quels sont les conseils que vous pouvez leur donner ?

21 - Les conseils ? Bah heu... la désinfection du rhinopharynx parce que la plupart du
22 - temps ils sont quand même enrhumés, de bien les hydrater et puis heu... de ne pas
23 - chauffer trop la chambre, d'éviter les antitussifs et leur dire surtout qu'il n'y a pas
24 - de traitement heu... étiologique. Parfois je prescris de la kiné mais je n'y crois pas
25 - beaucoup. Enfin la plupart des bronchiolites c'est des bronchiolites bénignes
26 - quoi, donc finalement heu... finalement n'importe qui peut les prendre en charge.
27 - Et puis les bronchiolites sévères bah on les voit quelques minutes au cabinet et
28 - puis parfois on les hospitalise ou on les envoie directement aux urgences donc
29 - on les voit peu, hein on voit surtout les bronchiolites qui ne sont pas graves quoi.

*Et dans ce cas-là, qu'est-ce qui fait que vous adressez ou pas un enfant chez
le kiné ?*

30 - Alors souvent à la demande des parents et voilà, si aussi le kiné est disponible
31 - ce qui n'est pas souvent le cas, donc finalement bah, heuuuu... (blanc) assez peu
32 - finalement. La plupart des enfants que je vois en bronchiolite je ne les adresse pas
33 - au kiné, surtout depuis que j'ai lu un article d'une étude australienne je crois, qui
34 - montrait que ça n'avait pas de, ça n'apportait pas plus de faire de la kiné que de
35 - pas en faire, voilà, c'est discuté finalement. En fait la bronchiolite tout a été remis
36 - en question. Moi j'ai commencé mes études avec bah, les antibiotiques,
37 - Augmentin ou l'Amoxicilline, le Célestène, qu'est-ce qu'il y avait d'autre ? Heu, la
38 - kiné, parfois même, et puis les, les mucofluidifiants, tout ce qui était à base
39 - d'Acétilcystéine et tout ça a disparu, voilà. Je crois que la bronchiolite du
40 - médecin généraliste libéral bah finalement ça doit être, soit elle est sévère et
41 - finalement elle va atterrir à l'hôpital, parce que soit les parents sont affolés, soit
42 - l'enfant n'est pas bien, dyspnéique, il peut être cyanosé, il est déshydraté, jeune,
43 - on a la trouille un petit peu et on l'hospitalise, soit bah il est plus grand, il a
44 - simplement des sibilants et il tire un petit peu mais sans plus, il siffle mais
45 - s'hydrate correctement, les parents ne sont pas affolés et dans ce cas on le garde à
46 - la maison et puis c'est tout.

*D'accord, je voulais juste revenir sur l'étude australienne dont vous me parliez,
est-ce que vous vous souvenez si la kiné c'était la technique anglosaxonne, enfin le
clapping ou si c'est version française, avec l'accélération passive du flux expiratoire ?*

47 - Ah oui, ça nan je ne m'en rappelle plus. Le problème c'est que chez le tout petit
48 - enfant, je crois que c'est quand même difficile de faire de la kiné parce que
49 - finalement sur une séance de kiné qui va durer un quart d'heure, l'enfant va peut
50 - être pleurer 10 minutes, c'est pas mal, ça lui dégage un petit peu le rhinopharynx
51 - etc... mais heu franchement, je n'y crois pas tellement, je n'y crois pas tellement à la
52 - kiné. Après, est-ce que tous les kinés sont bien formés à cette technique, est-ce
53 - qu'ils ont la patience, est-ce qu'ils ont le bon contact avec les parents ? Je ne
54 - sais pas...

Et les rares fois où vous adressez un enfant à un kiné, vous avez des kinés privilégiés avec qui vous travaillez ?

55 - Non, non parce que finalement il n'y a pas tellement de, ce n'est pas toujours facile
56 - parce que les kinés ils ne sont pas très demandeur de ce genre d'acte
57 - premièrement parce que c'est très mal rémunéré et puis c'est souvent un acte
58 - d'urgence alors qu'ils ont déjà des rendez-vous et puis on ne peut pas dire en
59 - général que les gens soient bien reçus au téléphone.

Et du coup dans votre secteur vous savez à qui les parents peuvent s'adresser ?

60 - Alors les kinés il y en a à Opio, à Bar, au Rouret, un peu partout. Mais je n'ai pas eu
61 - l'impression depuis que je suis là, depuis 17 ans que les kinés étaient très
62 - demandeurs, étaient assez favorables à ce qu'on leur envoie des enfants pour
63 - qu'ils les prennent en urgence, qu'ils les voient éventuellement matin et soir, ça
64 - ne marche pas tellement bien.

Je voulais revenir sur le traitement, vous n'avez pas de difficulté avec des parents qui ne comprennent pas qu'il n'y ait pas de traitement ?

65 - Non, non, non de moins en moins, de moins en moins, de plus en plus les
66 - parents sont éduqués, évolués, ils comprennent le message et finalement ils en
67 - sont bien contents. C'est fini cette époque où les gens n'étaient finalement pas très
68 - cortiqués et qu'il fallait avoir une ordonnance très longue avec des antibiotiques,
69 - de la cortisone et ça c'est un petit peu terminé. En tout cas ici les gens sont
70 - plutôt éduqués donc ils n'ont pas forcément les bonnes manières mais ils sont
71 - éduqués dans le sens où ils comprennent les choses. Après ils ont encore besoin
72 - d'éducation en ce qui concerne les règles d'hygiène, ça c'est vraiment encore
73 - n'importe quoi, ils sont enrhumés, ils embrassent leur bébé partout sur la
74 - bouche, ils se mouchent en le tenant dans les bras et après ils s'étonnent que

75 - l'enfant soit encombré, qu'il ait de la fièvre...

Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider dans votre pratique, oui pour la prise en charge de la bronchiolite ?

76 - heuuuuuuu (blanc) Moi, moi c'est, la bronchiolite ce n'est pas une pathologie qui me

77 - pose un problème, voilà ce que je voulais dire. Soit parce que je n'en vois pas

78 - beaucoup, bah je vais en voir, et puis je vois des bronchiolites parfois minimes,

79 - l'enfant vient, il tousse, il a le nez qui coule, il vient pour ça, il n'est pas essoufflé,

80 - on met le stétho, bah, heu il a beaucoup de sibilants, il a des râles et puis il joue,

81 - il s'amuse sous la table, voilà. En fait il n'est pas, ils ne viennent pas pour une

82 - bronchiolite, ils viennent parce que l'enfant tousse, il n'a pas de fièvre, il sort de

83 - l'école souvent, il y a une épidémie de VRS, on en voit quelques-uns, ça dure un

84 - mois et puis on ne voit plus personne.

Quand vous dites c'est une bronchiolite les parents ne s'inquiètent pas ?

85 - Non, pas du tout.

D'accord, bon on en a déjà un peu parlé mais qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge des autres professionnels de santé, les kinés, les pédiatres ?

86 - Oui, bah c'est moyen, moyen, les kinés ils travaillent beaucoup sur rendez-vous,

87 - ils ne sont pas très demandeurs quoi, voilà.

Et quand vous envoyez un enfant aux urgences où est-ce que vous l'adressez ?

88 - C'est plutôt à Grasse où il y a un service de pédiatrie.

Et après vous avez un retour ?

89 - Ouais, ça arrive oui, ouais je peux avoir un retour, ouais en général ouais, ça ne

90 - m'est pas arrivé depuis longtemps, c'est rare parce que en général ils restent

91 - 48h et puis après. Mais bon, ce n'est pas un gros sujet comme la cancéro, les

92 - sorties d'hôpital avec des patients qui ne sont pas bien, ils rentrent chez eux ils ont

93 - encore de la fièvre, ils ne sont pas bien. Mais là c'est non, c'est moins important.

D'accord, donc là je vais vous présenter la fiche de suivi, en quoi est-ce que ça pourrait vous aider ?

94 - La fiche de suivi ? Bah vous allez me la montrer (blanc)

Ah oui, avant que j'oublie vous prenez uniquement sur rendez-vous ?

95 - Oui, oui, que sur rendez-vous.

Et si des parents vous appellent parce que leur enfant respire mal comment vous faites pour le prendre ?

96 - Alors je ne le prends pas entre 2, je le prends quand il y a un rendez-vous qui est
97 - libre, j'arrive pratiquement toujours à le caser dans les 2 ou 3 heures, sauf si je
98 - suis parti en visite parce que en fait je pars quand même pas mal en visite dans
99 - des maisons de retraite et parfois ça prend plusieurs heures, si j'ai un appel
100 - quand je suis en maison de retraite et bah je, je vois les gens dans la soirée,
101 - j'arrive toujours à les voir dans la journée.

Alors la fiche de suivi se divise en 2 recto-versos, le premier recto-verso reprend les recommandations de l'HAS en détaillé avec les conseils de surveillance.

102 - Oui, oui et les critères de gravité qui nécessitent une hospitalisation. D'accord,
103 - très bien, donc ça c'est un rappel, ouais, ouais.

Et de l'autre recto-verso il y a d'abord un tableau qui résume les recommandations, donc en vert ce qui est recommandé, que le diagnostic est clinique, les conseils d'hydratation, de coucher, de DRP,

104 - D'accord, oui, oui.

En orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin comme les antibio, les corticoïdes et ce qui n'est pas recommandé par l'HAS en rouge, donc les antitussifs, les mucolytiques, les bronchodilatateurs. Donc ça, ça peut être une aide pour le médecin pour dire, vous voyez ce n'est pas moi qui ne veut pas donner de médicaments, ce sont les recommandations.

105 - Oui, donc une aide, c'est vrai que ce n'est pas un problème ça pour moi.

Oui, et donc de l'autre côté du tableau il y a la fiche de suivi à proprement parler où on peut marquer l'âge de l'enfant, ses antécédents, l'examen clinique le jour où on voit l'enfant et après ce qu'on propose aux parents pour la prise en charge et après on laisse cette fiche dans le carnet de santé de l'enfant pour qu'elle la suive chez les différents professionnels de santé que l'enfant pourra voir. Par exemple si exceptionnellement vous prescrivez de la kiné, le kiné peut voir comment était l'enfant le jour même, la veille.

106 - D'accord, donc les autres peuvent aussi la voir, enfin les autres professionnels
107 - de santé.

Oui, les autres professionnels de santé peuvent voir comment il était avant pour pouvoir juger de l'évolution de son état.

108 - D'accord, donc 2 parties dans la fiche.

Oui, une partie pour les rappels et l'autre pour vraiment suivre l'enfant, pour qu'il y ait un échange un petit peu plus développé entre les différents professionnels de santé qui voient l'enfant.

109 - D'accord, ça va, oui je vois bien, bon quoi d'autre ?

Eh bien si vous êtes d'accord je vous en laisse quelques-unes et on en rediscute vers le mois de mars ?

110 - Oui et à ce moment-là quand je vois une bronchiolite je la mets dans le carnet

111 - de santé de l'enfant ? Je leur explique que c'est une fiche de suivi et je la

112 - scotche à l'intérieur, oui je peux faire ça, enfin si ils ont leur carnet de santé.

113 - C'est amusant parce qu'on a l'impression aussi que on voit moins les enfants

114 - avec leur carnet de santé, je n'ai pas beaucoup d'explications pour ça mais heu

115 - on a l'impression que les gens se libèrent de pas mal de choses.

Voilà et en mars, avril vous me dites ce que vous en avez pensé, si vous avez eu des retours des parents.

116 - D'accord, ça va, donc vous m'en donnez quelques-unes.

FIN

Annexe 14 : Entretien pré épidémie H

Homme médecin généraliste de 48 ans, installé à Biot depuis 1998. Il travaille actuellement dans un cabinet de 5 médecins généralistes. Il reçoit sans rendez-vous le matin et sur rendez-vous l'après-midi, 35% de pédiatrie dans sa patientèle

Vous voyez beaucoup d'enfants ayant des bronchiolites, qu'est-ce que vous dites aux parents dont l'enfant a une bronchiolite ?

1 - A quel sujet ? Ce que je leur dit sur la prévention, sur quoi ?

Sur la maladie, sur le traitement, les conseils que vous pouvez leur donner ?

2 - Alors moi je suis d'abord un médecin qui prescrit relativement peu donc
3 - effectivement je vais beaucoup leur parler, bon à un moment donné on prescrit
4 - quand même, il y a des choses incontournables. Je vais beaucoup leur parler de
5 - prévention moi je vais beaucoup leur parler tabac en fait, moi je pense qu'on
6 - néglige beaucoup ça le tabagisme passif. Ils pensent qu'ils font tout ce qu'il faut et
7 - ils ne font pas ce qu'il faut, les gens pensent que, ils sont convaincus que eux leur
8 - enfant il n'est pas impacté, ce n'est pas vrai, les gens pensent que s'ils ne fument
9 - pas à la maison finalement ils ne fument pas avec leur enfant, ce n'est pas vrai hein,
10 - dans la rue c'est le même problème, sur la terrasse d'un café c'est le même
11 - problème, dans la voiture c'est le même problème, voilà donc je leur parle beaucoup
12 - de tabac. Après je leur parle diététique aussi quand même, moi je crois beaucoup à
13 - ça heu et puis voilà.

La diététique dans la bronchiolite, qu'est-ce que vous leur dites ?

14 - Alors moi je crois beaucoup, et pas que pour la bronchiolite, de manière générale
15 - en terme d'immunité générale etc... je crois beaucoup heu... aux méfaits de la
16 - bouffe industrielle en fait, donc moi je fais beaucoup attention à ça. Je pense
17 - aussi que d'ailleurs quand les enfants sont gros ou gras, ils ont plus de
18 - bronchiolites ou en tout cas ils ont plus de difficulté à s'en sortir, surtout les tout
19 - petits, alors que les gens pensent souvent que les gros bébés sont costauds,
20 - voilà. Et puis sinon, sinon après je leur parle un peu de petits moyens dans la
21 - maison, les chambres qui sont climatisées, et puis sinon après heu... moi je les
22 - traite et puis je passe la main aussi, moi il y a des pathologies où j'aime bien

23 - qu'on travaille à plusieurs quoi, voilà. Donc ça c'est le genre de pathologie où
24 - je n'hésite pas pour les, justement pour les responsabiliser, pour leur faire prendre
25 - conscience de la gravité s'il y en a une, bah je pense que des fois il faut savoir
26 - passer un peu la main, au moins pour qu'ils entendent un discours spécialisé,
27 - voilà.

Dans ce cas-là vous passez la main à qui ?

28 - Alors en général c'est Moreigne à Antibes et puis voilà, autrement on travaille un
29 - peu avec Nice mais c'est vrai que les gens ont du mal à aller à Nice, voilà donc
30 - on travaille beaucoup avec Moreigne. Voilà, souvent les enfants qui récidivent
31 - vraiment les bronchiolites et où j'ai le sentiment que l'on va vers un asthme du
32 - nourrisson etc... je les suis avec Moreigne souvent quoi, voilà.

D'accord, quand vous recevez un enfant avec une bronchiolite, comment est-ce que vous le traitez ?

33 - Alors, ça dépend de l'âge quand même et de l'intensité mais sinon bah c'est le
34 - traitement assez classique non ? Ca dépend de l'âge et de la gravité, alors moi je
35 - le redis je suis quand même un petit prescripteur donc heu... par exemple je
36 - donne assez peu d'antibiotiques même dans la bronchiolite, bah je donne des
37 - corticoïdes hein quand même, heuu, des cures les plus courtes possibles mais
38 - j'en donne, corticoïdes par voie orale je voulais dire hein. Et puis après heuuu,
39 - après lorsqu'il y a des récidives c'est là où justement bon il peut m'arriver de faire
40 - des traitements au long cours spontanément mais souvent je passe la main quoi,
41 - en tout cas je demande une caution avant d'introduire, chez un tout petit je veux
42 - dire, moi je suis des tout petits aussi hein, avant d'introduire un traitement par
43 - corticothérapie inhalée au long cours, du Singulair j'introduis quoi, surtout s'il y a
44 - une notion d'allergie dans la famille. Mais avant de démarrer un traitement par
45 - corticothérapie inhalée au long cours, j'aime bien prendre l'avis de Moreigne et
46 - puis ça responsabilise les gens et voilà, c'est bien qu'il cautionne le traitement
47 - parce qu'ils n'aiment pas ça les gens, autant il y a des gens qui sont très
48 - demandeurs, des parents qui sont très, très demandeurs et il y a des gens qui ne
49 - sont pas demandeurs du tout ou au contraire à qui ça fait peur les corticoïdes
50 - même inhalés.

D'accord, et les kinés, vous travaillez aussi avec eux ?

51 - Les kinés ? Oui je travaille avec quand il y a un vrai, vrai encombrement quoi,
52 - parce que maintenant enfin moins maintenant, mais il y a eu une époque où on

53 - envoyait tous les gamins qui toussaient chez le kiné quand même. Heu... d'abord
54 - les kinés, ils ne sont pas tous spécialisés là-dedans quand même, donc on a
55 - quelques kinés, pas beaucoup avec qui on travaille. Avant on en avait des super
56 - qui travaillaient très bien, qui sont partis à Grasse mais à Antibes on a retrouvé
57 - des gens qui en font un peu, et qui sont disponibles le week-end parce que le
58 - kiné qui fait ça, faut qu'il sache le faire et qu'il soit disponible aussi, sinon ça n'a
59 - pas de sens.

Très bien, donc vous avez votre petit réseau de kinés avec qui vous travaillez, qu'est-ce que vous pensez de leur prise en charge ?

60 - Alors ça c'est un vaste débat. Alors, de manière générale les kinés des fois on ne
61 - comprend pas tout ce qu'ils font quand même. Je trouve que les kinés qui sont
62 - spécialisés là-dedans enfin qui font des efforts là-dedans, avec qui on travaille,
63 - quand on essaie d'avoir des relations correctes avec eux et bah, c'est un des
64 - domaines où ça marche, autant très franchement dans la prise en charge de la
65 - lombalgie, ça je ne comprends rien à ce qu'ils font les kinés des fois,
66 - franchement, je ne comprends même pas ce qu'ils disent des fois, on n'a pas le
67 - même discours des fois, voilà autant je trouve que voilà, dans la rééducation
68 - respiratoire et vestibulaire, c'est les 2 domaines un peu où, les gens qui sont
69 - spécialisés on se comprend quand même parce que c'est des gens qui ont un
70 - discours un peu médical, voilà tous les autres, je ne travaille pas avec eux, voilà.
71 - Alors à côté il y a 5 kinés hein, et il n'y en a aucun qui voit les bébés pour de la
72 - kiné respi et puis ils ne savent pas faire, à la limite c'est bien de le dire parce que
73 - des fois ce n'est pas le cas.

D'accord, et quand vous prenez en charge un enfant qui a une bronchiolite, comment est-ce que vous vous sentez ?

74 - Moi avec les enfants je me sens à l'aise en fait, peut-être à tort un peu trop, je ne
75 - sais pas. Nan, c'est ce que je fais le plus moi en fait donc moi je fais 35% de
76 - pédiatrie dans ma patientèle, selon le SMIR là, donc ouais c'est là où je suis le
77 - plus à l'aise donc heu... Bah la bronchiolite ce n'est pas là où on est le plus à l'aise
78 - hein, je préfère la rhino mais bon ça va quoi et puis je n'hésite pas comme je te l'ai
79 - dit, c'est ça qui est sûrement rassurant, je n'hésite pas à appeler en direct Moreigne,
80 - voilà quoi donc je n'ai pas plus de difficulté que ça quoi.

Et comment est-ce que vous gérez l'inquiétude des parents ?

81 - Alors, comme je ne suis pas un gros prescripteur, comme je disais, de manière

82 - générale les gens le savent et s'ils veulent beaucoup de prescriptions ils me
83 - quitteront les gens, donc ceux qui viennent me voir c'est qu'ils sont enclins à
84 - entendre ça, et du coup, du coup je prends effectivement du temps que ce soit
85 - dans la bronchiolite ou dans le reste, je prends le temps de parler, voilà, voilà. Je
86 - pense que c'est comme ça que ça les apaise en fait. Moi je passe du temps à
87 - parler en fait.

D'accord, et ils ne vont pas vous tanner pour avoir de la Ventoline ou plus de médicaments ?

88 - Bah, moi je suis un peu dur en affaire, donc, je suis un peu dur en affaire donc
89 - heu... il y a plein de choses que je ne prescris pas, pas du tout mais la Ventoline
90 - je ne peux pas dire que je n'en prescris jamais hein, évidemment mais voilà, tout ce
91 - négocie, quoi voilà il y a vraiment des choses que je ne prescris jamais et ils
92 - peuvent me tanner ils ne l'auront pas, donc ceux qui sont tanneurs ils vont aller
93 - ailleurs quoi. Moi les gamins, les parents pardon, qui me demandent des
94 - vitamines pour leur enfant, ils me quittent parce que je n'en fais pas, je ne connais
95 - même pas les posologies donc voilà.

Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

96 - Bonne question, heu..., (blanc), qu'est ce qui pourrait m'aider ?... (blanc) Bah,
97 - c'est vrai que si on avait plus de kinés qui font de la rééducation respiratoire
98 - correctement, si on en avait plus et à portée de la main ce serait plus simple
99 - quand même, alors c'est sur Antibes donc ce n'est quand même pas le bout du
100 - monde, ils sont assez disponibles donc ça va mais c'est vrai que c'est peut être
101 - là que ça pêche le plus pour moi, après pour le reste on a l'hôpital d'Antibes pas
102 - loin, on a quand même une prise en charge qui tient la route quoi.

D'accord, donc s'il y avait quelque chose à changer ça serait plus un réseau de kinés-médecins à développer ?

103 - Ouais, ouais

D'accord, donc je vais vous présenter la fiche, donc c'est une fiche de suivi, en quoi ça pourrait vous aider ?

104 - Alors là je vais te décevoir, moi j'ai du mal avec les fiches, Michel il adore mais
105 - moi j'ai du mal, mais donc je ne sais pas, moi j'ai un peu de mal avec les échelles,
106 - alors peut être que j'ai tort et qu'il faut objectiver les choses et moi j'ai fait ma
107 - thèse par exemple sur la douleur de l'enfant et j'ai fait ma thèse la dessus donc
108 - sur l'évaluation avec l'EVA, il fallait que j'objective tout. J'ai fait ma thèse la

109 - dessus et je ne m'en suis jamais servi, je ne sais pas m'en servir en fait, donc les
110 - supports papiers comme ça j'ai du mal un peu, mais bon je ne suis pas sûr d'avoir
111 - raison hein mais je ne sais pas faire autrement, donc vas-y, dis-moi.

Donc c'est, une fiche qui a été faite par un groupe dont le Dr Moreigne, donc avec des médecins généralistes et des kinés sur Valbonne. Elle est composée de 2 recto-versos le premier qui présente les recommandations de l'HAS de la prise en charge de la bronchiolite avec les critères de gravité qui nécessitent l'hospitalisation, les conseils de surveillance.

112 - Ça, c'est une fiche que tu es sensé remettre aux gens ou que tu gardes pour toi ?

Nan, à remettre aux gens.

113 - A remettre aux gens, d'accord.

Et sur l'autre recto-verso il y a le tableau qui synthétise les recommandations, en vert ce qui est recommandé de faire, que le diagnostic est clinique, qu'il faut faire des DRP, incliner le lit, vérifier l'hydratation, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin, donc les antibio et les corticoïdes. Et en rouge ce qui n'est pas recommandé : faire des examens complémentaires, les antitussifs, les mucolytiques, les bronchodilatateurs.

114 - D'accord donc ça pour montrer aux parents, d'accord, d'accord.

Oui, pour avoir un support, montrer aux parents, il n'y a pas que moi qui le pense, ce sont les recommandations. Et derrière le tableau la fiche de suivi à proprement parler donc où vous pouvez marquer l'âge de l'enfant, ses antécédents, les coordonnées et l'examen clinique que vous faites et après la décision, kiné, retour à la maison, hospitalisation, vous le mettez dans le carnet de santé et après les parents peuvent la montrer aux autres professionnels de santé, ils peuvent aller voir le kiné avec qui pourra voir comment est-ce qu'il était la veille, 48h avant, pareil pour le pédiatre ou les urgentistes. Ça permet à chaque professionnel de santé qui voit l'enfant de suivre son évolution.

115 - D'accord, hum, hum, d'accord, ok, ce n'est pas uniquement un support à remettre
116 - aux gens tu vois pour leur dire il faut faire comme si, il faut faire comme ça ?
117 - C'est aussi une fiche de suivi, ok. D'accord, donc là, tu mets la date, l'intervenant,
118 - d'accord, ok. Très bien et synthèse, à la fin en fait tu mets quoi ?

C'est pour marquer la décision thérapeutique, kiné, pédiatre, antibiotique s'il y a des signes de surinfection, ou les urgences. Et donc le but c'est que je revienne en

avril voir les médecins pour savoir ce qu'ils ont pensé de la fiche, s'ils l'ont utilisées, si ils rajouteraient, enlèveraient des choses.

119 - D'accord, donc on essaie de s'en servir ! Parce que le problème par contre c'est
120 - que les gens, tu n'imagines pas quand tu n'es pas installé, parce que moi je
121 - vois beaucoup de pédiatrie et j'ai souvent des anecdotes, les gens ne me
122 - croient pas, moi j'ai tout vu quoi, les gens viennent sans le carnet, ça c'est tout
123 - le temps, sans carte vitale, tout le temps, j'ai vu des gens venir sans l'enfant
124 - quand même, j'ai vu une maman venir pour un vaccin sans l'enfant, tu vois,
125 - donc les gens ils sont azimutés, tout ça pour dire que tu fais ça, ça finit dans le
126 - meilleur des cas dans la cheminée, et dans le pire des cas dans la poubelle,
127 - donc après voilà, tu vois c'est aussi un élément important quand même.

Oui, mais ça va permettre aussi de voir si les gens s'en servent, si c'est trop compliqué, s'il y a un intérêt, une aide.

128 - Non, ça n'a pas l'air trop compliqué et ça a l'air plutôt bien fait, je trouve que ton
129 - code couleur il est clair, ce n'est pas trop mal, moi qui ne suis pas un fan ce n'est pas
130 - trop mal, nan mais je te le dis clairement, ce n'est pas trop mal, donc je vais
131 - essayer. Je ne fais pas de promesse. Oui, on parlait du couchage, moi je parle
132 - beaucoup de ça, du couchage, l'environnement le soir, la désobstruction,
133 - l'inclinaison, ça je fais beaucoup, je parle beaucoup, moi je crois beaucoup
134 - dans ça. Mes enfants tout petits quand ils toussaient, ma femme elle avait pris
135 - l'habitude de mettre un linge humide la nuit, ça marche super bien en fait, moi
136 - ils n'ont jamais fait de bronchiolite même pour des toux laryngées, des toux
137 - nocturnes, ça marche, voilà.

FIN

Annexe 15 : Entretien pré épidémie I

Homme de 61 ans, médecin généraliste installé à Biot depuis 1985. Il reçoit sur rendez-vous le matin et sans rendez-vous l'après-midi, sa patientèle est variée, il voit beaucoup les enfants des patients qu'il a soignés alors qu'ils étaient eux même enfants.

Quand vous recevez un enfant avec une bronchiolite comment est-ce que vous vous sentez pour prendre en charge l'enfant et les parents ?

- 1 - Ahh, ce n'est pas un, ce n'est pas en soit, ça ne me paraît pas très compliqué, c'est
- 2 - surtout la gestion des parents parce que ils sont très angoissés les parents, je
- 3 - pense par rapport à ça. Quand on entend le mot un moment donné, moi je pense
- 4 - qu'il y a des tas de bronchiolite qui n'ont jamais été diagnostiquées il y a 30 ans
- 5 - parce qu'on ne connaissait pas le VRS et on appelait ça bronchite asthmatiforme
- 6 - tout ça. Ce qui inquiète les parents c'est que s'il a plusieurs bronchiolites ça va
- 7 - devenir de l'asthme, ce n'est pas la bronchiolite en soit. Si l'enfant mange bien et tout
- 8 - ça bah ça ne se gère pas trop mal quoi, mais c'est quand il y a des tout petits ou que
- 9 - les enfants mangent moins ou commencent à ne plus manger, est-ce qu'il faut
- 10 - l'hospitaliser ou pas ? Est-ce qu'il faut qu'il soit suivi ou pas ? La prise en charge, on
- 11 - l'envoie faire de la rééducation respiratoire, enfin on l'envoie chez le kiné au
- 12 - Cannet là, qui travaille jusqu'à 2h du matin, alors lui on peut compter sur lui, c'est
- 13 - un fou furieux quoi, enfin un fou furieux, moi j'ai des patientes qui y vont
- 14 - directement, n'importe quand. Bon des difficultés, nan, c'est que les parents,
- 15 - quelques fois est-ce que j'hospitalise ? Heu... rarement. Nan, quand j'ai des soucis
- 16 - j'envoie aux pédiatres et aux kinés et on voit ensemble.

Par exemple quand vous avez des parents inquiets parce que leur enfant respire mal ou récidive, qu'est-ce que vous leur dites sur la bronchiolite ?

- 17 - Alors que c'est un virus, que ce n'est pas grave, que c'est viro-induit que le virus ne
- 18 - va pas forcément engendrer des problèmes. J'évite de leur parler de l'asthme,
- 19 - surtout rassurer les parents, que si l'enfant mange moins il faut fractionner
- 20 - l'alimentation, voilà, après s'il y a la fièvre qui apparaît, voilà, mais si simplement
- 21 - si c'est simplement l'enfant qui est gêné, il siffle, il faut faire le nettoyage du nez,

22 - toutes les recommandations que l'on donne. C'est surtout le nettoyage du nez
23 - parce que c'est vrai qu'ils sont très inquiets.

Et avec le fait qu'il n'y ait pas de traitement spécifique de la bronchiolite, enfin qu'on ne leur donne pas de médicament pour la bronchiolite, est-ce que vous avez des difficultés à faire entendre ça aux parents ?

24 - Alors, je dirai que heu..., heu..., alors que ça a changé, Moreigne nous a fait un
25 - cours dernièrement, il y a 2 ans ou 3 ans, et Martine était là, il disait
26 - effectivement qu'il n'y a pas de médicament spécifique, qu'on traite, qu'on ne
27 - traite pas ça ne change rien, sauf s'il y a des complications, sinon il faut être
28 - patient au même titre que quand tu te souviens quand tu étais interne pour les
29 - rhino, faut laver le nez c'est tout, faut être patient. Je pense qu'il faut beaucoup
30 - parler et les rassurer et puis les choses se passeront quand même, mais après
31 - tu ne peux pas empêcher les parents quelques fois de débouler à l'hôpital et de
32 - dire il ne respire pas bien, j'ai vu le médecin ça ne suffit pas. Alors parfois ce que je
33 - fais, je leur propose de faire un petit peu de Ventoline au babyhaler, ils ont
34 - l'impression de faire quelque chose, ce qui n'est pas validé je crois mais ils ont
35 - l'impression de faire quelque chose. Moi c'est pour l'effet placebo quoi, je préfère
36 - ça plutôt qu'il y ait 200 personnes à Lerval la veille de Noël parce que dans les
37 - urgences réelles tu hospitalises en fait combien de personnes ? Très peu ! Donc
38 - le gros problème c'est, je pense, un vrai manque d'explication médicale de ce
39 - qu'est la rhinopharyngite ou de ce qu'est, voilà les viroses. Il faut être un peu
40 - patient mais ça c'est culturel, il faut prendre du temps sur certaines choses. Aux
41 - infos à midi, il faudrait dire ce qu'est la rhinopharyngite il faut garder au chaud,
42 - faire attention et puis voilà, éviter de le mettre en crèche, ça c'est clair vu que
43 - maintenant en crèche avec 38 les enfants sont pris et c'est un vrai souci quoi, un
44 - vrai souci. Je pense qu'avant, de mon temps les mamans elles gardaient leurs
45 - enfants au chaud et puis les choses se passaient bien, leurs gamins dans les 2
46 - jours ils étaient guéris. Alors que maintenant il faut qu'ils aillent mieux tout de
47 - suite, donnez-moi des gouttes de Célèstène ! Il y a surtout la gestion des parents
48 - là alors qu'en soit, ils ne devraient pas poser de problème, ce n'est jamais très, très
49 - compliqué la bronchiolite.

Et du coup qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de la bronchiolite ?

50 - Ah bah, par exemple heu... que ce soit la rhino ou la bronchio qu'il y ait vraiment

51 - des explications, au même titre que le TDR pour l'angine, vous avez une angine
52 - mais non, voilà, il n'y a rien. En revanche, ah je ne veux pas d'antibiotique mais
53 - si, regardez, c'est positif faut le faire ! Quand on a un support, parce que tu as
54 - beau faire de l'éducation thérapeutique heu..., et on en fait moult, en ce sens il
55 - faut qu'on passe un peu de temps, il faut essayer de discuter un peu, mais c'est
56 - vrai que quels sont les moyens ? On a beau mettre des affichettes ici et là mais
57 - les gens ça n'empêche pas. Mais je pense que ça va venir, on voit bien que les
58 - gens pour les antibiotiques ils sont de moins en moins demandeurs et ça c'est
59 - bien, parce qu'avant, mon enfant ne va pas bien il faut le mettre sous
60 - antibiotiques ça c'est passé. Donc je pense que honnêtement, si on faisait un
61 - peu en amont dans les grands moyens de, médiatiques ça, ça serait intéressant,
62 - comme pour le tabac, comme pour l'alcool comme pour les antibiotiques c'est
63 - pas systématique, c'est une phrase que les gens te sortent, ils te le disent les
64 - gens, c'est rentré dans les mœurs. Après nous on prend du temps, on leur dit
65 - mais ce n'est pas pareil, c'est plus compliqué.

Est-ce que vous envoyez beaucoup d'enfants faire de la kiné respiratoire ?

66 - Pas tellement, de moins en moins, beaucoup moins qu'avant parce que c'était
67 - aussi une demande, une mode, à un moment donné il fallait les faire tousser
68 - comme ça ils se débouchaient un bon coup le nez. Et parfois il suffit d'être un peu
69 - patient parce que ce n'est pas obligatoire, dans les recos ce n'est plus obligatoire !

*Et si vous les envoyez chez le kiné, qu'est-ce que vous leur dites, qu'est-ce
que vous pensez de leur prise en charge ?*

70 - C'est pareil, j'ai l'impression que le fait de faire quelque chose sur l'enfant va
71 - rassurer les parents, alors que quand même il est maltraité l'enfant. Je veux dire
72 - c'est dur pour l'enfant, pour les tout-petits, on dit qu'ils ne se souviennent pas
73 - mais quand même je ne suis pas persuadé, tu vois quand on les pique ils se
74 - mettent à pleurer, donc quelque part sur une vrai heu..., les enfants... Tu sais,
75 - avant les enfants, avant il fallait les coucher sur le ventre, maintenant on les
76 - couche sur le dos, la Ventoline il fallait en faire, il n'en faut plus, la kiné il fallait en
77 - faire, il ne faut plus, en gros il ne faut plus grand-chose, il faut suivre pour voilà, mais
78 - ça ne suffit pas, à notre propre petit niveau parce que tiens, d'un seul coup il y a la
79 - guerre, ils vont tous acheter du sucre, de la farine, c'est de l'angoisse sociétale et
80 - elle existe. Je pense que c'est vraiment des messages qu'il faudrait réitérer, je
81 - crois à un niveau important pour faire comprendre que le rhume ce n'est pas grave,

82 - on n'est pas obligé d'aller systématiquement chez le médecin, nous on est les
83 - professeurs de la rhinopharyngite, je suis professeur es-science de la
84 - rhinopharyngite, Docteur-X de la rhino !

Quand vous envoyez un enfant chez le kiné, est-ce que vous expliquez aux parents en quoi va consister la séance ?

85 - Oui mais c'est un peu compliqué, c'est pour ça que je, j'envoie vraiment quand,
86 - surtout, là j'ai une petite qui est asthmatique, qui va mieux maintenant et elle, elle
87 - avait vraiment besoin, comme quoi ça l'aidait, ça l'aidait vraiment, c'était après
88 - plusieurs bronchiolites qui avaient révélé un asthme.

Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez changer dans votre pratique de la bronchiolite ?

89 - Bah, je pense qu'aussi, cette réunion qu'on a eue avec Michel Moreigne il y a 2
90 - ou 3 ans, nous a fait du bien aussi, donc il faut aussi qu'on soit formé, parce que
91 - je pense que nous les médecins encore quelques fois on fait des erreurs, à
92 - l'excès, en mettant systématiquement ça ou ça. J'ai vu un pédiatre là
93 - dernièrement, un très bon pédiatre, donner du Célèstène, de la Ventoline quoi.
94 - Comme quoi c'est compliqué, on se dit que l'enfant il a la voix un peu rauque et il
95 - siffle, mais il siffle au temps, enfin aux deux temps, la maman s'inquiète donc on
96 - traite.

D'accord, donc je vais vous présenter la fiche de suivi.

97 - Alors c'est une fiche que je dois donner aux patients éventuellement ? Ou tout du
98 - moins que je dois expliquer aux parents ?

Oui, il faut leur remettre.

99 - Ah c'est sûrement cette fiche que nous avait recommandée Moreigne.

Tout à fait, ça a été fait avec lui, avec ma directrice de thèse Martine Langlois et puis des kinés sur Valbonne.

100 - Ah oui c'est bien, bien sûr, c'est un bon support. Pourtant moi je, tu sais
101 - Clémentine, les messages les plus courts ce sont ceux qui sont le mieux
102 - perçus. Quand tu vas à une formation qui dure 2 jours tu ne retiens que 5, 6
103 - choses et pas tout, donc il faut que ce ne soit pas trop compliqué, montre-moi.

Donc elle se présente en 2 recto-versos, le premier recto-verso c'est le détail des recommandations de l'HAS de 2000 pour la prise en charge des bronchiolites avec les conseils qu'on peut donner, ce qu'il faut surveiller, les critères de gravité qui nécessitent une hospitalisation. Le deuxième recto-verso...

- 104 - Alors ça il faut le donner au patient ? Oui mais tu vois la fréquence respiratoire,
105 - par exemple, c'est compliqué.

C'est pour ça que sur le deuxième recto-verso il y a un tableau qui synthétise les recommandations avec en vert ce qui est recommandé avec les conseils pour l'alimentation, le couchage, la DRP, le fait que le diagnostic soit clinique, avec aussi des renvois pour les parents s'ils veulent plus d'information, par exemple avec la fiche Inpes. En orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin, les corticoïdes oraux et les antibiotiques et en rouge ce qui n'est pas recommandé comme les antitussifs, les mucolytiques, les bronchodilatateurs, pour assurer les parents que c'est une prise en charge non recommandée. Derrière le tableau, la fiche de suivi proprement dite avec les cases pour l'âge de l'enfant, ses antécédents, la personne qui le voit, son examen clinique et chaque professionnel de santé qui voit l'enfant peut suivre son évolution.

- 106 - D'accord, très bien, mais là cette fiche elle serait intéressante pour eux, pour les
107 - parents, voilà.

Oui, c'est pour eux.

- 108 - Oui c'est très simple, et à la limite pour chaque bronchiolite, bon il faudrait les 2.
109 - Mais pas l'autre, le détail. Faut découper, ce que je voulais te dire c'est qu'il
110 - faudrait que ça (le tableau), ne soit pas le verso de ça (la fiche de suivi), il
111 - faudrait qu'ils aient les 2 et qu'on puisse enlever le détail, parce qu'il faut qu'ils
112 - se l'approprient les parents, faut qu'on leur explique. Ah oui, je n'avais pas vu en
113 - fait que c'était le cas.

Oui et vous leur laissez la fiche pour que les autres professionnels de santé puissent suivre l'évolution de l'état de santé de l'enfant.

- 114 - En tout cas c'est un sujet qui est bien, qui tient la route.

Et le but c'est que je revienne en avril pour savoir ce que vous en avez pensé, si ça vous a été utile ou pas, s'il y a des choses que vous changeriez.

- 115 - Oui, d'accord, très bien.

FIN

Annexe 16 : Entretien pré épidémie J

Femme médecin généraliste de 55 ans, installée à Biot depuis 1990 en association de 5 médecins généralistes. Elle reçoit uniquement sur rendez-vous mais prend les enfants entre 2 ou les adresse à ses associés.

Dans votre patientèle vous voyez beaucoup d'enfants ? Vous avez beaucoup de bronchiolites ?

- 1 - Oui, moi je vois beaucoup d'enfants, j'ai environ 25% de ma patientèle qui sont
- 2 - des enfants.

D'accord, et quand vous prenez en charge un enfant atteint de bronchiolite comment vous sentez vous ?

- 3 - A l'aise maintenant, au bout d'un certain nombre d'années, au début bien sûr
- 4 - c'est un peu stressant, et puis moi quand je me suis installée ce n'était pas
- 5 - encore trop à la mode, quand les bébés étaient comme ça on pensait qu'ils
- 6 - avaient un asthme maintenant on sait qu'il y a un virus. Et puis maintenant c'est
- 7 - bien, heu voilà, on y voit un peu plus clair par rapport à ce qu'on doit faire, parce
- 8 - qu'avant on faisait plein de choses qu'on ne fait plus aujourd'hui. C'est ça la
- 9 - médecine, hein. Donc il y a une évolution si tu veux, au niveau des pratiques.
- 10 - Donc aujourd'hui tu vois une bronchiolite, tu vois si elle a de la fièvre, tu vois quel
- 11 - âge il a, moins de 3 mois c'est l'hospitalisation, plus de 3 mois tu les surveilles, tu
- 12 - demandes aux parents bien sûr de te donner des nouvelles, si ce n'est pas trop
- 13 - encombré on lave le nez, c'est tout, plus de sirop, hein tu le sais maintenant,
- 14 - donc heu..., on ne fait plus la Ventoline, Bécotide tout ça, ça ne sert à rien, avant
- 15 - on le faisait maintenant on ne le fait plus. Maintenant première démarche si
- 16 - l'enfant est trop encombré c'est la kiné, s'ils ne sont pas encombrés on lave le
- 17 - nez et on surveille et on les revoit.

D'accord et qu'est-ce que vous dites aux parents à propos, par rapport à la bronchiolite ?

- 18 - Alors je commence par leur dire que c'est un virus, que ça va passer comme les
- 19 - autres virus, que ça dure un certain temps, que ça peut durer des fois 1 mois,
- 20 - qu'il ne faut pas qu'ils s'inquiètent que s'ils vont moins bien ils nous le ramènent

21 - et que s'ils ont moins de 3 mois malheureusement c'est l'hôpital, voilà. Donc kiné
22 - en première attitude, après le lavage du nez si vraiment on sent qu'ils sont très
23 - encombrés. Ce sont souvent des enfants que l'on sent bien, après l'examen on
24 - voit qu'ils sont toniques, il n'y a pas de souci, bon ils ne mangent quand même pas
25 - trop mal donc ce sont des bons critères. Quand tu as des critères positifs tu ne
26 - t'inquiètes pas et tu mets de la kiné. Le kiné l'avantage c'est qu'il le voit tous les
27 - jours et il peut nous alerter s'il y a un souci, donc c'est une surveillance, voilà.

D'accord, et du coup vous avez des kinés avec qui vous travaillez plus particulièrement ?

28 - Oui, alors ceux qui sont disponibles premièrement, ceux qui sont un peu
29 - spécialisés dedans, mais on n'a pas de kiné attitré, avant on en avait un, mais
30 - bon moi je fais appel plus ou moins à un kiné qui a déjà un peu la connaissance
31 - du traitement à faire pour drainer bien les poumons.
32 - D'accord, donc vous avez votre petit réseau.
33 - Exactement, mais on n'a pas de kiné, avant on avait un kiné spécialisé,
34 - maintenant je pense que tous les kinés sont aptes à le faire, voilà.

Vous vous recevez sur rendez-vous, s'il y a un appel de parents pour un enfant qui n'est pas bien, qui respire mal, comment faites-vous pour le prendre ?

35 - Moi je prends entre 2, j'ai toujours de la place pour un enfant. C'est-à-dire que
36 - même quitte à décaler mon rendez-vous, je prends l'enfant en priorité, c'est ce
37 - que je dis à mes secrétaires et aux mamans que je vois. Voilà, je leur dit vous
38 - venez, on vous intercalera toujours, il n'y aura pas de souci. Après il y a mes
39 - associés, c'est vrai que si je suis à la bourre, il n'y a pas de souci je passe la
40 - main à mes associés.

Du coup comme vous le disiez tout à l'heure on ne donne plus de traitement lors d'une bronchiolite, quand vous dites ça aux parents ils l'acceptent bien ? Ils ne sont pas demandeurs ?

41 - Oui, non, ce n'est pas une difficulté. Peut-être qu'ici dans la région on est
42 - privilégié, deuxièmement il y a une sorte de médiatisation qui a permis que les
43 - gens se calment un peu en sachant que ne on ne donnait déjà plus de sirop avant 2
44 - ans, que les antibiotiques bien entendu si ce n'était pas nécessaire il valait mieux ne
45 - pas en donner, par rapport à l'immunité et par rapport à tout ça, que l'enfant peut
46 - se défendre tout seul, qu'on surveille, qu'il n'y a pas de souci à faire une visite de
47 - plus pour surveiller l'enfant plutôt que donner des antibiotiques pour rien, voilà. Il

48 - y a un dialogue, on a pu en fait instaurer un dialogue avec les gens parce que les
49 - gens ils ont eu le message aussi par la médiatisation de tout ce qui aujourd'hui,
50 - voilà, tout ce qu'on veut véhiculer, que les antibiotiques ne sont pas plus
51 - efficaces, que ça ne sert strictement à rien parce que l'antibiotique ça ne va pas
52 - empêcher la toux, ça ne va pas empêcher l'évolution, voilà et que même si on
53 - donne un antibiotique, si ça doit durer un mois ça durera un mois, voilà. Nous on
54 - a un discours et ce qui est intéressant parce que je crois que tu recueilles aussi un
55 - peu nos impressions, c'est ça qui est intéressant pour toi, ce qui est intéressant
56 - c'est qu'aujourd'hui on a des méthodes, tu vois, c'est que avant on faisait tout et
57 - n'importe quoi dans la bronchiolite. On a évolué sur allez quoi, 15 ans quoi,
58 - parce qu'au début on faisait un peu de tout et n'importe quoi, on n'avait pas de
59 - schéma, aujourd'hui on a un schéma très clair, la dernière réunion qu'on a eue
60 - avec les pédiatres c'était on lave le nez point à la ligne et kiné pour 2 raisons,
61 - celle de la surveillance du bébé qui est très intéressante et deuxièmement pour
62 - l'aider à drainer un peu ses sécrétions. Et puis moi ce que je fais beaucoup, je
63 - pense que mes collègues le font aussi, c'est qu'on explique aux gens, on prend
64 - le temps d'expliquer aux malades, on leur dit vous comprenez votre bébé il a un
65 - virus, le virus a irrité la bronche, la bronche a sécrété un peu d'eau et votre bébé
66 - si il tousse et ronronne c'est qu'il a trop d'eau dans les poumons, ce n'est pas
67 - des microbes. Donc en drainant, en lavant d'abord ça peut l'aider, en faisant une
68 - position un peu semi-assise ça peut aider et deuxièmement le kiné pour drainer
69 - les bronches et là les gens ils ont l'explication et comme ce sont des gens, la
70 - plupart des gens maintenant ils sont éduqués, ils arrivent à comprendre, je vais
71 - te dire ils vont sur des forums, sur des sites et donc ça tempère un peu la
72 - réaction des parents. Aujourd'hui les parents ils sont beaucoup plus évolués, ils
73 - comprennent que ce n'est plus pareil qu'avant quoi, avant il y avait des espèces
74 - de crainte que, voilà, le bébé il meure dans son sommeil, que ci, que ça alors
75 - comme on les rassure, on leur fait une explication un peu logique et cohérente ils
76 - arrivent à accepter ça, voilà.

D'accord, donc après vous travaillez avec des kinés, qu'est-ce que vous pensez de leur prise en charge dans la bronchiolite, vous avez des retours ?

77 - Oui avec les parents ça se passe bien, la preuve c'est qu'au bout des séances
78 - de kiné on ne les revoit plus souvent, c'est la preuve que c'est efficace, que ça a
79 - été fait correctement et qu'il y a une amélioration, sinon le kiné il me le renvoie,

80 - ça c'est bien aussi.

Qu'est ce qui pourrait vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

81 - Aujourd'hui je ne sais pas s'il y a des choses nouvelles au niveau de la pratique,
82 - mais pour l'instant je fais comme ça, je revois l'enfant s'il a de la fièvre et ça
83 - marche bien, j'ai l'impression qu'en aillant simplifier le traitement ça marche bien.
84 - C'est vrai que tu as raison il y a 10-15 ans de ça avec les kinés il y a eu des
85 - fractures costales, tu en as entendu parler j'imagine, moi je n'ai jamais eu ça, je
86 - n'ai jamais eu le cas d'un clapping trop appuyé, je n'ai jamais eu de fracture
87 - costale, pas de problème avec les kinés, pas de problème relationnel.

D'accord, donc moi le but c'est d'évaluer une fiche de suivi pour la bronchiolite, vous en quoi ça pourrait vous aider ?

88 - Quoi, une fiche de suivi ? C'est-à-dire heuu, tu entends quoi par une fiche de
89 - suivi ?

Alors je vais vous la montrer, donc c'est une fiche qui a 2 recto-versos le premier c'est vraiment...

90 - Alors c'est pour les parents ou pour les médecins ?

Alors le premier recto-verso est plus pour les médecins avec les recommandations de l'HAS sur la bronchiolite avec les conseils de surveillance, les critères de gravité qui nécessitent une hospitalisation de l'enfant, et le deuxième recto-verso est plus pour les parents, enfin pour le suivi de l'enfant avec un tableau qui résume les grandes lignes des recommandations pour avoir des fois un petit plus de poids par rapport aux parents, pour rappeler que le diagnostic est clinique, qu'il faut surveiller l'alimentation, les conseils pour le couchage, la DRP, tout ce qui est recommandé en vert, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin, donc les antibiotiques et les corticoïdes oraux et en rouge ce qui n'est pas recommandé, les bronchodilatateurs, les mucolytiques, les antitussifs.

91 - Tu te rends compte de tous les bébés qu'on aurait pu tuer avec tout ça ? Parce
92 - que avec du recul, tout ce qu'on a fait c'est en rouge, enfin tout ce qu'on a fait il y
93 - à 10-15 ans, bon à priori ça ne les a pas tués mais c'est vrai que ce n'est plus
94 - recommandé, c'est vrai que ce n'est pas adapté physiologiquement, que ça
95 - n'apporte pas d'amélioration.

Oui, et donc derrière ce tableau il y a la fiche de suivi proprement dite où l'on remplit le nom de l'enfant, son âge, ses antécédents, la date à laquelle on le voit, l'examen clinique que l'on a et ce qu'on décide : kinés, simple DRP, si on l'envoie à

l'hôpital, donc ça on le laisse dans le carnet de santé de l'enfant, enfin on la laisse aux parents et ça permet que chaque professionnel de santé qui voit l'enfant peut marquer son examen, voir ce qu'on fait les autres professionnels de santé et voir comment était l'enfant le matin même, la veille, 48h avant, pour suivre l'évolution de son état de santé.

- 96 - Humhum, oui tout à fait, ça peut être intéressant parce qu'après le truc je pense
97 - que les autres te l'ont dit c'est le temps, on te l'a dit nan ? Parce que si tu veux
98 - c'est vrai que nous la paperasse, tu verras quand tu seras installée, ça déborde,
99 - c'est vrai que ça déborde hein, on en a trop, trop, trop ! Donc si tu veux nous, c'est
100 - vrai que ce que j'allais te le dire, et tu le ressentiras aussi c'est qu'avec la
101 - pratique il y a plein de choses que tu fais spontanément et que voilà, après
102 - c'est vrai que des fois un peu plus de rigueur ce n'est pas mal mais voilà, après tu
103 - verras, ton bébé tu le vois et s'il est inquiétant tu le sais et tu l'envoies sans te
104 - poser de question. Tu n'as pas toujours besoin, mais c'est vrai qu'avoir un
105 - support même pour rappeler des choses évidentes c'est toujours utile, c'est
106 - vrai. Toi tu mettras ça dans tous les carnets de santé et que l'on surveille avec
107 - des critères bien précis ?

Oui voilà, pour que les parents aient des critères, par exemple si c'est un dimanche, si leur enfant à des critères de gravité ils peuvent l'amener aux urgences et...

- 108 - Ah oui, c'est plutôt pour les parents ça, oui ça pourrait être intéressant, ils
109 - peuvent voir s'ils peuvent le garder jusqu'au lundi par exemple, ça peut être
110 - intéressant ouais, les parents peuvent être un peu démunis le week-end. Donc
111 - ça c'est plus pour les parents que pour le médecin au final ?

Alors en fait...

- 112 - Oui ça peut être pour un suivi médical aussi.

Oui, pour un suivi médical mais aussi pour les parents ou pour les kinés...

- 113 - Oui, tout à fait et pour rassurer un peu la famille, pour qu'elle ait une conduite à
114 - tenir, pour que ce soit une aide, oui c'est intéressant, ça vaut le coup.

Voilà, donc vous la regardez, vous l'étudiez, vous voyez si cet hiver vous vous en servez, si c'est une aide ou un frein et comme ça on en rediscute à la fin de l'épidémie, moi ma thèse ça va vraiment être là-dessus.

- 115 - Hum, d'accord, donc toi ta thèse c'est sur un questionnaire, sur l'évaluation de
116 - cet outil, d'accord, d'accord oh bah oui, c'est bien, tu m'en laisses alors parce

117 - que j'en vois pas mal, par semaine on va dire peut être une huitaine par
118 - semaine, il y a des épisodes, hein, enfin des épidémies.

Et si vous revoyez un enfant pour une récidive vous pouvez demander aux parents ce qu'ils en ont pensé pour que j'ai aussi un retour.

119 - Très bien, on essaiera de faire ça !

FIN

Annexe 17 : Entretien pré épidémie K

Homme de 62 ans, médecin généraliste installé au Rouret depuis 1981, avant faisait des remplacements. Il travaille en association depuis 2 ans, avant était seul. Il consulte uniquement sur rendez-vous.

Comment est votre patientèle, vous voyez beaucoup d'enfants ?

- 1 - Alors je vois de tout, du petit nourrisson, même en visite dès 15 jours ou 1 mois
- 2 - assez régulièrement, après te dire si j'en vois beaucoup par rapport à..., nan,
- 3 - régulièrement oui mais pas des quantités énormes, nan.

Quand vous recevez un enfant avec une bronchiolite comment est-ce que vous vous sentez ?

- 4 - Face à une bronchiolite ? Heuu..., d'abord j'en vois peu, je dirais que j'en ai vu peu
- 5 - ces dernières années, vraiment ça n'a pas été une pathologie que j'ai fréquemment
- 6 - rencontrée, au cours de ses dernières années et pourtant je vois des tout petits,
- 7 - heuuu (blanc). Après ça va dépendre un peu de la gravité de la bronchiolite hein, il
- 8 - y a des bronchiolites avec des signes respiratoires assez sévères où on va plutôt
- 9 - les envoyer vers le pédiatre hospitalier et voir s'il faut une hospitalisation, surtout si
- 10 - l'enfant il a moins de 3 mois. On l'envoie aussi à l'hôpital ou aux urgences
- 11 - s'il faut une oxygénothérapie parce que nous on n'est pas habilité à faire ce
- 12 - genre de chose, et il y a des bronchiolites, des formes relativement légères bah
- 13 - ça va être surtout des conseils, des antipyrétiques s'il y a de la fièvre, mettre le
- 14 - gamin plutôt assis, fractionner l'alimentation assez régulièrement, surveiller la
- 15 - fréquence respiratoire, reconsluter s'il faut reconsluter, un peu de kinésithérapie
- 16 - parce qu'on pense que ça peut aider un peu. Bien que on ait vu que ça ne
- 17 - raccourcit pas la durée de l'hospitalisation dans les bronchiolites sévères hein la
- 18 - kinésithérapie, mais maintenant on a l'impression quand même qu'il y a une
- 19 - amélioration transitoire après les séances de kiné qui permet à tout le monde de
- 20 - souffler un peu que ce soit au bébé ou aux parents quoi.

D'accord, donc du coup pour vous prendre en charge une bronchiolite c'est une pathologie difficile ?

- 21 - Bah, non, je ne pense pas non, non, le tout c'est de pouvoir organiser les choses

22 - quoi, mais globalement non....

Vous trouvez que les parents entendent bien le fait qu'il n'y ait pas de réel traitement de la bronchiolite ?

23 - A une époque on était assez systématique en antibiotiques et en corticothérapie,

24 - il y avait même la Ventoline qui était utilisée, maintenant ça on ne les utilise

25 - quasiment plus, c'est exceptionnel maintenant hein.

Et ça les parents l'acceptent bien ?

26 - Je pense que les gens avec qui on a une relation de confiance, je crois qu'il faut

27 - aussi savoir écouter les parents surtout par rapport à l'état de santé de leur

28 - enfant, il faut les réassurer mais à partir du moment où on les examine assez

29 - correctement, que l'on a un discours correct, que l'on tient compte de leurs

30 - inquiétudes, on sait passer la main à un autre confrère plus rassurant si il faut, si

31 - c'est un pédiatre ou un pédiatre hospitalier ça ne pose pas de problème.

Qu'est-ce que vous dites aux parents pour les rassurer ?

32 - Bah moi, je tiens compte d'un certain nombre de signes de gravité, hein, si le

33 - gamin ne m'inquiète pas outre mesure, je vais leur dire que l'enfant a une

34 - bronchiolite et que ce n'est pas une pathologie grave quoi, avant toute autre chose

35 - hein. Je veux dire si j'ai des inquiétudes particulièrement moi je vais passer la

36 - main quoi.

Et vous avez votre réseau de kinés, vous avez l'habitude de travailler avec certaines personnes en particulier ?

37 - Alors non, on n'a pas de réseau mais il y a des kinés ici qui travaillent bien sur

38 - les enfants, il y en a au moins 2 que je connais, même 3 et on est en train de

39 - travailler ensemble pour savoir justement si on peut trouver le moyen... Il y en a

40 - même qui sont assez disponibles, même le week-end, donc heuu, il y en a qui

41 - sont disponibles le week-end. Mais en ce moment on est en train de voir

42 - ensemble pour, on envisage une maison de santé dans le secteur donc on est en

43 - train de rediscuter ensemble pour les modalités de prise en charge des gamins.

D'accord donc vous vous consultez sur rendez-vous ?

44 - Oui je consulte uniquement sur rendez-vous.

Et si une maman vous appelle parce que son bébé ne respire pas bien comment est-ce que vous vous organisez pour le voir ?

45 - Je le prends, oui, oui bien sûr pour les urgences il y a toujours des créneaux,

46 - même quelqu'un qui téléphone au secrétariat en me disant il y a Madame un tel

47 - qui a son bébé qui a du mal à respirer, je leur dit bah qu'ils viennent tout de suite.

D'accord, et quand vous l'envoyez chez le kiné ou voir le pédiatre hospitalier, qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge des autres professionnels de santé pour la bronchiolite ?

48 - Bien, bien, non ici dans le secteur j'envoie plutôt sur l'hôpital de Grasse donc en
49 - général ils font plutôt bien leur boulot à ce niveau-là, heu, il y a parfois des
50 - hospitalisations, parfois des non-hospitalisations dans les souvenirs que j'ai, je
51 - me base plutôt sur d'autres pathologies hein là, non, je trouve que la prise en
52 - charge est bien, ouais.

Avec les kinés aussi vous avez de bonnes relations ?

53 - Avec les kinés du coin oui, on n'a pas de difficulté.

Et quels sont les conseils que vous donnez aux parents par rapport à la bronchiolite ?

54 - Quand le gamin il a une bronchiolite ? Heu..., fractionner l'alimentation,
55 - mettre le bébé en position plutôt relevée la plupart du temps, heu..., surveiller la
56 - température, surveiller l'évolution respiratoire, ne pas hésiter à rappeler si ils ont
57 - un souci particulier, s'ils ont des signes qui les inquiètent, des difficultés
58 - respiratoires, des vomissements, une fièvre élevée, des choses comme ça quoi.

D'accord, est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

59 - Bah c'est de relire un petit peu les critères de gravité, de revoir les critères de
60 - gravité, heu... la polypnée, de me refaire un peu une fiche sur les signes de
61 - gravité de la bronchiolite.

D'accord, donc là je vais vous présenter la fiche de suivi, donc elle a été réalisée avec le Docteur Moreigne qui est pédiatre à l'hôpital d'Antibes, et puis par un groupe constitué de kinés et de médecins généralistes, en quoi une fiche de suivi pourrait vous aider ?

62 - Bah je ne sais pas trop, ça dépend en quoi consiste exactement cette fiche, mais
63 - je pense que s'il y a des rappels comme je disais sur les critères de gravité, ça
64 - peut être une aide ? Et aussi pour suivre l'évolution de l'enfant je pense, voilà.

D'accord, donc au niveau de la fiche elle se présente en 2 recto-versos, le premier qui reprend les recommandations de l'HAS de 2000 pour la prise en charge de la bronchiolite avec effectivement le rappel des critères de gravité qui nécessitent une hospitalisation, et sur l'autre recto-verso d'abord un tableau qui résume les

recommandations de l'HAS, donc en vert ce qui est recommandé : que le diagnostic est clinique, qu'il faut fractionner les repas, le couchage en proclive, le lavage de nez, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin comme les antibiotiques et les corticoïdes oraux, et en rouge ce qui n'est pas recommandé comme les antitussifs, les mucolytiques, les bronchodilatateurs etc, Et derrière le tableau la fiche de suivi proprement dite où l'on peut marquer le nom de l'enfant, son âge, ses antécédents, le jour où on le voit, l'examen clinique et les traitements que l'on décide de mettre en route. Donc le but c'est qu'après avoir vu l'enfant on laisse cette fiche dans le carnet de santé de l'enfant pour que tous les professionnels de santé qui le verront puissent suivre son évolution de santé.

65 - Ouais, d'accord (blanc) et ça c'est une fiche que l'on peut trouver où ?

Alors c'est une fiche que je vais vous donner, je vais vous en donner plusieurs et si besoin vous pouvez la photocopier.

66 - D'accord, c'est vrai qu'une fiche bien faite comme ça pourrait être mise
67 - systématiquement dans tous les carnets de santé, il pourrait y avoir un truc
68 - quelque part sur ce genre de pathologie et quand l'enfant grandit on l'enlève quoi.
69 - Le carnet de santé il est assez rempli, il y a beaucoup de choses dedans mais à
70 - la limite un truc comme ça, parce que moi je n'en ai pas vu beaucoup ces dernières
71 - années mais c'est quand même assez fréquent quoi et un support ça peut aider
72 - tout le monde, avec Tiphanie (son associée) on va voir, on va essayer de la
73 - mettre dans l'ordi.

FIN

Annexe 18 : Entretien pré épidémie L

Homme kinésithérapeute de 30 ans, installé à Biot depuis 2006, diplômé depuis 2001.

Dans votre cabinet de kinés vous êtes le seul à faire de la kiné cardio-respi, vous ne faites que de ça ou de tout ?

- 1 - Nan, je fais de tout, on est un cabinet pluridisciplinaire, on n'est pas un cabinet qui
- 2 - fait que ça, ça existe hein, il y en a quelques-uns sur Nice qui ne font que ça à
- 3 - l'année mais nous on reste quand même un cabinet pluridisciplinaire.

Et vous avez une formation particulière pour la kiné respi chez les enfants ?

- 4 - Oui, en fait nous en kiné ça fonctionne en formation continue quoi, donc on a fait une
- 5 - formation avec Delplanque, là il y a 2 ou 3 ans et puis après en formation initiale moi
- 6 - j'avais tout fait à Lenval où c'est déjà assez bien fait et assez complémentaire déjà.

D'accord, et comment est-ce que vous vous sentez quand vous prenez en charge un enfant qui a une bronchiolite ?

- 7 - Heu..., bien, oui, il suffit d'être formé quoi, donc, et c'est surtout c'est une pratique où
- 8 - il faut être régulier. Alors, pour moi c'est le genre de pratique où contrairement à
- 9 - d'autres soins soit tu en fais soit tu n'en fais pas. Tu ne peux pas te permettre de dire
- 10 - heu, allez, vous n'avez trouvé personne, aujourd'hui je vous, cette fois-ci je vous
- 11 - dépanne et n'en faire qu'une dans l'année. Il faut garder le geste, il faut garder
- 12 - l'écoute du stétho, il faut garder, il faut garder tout ça, et ça se garde, enfin je ne sais
- 13 - pas, nous ici je dois en voir 30 par an, 40 par an, un truc comme ça, donc bon, c'est
- 14 - devenu presque répétitif et il y a une aisance qui vient avec pour regarder tous les
- 15 - signes, le tirage, tout ça, mon autre collègue en fait un tout petit peu, quelquefois par
- 16 - an quand vraiment moi je suis à l'agonie ou que je ne suis pas là et sinon je suis le
- 17 - seul à en faire ici pour l'instant, voilà.

D'accord et avec les parents qui peuvent être inquiets quelles sont les difficultés que vous pouvez avoir ?

- 18 - Non, pas de difficulté parce que au contraire ça se passe très bien. On est un gros
- 19 - cabinet de contact, donc heu ça se passe super bien hein. Généralement on
- 20 - dédramatise tout de suite le mythe du kiné.

Qu'est-ce que vous faites pour ça ?

- 21 - Bah rien, rien du tout, on leur explique, on leur explique ce que l'on va faire parce
22 - que souvent il y a des à priori, ils viennent parce qu'ils ont été aiguillés par la
23 - nounou, par etc...
- 24 - Ah bon, il va faire de la kiné tu vas voir et tout c'est impressionnant ! Mais en fait
25 - c'est une vision sentimentale tout ça, c'est une vision de l'extérieure d'un acte que
26 - l'on ne connaît pas, qui manipule notre enfant, enfin voilà. Après, une fois qu'on leur
27 - a expliqué qu'ils n'ont pas mal, qu'ils se plaignent juste, que quand tu arrêtes ils
28 - arrêtent de pleurer et donc ça prouve bien qu'il n'y a pas de manœuvre douloureuse,
29 - que les manœuvres que l'ont fait sont scientifiquement approuvées et non
30 - douloureuses, que la trachée elle n'est pas ossifiée et patati patata, après ça passe
31 - tout seul et ils disent ah bon ça n'était que ça bon bah très bien. Et puis après
32 - derrière, souvent, on les voit avant-après et ça nous permet de les faire revenir. Pour
33 - moi c'est un des soins en kiné dans les plus efficaces hein. A la louche, le vrai
34 - drainage il va durer 10 minutes quoi, et en 10 minutes il y a un vrai, il y a une
35 - amélioration avant-après quoi. C'est pratiquement le seul traitement kiné que je
36 - connaisse depuis 10 ans qui permette d'avoir ce résultat en aussi peu de temps. Et
37 - puis ça permet aussi de pouvoir former un peu les gens aussi qui peuvent avoir des
38 - soucis sur le lavage de nez, sur la quantité sur la façon de faire. Ils sont
39 - impressionnés parce qu'avec nous ça gicle de partout quoi mais c'est pareil on en a
40 - 40, 50 dans l'année, en plus les nôtres que l'on fait à la maison, donc c'est... Le
41 - rythme après il est assez élevé, mais heu..., ça se passe bien, on a ce rôle de
42 - conseil aussi et on y tient hein. Certains de nos confrères ont préféré faire des écoles
43 - de formation des parents, donc heu... c'est vrai que c'est une autre façon de voir les
44 - choses mais dans l'ensemble, nos traitements ne marchent bien que si on sait qu'à
45 - la maison les choses sont bien faites aussi. Est-ce qu'ils lavent le nez à la maison,
46 - hein toutes ces questions qui vont avec, est ce qu'ils le mettent en garderie, est ce
47 - que même s'il a 40 de fièvre ils le mettent à la crèche, baaah, c'est un incubateur,
48 - donc heuu..., mais sinon non ça se passe bien avec les parents, très bien même.

Est-ce que vous avez l'impression que quelque fois vous pouvez donner beaucoup de conseils qui n'ont pas été donnés en amont par le médecin généraliste ?

- 49 - Alors déjà, ce qui est sûr c'est que depuis quelques années on a vraiment une
50 - différence de prise en charge de soins et on a beaucoup de gens qui sont envoyés

51 - par le, enfin dont les enfants sont soignés par le généraliste, et il est vrai que de ce
52 - côté-là on a un petit peu les deux sons de cloche quoi. C'est-à-dire qu'on va avoir
53 - des enfants où c'est l'affolement général, c'est-à-dire que l'enfant il vient vers nous
54 - c'est la première fois, il a le truc pour le nez, le Célestène, la Vento, les antibiotiques,
55 - le bronchomachin, le brontruc plus la Kiné. On a donc les parents qui sont un peu
56 - perdus, ils ont l'impression que c'est un peu le bout du monde mais bon pour moi là
57 - c'est plus un problème de diagnostic, de soins plutôt qu'autre chose. On a des
58 - médecins bah qui nous les envoient, bah nous on fait ça avec l'ERPS maintenant
59 - c'est vrai que le DRP va devenir un acte prescrit donc heu bon on va avoir une
60 - reconnaissance de choses comme ça, que pour des drainages ORL ! Mais il est vrai
61 - qu'en amont je pense que le médecin passe très vite sur ce type de chose, sauf si le
62 - patient est demandeur, mais bon de manière générale ils le font peu. On a quand
63 - même beaucoup de bébés envoyés où heu..., ça m'est arrivé de les renvoyer chez
64 - eux, de ne pas leur faire le traitement parce que c'est des grosses prises ORL donc
65 - souvent, ça résonne un peu au niveau bronchique, enfin dans les poumons ça
66 - résonne c'est caverneux mais bon voilà, souvent je les vois je leur lave le nez et je
67 - réécoute derrière, il n'y a plus de bruit bon bah voilà. On reforme tout ça mais
68 - maintenant avec ERPS ça va devenir prescriptif donc potentiellement on pourra
69 - peut-être côter ça, hein, ça sera un nouvel acte, mais c'est vrai qu'au niveau médical
70 - je pense qu'il faut une formation en amont... On a encore des médecins, quand il y a
71 - des parents ils viennent nous voir en nous disant : nous on l'a supplié pour qu'il nous
72 - fasse de la kiné quoi, par contre leur gamin ça fait 6 fois qu'il est sous antibiothérapie
73 - en 6 mois quoi. Donc heu... le « vous comprenez c'est traumatisant pour l'enfant il
74 - ne faut pas faire de kiné » c'est n'importe quoi. Enfin pour moi, 10 minutes de kiné
75 - c'est 20000 fois moins traumatisant qu'une antibiothérapie de 6 jours hein, mais
76 - après ça c'est mon avis personnel quoi. Pour moi si l'enfant il n'a pas eu 5 jours de
77 - fièvre d'affilée ou si, s'il n'a pas de signe d'infection ou de chose comme ça, bah,
78 - c'est, c'est.. c'est une antibiothérapie pour rien quoi, ça vaut 0. Et à 6 mois, moi je
79 - suis désolé mais j'en ai 3 des enfants, pour moi quel que soit l'âge d'ailleurs, mais
80 - surtout bébé, c'est incompréhensible d'avoir ce taux de prescription d'antibiotique
81 - assez facilement. Bien sûr quand c'est les oreilles ou un autre machin c'est autre
82 - chose hein, mais...non. Nous on arrive ici, ça m'est même arrivé d'avoir eu une
83 - petite comme ça qui, elle en était à sa cinquième antibiothérapie et à chaque fin de
84 - traitement bien sûr ça rechutait. Et donc un docteur qui me connaît bien a fini par dire

85 - Bah « écoute si tu peux faire quelque chose on y va », et heuu... je l'ai drainée 3
86 - fois, et elle était assez grande, presque 2 ans, et je l'ai drainé 3 fois et elle n'a plus
87 - été malade. Donc quelque part des fois il y a un peu, je pense que ces inquiétudes
88 - qu'ont les parents, des fois, par rapport à ce soin là, j'ai l'impression que des fois le
89 - mythe est un petit peu aussi propagé par des confrères médecins ou tout ça. Sur la
90 - notion de traumatisme, bon encore maintenant le clapping est interdit depuis 1992 je
91 - crois ou 93, maintenant on ne le pratique plus donc heu..., là on avait des risques de
92 - pratique de décollement de poumon de machin et tout ça, surtout avec le praticien
93 - qui ne fait pas souvent. Pour le praticien qui pratique souvent il n'y a presque aucun
94 - risque, mais comme le diplôme de kiné il est généraliste, il y a des mecs qui la
95 - dernière fois qu'ils ont touché un bébé c'était à l'école, donc heuu, enfin voilà.

D'accord, est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous aider dans votre pratique de la bronchiolite ?

96 - Qu'est ce qui pourrait nous aider ? (blanc) Au niveau quoi ? Au niveau moyen heu,
Au niveau moyen ou au niveau relationnel avec les médecins ou les autres professionnels de santé ?

97 - Bah, c'est toujours pareil, heu.. nous ici on a la chance d'avoir un bon foyer de
98 - médecins qui nous connaissent, donc on s'entend bien avec eux, moi je ne le fais
99 - pas, enfin très, très peu mais ça m'est arrivé d'avoir des gens à qui le médecin dit : tu
100 - vas le voir, tu vois et puis si il y a besoin je te fais une ordonnance. Bon je n'aime pas
101 - trop ce système-là, parce que nous on est censé être sur prescription médicale mais
102 - si je sais que c'est la patiente du médecin que je connais bien, qui est à 1km... Donc
103 - voilà et sinon voilà, je ne fais pas d'emblée dedans, donc direct, parce que les
104 - parents dès que tu les as vu une fois ils comprennent ce qui fait du bien à l'enfant
105 - donc, heu...faut bien quand même respecter le parcours de soins.

106 - C'est important, parce qu'on n'est pas médecin. Mais après non, question moyens
107 - purs, heu...Je pense que tout ça en fait c'est un problème de formation initiale, c'est
108 - vu très rapidement en stage de pédia, voilà, pendant l'hiver, il y a beaucoup de
109 - choses qui rentrent en jeu, nous on en a qui font de la kiné respi et qui arrêtent le
110 - vendredi et qui reprennent le lundi par exemple, parce qu'ils ne veulent pas venir le
111 - week-end ! C'est contraignant, hein, c'est un soin chiant il faut le dire ! Pourquoi on
112 - est en pénurie de cabinet de kinés qui font de la kiné respi c'est parce que c'est un
113 - soin qui est contraignant et on n'est pas en nombre. Sur Nice il y a la création du
114 - réseau Arbam là, qui est en train de se faire donc on est très lié avec eux. Pour

115 - l'instant le cabinet n'est pas affilié, voilà, je n'ai pas encore pris ma décision, parce
116 - que c'est financièrement intéressant un jour de garde, ça marche très, très bien. Ça
117 - permet vraiment d'avoir un très bon réseau où les gens peuvent avoir en
118 - permanence un soin, et en plus il y a des garanties, enfin les gens sont formés en
119 - amont et etc... Même si ils ont déjà été formés il y a une formation qui est refaite
120 - derrière donc heu..., c'est très bien et il faut créer ce genre de réseau mais on est un
121 - petit peu avec les fesses entre 2 eaux quoi, un peu comme vous quoi. Il y a un
122 - moment où tu fais 50h par semaine, te dire le samedi-dimanche être-là à 8h même si
123 - c'est pour n'en voir que 2, bah il y a un moment où tu as envie de décrocher quoi, ou
124 - on est déjà plein et il y a un bébé qui appelle, si tu en fais il faut essayer de le caser
125 - dans la journée et tous les jours, donc heu... par exemple demain j'ai un appel alors
126 - que j'ai déjà 15 soins à donner, donc on est en surcharge, en surcharge. Donc je ne
127 - sais pas, c'est peut-être là où on a besoin d'aide, de moyens, d'essayer de trouver
128 - une façon de pouvoir peut-être créer l'hiver des créneaux spécifiques, des créneaux
129 - qui nous seraient rémunérés même si il n'y a pas d'enfant, ce qui permettrait de les
130 - caser parce que c'est compliquer de caser, il faut que les parents puissent, il faut que
131 - ce soit 1h30 à 2h après le repas, voilà, c'est contraignant comme soin. Sinon, non,
132 - en moyen il ne nous faut rien, une table, un stétho et puis voilà quoi. Mais pour moi,
133 - je pense qu'il faudrait quand même contrôler tous ces praticiens, alors, soit les
134 - obliger à être affiliés à des réseaux, soit faire des contrôles continus, parce que bon il
135 - faut le dire, il y en a beaucoup qui sont pas bons hein.

*Quand vous dites les praticiens, vous voulez dire les kinés, et les médecins
ou... ?*

136 - Non, parce que le médecin il va prescrire mais il n'a pas besoin de technique, mais il
137 - y a des confrères, c'est prescrit, ils ne mettent même pas un coup de stétho, eux ils
138 - ne parlent pas aux parents, ils ne parlent pas à l'enfant, ah bon, crac crac, c'est
139 - mécanique c'est bon c'est fait. Mais si tu n'écoutes pas avant après tu ne sais pas
140 - comment ça se passe, si ça siffle fort, est ce qu'il est en état d'aller à l'hôpital ou est
141 - ce que tu peux quand même faire le soin ?
142 - Et limite, ils ne prennent même pas la température alors que normalement au-dessus
143 - de 38,5° tu ne peux pas en faire, et voilà et il y a plein de contraintes comme ça, où
144 - pour moi c'est un soin très sérieux. Voilà, quand les petits ils sortent de là s'ils ne
145 - sont pas bien moi je les oriente et 20 min après ils sont à la Fontonne ou sur Nice.
146 - On les appelle en disant on a fait ça, ça, ça et voilà les portes elles sont ouvertes,

147 - voilà le gamin c'est trop tard, enfin c'est trop tard pour le soin, il ne va pas mourir,
148 - mais voilà il n'est plus bien. Et là des fois les médecins ont du mal, enfin peut être
149 - que des fois je généralise, je ne sais pas, je ne juge pas mais des fois ils ont du mal
150 - à faire la part des choses. Les enfants des fois quand ils arrivent chez nous, on les
151 - prend dans la journée et c'est trop tard, c'est trop petit ça ne sort plus, mais sinon
152 - à part ça non.

Du coup vous êtes sur rendez-vous, comment est-ce que vous vous arrangez pour prendre en charge les enfants dans la journée ?

153 - On se débrouille, on ouvre le carnet, on cherche les trous, quand il n'y a pas de trou
154 - bah on les met en début ou en fin, on se débrouille pour les caser.

Vous arrivez toujours à les prendre dans la journée ?

155 - Non, non mais dans ces cas-là je préfère refuser le soin, je, j'ai fait ça la semaine
156 - dernière, j'en ai refusé 2 parce que personnellement en plus je n'ai pas beaucoup de
157 - créneaux, j'étais déjà booké, de booké, de chez booké donc j'ai préféré refuser le
158 - soin plutôt que m'engager pour rien.

Dans ce cas quand vous les refusez-vous les adressez à un autre kiné ?

159 - On essaie des fois mais on ne connaît pas les emplois du temps des autres, on ne
160 - connaît pas, donc heuu, voilà, c'est un peu compliqué des fois d'orienter vers des
161 - gens où tu sais qu'ils le font mais tu sais qu'ils ne le font pas forcément de la bonne
162 - façon, après on a des adresses types, des gens qui sont là 24/24 mais bon souvent
163 - ceux qui sont là 24/24 c'est souvent sur Nice donc ça va servir une fois mais pas
164 - pour tous les jours, voilà. A part faire le Botin il n'y a pas vraiment de solution.
165 - J'espère que le réseau Arbam changera ça parce que maintenant c'est une structure
166 - bien édifiée par l'état, enfin on a eu des grosses subventions donc c'est un truc
167 - potentiellement très bien avec une secrétaire 24h/24, voilà donc une structure très
168 - costaud. Alors avant on en avait une sur Nice avec Lacaneau mais qui était plus
169 - artisanale mais c'était bien, hein, ça marchait bien mais c'était tout petit, ils sont 15
170 - ou un truc comme ça.

D'accord donc ils n'étaient pas très nombreux pour tourner, et du coup vous le samedi dimanche vous prenez des rendez-vous pour la kiné respi des enfants ?

171 - Oui, oui par contre on n'est pas un cabinet d'urgence, ceux qu'on a déjà vu dans la
172 - semaine bah on continue, si je dis oui à un patient le vendredi bah je sais que c'est
173 - pour ma pomme, à partir du moment où je dis oui, à moins que ce ne soit une erreur
174 - de diagnostic, bah je sais que samedi, dimanche bah j'y suis quoi, mais bon, c'est le

175 - contrat, c'est écrit donc heu, c'est ça, week-end et jours fériés compris c'est
176 - nécessaire. L'efficacité du soin est dans la régularité du soin donc si tu lui fais un
177 - vendredi, que tu le laisses se remplir pendant 2 jours et que tu le revois le lundi, bah
178 - il n'y a aucun intérêt quoi, une séance tous les 3 ou 4 jours ça ne sert à rien.

Du coup, si vous aviez quelque chose à changer ça serait vraiment le développement d'un réseau ?

179 - C'est le mode de prise en charge oui, par exemple tout l'intérêt de l'Arbam c'est que
180 - chacun choisit des gardes ce qui fait que même si toi tu n'es pas le week-end ou si tu
181 - ne veux pas te prendre tous les week-ends de garde et bah on sait que dans le
182 - réseau il y aura quelqu'un et justement dans le réseau il y a des fiches de liaison,
183 - c'est un système qui a été installé. Il y a des fiches de liaison pour que justement si
184 - ce n'est pas toi qui l'a vu le lundi, celui de lundi a marqué il s'est passé ça et ça, il a
185 - eu de la fièvre, pas de fièvre, s'il a expectoré, pas beaucoup expectoré, voilà, c'est
186 - comme ça qu'il faut travailler, mais c'est dur de créer un réseau là-dessus. Sur un
187 - soin pénible c'est difficile de créer un réseau avec que des gens motivés qui vont
188 - être formés et tout ça, même si c'est vrai que c'est rémunéré. Bah là typiquement
189 - moi je n'ai pas encore fait mon choix parce que j'arrive à un stade où c'est tellement
190 - surchargé question travail que j'arrive à un stade où c'était peut-être même ma
191 - dernière saison, parce que heu..., à un moment il faut lever le pied quoi, et
192 - aujourd'hui la structure elle n'est pas faite pour lever le pied, donc heu..., clairement
193 - on n'est pas assez nombreux par ici. Après à Nice il y en a qui tire un peu la langue
194 - mais l'activité reste forte en kiné, malgré les conditions et les conventionnements de
195 - rémunération, l'activité reste forte. Donc c'est, à un moment il faut faire une pause
196 - quoi, tu ne peux pas toujours tirer et tirer sur la corde parce qu'après tu n'es plus
197 - bon, voilà. Mais je pense que le réseau en lui-même est une excellente chose. Au
198 - moins ça appartient à des gens qui aiment ça, il y a des gens qui aiment vraiment ça,
199 - enfin surtout le relationnel mère-enfant, beaucoup, moi j'aime bien les bébés, enfin
200 - voilà, c'est plus pour ça, ce n'est pas, je n'ai pas une passion pour la respi en
201 - elle-même, c'est plus le côté enfant et relationnel et puis vraiment une efficacité
202 - intéressante.

D'accord, on va passer à la fiche de suivi, en quoi elle pourrait vous aider ?

203 - Ah bah typiquement c'est le lien avec les médecins, c'est le lien, c'est une chartre de
204 - qualité. A partir du moment où il n'y a pas de feed-back il n'y a pas de chartre de
205 - qualité, donc ça ne sert à rien. Enfin ce n'est pas que ça ne sert à rien mais la

206 - médecine si chacun reste dans son coin, ça n'avance pas. Enfin je veux dire il y a 2
207 - utilités, il y a l'utilité du lien avec le médecin, donc voilà, je l'ai vu tant de fois, nous
208 - des fois il y a des prescriptions, le mec il nous prescrit 20 séances de kiné
209 - respiratoire alors que déjà l'HAS c'est 6, déjà, et pour le renouvellement il faut voir
210 - avec le médecin et tout ça, donc ça c'est des mecs qui prescrivent, mais ils ne sont
211 - pas trop au courant de ce qui ce fait, enfin ce n'est pas un BPCO quoi ! Donc voilà,
212 - un lien, voir comment évolue l'enfant. C'est toujours intéressant de savoir comment il
213 - évolue, si c'est toujours à la fin, est ce que le traitement correspond etc..., pour
214 - peut-être faire évoluer les traitements. Voilà au bout de 3 jours il était bien
215 - désencombré, il allait mieux avec le traitement et si ça ne va pas mieux on change le
216 - traitement et on passe aux antibiotiques. Pour placer le soin du kiné dans la
217 - hiérarchie du traitement c'est assez intéressant, voilà je pense que c'est le lien
218 - principal. Au niveau statistique c'est hyper utile aussi pour dire est-ce que la kiné
219 - respi c'est utile, pas utile, ça peut être un moyen de plus pour prouver dans quelle
220 - situation c'est utile, dans quelle situation ça n'est pas utile, voilà tout ça,
221 - désencombrer, oui mais quand ? Voilà, chaque soin à son utilité donc je pense que
222 - c'est assez intéressant cette fiche de liaison pour bien cibler la place de la
223 - kinésithérapie, surtout en ce moment où il y a eu cette étude récente sur la kiné respi
224 - qui a encore prouvé son efficacité, donc je pense qu'il faut vraiment, si ça peut nous
225 - permettre d'enlever des mœurs cette suspicion véhiculée par les médias... Là on va
226 - l'avoir dans 15 jours. Voilà, TF1 ne va plus savoir quoi faire donc ils vont faire un petit
227 - truc sur un petit bébé, voilà au CHU de Reims ou je ne sais pas où et sur les petits
228 - bébés comme ça et puis avec la grande question du : est-ce que c'est efficace ?
229 - Voilà ils vont encore, voilà quoi, donc si l'information peut remonter petit à petit, c'est
230 - bien.

Et vous ça vous arrive d'initier des fiches de liaison ou de suivi ?

231 - Alors pour le moment je n'en ai pas vu passer dans le sens où pas
232 - beaucoup de médecin ne l'utilise pour l'instant, quand on bosse avec Michel
233 - Moreigne bah voilà, comme c'est lui qui l'a initiée... Mais même dans son service la
234 - moitié des urgentistes ne la donnait pas aux patients, donc tu vois comme la
235 - hiérarchie, le protocole, c'est très important le protocole. Voilà, donc j'ai l'impression
236 - qu'elle est peu utilisée. Après nous l'initier non, parce que pour l'instant les médecins
237 - ne sont pas intéressés par ce type de lecture donc il faut les installer, leur présenter.
238 - Une partie de nous dira que ça fait une charge supplémentaire, ça fait une pression

239 - administrative en plus. On n'est pas des hospitaliers, donc nous on fait 50h de boulot
240 - par semaine et derrière on a encore la comptabilité, l'administration, et tout ça, donc là on
241 - te dit : tu fais ton truc et en plus du bilan, du truc, du machin il faut encore que tu
242 - écrives ! Bon après c'est vrai que c'est assez rapide à remplir, il y a des cases à
243 - remplir il siffle ou il ne siffle pas il y a des sibilants ou pas et puis ces machins-là,
244 - c'est vrai que c'est rapide mais voilà, ça rentre dans, dans, l'image de contrainte qu'à
245 - la profession libérale en ce moment dans tout son ensemble, on est surchargé de
246 - boulot, on est surchargé de charges, on est surchargé de paperasses, vous voyez ce
247 - que je veux dire, ils ne le voient pas dans un intérêt professionnel. Après cette fiche
248 - par exemple elle est très, c'est bien dit elle est faite par un groupe de pilotage, tout le
249 - monde peut remplir cette fiche mais du coup ça fait peur. 1 ça responsabilise, une
250 - fois que j'ai mis mon tampon au bout et que j'ai dit que j'ai fait ça, ça me
251 - responsabilise dans mon soin, alors que si je suis dans mon coin je vois 5 minutes le
252 - gamin, ok bon à demain, et les parents c'est dur de décrire et d'évaluer un soin alors
253 - qu'ils sont dans l'émotion. Le professionnel de santé peut dire : attendez moi j'ai fait
254 - ça comme ça, la mère était en panique, on ne peut pas contester grand-chose, alors
255 - que quand on remplit une fiche comme disent certains bah, on les met sur la table. Si
256 - tu écris que tout va bien et que le gamin il va revoir le médecin dans les 2h qui
257 - suivent et qu'il est à l'agonie, bah tu passes pour une brûlée quoi. Donc il y a cette
258 - dimension de responsabilité, après cette fiche elle est super. Après tu vois il y a plein
259 - de trucs, pour la stratégie par exemple, nous on est des exécutants, il faut bien
260 - comprendre ça. Comme nous on est des exécutants on fait le soin parce que le
261 - médecin l'a prescrit et des fois c'est un problème dans notre métier, parce que du
262 - coup, on ramène toujours la couette de l'autre côté, donc une fiche comme ça, ça
263 - responsabilise, je suis un professionnel de santé, je fais un acte, je prends mes
264 - responsabilités, voilà, mais ce n'est pas compliqué. Les vomissements c'est de
265 - l'interrogatoire, vous voyez, il y a plein de trucs voilà, est ce qu'il..., voilà il y a
266 - beaucoup de choses qui font partie de l'interrogatoire mais à mon avis, pas tous les
267 - kinés ne sont capables d'évaluer la fréquence respiratoire, heu, ils ne sont pas capables de
268 - d'évaluer vraiment si par exemple les voies aériennes supérieures, inférieures etc...
269 - et donc vous voyez tout ça, ça rentre dans un truc, nous par exemple on a une saturation,
270 - mais on a une saturation adulte, voilà quoi ce n'est pas adapté. Pour moi la kiné respiratoire, c'est
271 - très physique, sur les petits tu les vois les signes de tirage, les clavicules, le
272 - ballonnement thoraco-abdominal, je veux dire, tu vois bien si tu dois mettre les mains

273 - ou pas, donc, voilà. Je veux dire, typiquement le gosse, tu ne vois pas s'il est à 98 ou
274 - 94% et ça ne change pas grand-chose pour la kiné, mais tu arrives à voir s'il est à
275 - 80, voilà. Mais sinon, tout ce qui est coloration et tout ça, après voilà, il faut voir un
276 - peu qui crée les critères sur une fiche comme ça. Ce qui est bien c'est que c'est
277 - expliqué, l'important c'est d'avoir par exemple la coloration là, est ce qu'il est
278 - cyanosé, violacé, nan mais c'est une très bonne fiche aussi parce qu'elle a été faite
279 - en groupe pluriprofessionnel et voilà, faut que ça se mette en route.

Justement on y travaille, donc je fais ma thèse avec un autre interne qui lui s'occupe plus de la partie des enfants qui arrivent aux urgences, donc si vous êtes d'accord je vais vous en laisser quelques-unes et si il y a des enfants qui arrivent sans la fiche vous pouvez l'initier.

280 - Ah oui, oui bien sûr. Alors comment ça se passe, vous le but c'est que après vous
281 - aurez mon retour à moi c'est ça, donc entre guillemets re-interrogatoire pour savoir
282 - comment, quels ont été mes retours de médecins...

Oui, c'est ça, les retours de médecins, les retours de parents, et vous ce que vous en avez pensé, si c'est utile, si c'est trop de travail, trop compliqué à initier, si il y a des choses qui ne sont pas adaptées, d'autres à ajouter..

283 - Tout à fait, après nous en kiné il y a des trucs qui nous importent peu, parce que ça a
284 - été fait en amont, donc typiquement par exemple heu, le poids ça a été fait en
285 - amont, donc heu la courbe de poids... mais ce qui est compliqué c'est que, si c'est
286 - le médecin qui me l'envoie la maman vient avec sa fiche, premier jour il va y avoir le
287 - poids, d'accord, mais si moi je ne suis pas équipé, je ne sais pas si en 3 jours il perd
288 - du poids ou pas, vous voyez ce que je veux dire ? Mais c'est intéressant, et ce qui
289 - est intéressant par contre, là où c'est peut-être un peu limite,
290 - c'est que nous plus ou moins on fait 5 à 6 séances, donc
291 - théoriquement 5 à 6 bilans, donc pour moi, il faut, c'est compliqué, il faut rentrer, il
292 - faudrait qu'il y ait une autre case, une case, en fait il faudrait qu'il y ait une case
293 - médecin, enfin une case médecin, voilà enfin une case diagnostic et une case
294 - traitement pour moi, vous voyez et donc les 1, 2, 3, 4, 5, typiquement ça va évoluer
295 - sur peu de truc, donc la coloration, l'auscultation etc... et tout le reste ça va être à
296 - l'abandon, donc il faudrait peut-être modifier la fiche pour avoir, voilà, un bilan initial,
297 - parce que des fois moi je vois un bébé et j'écoute et il n'y a rien, je dis il n'a rien et la
298 - maman me dit ce matin à la première heure il sifflait comme pas possible, donc vous
299 - voyez des fois on a des, donc voilà, peut-être rajouter une colonne. Après nous on

300- peut toujours tasser pour pouvoir faire un bilan de plus, bien sûr, mais voilà, ça, ça
301- peut-être une piste : bien séparer, c'est malheureux de vouloir faire ça mais séparer
302- le médical et le paramédical. Parce que typiquement médecin va le voir une fois et
303- quand je dis qu'il n'y a plus besoin bah ils ne voient plus le gamin donc je ne suis pas
304- sûr qu'il y ait beaucoup de retour des médecins parce que la fiche ils vont la voir 4,
305- ou 6 mois après et dire, ah oui ça s'est passé comme ça, d'accord.

Oui sauf si l'enfant ne s'améliore pas et que les parents retournent voir le médecin...

306- Oui mais heureusement dans la majorité des cas, ils s'améliorent rapidement après
307- quelques séances et le médecin ne les revoit plus, donc cette fiche-là, est-ce qu'elle
308- est intéressante à dire aux patients, vous vous débrouillez pour la déposer dans la
309- boîte aux lettres du médecin, c'est sûrement plus intéressant comme ça que de la
310- laisser dans le carnet de santé.

Oui ça peut être intéressant, après sur la fiche il y a aussi les conseils de surveillance que les parents peuvent garder dans le carnet de santé parce que ça les aide.

311- Bien sûr, bien sûr, mais après c'est une petit peu comme l'HAS qu'on a eu, en fait
312- pour moi il faut 2 outils, il faut 2 fiches, parce qu'en fait le parent il va lire ça et il va se
313- dire, ouch, il va paniquer complètement et se dire... Soit il va mal analyser, soit il va
314- lire : en cas de bronchiolite le nourrisson peut avoir vomissements, diarrhées, perte
315- de poids etc..., c'est son enfant, c'est sa pépite, ça fait monter l'angoisse. Mais après
316- les autres conseils sont bien, est-ce que vous avez surélevé le lit ? Est-ce que la
317- maison n'est pas surchauffée ? Est-ce qu'il y a des animaux ? Est-ce que vous
318- ventilez la chambre ? Est-ce que vous fumez ? Quel type de chauffage ? Parce que
319- si vous avez une clim l'air va être très sec, donc je pense que pour les parents il faut
320- une fiche différente qui va bien avec le prospectus qu'on a dans les cabinets tous les
321- ans. Mais oui ok, tous ces conseils sont très bien, le couchage proclive, le nettoyage
322- de nez, le fractionnement des repas.

Oui, en vert c'est ce qui est recommandé, en orange ce qui est laissé à l'appréciation du médecin comme les antibiotiques ou les corticoïdes inhalés et en rouge ce qui n'est pas recommandé, les bronchodilatateurs, les antitussifs, les mucolytiques.

323- Le seul souci, pour moi avec la bronchiolite, comme c'est viral avec une altération
324- rapide des constantes, c'est quelque chose de ciblé et d'important au niveau

325- national, mais c'est vrai que moi là j'en ai déjà vu facile, allez, une petite dizaine
326- depuis le début de l'hiver humide qu'on a et en fait on a aucune bronchiolite parce
327- que le VRS il n'est pas là, donc le docteur dit il a une bronchiolite, allez voir le kiné
328- mais déjà ce n'est pas vrai et le problème c'est que ça va être étiqueté bronchiolite et
329- qu'après 3 bronchiolites c'est étiqueté asthme du nourrisson !
330- Alors que c'était juste un nez pris qui est tombé sur les bronches mais les médecins
331- prennent souvent le raccourci parce qu'on dit bronchiolite et les parents
332- comprennent bien, mais tant qu'on n'a pas le prélèvement VRS on ne peut pas dire
333- que c'est une bronchiolite, alors c'est vrai qu'à l'hôpital ils le font, mais ça fait quoi,
334- 15% peut être des enfants, la plupart des bronchiolites sont quand même vues en
335- ville. Mais bon on va essayer ça, on va regarder ça !

Ça marche, merci beaucoup et je reviens vers mars avril pour le debrief.

FIN

Annexe 19 : Entretien post épidémie A

Alors comme convenu je reviens vous voir pour ma thèse sur la fiche de suivi de la bronchiolite, combien est-ce que vous avez vu, à peu près hein, de bronchiolites cette année ?

1- 3 bronchiolites, enfin pas avec le test du VRS, juste sur la clinique, sur l'auscultation.

D'accord, et par rapport aux autres années, vous en aviez aussi peu ?

2- Oui, après ce n'est pas très précis comme statistique.

D'accord donc on ne peut pas vraiment parler d'épidémie mais est ce que vous avez eu des difficultés pour prendre en charge ces 3 bronchiolites ?

3- Non, parce que c'était, c'était des cas parmi les cas les plus simples je dirai.

Et comment est-ce que vous les avez orientés ? Quels traitements leur avez-vous proposés ?

4- Aucun traitement.

Aucun traitement, et pas de difficulté avec les parents pour leur expliquer qu'il n'y a pas de traitement ?

5- Non, je me suis servi des feuilles d'ailleurs, je leur ai donné les feuilles, pour qu'ils

6- s'instruisent et que voilà, qu'ils comprennent.... (blanc), qu'ils comprennent

7- effectivement, après mes quelques explications qu'ils puissent éventuellement se

8- repencher là-dessus, je ne sais pas si ça aura été fait, si les gens se sont donnés la

9- peine de lire, d'essayer de lire les choses. Des choses d'ailleurs qui pour moi ne leur

10- étaient pas forcément toutes destinées, il y a des textes qui sont plutôt destinés aux

11- médecins, mais il y avait d'autres choses qu'ils pouvaient comprendre. ... (blanc).

12- Oui voilà je leur proposais de lire ce côté, avec le tableau qui était plus clair et plus

13- synthétique... ça c'était bien, ça, ça aide.

Donc le tableau avec les lignes en rouge pour ce qui n'est pas recommandé ça aide à faire passer les messages ?

14- Oui tout à fait, et avec le reste des explications sur l'examen clinique et puis heu...,

15- et puis l'habitude effectivement de, pour les gens, peut-être ici en tout cas de

16- comprendre, de faire la différence, de ne plus être dans le, dans la demande

17- d'antibiotique même si c'est vrai que quand même ça arrive encore mais plus

18- beaucoup.

En quoi réellement cette fiche vous a aidé ?

19- Ça aide à expliquer pourquoi est ce qu'on ne fait rien, tout simplement, que les
20- bronchodilatateurs ont montré que ça ne changeait rien, que la cortisone selon le
21- terrain ça n'était pas non plus utile, que les antibiotiques en dehors de la persistance
22- de la fièvre ou de point d'appel infectieux ça n'avait pas non plus d'utilité. Ça sert
23- juste à appuyer les explications que l'on donne oralement. Mais c'est vrai que tout ce
24- qui est (blanc), tout ce qui est.... Tout ce qui bénéficie d'un support écrit a une, je
25- pense une certaine légitimité et donne l'impression d'un consensus et je pense que
26- c'est le cas donc, donc je pense que c'est effectivement utile pour ce genre de
27- problème là, sachant que je pense que la plupart des patients quand même font
28- confiance à leur médecin et que si leur médecin leur dit qu'il n'y a pas grand-chose à
29- faire et bah, ils le croiront bien volontiers. Et donc on leur explique que c'est
30- impressionnant, que c'est difficile, qu'il faut être attentif, être avec l'enfant pendant
31- cette période et puis qu'avec ça, ça suffit à passer le cap, à évacuer notamment les
32- sécrétions les choses comme ça, de s'occuper de l'enfant c'est mieux que de dire il
33- faut donner des médicaments, il faut des soins maternels plus que des soins
34- médicaux, de l'attention.

D'accord, est ce que vous avez eu des retours sur la fiche ?

35- Non.

*Et les 3 enfants que vous avez vus pour une bronchiolite est-ce que vous leur
avez prescrit des séances de kiné ?*

36- Non, j'avais donné, enfin j'avais... (blanc) sur une fin de semaine, j'avais quand
37- même donné le nom de la kiné de garde mais je ne crois pas avoir revu l'enfant
38- après donc non, je n'ai pas eu de retour.

Et vous qu'est-ce que vous en avez pensé de cette fiche ?

39- (blanc) Je crois que, je n'en ai pas assez profité je pense, je ne l'ai pas lue
40- Complètement en détail mais pour moi elle n'est pas entièrement adaptée pour les
41- parents, parce qu'elle est dense, avec beaucoup de choses et puis c'est vrai que du
42- coup on lit rapidement. Il y a des choses qu'on sait déjà, on connaît un peu les
43- critères de gravité, c'est de la lecture superficielle mais qui permet quand même
44- d'avoir des rappels et des précisions quand on n'a qu'une idée générale de la prise
45- en charge. Là je parle pour le généraliste, enfin le professionnel de santé parce que
46- pour les parents je trouve que cette partie-là (*le recto-verso avec le détail des
47- recommandations de l'HAS*) les mots ne s'adressent pas aux parents. Donc peut-

48- être la fiche doit-elle, si elle est remise aux parents, être coupée en 2 pour qu'il y ait
49- une partie qui soit utilisée par le médecin s'il en a besoin et une autre remise aux
50- parents ?

Vous dans votre utilisation de la fiche, qu'en avez-vous fait ? Vous l'avez remise aux parents ?

51- Je l'ai donnée aux parents, j'en ai profité pour la donner et c'est vrai qu'ils ont paru
52- apprécier, surtout le tableau qui résume l'examen clinique, enfin l'état de l'enfant.

D'après vous qu'est-ce qu'on pourrait améliorer d'autre dans la prise en charge de la bronchiolite ?.....(grand blanc) Vous voyez tellement peu de bronchiolites que vous n'avez pas besoin d'améliorations ?

53- Non, ce n'est pas une question de nombre, de toute façon on peut toujours améliorer
54- mais bon, ça se prend en charge comme une virose des voix respiratoires avec un
55- peu plus d'attentions quand même pour l'évolution de la respiration, de la ventilation,
56- donc heuu... Donc qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre, de plus ? Heu... Je ne sais
57- pas. Effectivement nous on explique aux parents, mais peut-être que c'est bien
58- d'insister, de ré-expliquer aux parents ce qui doit les amener à faire réévaluer
59- l'enfant ou à s'inquiéter ou des choses comme ça. Donc peut-être des
60- messages plus clairs. Pour la fiche par exemple le côté avec le tableau clinique et le
61- rappel des recommandations c'est bien, mais l'autre côté il faudrait le refaire en plus
62- simple, plus adapté pour les informer sans les effrayer par les histoires de
63- saturation, de fréquence respiratoire. Là il y a trop de mix de messages pour les
64- parents et pour les médecins. Ces messages pourraient être adressés aussi aux
65- parents en des termes plus simples. Parce que là les informations sont données
66- mais on ne retient pas grand-chose de ce qu'on a lu, c'est trop technique pour les
67- profanes.

FIN

Annexe 20 : Entretien post épidémie C

Vous avez vu beaucoup d'enfants ayant une bronchiolite cet hiver ?

- 1- Non, je n'en ai pas vu du tout, ça a été une année assez exceptionnelle, ce n'est pas
- 2- que j'en vois beaucoup habituellement mais au moins 2 à 3 par mois pendant 3 mois,
- 3- alors que cette année pas du tout. Je n'ai vu que des grippes !

D'accord, donc vous n'avez pas pu utiliser la fiche ?

- 4- Non pas du tout, je suis désolée, je sais que je ne vous aide pas beaucoup et ça
- 5- m'embête.

Est-ce que vous avez pu quand même regarder la fiche pour me dire ce que vous en pensez ?

- 6- Oui bien sûr, elle m'a beaucoup intéressée. Je pense que vis-à-vis des parents et des
- 7- kinés la partie tableau de suivi est une bonne idée. Lors de la bronchiolite les parents
- 8- ont besoin d'être rassurés et le fait qu'il y ait un suivi, qu'on ne laisse pas leur enfant
- 9- seul avec sa difficulté à respirer ça les cadre et leur permet de vivre plus sereinement
- 10- la bronchiolite, enfin je pense. J'aime bien les aides qui structurent la prise en charge,
- 11- les parents savent où leur bébé en est, ils n'ont pas l'impression d'être abandonnés
- 12- dans la nature. Pareil pour les kinés, nous quand on reçoit un patient d'un confrère on
- 13- est content quand on a un courrier pour assurer le suivi. Normalement pour la
- 14- bronchiolite je faisais juste une ordonnance pour le kiné mais la fiche m'a donnée à
- 15- réfléchir, j'ai beaucoup aimé l'idée de dire au kiné comment est l'enfant lorsqu'on le
- 16- voit. C'est vrai qu'on n'a pas l'habitude de communiquer avec les kinés. Enfin pour la
- 17- bronchiolite quand c'est urgent je leur passe un coup de fil mais autrement c'est juste
- 18- l'ordonnance. Donc ça c'est bien, ça permet au kiné de suivre l'évolution. Après le
- 19- tableau avec le récap de la prise en charge c'est peut-être bien pour se remémorer les
- 20- recommandations mais après ça ne me sert pas trop, j'ai une patientèle qui adhère
- 21- bien aux soins en général.

D'accord, vous n'avez pas pu voir la fiche à l'usage mais est-ce qu'il y a quand même des choses que vous voudriez améliorer ?

- 22- Heuu..., je ne sais pas trop quoi vous dire... (blanc) Je simplifierais peut être le
- 23- tableau parce qu'il y a beaucoup de cases dont certaines qui sont pas forcément

24- utiles pour moi, celle de l'oxymétrie par exemple, moi je n'ai pas l'appareil adapté pour
25- les enfants, et je ne suis pas sûre que les kinés aient une balance bébé. Pour le reste,
26- heu.. je ne sais pas trop, non c'est bien.

Et dans la prise en charge générale de la bronchiolite qu'est-ce qu'il faudrait améliorer selon vous ?

27- Heuu..., qu'est-ce que vous voulez dire ? Alors heuu..., je crois que je vous l'avais
28- déjà dit mais une réunion d'information avant l'hiver pour heuu..., faire un point sur les
29- nouveautés, s'il y a eu du changement dans les recommandations ça se serait bien. Et
30- puis moi ça va, mais bon comme il y en a de moins en moins qu'on connaisse mieux
31- les kinés qui prennent en charge des enfants, parce que bon, des fois on ne sait plus
32- vers qui se tourner. Et en dernier mais ça, c'est pour vous, je pense que si vous voulez
33- que votre fiche soit utile il faudrait la diffuser plus parce que ça ne marche que si pas
34- mal de médecins l'utilisent, mais c'est pas facile de faire rentrer plus de paperasse
35- dans les mœurs.

FIN

Annexe 21 : Entretien post épidémie D

Comment est-ce que vous avez ressenti cette épidémie ? Vous avez vu beaucoup de bronchiolites ?

1- Alors cette épidémie a été un peu bizarre quand même, rien à voir avec les années
2- précédentes, enfin je ne sais pas ce que les autres vous ont dit, mais oui c'était bzarre.
3- Enfin moi par exemple je crois que j'en ai vu que 2 des bronchiolites et puis pas des
4- enfants que j'ai suivi, les 2 que j'ai vu c'était en dépannage quoi. Je les ai vus une fois
5- et c'est tout, après ils sont retournés voir leur kiné habituel. Après j'ai eu quelques
6- prises ORL en drainage mais ce n'était pas des bronchiolites, je ne les ai même pas
7- drainés. Ah si, j'ai donné la fiche une fois mais ce n'était pas une bronchiolite, c'était
8- une bronchite surinfectée et je n'ai pas eu de retour parce qu'à la deuxième séance la
9- petite n'était pas bien donc je l'ai orientée aux urgences avec la fiche mais je ne l'ai pas
10- revue après. Donc pour vous parler du ressenti je ne sais pas trop quoi dire, je n'ai pas
11- vraiment de sentiment là-dessus.

D'accord qu'est-ce que vous avez pensez de l'outil alors ?

12- Alors j'ai beaucoup apprécié parce que même pour les prises ORL ça m'a permis de
13- donner beaucoup d'explications, et puis j'ai trouvé, des explications plus structurées
14- parce que j'ai un peu suivi le déroulement de la fiche et j'ai eu l'impression que les
15- parents appréciaient, j'avais l'impression qu'ils suivaient et enregistraient mieux parce
16- que je leur montrais la fiche en même temps. Et en plus j'ai trouvé que j'apportais des
17- informations complémentaires par rapport à ce que je pouvais dire les autres années.
18- Après je ne m'en suis pas servie pour le suivi mais j'aurais bien aimé, comme je vous
19- ai dit je n'ai vu des enfants que en dépannage, donc j'ai rempli le tableau juste une fois
20- et je ne sais pas si les kinés qui ont vu les enfants après l'ont rempli aussi. Mais je
21- trouve que c'est un très bon outil pour le suivi, pour nous c'est vraiment très utile. Je
22- vois moi, d'une séance à l'autre, on voit tellement de patients que je ne me souviens
23- pas forcément de comment ils étaient la veille, donc le tableau comme petit mémo
24- c'est vachement bien. Après c'est sûr qu'on peut aussi s'en servir lors des week-ends
25- de garde, comme ça le kiné qui est de garde le samedi il a des infos, il sait si l'enfant
26- crache beaucoup, s'il a de la fièvre, enfin il a des informations plus concrètes, plus
27- objectives que celles données par les parents. Et pareil quand on récupère l'enfant le

28- lundi on est au courant de ce qui s'est passé, c'est vraiment un lien, une info qui passe
29- à tout le monde et qui permet un vrai partage.

Et dans la fiche qu'est-ce que vous apporteriez comme améliorations ?

30- Alors, heu... j'ai bien relu la fiche et je pense que la partie détaillée n'est pas adaptée
31- pour les parents, il y a des termes trop techniques, heuu... trop médicaux qui peuvent
32- les effrayer comme tachypnée, désaturation, c'est des choses qu'ils ne comprennent
33- pas et qui font peur. Ça va leur amener plus de questions que de réponses. Le tableau
34- récapitulatif il est bien parce qu'il est clair et simple, il n'y a pas de mots compliqués,
35- les parents peuvent tout comprendre, c'est très accessible et directif, donc ça c'est
36- bien. Les parents ils apprécient, ça les guide, c'est un peu trop court pour répondre à
37- leurs questions mais ça les aide pour les poser lors de la consult. Après il y a des
38- fiches plus adaptées pour les parents, enfin ce n'est pas vraiment une fiche, c'est le
39- petit dépliant distribué par l'ARS ou l'HAS, c'est vrai que pour les parents c'est très
40- bien, après votre fiche de suivi c'est vrai que c'est plus pour les professionnels de
41- santé.

Et dans la prise en charge générale de la bronchiolite qu'est-ce que vous aimeriez voir améliorer ?

42- Heu vous voulez dire la mienne ou celle de tout le monde ?

La prise en charge générale, de tout le monde.

43- D'accord, bah je ne sais pas, je n'ai quasiment pas utilisé la fiche mais c'est vrai que si
44- on la recevait plus souvent de la part des médecins se serait bien pour nous, les kinés.
45- Et puis heuu... j'en ai vraiment marre des prises ORL qu'on nous envoie alors qu'il n'y
46- a rien à drainer, les parents appellent comme si c'était des urgences, on décale les
47- rendez-vous et au final on a rien à faire, et heu... ça prend du temps ! Et ça m'énerve
48- un peu, mais autrement, heuu..., nan, rien d'autre.

FIN

Annexe 22 : Entretien post épidémie E

Vous avez vu beaucoup d'enfants ayant une bronchiolite cet hiver ?

- 1- Alors j'en ai vu quelques unes mais beaucoup moins que les autres années, j'en ai
2- même vu très peu en fait, 3 ou 4 je crois, rien à voir avec les autres années en tout
3- cas.

Et quel est votre ressenti sur cette épidémie même si on ne peut pas vraiment parler d'épidémie ?

- 4- Alors le ressenti, heu... je ne sais pas, vous voulez dire quoi ? Si j'ai eu des
5- difficultés ? Bah écoutez je n'ai pas de ressenti particulier, je n'ai pas eu de souci, la
6- prise en charge a été facile pour ces enfants. J'en ai même un qui est venu du
7- généraliste avec votre fiche.

Et vous vous l'avez utilisée cette fiche ?

- 8- Oui, oui, comme je viens de vous dire j'ai même reçu un enfant qui avait déjà la fiche
9- et c'est vrai que j'ai apprécié, c'était bien d'avoir une sorte de compte rendu du
10- médecin, ce n'est pas souvent que ça nous arrive, en général on a juste l'ordonnance.
11- Alors pour les lombalgies ce n'est pas trop grave mais c'est vrai que pour les
12- bronchiolites on aime bien savoir comment était l'enfant avant qu'on le prenne en
13- charge. Après je l'ai aussi utilisée sans qu'elle soit commencée par le médecin, hein. Il
14- y a 1 ou 2 fois où je l'ai initiée mais c'est vrai que je ne l'ai pas faite à chaque fois, ça
15- prend du temps quand même. Après une fois qu'elle est faite c'est vrai que c'est utile,
16- parce que moi les week-ends je ne les assure pas et c'est vrai que le lundi matin j'étais
17- plus à l'aise avec l'enfant qui avait une fiche de suivi parce que le kiné de garde l'avait
18- remplie, au moins je savais où j'en étais et c'est vrai que j'ai apprécié ce lien, ce suivi.
19- Alors j'imagine que pour le kiné qui a récupéré les enfants pendant le week-end, pour
20- lui ça devait être encore plus appréciable, pour ça c'est bien, c'est vrai.

Et qu'est-ce que vous en avez pensé de cette fiche ?

- 21- Bah comme je vous l'ai dit, d'un côté c'est vrai que c'est bien pour le suivi entre kinés
22- c'est vraiment un super lien et même entre le médecin et le kiné c'est vrai que j'ai
23- apprécié ce petit compte rendu, mais heuu... après c'est quand même trop long à
24- remplir et pas très clair. On ne sait pas s'il dans les cases, heu... il faut mettre oui,
25- non, des croix, ou heuu... des quantités, donc c'est vrai que pour les kinés ce serait

26- bien de limiter le nombre de cases parce que par exemple celle de la saturation on ne
27- s'en sert jamais, hein, on n'a pas les appareils pour faire ça et il faudrait aussi un guide
28- de remplissage, que tout le monde sache quoi mettre, bah dans les cases pour que ce
29- soit plus reproductible. Après ça reste un bon outil, hein, c'est bien de vouloir
30- développer des, des liens entre professionnels de santé, un peu chronophage mais il
31- faut aussi que nous on apprenne à prendre ce temps. C'est heuu..., important de
32- développer ce genre de chose, de plus en plus les professionnels de santé on a
33- besoin de communiquer entre kinés, avec les médecins qui nous envoient les patients
34- et pour ça c'est bien de faire ce genre de fiche malgré notre réticence à devoir faire
35- encore de la paperasse et devoir prendre du temps.

D'accord, à part le côté fiche de suivi est-ce que vous avez utilisé le reste de la fiche ?

36- Non, pas vraiment, j'ai un peu discuté du tableau avec une maman qui ne comprenait
37- pas pourquoi le médecin n'avait pas donné de traitement à son fils mais c'est tout, je
38- vous l'ai dit, malheureusement on n'a pas le temps ! Alors en donnant la fiche aux
39- parents je leur disais de la lire à la maison et qu'on en reparlerait le lendemain s'ils
40- avaient des questions mais aucun n'a eu de question au final, alors est-ce que c'est
41- parce que la fiche répondait à leur questions ou parce que le médecin avait déjà bien
42- discuté avec eux avant ? Je ne sais pas, mais nous les kinés on a vraiment besoin que
43- ces informations soient données en amont par le médecin. Forcément pendant le soin
44- on discute avec les parents, on leur rappelle la DRP, le couchage, de ne pas fumer et
45- tout ça, mais on ne peut pas leur faire un cours sur la bronchiolite quoi.

Qu'est-ce que vous voudriez améliorer sur cette fiche ?

46- Je vous ai dit, je pense qu'il vaut codifier le remplissage des cases, c'est vraiment ça
47- qui manque, et puis pour contenter les râleurs comme moi il faudrait enlever 2 ou 3
48- cases, épurer un peu pour que ce soit plus ciblé pour les kinés, parce que je ne pense
49- pas que beaucoup de médecins la remplissent, donc je pense qu'il faut mieux faire
50- une fiche un peu plus spécifique pour les kinés.

*Et dans la pratique générale de la bronchiolite, qu'est-ce qui serait à changer,
à améliorer ?*

51- Alors là je ne vais pas vous étonner hein, on en a déjà parlé, c'est les bronchiolites
52- dentaires qui arrivent chez nous, c'est vraiment les plus chronophages parce qu'on
53- doit négocier et argumenter avec les parents et contre le médecin pour expliquer qu'on
54- n'a rien à faire et que l'enfant n'a pas besoin d'être là, et pendant ce temps-là bah, on

55- ne travaille pas quoi ! Peut-être que si le médecin remplissait le tableau il se rendrait
56- compte que la fréquence respi de l'enfant elle est bien, qu'il n'a pas d'apnée, que
57- l'auscultation est normale et qu'il n'y a que les voies aériennes supérieures qui sont
58- prises et comme ça il ne nous l'enverrait pas, ça, ça serait bien !

FIN

Annexe 23 : Entretien post épidémie G

1- Alors je ne sais pas si la grippe chasse le VRS mais je n'ai pas vu de bronchiolite cet
2- hiver. Les grippes par contre j'en ai vues énormément, elles n'étaient pas très sévères,
3- mais par contre très nombreuses, vraiment très nombreuses, une épidémie qui n'a pas
4- duré très longtemps mais avec beaucoup de cas. Voilà du coup bah, la bronchiolite je
5- risque de vous décevoir mais je n'en ai pratiquement pas vu, je n'en ai pas le souvenir
6- comme ça d'avoir vu une bronchiolite, prescrit de la kiné, non je n'ai pas vu ça. J'ai
7- beau essayé de me remémorer je n'en vois pas, c'est un peu désolant pour vous.
8- Après est-ce que c'est parce que ma patientèle n'est pas tellement jeune ? Je n'ai pas
9- le profil qu'il faut. Du coup je n'ai pas eu besoin de la fiche, je n'en ai pas eu l'utilité car
10- je n'ai pas vu d'enfant qui toussait, sifflait, nan des petits je n'en ai pas vu. Par contre
11- si vous voulez me parler de d'autres maladies, diabète, hypertension, canal lombaire
12- étroit je serais nettement plus utile pour vous, parce que là je suis un peu embêté.

Est-ce que vous avez pu quand même regarder un peu la fiche ?

13- Oui, oui je l'avais regardée, oui pour moi elle est très bien faite, je n'ai rien à y
14- rajouter... (blanc)

Et plus précisément qu'est-ce que vous en avez pensé ?

15- Eh bien, moi je pense que c'est, c'est une pathologie qui est pour la plupart du temps
16- bénigne et qui souvent heu, heu est inquiétante parce qu'il y a des signes respiratoires
17- et les gens les analysent comme des signes de détresse, hein. C'est vrai que ça fait
18- peur la bronchiolite puisque les enfants ont du mal à respirer, ils tirent, ils sont
19- grognons, ils ne sont pas bien, ils toussent et curieusement finalement l'évolution elle
20- est quand même très favorable, d'où l'intérêt de leur donner un peu de littérature parce
21- que ça les aidera, ça les accompagnera et souvent comme la consultation est assez
22- courte bah les choses que l'on va leur dire, bah soit elles ne sont pas retenues, soit ce
23- n'est pas suffisant et souvent, bon, heu... l'inquiétude les empêche de retenir tous les
24- messages. C'est vrai que les gens qui sont anxieux ils ne retiennent pas bien les bons
25- messages. Et c'est pour ça, qu'une fois sortis du cabinet c'est intéressant qu'ils aient,
26- bah, heu des explications et puis surtout savoir si ils doivent s'inquiéter, quels sont les
27- symptômes qui peuvent demander de rappeler le médecin ou voir même d'aller aux

28- urgences quand le médecin de garde n'est pas disponible la nuit. Donc tout ça c'est, en
29- fait c'est bien, surtout que les gens maintenant se, bah on a une population qui est
30- beaucoup plus éduquée qu'avant, donc c'est un avantage, parfois un inconvénient s'ils
31- comprennent mais qu'ils n'ont pas l'expérience et que du coup les messages ils ne
32- savent pas les analyser correctement. Mais ils sont éduqués au sens où ils lisent, ils
33- peuvent faire des recherches sur internet, donc c'est bien d'avoir un support un peu
34- officiel, disons pour qu'ils aient de vrais repères. Voilà, donc moi je suis tout à fait pour
35- accompagner la consultation par des, des documents comme ça, des fiches
36- simplifiées, avec des arbres décisionnels ça c'est très bien. Donc ça je vous invite à
37- continuer, à la diffuser voire même à la mettre en ligne pour qu'elle soit disponible pour
38- le plus grand nombre. Et autrement vous êtes allée voir les kinés vous ? Qu'est-ce
39- qu'ils disent les kinés ?

Alors je n'ai pas encore vu de kiné pour le 2^{ème} entretien, je ne les ai vus que pour leur donner la fiche et leur présenter le projet.

40- D'accord, et ça les a intéressés évidemment.

La fiche oui, ils étaient assez demandeurs. Pour revenir à la fiche, vous est-ce qu'il y a des choses que vous modifiez ?

41- Nan, moi je trouve que c'est bien fait, oui, oui elle a été bien réfléchie, avec de bonnes
42- idées. Nous finalement on est plus utilisateur, ou pas dans mon cas d'ailleurs, donc
43- c'est plus difficile de voir les limites. Nan mais ce qu'il faut je crois c'est que quand vous
44- faites des fiches c'est de ne pas mettre trop de choses aussi, parce que finalement on
45- s'aperçoit qu'à partir de 3 messages importants les gens ils zappent, c'est comme à
46- l'école ou en cours quand on explique quelque chose, bon il faut rester simple et puis
47- en remettre une couche sur ce qui paraît vraiment essentiel et le plus important. Par
48- exemple le tableau est bien parce qu'il est synthétique, il est simple dans les
49- explications. Je suis un peu désolé de ne pas pouvoir vous aider plus, ce n'est pas une
50- bonne année pour les bronchiolites, vous auriez mieux fait de faire sur la grippe. Même
51- dans nos groupes de pairs on n'a pas encore fait sur la bronchiolite, on a fait sur pas
52- mal de chose, la vaccination, la contraception mais la bronchiolite jamais. Mais c'est
53- vrai que c'est bien, c'est bien fait il y a beaucoup de choses. C'est vrai que c'est
54- toujours intéressant d'avoir une démarche intellectuelle dans la médecine parce qu'en
55- fait on s'aperçoit qu'avec les années on s'éloigne de notre formation initiale et plus on
56- travaille de façon automatisée avec plus des réflexes finalement, et finalement quand
57- on parle des pathologies d'un point de vu plus intellectuel on remet les choses à leur

58- place et ça c'est bien, on s'aperçoit que dans la consultation c'est très automatisé et on
59- s'endort un peu et c'est comme ça que l'on risque de faire des erreurs donc continuez,
60- gardez ce genre d'initiative parce que c'est ça qui est intéressant dans la médecine
61- générale !

FIN

Annexe 24 : Entretien post épidémie H

1- Alors je vais te dire la vérité Clémentine il faut que je m'y remette, il faut que je les
2- retrouve. Ah oui c'est ça les fiches qu'il fallait donner aux parents, ce n'était pas du
3- tout pour une évaluation que tu récupères hein ? En fait tu récupères ce que j'en ai
4- pensé c'est ça ?

Oui, tout à fait, ce qui m'intéresse c'est votre ressenti, ce que vous avez pensé de cette fiche de suivi. Vous en avez vu beaucoup des bronchiolites cet hiver ?

5- Alors cet hiver on a vu plus de grippes que de bronchiolites, c'était plus un hiver à
6- grippes, même chez les tout petits qui n'ont pas fait beaucoup de bronchiolites il me
7- semble pour te dire la vérité. C'est ce que te disent les gens nan ? Ouais, ouais, on a
8- eu beaucoup de grippes, pas tant que ça de bronchiolites et probablement très peu de
9- VRS cette année, c'est le ressenti que l'on a eu. Moi j'ai du en avoir une dizaine, une
10- petite dizaine alors que j'ai énormément d'enfants dans ma patientèle. Au point que je
11- sais à qui j'ai donné la fiche. J'ai une gamine qui en a fait déjà plusieurs l'hiver dernier
12- du coup elle est suivie aussi par Moreigne, elle a le traitement au long cours avec le
13- Flixotide mais cet hiver elle y a eu le droit quand même à sa bronchiolite, et je lui ai
14- donné la fiche, mais sinon, non, une petite dizaine pas plus, par rapport à plus de 20-
15- 30 habituellement donc tu vois... Alors que des grippes on en a vu au moins 50, sur
16- des petits de moins de 3 ans je te parle là ce qui n'est pas très habituel.

Du coup on ne va pas parler d'épidémie mais est-ce que vous avez eu un ressenti différent de cette « épidémie » ?

17- C'est-à-dire ? Avec le support tu veux dire ? Alors moi, je ne sais pas si je te l'avais dit
18- quand tu es venue la dernière fois, ce n'est pas trop, trop mon habitude de travailler
19- avec un support, il me semble que je te l'avais dit, je ne t'avais rien caché. Je ne sais
20- pas pourquoi, c'est comme ça donc c'est vrai que ça n'a pas été simple pour moi,
21- voilà. Donc est-ce que j'ai un ressenti différend ? Heuu..., je pense que oui quand
22- même, parce que je pense que c'est les gens, enfin les patients, qui ont besoin d'un
23- support. Je pense que les parents, eux, ils ont besoin d'un support, aujourd'hui on a
24- besoin d'objectiver un peu les choses et avec un support tu objectives mieux
25- effectivement. Moi ma philosophie personnelle, dans ma pratique mais aussi dans

26- mon vécu de patient c'est qu'effectivement je suis un peu fataliste quoi, mais les gens
27- ils ont du mal à être comme ça, donc effectivement un support ça apporte quand
28- même un côté objectif, on a l'impression qu'on a tracé une courbe enfin quelque chose
29- comme ça et les gens ça les rassure, voilà.

Est-ce que vous avez noté des changements dans votre pratique ? Que ce soit dans vos relations avec les parents, les kinés si vous avez orienté l'enfant vers un kiné ou dans vos prescriptions ?

30- Je ne crois pas que ça me fasse changer de pratique en fait, je ne crois pas parce que
31- c'est une prise en charge assez standardisée que je faisais déjà. Pas de traitement
32- médicamenteux, les conseils de surveillance et d'hygiène, et puis la kiné.

Et les enfants que vous avez envoyés chez le kiné vous avez eu des retours ?

Via le kiné ou les parents ?

33- Alors par les kinés c'est plus dur, mais par les parents oui. Alors il faut dire que c'est
34- souvent des kinés avec qui on travaille peu, voilà. C'est des kinés un peu spécifique
35- avec qui on travaille assez peu et du coup ce n'est pas comme les gens d'à côté où
36- on se croise, on discute, voilà donc effectivement le retour c'est un peu plus
37- compliqué. Par contre effectivement avec les parents c'est plus facile parce qu'ils
38- sont aussi plus demandeurs et l'intérêt du support c'est ça, c'est que nous on marque
39- quelque chose, que le kiné marque quelque chose. La patiente en question là ils sont
40- assez rigoureux et ça les a intéressés et la petite patiente en question oui ça a été le
41- cas, même le Dr Moreigne l'a remplie. Les parents ont trouvé ça bien.

Et vous qu'est-ce que vous en avez pensé de la fiche ?

42- Je t'ai dit, c'est vrai que ce n'est pas ma philosophie et du coup j'ai un peu de mal
43- avec ça, après on ne peut pas imposer notre manière de travailler aux autres donc il
44- faut être adaptable là-dessus et pour ces parents notamment, c'est un plus, parce que
45- eux ils ont apprécié, ça leur a semblé rassurant d'abord, en fait je pense que c'est
46- surtout ça, ça les a rassurés de dire voilà, il y a une coordination des soins. Voilà, ça,
47- ça les a rassurés et pourtant ils ont l'habitude des bronchiolites parce que la petite
48- elle en a fait déjà un paquet l'année dernière.

Cette fiche vous l'avez utilisée comment ? Plutôt en support de suivi ou en support d'aide à la prise en charge pour expliquer pourquoi on ne met pas de traitement à un enfant ayant une bronchiolite ?

49- Plutôt le suivi, les parents que j'ai vu étaient plutôt demandeurs de suivi donc je me
50- suis adapté à ça. Plus pour le suivi parce que je n'ai jamais eu de souci pour

51- expliquer aux parents qu'on ne donnait pas d'antibio ou de Vento pour les
52- bronchiolites. Les parents sont plutôt intelligents, ils ont besoin d'objectiver les
53- choses mais ils sont intelligents donc ce n'est pas compliqué. Les parents ont
54- l'impression que le traitement que l'on met avec le kiné et le suivi ça a été
55- satisfaisant donc oui, eux ils sont plutôt contents.

D'accord, donc c'est plutôt un mieux, est-ce qu'il y a d'autres améliorations à apporter selon vous ?

56- La fiche, je trouve que c'est plutôt bien fait, après dans ma pratique de la bronchiolite,
57- bah ce n'est pas simple la bronchiolite mais c'est bien cadré, donc je n'ai rien
58- d'extraordinaire à proposer. La fiche elle est assez simple et surtout elle est
59- compréhensible, même pour les parents. Ce n'est pas seulement un suivi de
60- coordination pour les professionnels de santé comme un carnet de santé quoi, ça les
61- rassure et ils ont l'impression de voir une évolution et ça c'est bien. Les parents dont je
62- t'ai parlé je suis sûr qu'ils vont me la redemander.

FIN

Annexe 25 : Entretien post épidémie I

Médecin généraliste accompagné de son interne, ses réponses seront en gras.

1- Alors qu'est-ce que tu veux que je te dise ?

Alors je vais commencer par vous demander à peu près combien de bronchiolites est-ce que vous avez vu cette année ?

2- Alors le problème c'est que moi j'en ai vu 2 ou 3, ouais, c'est tout, c'est tout. Il est clair
3- que on a eu des grippes hein, ça on en a eu plein mais des bronchiolites je ne sais pas
4- s'il y en a eu beaucoup mais moi c'est sûr que je n'en ai quasiment pas vu alors
5- normalement j'ai beaucoup de pédiatrie, et je pense que c'est pareil pour beaucoup de
6- médecins non ? En tout cas pas de vrai bronchiolite avec l'encombrement et les
7- sibilants, parce que des prises ORL on en a eu beaucoup mais ce n'est pas des
8- bronchiolites quoi. Par contre c'est vrai que sur les 2 bronchiolites que j'ai eues je ne
9- leur ai pas donné la fiche.

D'accord, donc vous ne l'avez pas du tout utilisée, pourquoi ?

10- Bah, ce n'est pas que j'ai pas voulu, on a même eu une réunion avec Michel Moreigne
11- hier, il essaie de nous la faire adopter, de nous faire des formations et on se l'est
12- encore répété hier c'est vrai que c'est bien, la fiche permet d'avoir un rappel des
13- critères d'hospitalisation des cas graves par exemple mais bon on n'a pas le temps.
14- On voit de tout nous, et on ne peut pas avoir des fiches pour toutes les pathologies !
15- Ou alors tu te mets à fond là dedans mais tu ne vois que 3 patients par jour, ça te sors
16- de la tête quoi.

17- **Par contre ça c'est un très bon papier mémo pour la bronchiolite, même si vous
18- ne voulez pas remplir le tableau, les données à côté sont intéressantes à garder
19- sous la main.**

20- Oui mais bon, moi si ce n'est pas un papier dans l'ordinateur ou accroché au mur c'est
21- mort, je vais le perdre ou l'oublier. Alors voilà, il faudrait qu'il soit sur l'ordinateur et là
22- peut-être, ça peut marcher. En conclusion est-ce que ça, (la fiche papier) ça me sert ?
23- Non, mais si elle est dans l'ordinateur, si je la clique pourquoi pas, mais bon moi je
24- n'aime pas avoir de truc cadré. Tu vois même pour la dépression il y a une échelle
25- mais je l'ai en gros dans la tête et je pose les questions comme elles me viennent,

26- mais surtout je ne veux plus de papier.

Et les bronchiolites que vous avez vues, est-ce que vous avez eu des difficultés avec les parents pour leur expliquer qu'il n'y a pas de traitement dans la bronchiolite ?

27- Alors ça qu'il n'y a pas de traitement, enfin pas de Ventoline, de corticoïde et tout je l'ai
28- bien retenu, c'est bien rentré dans les mœurs et les parents ils acceptent qu'il faille
29- être patient. Ils vont voir le kiné ça permet un suivi et si il y a un souci ils nous
30- rappellent et on revoit l'enfant mais vraiment cette année c'étaient des bronchiolites
31- très légères et il n'y a pas eu de souci et vraiment même si j'y avais pensé je n'aurais
32- pas eu besoin de la fiche. Ne prend pas ça pour toi hein, je suis sûr qu'il y a des
33- médecins qui aiment travailler comme ça, mais pas moi, c'est trop long ça, il y a trop
34- de cases à remplir, plus le rappel ça fait trop à expliquer. Le problème c'est qu'il y a
35- trop de choses à faire à côté de la consultation et on ne s'en sort plus. Donc faire les
36- demandes ALD, les prescriptions d'infirmières les évaluations annuelles des
37- diabétiques par exemple comme c'est des chroniques d'accord, mais remplir
38- l'ordinateur, plus une fiche pour une pathologie aiguë et bénigne non, c'est trop de
39- contraintes. Parce que la bronchiolite va venir le samedi matin, là où on est seul à voir
40- du tout venant et puis il faut avancer, donc la fiche elle n'est pas adaptée, tu ne peux
41- pas passer 45 minutes avec un enfant quand la salle d'attente est pleine. Donc moi je
42- pense que si les choses ne sont pas adaptées sur 5 ou 6 questions ça ne va pas.
43- C'est vrai que c'est une bonne information, c'est vrai que ça nous parle mais ça tu
44- vois, je me mets un peu en colère là parce que ça, ça nous demande l'éducation
45- thérapeutique et l'éducation thérapeutique ça prend du temps et pour de l'aigu bénin
46- on n'a pas le temps, on ne nous donne pas la possibilité d'avoir le temps. Parce que la
47- mère Tourraine elle nous fait ses grandes leçons de morale, ses grands machins pour
48- que chaque pathologie ait son échelle, son suivi, alors pour le chronique ça marche,
49- on le fait, mais pour le reste non on ne peut pas le faire dans le temps imparti.
50- **Oui enfin cette fiche elle est plutôt bien faite et rapide à remplir quand même,**
51- **c'est juste des cases à cocher donc ça va vite. Moi ce qui m'ennuie plus c'est si**
52- **on doit expliquer tout le pavé de ce qu'il y a marqué là-dedans. La fiche il**
53- **faudrait la couper en 2 en fait, les 2 tableaux résumé et suivi pour les parents et**
54- **le pavé détaillé pour nous pour avoir les rappels et les critères de gravité. Parce**
55- **que le tableau résumé il est très bien fait, au moins les parents savent ça**
56- **pourquoi on le met, pourquoi on ne le met pas et ça aide à leur expliquer la prise**

57- **en charge.**

Donc en résumé si je vous ai bien compris dans les améliorations à apporter il faudrait que la fiche soit plus simple ?

58- Oui, il faut que ce soit simple d'utilisation pour nous et pour les explications, qu'on ne
59- parte pas dans des grandes considérations de saturation, de fréquence respi pour un
60- enfant qui est juste un peu encombré avec quelques sibilants. Dans tous les cas il ne
61- faut pas qu'il y ait trop d'informations sinon on ne retient rien, c'est pour ça que le
62- tableau est bien, c'est clair, c'est concis et surtout c'est lisible : vert, orange, rouge. Il
63- faut que ça aille vite, sinon à un moment donné ça me fait chier, mais c'est mon truc
64- perso hein.

FIN

Annexe 26 : Entretien post épidémie J

Bonjour, je reviens pour recueillir votre ressenti sur cette épidémie, vous avez eu des difficultés ?

1- Alors pour commencer je suis désolée, j'ai vu quelques bronchiolites cette année mais
2- je suis désolée vraiment, je n'ai pas du tout utilisé ta feuille de suivi. A partir de janvier
3- c'est vrai que j'en ai vu des bronchiolites, moins que les autres années c'est vrai mais
4- j'en ai quand même vu un peu, 2, 3 par mois à peu près et je n'ai vraiment pas donné
5- la fiche. Ce n'est pas que je l'ai oubliée, mais c'est surtout l'organisation qui fait que on
6- ne l'a pas sous la main. Enfin tu la gardes et puis le jour où tu en as réellement besoin
7- bah tu la cherches, tu as la flemme de la chercher, c'est dur de la trouver, tu vois c'est
8- un peu ça. En plus c'était vraiment des toutes petites bronchiolites bénignes, comme
9- je n'ai pas eu de difficulté j'ai encore moins pensé à la fiche.

Et vous pensez que si la fiche était dans l'ordinateur ou intégrée dans le logiciel vous l'auriez plus utilisée ?

10- Heuu..., honnêtement non, je ne pense pas. Ce qui a fait que je n'ai pas utilisé l'outil,
11- oui c'est peut-être un peu trop précis au niveau des questions, je n'ai peut-être pas
12- utilisé le papier pour ça. Après, oui c'est un manque de temps, on a trop de travail
13- quoi, il y a beaucoup de choses à faire en plus de la consultation, voilà, beaucoup de
14- dérangements. Si on n'avait que ça à faire si tu veux, c'est vrai que tu le fais, tu prends
15- ton temps mais c'est un peu le problème de la médecine générale c'est qu'on fait
16- beaucoup de choses en même temps, qu'il y a déjà beaucoup de paperasse. Après
17- c'est vrai qu'il est très détaillé donc c'est bien aussi mais peut-être en effet reprendre
18- tout le questionnaire c'est trop de boulot. Parce qu'on y passe combien de temps, 10
19- minutes ? et puis il y a des choses que l'on n'a pas, par exemple le saturomètre pour
20- les bébés, je ne fais pas ça moi.

D'accord, là vous me parlez du tableau à remplir par les professionnels de santé et l'autre partie de la feuille le tableau avec les recommandations est-ce que vous vous en êtes servie ?

21- Non, non pas du tout, je n'en ai pas ressenti le besoin. Si tu veux les outils en plus
22- comme je te dis, nous on a la clinique, on agit un peu d'instinct face aux problèmes de
23- santé, après nous les questionnaires on a du mal à les utiliser, quelque qu'ils soient

24- d'ailleurs. A part peut-être celui de la dépression parce que là c'est différent on a
25- besoin de ça pour s'approprier le cas parce que c'est plus du chronique, mais là,
26- comme c'est du tout venant on ne s'appesantit pas quoi. C'est en général une
27- consultation d'urgence donc c'est difficile de remplir de la paperasse, de prendre le
28- temps d'expliquer à quoi ça sert, ce qu'il faut en faire. Peut-être que les jeunes
29- médecins, peut-être qu'ils ont été formés différemment pour utiliser tous les outils,
30- toutes les échelles, même pour le cœur je vois les facteurs de risque et tout ça,
31- personnellement je n'y arriverais pas. Ou alors je passe plus que la journée au cabinet
32- ou alors tu prends un minimum de personnes tu vois, mais vu qu'on a les charges et
33- tout ça il faut faire marcher, on doit faire un chiffre ce n'est pas du matérialisme mais
34- on est obligé de l'être quoi, on nous pousse à l'être.

*Donc si vous deviez changer quelque chose pour améliorer la fiche ça serait
de la simplifier pour qu'il y ait moins de choses à remplir au niveau de l'examen
clinique, aller plus à l'essentiel ?*

35- Oui tout à fait, et peut-être de l'intégrer au logiciel ou à l'ordinateur en sachant que
36- voilà, comme ça on n'a pas l'impression de remarquer 3 fois la même chose, dans
37- l'ordinateur, sur la fiche et dans le carnet de santé. Voilà, moi j'ai 55 ans, je travaille
38- plus avec la clinique alors que les jeunes médecins ils vont peut-être plus aller
39- chercher en effet les tableaux et remplir les tableaux, parce qu'on a beaucoup de
40- choses très bien dans les logiciels. L'examen du nouveau-né, le suivi de grossesse, le
41- diabète, il y a des échelles hein, mais pour moi c'est trop codifié, j'ai du mal à le faire.
42- Premièrement déjà on n'est plus adapté à l'ordinateur et après si tu veux c'est vrai que
43- ça génère beaucoup de manipulations même si c'est franchement intéressant. Mais je
44- me demande comment est-ce qu'on peut faire pour mémoriser tous ces questionnaires
45- et pour prendre le temps de les faire ? Tu vois moi ce que je regrette c'est que l'on
46- n'ait pas plus de formations pour bien se servir des logiciels, parce que je suis sûre
47- qu'on n'utilise pas le quart des capacités, et pour les échelles, les questionnaires c'est
48- pareil, vous les jeunes vous devez le faire naturellement parce que vous y êtes formés
49- et habitués, parce qu'il y a des choses très intéressantes à faire avec les échelles et
50- au final, je pense que c'est ça, on ne nous laisse pas le temps d'exploiter tous les
51- outils, ça prend un temps infini. Après c'est vrai que pour la bronchiolite c'est du
52- standard, on peut remplir quelques petites données mais bon on voit bien que si
53- l'enfant est très dyspnéique, que c'est un problème qui nous dépasse on ne va pas le
54- garder. Donc moi si tu veux en résumé, les échelles en médecine générale, quelles

55- qu'elles soient c'est difficile dans l'espace-temps que l'on a.

Et dans les bronchiolites que vous avez vues, vous n'avez pas eu de difficultés à faire accepter aux parents que dans la bronchiolite il n'y ait pas de traitement ?

56- Non pas du tout, il y a la kiné qui les dégage bien et qui permet une bonne
57- surveillance, ils ne partent pas dans la nature. Pour les parents qui sont très angoissés
58- et bien tu t'arranges pour les revoir régulièrement et puis il y a les parents qui
59- comprennent bien, ils ont vu le médecin et ça leur suffit quoi. On leur dit bien,
60- recontactez moi s'il y a un souci et puis je vais leur donner des séances de kiné et ça
61- fait le suivi de l'enfant, voilà et si le kiné a un souci et bien il rappelle. C'est vrai que ça
62- suffit pour le suivi, pour moi il n'y a pas besoin de plus, en tout cas pas forcément
63- besoin d'une fiche en plus pour le suivi, les kinés ils savent ce que c'est la bronchiolite.

FIN

Annexe 27 : Entretien post épidémie K

1- Alors j'ai une mauvaise nouvelle pour vous parce que je n'ai pas vu de bronchiolite
2- cette année, c'est bizarre d'ailleurs. On a eu des grippes, de façon un peu bizarre
3- aussi d'ailleurs, parce qu'on nous a parlé d'une très grosse épidémie avec beaucoup
4- de morts alors que moi je n'ai pas eu l'impression de voir des grippes sévères,
5- beaucoup de syndrome pseudo-grippaux chez les enfants aussi d'ailleurs mais pas de
6- grippe sévère, ni de bronchiolite. Donc je suis désolé mais je n'ai pas envoyé d'enfant
7- chez le kiné et je n'ai pas donné vos fiches, vraiment désolé.

D'accord, du coup je vais juste vous demander ce que vous avez pensé de la fiche ?

8- Alors j'ai trouvé que c'était très bien fait parce que ça correspond à ce qu'on explique
9- aux parents mais ça leur permet de garder une trace parce qu'en général ils ne
10- retiennent pas tout de la consultation, la fiche leur permet de revoir ça à tête reposée à
11- la maison. Et même pour nous c'est bien de nous le rappeler, en début de saison on
12- n'a pas forcément tout en tête, c'est bien d'avoir ce genre de chose sous la main, c'est
13- un bon outil. Après les renvois à d'autres fiches dans le tableau et tout, ça c'est moins
14- important que ce qu'on peut faire au cours de la consultation. Vraiment ce qui est
15- primordial c'est ce qui se passe au moment de la consultation. Quelle est la tension
16- des parents au moment où l'enfant est malade ? Parce que des fois quand ils sont très
17- inquiets il faut bien prendre le temps de leur expliquer ce qui est important et ce qui
18- n'est pas important et c'est le problème des fiches, ça met tout sur le même palier.
19- Alors que, si on prend le temps, on cible bien le message il y a une chance qu'il soit
20- entendu et que ça se passe bien, alors que j'ai l'impression que les fiches ne sont pas
21- forcément utilisées quoi, elles restent dans le carnet de santé et on les oublie là.
22- Maintenant les gens s'ils veulent des informations ils iront sur internet pour voir si ce
23- qu'on leur a raconté est vrai mais le papier n'a plus trop la cote.

Donc si je résume votre pensée, vous trouvez la fiche bien, utile pour quelques patients mais pas pour la majorité ?

24- Oui c'est ça, effectivement la fiche est bien mais je la trouve un peu trop fournie pour
25- les parents, c'est trop complexe pour eux. Je veux dire qu'on a une population avec un
26- certain niveau intellectuel et même ceux là je ne suis pas sûr qu'ils vont le lire à part
27- peut-être quelques-uns qui sont hyper inquiets et qui vont tout détailler, on va avoir à

28- faire à des pinailleurs mais la plupart ils ne vont pas lire un truc comme ça. A la limite
29- ce qu'il faudrait faire c'est lire cette fiche avec les parents pendant la consultation, ça
30- peut permettre de faire un tour un peu plus exhaustif et de répondre aux questions des
31- parents. Ce qui peut aussi être bien pour le médecin surtout en début d'épidémie,
32- parce que moi par exemple, vu que je n'ai pas vu de bronchiolite cette année, pour
33- l'hiver prochain je risque d'avoir oublié des choses, sur les critères d'hospitalisation par
34- exemple, et pour ça la fiche elle est très bien, on évite de dire des bêtises. Donc c'est
35- vrai que c'est bien pour se remettre la bronchiolite en tête, après je pense que pour les
36- parents elle est longue quand même. Voilà, pour moi s'il y a une amélioration à
37- apporter ça serait de couper la fiche en 2, le tableau pour les parents parce qu'il est
38- clair et synthétique, il leur donne des bons rappels pour la prise en charge hygiéno-
39- diététique mais la partie détaillée ça serait à garder pour le médecin. Mais je pense
40- qu'une fiche ne sera bien suivie par les parents que si elle est discutée avant avec le
41- médecin ou avec le professionnel de santé, genre le kiné. On peut même rêver du
42- cabinet idéal avec un professionnel de santé dédié aux conseils et aux explications ou
43- quelqu'un qui s'occupe du gamin pendant que le médecin discute avec les parents
44- pour que toute leur attention soit focalisée sur les explications et pas sur les cris de
45- leur gamin qui est terrorisé, le message ne peut pas bien passer comme ça. C'est pour
46- ça que le tableau avec les couleurs est très bien, le message est très clair comme ça,
47- c'est simple. Après la fiche de suivi c'est très bien pour les professionnels de santé qui
48- suivent l'enfant, surtout si ce n'est pas le même médecin qui le voit le jeudi et le
49- samedi par exemple ou pour les kinés qui voient l'enfant régulièrement, là c'est un très
50- bon outil. Et puis on la mise sur l'ordinateur donc on l'a toujours à portée de main,
51- c'est plus facile qu'en feuille volante qu'on perd tout le temps.

Et pour la prise en charge globale de la bronchiolite, qu'est-ce qu'il faudrait changer pour améliorer les pratiques selon vous ?

52- Alors, heu, je ne sais pas si je suis le mieux à même pour en parler parce que je n'en
53- vois pas beaucoup mais bon, je pense que comme pour toutes les pathologies avec
54- plusieurs intervenants, hein, le principal c'est de communiquer surtout que là en
55- l'occurrence le patient c'est l'enfant donc il ne peut pas communiquer. Donc c'est
56- important qu'on puisse connaître les kinés et les pédiatres, pour voir la prise en charge
57- avec eux. Alors je ne sais pas, pourquoi pas une réunion avec tout le monde avant
58- l'épidémie ? Et puis je crois qu'il y a de plus en plus de réseaux qui se développent là-
59- dessus et c'est là que la fiche est intéressante il me semble.

Annexe 28 : Entretien post épidémie L

Alors on va reparler de bronchiolite, vous en avez vu beaucoup cet hiver ?

1- Alors justement j'y repensais ce matin, ça a été un peu plus calme que d'habitude
2- cette année. Dans tout le cabinet on en a moins reçu, moi j'ai du en voir, allez une
3- quarantaine quelque chose comme ça, enfin une quarantaine de soins, pas
4- forcément que des vrais bronchiolites. On a eu beaucoup d'ORL cette année, rien de
5- très déclaré, vraiment pas l'épidémie type quoi, soit des très rapides, soit vraiment
6- des trucs qui traînent en longueur, avec une prise beaucoup plus haute que dans la
7- bronchiolite.

D'accord, et quel est votre ressenti, est-ce que vous avez rencontré des difficultés pour prendre en charge ces bronchiolites ?

8- Non, déjà la prise en charge a été plus facile vu qu'il y en avait moins, enfin je ne sais
9- pas les statistiques nationales mais nous on en a vu moins. Enfin les médecins nous
10- envoient beaucoup d'enfants mais il y a toujours un gros problème de diagnostic. Ok
11- les enfants ils toussent beaucoup et ils toussent fort mais ce n'est pas forcément de la
12- bronchiolite. J'ai eu beaucoup d'ORL, des gros nez qui coulent et tout ça. Alors
13- d'accord la DRP va passer en geste médical et on pourra la coter, ça me va bien, ce
14- n'est pas un souci mais il y a quand même un petit problème d'orientation quoi. Une
15- fois qu'on l'a bien lavé, qu'on a éduqué les parents, si ça ne siffle pas bah voilà quoi,
16- ça ne sert à rien qu'on le revoit l'enfant, mais bon après ce n'est pas un problème de
17- prise en charge pour moi, c'est plus en amont au niveau médical. Voilà, après si je
18- vois que les parents sont stressés, qu'ils ont du mal à gérer bah je draine l'enfant une
19- fois, surtout au niveau du nez, et je le revois 3 fois dans la semaine pour écouter les
20- poumons et remontrer aux parents la DRP et c'est vrai que dans ce cas la fiche nous
21- aide bien. Moi je l'ai beaucoup utilisée, avant d'avoir la fiche c'est vrai qu'on faisait un
22- peu la même chose mais de manière orale, on a toujours fait ça, parce que c'est nos
23- critères de soins quand même, mais bon en retour on n'en a pas quand même. Nan
24- moi, ce qui m'a le plus étonné c'est tous les enfants qui sont venus des urgences de la

25- Fontonne bah en fait ils n'ont pas de fiche quoi, alors que c'est la maison mère d'où
26- part le programme et ça c'est dommage. A la limite que nos confrères de médecine
27- générale en libéral n'aient pas les fiches, bah ils estiment peut être que les kinés les
28- auront, ok, pourquoi pas, mais bon quand les urgences nous envoient les enfants ça
29- ne serait pas mal que ce soit avec la fiche quand même. J'ai juste eu un enfant sur la
30- saison qui est venu avec la fiche, il venait du Dr Moreigne. Chez Arbam ils ont fait la
31- même chose, à quelque chose près, c'est dans le même esprit et c'est vrai que ça ne
32- marche pas mal. Nous c'est vrai qu'on se sert beaucoup du tableau de suivi, le reste
33- on ne s'en sert pas beaucoup. Enfin on fait toujours de l'éducation, on explique la prise
34- en charge et la maladie aux parents mais ce qui nous est plus utile c'est le tableau
35- qu'on remplit avec notre examen du jour. Mais bon quand on leur dit si ça ne va pas
36- vous allez aux urgences ou retourner voir votre médecin il faut bien leur expliquer ce
37- que ça veut dire « ça ne va pas », donc le balancement thoraco-abdominal, les signes
38- de tirage et puis l'état général, est-ce qu'il mange ? Est-ce qu'il vomit ? Mais je pense
39- que pour nous elle est trop dense pour être utilisée pour les explications. Elle est très
40- bien expliquée techniquement pour les professionnels de santé qui n'ont pas l'habitude
41- ou pour ceux qui veulent un rappel des signes de gravité par exemple.

*Est-ce qu'il y a des choses que vous changeriez, que vous voudriez améliorer
dans la fiche alors ?*

42- Oui, je pense que pour ceux qui n'ont pas l'habitude elle n'est pas facile à utiliser, on
43- ne sait pas comment remplir le tableau. Est-ce qu'il faut mettre oui/non, ou alors
44- quantifier ? Il y a un peu de flou je pense par rapport à ça, alors peut-être rajouter, des
45- espèces de critères de notation pour que ce soit le plus clair et le plus reproductible
46- possible. Voilà, après je pense que les parents ne la lisent pas, ils s'en servent juste
47- comme un outil de transmission, pour eux c'est un outil médical et ils vont plus se
48- renseigner sur la maladie avec les petits prospectus de l'ARS qu'on trouve partout
49- dans tous les cabinets, c'est plus accessible pour eux, c'est quelque chose de très,
50- très simple. Mais là, je crois que en tout cas pour cette maladie on ne peut pas faire
51- une fiche qui soit à la fois pour les parents et pour les professionnels de santé. Parce
52- qu'il ne faut pas oublier qu'on met l'émotionnel quand même par-dessus.

*D'accord donc dans les améliorations à apporter, pour vous ce serait vraiment de
mieux structurer la fiche de suivi pour que tout le monde l'a remplisse de la même
façon et la simplifier pour que les parents s'y intéressent ?*

53- Voilà, il faut que ce soit quelque chose de très reproductible, parce que par exemple

54- dans ce cabinet ce n'est pas forcément celui qui a vu l'enfant qui est de garde le week-
55- end, donc il faut qu'il y ait une certaine unité, et même des fois on les envoyait vers le
56- réseau Arbam, donc quand je les récupère le lundi il faut qu'il y ait une notion de
57- reproductibilité dans la cotation. Après je pense que ça restera un outil médical dans
58- tous les cas, les parents ils ne sont pas là-dedans, pour eux quand il va mieux c'est
59- quand il ne vomit plus, quand il n'a plus de fièvre, il ne tousse plus la nuit, il mange
60- bien, voilà, ils sont vraiment sur le visuel, ils ne sont pas sur la fiche.

Et les généralistes qui vous envoient les enfants, il y a une trace en dehors de l'ordonnance ? Ils vous décrivent comment était l'enfant quand ils l'ont vu ?

61- Non, c'est très rare, des fois à la main ils marquent par exemple si c'est très sifflant
62- mais non c'est très, très rare, aucun compte rendu.

Et vous c'est quelque chose qui vous pénalise dans la prise en charge de l'enfant ?

63- J'ai envie de dire oui et non. Bah, c'est toujours pareil, moi ça m'arrive des fois de
64- prendre des urgences que le médecin me demande de prendre tout de suite et quand
65- j'écoute en fait je n'entends pas le stress que m'a décrit le médecin donc des fois c'est
66- bien de pouvoir se dire pourquoi est ce qu'il y a 3h il sifflait comme un malade et moi
67- quand j'écoute je n'ai rien, donc ça, ça peut être intéressant comme communication
68- mais bon, ça ne m'empêchera pas de faire mon bilan quand même. Mais bon, je
69- pense que ça c'est plus caractéristique d'un cabinet comme le notre où on a l'habitude
70- de faire de la respi. Je pense que tous les kinés n'ont pas la même approche l'enfant,
71- du soin, du diagnostic donc du coup ça change tout donc peut être que eux, une fiche,
72- un rapport du médecin ça ne les intéresse pas. Mais pour le coup ça les parents ça ne
73- leur plait pas du tout, leur enfant ce n'est pas un balochon quoi, ils n'acceptent pas
74- qu'on le prenne, qu'on fasse le soin sans rien leur expliquer. Tous les primo accédants
75- ils sont tous flippés quoi, voilà pour eux la kiné respi on va les étouffer ou les étrangler,
76- enfin on entend de tout, donc si tu ne dis rien, tu prends le gosse et hop, hop, hop
77- bah là tu crées un traumatisme. Donc nous on explique le soin, on explique la
78- démarche.

Et là-dessus vous pensez que la fiche peut aider les parents, les rassurer en leur montrant qu'il y a un suivi organisé ?

79- Heu, dans ce cas il faudrait que la fiche soit faite en amont par le médecin généraliste,
80- que ce soit lui qui explique, voilà je vous donne une fiche exprès pour le suivi de la
81- bronchiolite, n'oubliez pas de la donner au kiné, il doit la remplir avec vous, vous

82- devez échanger avec lui sur l'état de votre enfant, voilà, il faut que l'on ait un truc en
83- amont, nous on le fait sur place en disant : regardez, voilà dites moi son poids, s'il a
84- fait de la température. Après ça oui, je pense que les gens aiment bien voir que l'on
85- prend du temps pour leur enfant, que l'on fait bien le bilan, après, honnêtement je
86- pense que ça sera très faiblement reconduit. C'est dommage parce que ça nous fait
87- émettre un piètre avis sur nos confrères mais ça ne sera fait que très faiblement. Je
88- pense que maintenant la fiche de suivi c'est indispensable et très efficace dans les
89- réseaux parce qu'ils ont été formés pour et c'est quelque chose d'obligatoire pour eux
90- et ils apprécient. Nous quand on envoie, le fait d'avoir une fiche et tout ils apprécient
91- même si des fois je prends le téléphone parce que les parents ne sont pas trop à l'aise
92- encore avec le réseau, et ils demandent un bilan avec en général, ça ils aiment bien,
93- ils apprécient. L'échange entre professionnels qui fonctionnent pareil ça marche super
94- bien, parce que tu as déjà un compte rendu, tu sais comment ça c'est passé et voilà.
95- Parce que des fois inversement le lundi tu revois l'enfant, tu demandes comment est
96- ce que ça s'est passé le week-end avec la personne de garde et tu as juste, oui ça
97- s'est bien passé, ou non ça ne m'a pas trop plu, ok mais qu'est-ce qui s'est passé ?
98- Est-ce que l'enfant a beaucoup craché, pas beaucoup craché ? Des fois on peut être
99- efficace sans que ça ne crache sur le moment, donc du coup cette fiche de retour elle
100- est importante pour court-circuiter un peu le sentimental des parents. Donc
101- interprofessionnels de même catégorie, qui font la même chose c'est super
102- intéressant, ça marche bien, mais par contre pas de retour des médecins. Et j'ai eu
103- ce même retour de Michel Moreigne, il dit que c'est un super outil, qu'ils ont mis du
104- temps à le développer mais que pour autant avec les médecins c'est compliqué. Ce
105- qui est peut être dommage, bon cette année il n'y a pas vraiment eu d'épidémie,
106- mais ce qui est peut être dommage c'est de restreindre cette fiche à l'épidémie de
107- bronchiolite, pour moi, à partir du moment où on va avoir une prescription de kiné
108- respiratoire, on a un encombrement bronchique ou on a un souci d'ordre pulmonaire
109- bah la fiche va avec. Quand je désencombre une bronchite bah je vais quand même
110- lui demander s'il a vomit et s'il a fait de la fièvre, vous voyez ce que je veux dire ? Si
111- il est super infecté, enfin une grosse bronchite infectieuse il va quand même venir
112- plusieurs jours de suite et il y a un intérêt de la fiche quand même. C'est peut-être
113- plus facile pour essayer d'étaler un peu la fiche pour la prise en charge de l'enfant en
114- kiné respi, comme ça les médecins pourront utiliser cet outil plus souvent et se
115- l'approprier.

Et avec cette fiche est-ce que vous avez remarqué un changement dans votre pratique ?

116- Bah oui déjà je prends le temps de la remplir et c'est vrai que ça entraîne plus de
117- communication quand même avec les parents. On est un cabinet qui prenons le
118- temps quand même d'expliquer la pathologie, d'expliquer le soin mais c'est vrai
119- qu'avec la fiche on est plus systématique dans les explications et ça ne prend pas
120- forcément plus de temps donc c'est sûr que dans notre cabinet c'est rentré dans les
121- habitudes de l'utiliser.

FIN

Mode d'emploi de la fiche-bilan

→ Entourez les paramètres correspondant à l'état du patient.

L'interrogatoire et les signes cliniques sont répartis sur 3 colonnes :

- **Normal** : si les paramètres de l'enfant sont dans cette colonne, vous pouvez réaliser la séance sans problème.
- **Modéré** : ce sont les paramètres qui peuvent nécessiter une nouvelle évaluation médicale. La séance doit se faire avec précaution.
- **Exclusion** : ce sont les paramètres qui contre-indiquent la réalisation de la séance. Il convient alors de faire hospitaliser l'enfant (exception : si $t^o > 39^\circ C$).

1. **Date de naissance** : plus un enfant est jeune et de petit poids, plus le risque de détresse respiratoire et de déshydratation, y compris pendant la séance, est important. Avant 8 semaines, l'enfant atteint de bronchiolite doit être hospitalisé. Avant 6 mois, la respiration se fait essentiellement par le nez. Les éléments cliniques seront à apprécier dans ce contexte.
2. **Nombre d'épisodes obstructifs** : compter le nombre d'épisodes depuis la naissance, en incluant l'épisode en cours. C'est grâce à cette information que le réseau pourra repérer les nourrissons à risque asthmatique.
3. **Médicaments** : en cas de prescription d'un générique, entourez le médicament correspondant : bédolmétasone = Bécotide® • fluticasone = Flixotide® • budésonide = Pulmicort® • fluticasone + salmétérol = Sérétide® • bétaméthasone = Célestène® • prednisolone = Solupred® • salbutamol = Ventoline®
4. **Alimentation** : au cours de la bronchiolite, le nourrisson peut avoir du mal à se nourrir, notamment en raison de l'obstruction nasale, ou de phénomènes de reflux liés à la distension thoracique. Une ration alimentaire < à 50% sur au moins deux repas est un critère de gravité nécessitant une réévaluation médicale. Une perte de poids > à 5% est un critère d'adressage aux urgences.
5. **Vomissements / diarrhée** : ils aggravent la déshydratation. Leur survenue nécessite une nouvelle évaluation médicale.
6. **Température** : au-delà de 39° il y a un risque de convulsion pendant la séance. Faire baisser la température avec des bains et des antipyrétiques. Une fièvre > à 38.5° pendant plus de 48 h est un critère de réévaluation médicale (risque de surinfection bactérienne).
7. **Fréquence respiratoire** : en dessous de 20 cycles/mn et au dessus de 60 cycles/mn, il convient de faire hospitaliser l'enfant.
8. **Tonus / vigilance - Apnées** : ces signes sont dûs à la fatigue, l'hypercapnie ou l'atteinte cérébrale par le VRS. Si les apnées sont > à 10 secondes, ou en présence d'une hypotonie, il convient de faire hospitaliser l'enfant.
9. **Coloration** : l'hypoxémie sanguine se manifeste par une cyanose péri-auriculaire ou des extrémités, un teint gris ou une pâleur extrême. Si vous possédez un oxymètre, il convient de mesurer la saturation. Une saturation < à 94 % au repos est un critère d'adressage aux urgences. Si vous n'avez pas d'oxymètre, faire hospitaliser l'enfant.
10. **Signes de lutte** : ils sont au nombre de 4 (tirages inter-costaux ou sus-sternaux, battement des ailes du nez, entonnoir xiphoïdien et balancement thoraco-abdominal). La présence d'un balancement thoraco-abdominal (effondrement thoracique et élévation abdominale à l'expiration = respiration paradoxale) ou d'un balancement des ailes du nez intense constitue un signe de gravité nécessitant un adressage aux urgences. Les autres signes sont à apprécier en fonction du contexte clinique, de leur nombre et de leur intensité.
11. **Geignement expiratoire** : c'est un bruit de plainte à l'expiration. Sa présence nécessite un adressage aux urgences.
12. **Douleur** : elle s'évalue par des tests de tolérance. Commencer par une pression thoracique lente et profonde, conformément au protocole de l'AFE. La douleur de l'enfant (qui ne s'exprime pas forcément par les pleurs) peut signer une fracture costale nécessitant un adressage aux urgences. En l'absence de douleur, procéder de même en abdominal. La présence d'une douleur peut signer un dérangement digestif : ne pas faire d'appui abdominal lors de l'AFE et adresser l'enfant au médecin traitant.
13. **Toux** : une toux pendant ou après les repas, nocturne, rauque, de décubitus, peut signer un reflux gastro-oesophagien, souvent présent dans la bronchiolite en raison de la distension thoracique. Il convient de redresser l'enfant au médecin traitant si le reflux est trop gênant. La même toux en l'absence d'encombrement pendant plusieurs semaines peut être due à un RGO pathologique, soit directement par irritation du larynx, soit indirectement par le déclenchement d'un asthme. En présence d'une toux rauque ou en quintes, associée à une gêne inspiratoire signant une atteinte laryngée (cormage-stridor), on peut être en présence d'une importante irritation laryngée. La toux provoquée est alors contre-indiquée, car elle risque de déclencher un spasme du larynx. L'évaluation de l'intensité de la toux est subjective, par l'interrogatoire de la famille : en utilisant une échelle visuelle analogique ou en lui demandant de quoter entre 0 (pas de toux) et 10 (toux fréquente et intense).
14. **Signes d'encombrement** : l'encombrement des voies aériennes (VA) supérieures s'évalue à l'occlusion buccale, celui des VA inférieures proximales s'évaluent à la toux provoquée et à l'AFE rapide, et celle des VAI distales à l'AFE lente.
15. **Synthèse** : noter l'orientation de l'enfant après la séance.

A compléter par la famille ou l'accompagnant : l'information sur la prise en charge de l'enfant par le réseau et le consentement écrit de la famille sont une obligation législative pour les réseaux de santé. Chaque enfant vu pendant la garde doit faire l'objet d'une fiche-bilan signée par la famille et le volet vert (comprenant le document d'information au verso) remis systématiquement à celle-ci. Le volet blanc doit être retourné au réseau au plus tard un mois après la garde afin de pouvoir repérer précocelement les nourrissons à risque asthmatique.

Dernière mise à jour 25 décembre 2011 ML



Date : _____ / _____ / _____

L'enfant âgé de a bénéficié
d'une rééducation respiratoire pour encombrement bronchique.

Compte tenu des éléments du bilan kinésithérapeutique, j'adresse cet enfant :

Aux urgences pédiatriques :

- Signes d'hypercapnie et/ou d'épuisement et/ou d'atteinte virale cérébrale : apnées > 8 secondes, troubles du tonus et de la vigilance, geignement expiratoire, fréquence respiratoire < 20 / min
- Signes d'hypoxie : cyanose péri-buccale et des extrémités, teint gris, pâleur extrême, SpO2 < 94% sous air au repos
- Fréquence respiratoire > 60/min
- Balancement thoraco-abdominal de type 2
- Mauvaise tolérance de la kinésithérapie respiratoire

Au médecin prescripteur ou à un médecin de garde :

- Difficultés alimentaires : ration <50% (sur au moins 2 repas), vomissements, diarrhées, douleurs abdominale
- Signes de lutte : battement des ailes du nez, balancement thoraco abdominal de type 1, entonnoir xiphoïdien, tirages
- Fréquence cardiaque (au saturemêtre) : < 40 ou > 160 bat / min
- Suspicion de RGO pathologique : régurgitation/inhalation pendant la séance, toux rauque, post-prandiale, nocturne, au change...
- Signes infectieux : température > ou = à 38.5° pendant plus de 48 heures (critère d'antibiothérapie)
- Persistance de l'encombrement bronchique: anormal si >> 10 jours, renouvellement prescription
- Majoration du bronchospasme après la séance (nécessite un traitement broncho dilatateur avant la séance)

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

Cachet et signature :

 A large, solid light blue rectangular box intended for a stamp and signature.