



La prise en charge du premier épisode aigu de bronchiolite en France : attentes des médecins et pratiques des masseurs-kinesithérapeutes libéraux

Marine Millet

► To cite this version:

Marine Millet. La prise en charge du premier épisode aigu de bronchiolite en France : attentes des médecins et pratiques des masseurs-kinesithérapeutes libéraux. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-05269636

HAL Id: dumas-05269636

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05269636v1>

Submitted on 19 Sep 2025

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.

Master Ingénierie de la Santé

Parcours Éducation, Rééducation, Recherche en Science de la Santé

Mémoire présenté et soutenu par Marine Millet

Juin 2024

**La prise en charge du premier épisode aigu de bronchiolite en France : attentes des
médecins et pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

Axe 1 : Données de santé publique et du territoire – vulnérabilité

Jury :

Pr A. Choplin MKDE, PU

M. Leclaire IDE, PhD

G.Oukhaï MKDE

Résumé

Introduction : En France, le premier épisode de bronchiolite est défini comme une infection virale des bronches et bronchioles du nourrisson de moins de deux ans. Jusqu'à présent la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire avait une place centrale dans les cas de bronchiolite. Mais depuis 2019, la HAS ne la recommande plus, tandis qu'elle valide le rôle des professionnels de premier recours, dont font parties les kinésithérapeutes, dans cette prise en charge. L'objectif de notre étude s'intéresse à identifier la place actuelle du kinésithérapeute dans la prise en charge et le parcours de soins des nourrissons atteint d'un premier épisode de bronchiolite. **Méthode :** Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de certains professionnels des Alpes Maritimes du secteur de premier recours. **Résultats :** Les médecins attendent du kinésithérapeute une participation à l'évaluation des nourrissons, la réalisation d'acte de désencombrement des voies aériennes supérieures et inférieures, un rôle d'éducation auprès des familles, de communication auprès des médecins et enfin un rôle en santé publique. Les kinésithérapeutes répondent à ces attentes. **Discussion :** Les pratiques des kinésithérapeutes confirment les attentes des médecins et sont en cohérence avec la littérature. Cependant quelques différences sont à noter vis-à-vis de la recommandation de la HAS de 2019. **Conclusion :** Le kinésithérapeute a retrouvé une place au sein de la prise en charge et du parcours de soins de ces nourrissons. La HAS ne pourrait-elle pas à nouveau reconsidérer le rôle des kinésithérapeutes ?

Mots clés : Bronchiolite, Kinésithérapie, Secteur de premier recours

Abstract

Introduction: In France, the first episode of bronchiolitis is described as a viral infection of the bronchial tubes and bronchioles of infants under two years old. Until now, outpatient respiratory physical therapy has played an essential role in the cases of bronchiolitis. But since 2019, the HAS has not recommended it, while it validates the role of primary care professionals, including physical therapist, in this management. The aim of our study is to identify the current place of the physical therapist in the management and the infants care pathway with a first episode of bronchiolitis. **Method:** Ten semi-directive interviews were leaded with some primary care professionals in the Alpes Maritimes area. **Results:** Physicians expect to the physical therapist to participate in the infant assessment, perform upper and lower airway clearance procedures, to educate families, to communicate with physicians, and playing a public health role. Physical therapists meet these expectations. **Discussion:** The Physical therapists practices confirm physicians' expectations. They also are coherent with the literature. However, there are some differences from the HAS recommendations during the year 2019. **Conclusion:** Physical therapists get their role back in the management and care pathways of these infants. Couldn't HAS once again reconsider the role of these physical therapists?

Keywords: Bronchiolitis, Physical therapist, Ambulatory care

Liste des abréviations

BAN : Bronchiolite Aiguë du Nourrisson

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

VAS : Voies Aériennes Supérieures

HAS : Haute Autorité en Santé

KR : Kinésithérapie Respiratoire

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

MK : Masseur-Kinésithérapeute

VAI : Voies Aériennes Inférieures

CMK : Collège de la Masso-Kinésithérapie

Table des matières

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Introduction | 1 |
| 1.1 | Préambule | 1 |
| 1.1.1 | Définition et physiopathologie de la bronchiolite | 1 |
| 1.1.1 | Épidémiologie..... | 3 |
| 1.1.2 | Critères de gravité et parcours de soin..... | 3 |
| 1.1.3 | Place de la kinésithérapie respiratoire | 7 |
| 1.1.4 | Le recours aux prescriptions..... | 8 |
| 1.2 | Réalisation de la Revue de littérature | 9 |
| 1.1.2 | Base de données et mots-clés | 9 |
| 1.2.1 | Critères d'inclusions et de non-inclusions..... | 10 |
| 1.3 | Résultat de la recherche bibliographique..... | 11 |
| 1.4 | Contexte théorique..... | 11 |
| 1.4.1 | La kinésithérapie respiratoire depuis 2019..... | 11 |
| 1.4.2 | Généralité : le kinésithérapeute | 13 |
| 1.4.3 | L'évaluation des nourrissons | 13 |
| 1.4.4 | Les Actes interventionnels..... | 14 |
| 1.4.5 | La communication | 15 |
| 1.4.6 | Les réseaux bronchiolite..... | 16 |
| 1.5 | Synthèse de la RL | 17 |
| 1.6 | Problématique..... | 18 |
| 1.6.1 | Genèse de la problématique..... | 18 |
| 1.6.2 | Intérêts visés du travail | 19 |
| 2 | Méthode | 19 |
| 2.1 | Choix et justification de la méthodologie de recherche | 19 |
| 2.2 | Population concernée..... | 19 |
| 2.3 | Matériel et protocole..... | 20 |
| 2.4 | Matrice catégoriel | 21 |
| 2.5 | Déroulement de l'entretien | 21 |
| 2.6 | Méthodologie de l'analyse de contenu | 22 |
| 2.7 | Retranscription..... | 22 |
| 2.8 | Analyse catégorielle | 22 |

| | | |
|--------|----------------------------------|----|
| 2.9 | Analyse fréquentielle..... | 23 |
| 2.10 | Analyse lexicale..... | 23 |
| 3 | Résultats..... | 23 |
| 3.1 | Entretien N° 1 | 23 |
| 3.1.1 | Résultats bruts..... | 23 |
| 3.1.2 | Analyse de l'entretien..... | 25 |
| 3.2 | Entretien N° 2 | 26 |
| 3.2.1 | Résultats bruts..... | 26 |
| 3.2.2 | Analyse de l'entretien..... | 27 |
| 3.3 | Entretien N° 3 | 28 |
| 3.3.1 | Résultat bruts | 28 |
| 3.3.2 | Analyse de l'entretien..... | 30 |
| 3.4 | Entretien N° 4 | 31 |
| 3.4.1 | Résultats bruts..... | 31 |
| 3.4.2 | Analyse de l'entretien..... | 32 |
| 3.5 | Analyse totale des médecins..... | 33 |
| 3.5.1 | Résultats bruts..... | 33 |
| 3.5.2 | Analyse des résultats | 34 |
| 3.6 | Entretien N° 5 | 35 |
| 3.6.1 | Résultats bruts..... | 35 |
| 3.6.2 | Analyse de l'entretien..... | 37 |
| 3.7 | Entretien N° 6 | 38 |
| 3.7.1 | Résultats bruts..... | 38 |
| 3.7.2 | Analyse de l'entretien..... | 39 |
| 3.8 | Entretien N° 7 | 40 |
| 3.8.1 | Résultats bruts..... | 40 |
| 3.8.2 | Analyse de l'entretien..... | 42 |
| 3.9 | Entretien N° 8 | 43 |
| 3.9.1 | Résultats bruts..... | 43 |
| 3.9.2 | Analyse de l'entretien..... | 44 |
| 3.10 | Entretien N° 9 | 45 |
| 3.10.1 | Résultats bruts..... | 45 |
| 3.10.2 | Analyse de l'entretien..... | 46 |
| 3.11 | Entretien N°10 | 47 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.11.1 | Résultats bruts..... | 47 |
| 3.11.2 | Analyse de l'entretien..... | 49 |
| 3.12 | Analyse totale des MK | 50 |
| 3.12.1 | Résultats bruts..... | 50 |
| 3.12.2 | Analyse des résultats | 51 |
| 3.13 | Analyse croisées | 52 |
| 3.13.1 | Analyse des résultats | 58 |
| 4 | Discussion..... | 60 |
| 4.1 | Interprétation des résultats..... | 60 |
| 4.1.1 | Compétence d'évaluations..... | 60 |
| 4.1.2 | Compétences interventionnelles | 61 |
| 4.1.3 | Avec la famille..... | 62 |
| 4.1.4 | Avec les médecins prescripteurs..... | 63 |
| 4.2 | Les réponses de santé publique | 63 |
| 4.3 | Limites de l'étude | 64 |
| 4.4 | Réponse à la problématique..... | 65 |
| 4.5 | Intérêts de l'étude et perspectives futures..... | 66 |
| 5 | Bibliographie | |
| 6 | Annexes | |
| | Annexe I : Bilan de surveillance épidémiologique des saisons 2018-2019 à 2022-2023, à partir des données de Santé Publique France..... | I |
| | Annexe II : Graphique illustrant le taux de passages aux urgences saison 2022-2023..... | II |
| | Annexe III : Graphique illustrant le taux d'hospitalisation après passage aux urgences saison 2022-2023 | II |
| | Annexe IV : Check liste pour l'évaluation initiale du nourrisson : critères de gravité et de vulnérabilité | III |
| | Annexe V : Critères pour définir le niveau de gravité de la bronchiolite et sa prise en charge initiale | IV |
| | Annexe VI : Figure pour l'évaluation de la gravité de l'épisode de bronchiolite et orientation du nourrisson | V |
| | Annexe VII : questionnaire pré-enquête : taux de prescriptions pour kinésithérapie respiratoire par les médecins libéraux (pédiatres et médecins généralistes) des Alpes Maritimes..... | VI |

| | |
|--|--------|
| Annexe VIII : Figure présentant le nombre de répondants totales à l'enquête préliminaire..... | VII |
| Annexe IX : Histogramme illustrant les résultats de la question 4 du questionnaire pré-enquête :..... | VIII |
| Annexe X : Tableau des résultats du taux de prescription avant et après 2019, par les médecins libéraux des Alpes Maritimes..... | VIII |
| Annexe XI : Prise de contact avec les MK interrogés..... | IX |
| Annexe XII : Consentement pour l'enregistrement et l'utilisation des données..... | X |
| Annexe XIII : Guide d'entretien..... | XII |
| Annexe XIV : Formule de politesse employées lors des entretiens, non retranscrites..... | XIII |
| Annexe XV : Retranscriptions des entretiens..... | XIII |
| Entretien N° 1 | XIII |
| Entretien N° 2 | XVI |
| Entretien N° 3 | XXII |
| Entretien N° 4 | XXX |
| Entretien N° 5 | XXXVII |
| Entretien N° 6 | XLV |
| Entretien N° 7 | LVI |
| Entretien N° 8 | LXXVII |
| Entretien N° 9 | LXXXIX |
| Entretien N° 10..... | CV |

Table des illustrations

| | |
|--|----|
| Tableau 1 mots clés | 10 |
| Tableau 2 Matrice catégoriel | 21 |
| Tableau 3 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 1 | 23 |
| Tableau 4 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 2 | 26 |
| Tableau 5 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 3 | 29 |
| Tableau 6 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 4 | 31 |
| Tableau 7 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 5 | 35 |
| Tableau 8 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 6 | 38 |
| Tableau 9 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 7 | 40 |
| Tableau 10 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 8 | 43 |
| Tableau 11 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 9 | 45 |
| Tableau 12 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 10 | 48 |
| Figure 1 Organisation des circuits de recours du nourrisson atteint de BAN | 6 |
| Figure 2 Diagramme des flux | 11 |
| Figure 3 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 1 | 25 |
| Figure 4 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 2 | 27 |
| Figure 5 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 3 | 30 |
| Figure 6 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 4 | 32 |
| Figure 7 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 5 | 37 |
| Figure 8 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 6 | 39 |
| Figure 9 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 7 | 42 |
| Figure 10 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 8 | 44 |
| Figure 11 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 9 | 46 |
| Figure 12 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 10 | 49 |
| Figure 13 diagramme illustrant les résultats de l'analyse lexicale croisée des MK et médecins | 54 |
| Graphique 1 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 1.. | 24 |
| Graphique 2 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 1.. | 24 |

| | |
|---|----|
| Graphique 3 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 2.. | 27 |
| Graphique 4 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 2.. | 27 |
| Graphique 5 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 3.. | 29 |
| Graphique 6 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 3.. | 30 |
| Graphique 7 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 4.. | 32 |
| Graphique 8 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 4.. | 32 |
| Graphique 9 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des médecins | 34 |
| Graphique 10 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des médecins | 34 |
| Graphique 11 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 5 | 36 |
| Graphique 12 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 5 | 37 |
| Graphique 13 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 6 | 39 |
| Graphique 14 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 6 | 39 |
| Graphique 15 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 7 | 41 |
| Graphique 16 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 7 | 42 |
| Graphique 17 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 8 | 43 |
| Graphique 18 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 8 | 44 |
| Graphique 19 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 9 | 46 |

| | |
|---|----|
| Graphique 20 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 9 | 46 |
| Graphique 21 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N°10 | 48 |
| Graphique 22 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N°10 | 49 |
| Graphique 23 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des MK | 50 |
| Graphique 24 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des MK | 51 |
| Graphique 25 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des MK | 52 |
| Graphique 26 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des médecins | 52 |
| Graphique 27 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des MK | 53 |
| Graphique 28 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des médecins | 53 |

1 Introduction

1.1 Préambule

1.1.1 Définition et physiopathologie de la bronchiolite

La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est définie communément comme un premier épisode aigu de gêne respiratoire et une infection virale aiguë et contagieuse qui touche les bronchioles, chez les enfants de moins de douze mois et principalement causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) [1–3]. À l'échelle internationale, on définit cette pathologie comme un premier épisode de respiration sifflante virale aiguë [4].

Trois phases sont généralement décrites : une phase aiguë d'environ trois jours où le nourrisson siffle et est distendu [2]. Une phase dite grasse, phase sécrétante, avec apparition de râles bronchiques bulleux et diminution de la distension [2]. Enfin, une phase de cicatrisation, réparatrice, où l'enfant présente généralement une toux grasse et collante, se fatiguant rapidement [2].

Le VRS, virus ARN de la famille des paramyxovirus du genre pneumo-virus [1, 4] est le principal agent infectieux responsable de la majorité des cas de la bronchiolite (60 à 90 %) [1, 2, 4]. Il semble que l'incubation du virus peut prendre entre deux à huit jours et que son élimination dure entre trois à sept jours [1, 2, 4]. Dans un premier temps, une contamination directe, par le biais de sécrétions nasopharyngées contaminées, ou indirecte, par les mains, permet la multiplication virale dans les cellules des voies aériennes supérieures (VAS) [1, 2]. Celle-ci se poursuit par une infection des cellules épithéliales des bronchioles [1, 2, 4]. À noter que chez l'adulte, le VRS à l'origine de la maladie, ne provoque pas ou très peu de symptômes. Il est possible d'être porteur sans le savoir. D'autres virus peuvent être identifiés comme agent pathogène : métapneumovirus, rhinovirus souvent en co-infection avec un autre virus, virus parainfluenzae, virus influenzae responsable de la grippe, coronavirus et adénovirus [2, 4]. En-dehors des périodes hivernales et épidémiques, il est possible de retrouver l'entérovirus, fréquemment rencontré en période printemps-été [2].

La bronchiolite se traduit par une inflammation, un œdème et une obstruction des bronchioles distales [4]. L'augmentation des sécrétions est responsable d'un phénomène d'obstruction [4]. Cette obstruction induit une réduction du débit d'air dans les petites voies respiratoires et altère la qualité de l'expiration [4]. L'air piégé en distal provoque une hyperinflation et une atelectasie localisée [4]. L'inadéquation du rapport ventilation/perfusion induit une augmentation du travail respiratoire, provoquant un épuisement du nourrisson par hypercapnie, et une

hypoxémie par trouble des échanges gazeux [4]. La bronchiolite est un ensemble de symptômes reposant exclusivement sur un diagnostic clinique et se base sur une anamnèse, une auscultation et un examen physique complet [1]. Les critères cliniques sont l'âge, < 12 mois ou < 24 mois selon les définitions [1, 4]. Également, des signes d'une infection virale des voies respiratoires supérieures : des râles ou crépitants avec ou sans respiration sifflante sont présents à l'examen [1, 4]. L'infection démarre généralement par un simple rhume, puis apparaît progressivement une toux sèche évoluant vers une gêne respiratoire, se traduisant par une respiration rapide et sifflante [4]. Les symptômes associés sont la toux, des écoulements nasaux, une congestion ou tout autre signe d'infection virale aiguë des voies aériennes supérieures [4]. On peut également observer une respiration rapide et sifflante, de la fièvre, une difficulté à s'alimenter, une déshydratation, une tachypnée, une augmentation du travail respiratoire [4]. En effet, la séquence habituelle décrite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019, est une « rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants ou crépitants, accompagnés ou non d'une polypnée ou de signes de lutte respiratoire, définis par la mise en jeu des muscles accessoires : intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoïdiens, asynchronisme thoraco-abdominal » [1]. La BAN est une pathologie bénigne évoluant favorablement [1, 2]. La guérison est spontanée, généralement entre cinq et dix jours, mais le processus de cicatrisation et de récupération de la fonction muco-ciliaire est long, allant de quelques jours à quelques semaines [1, 2]. Une infection au VRS peut présenter certains effets à long terme comme l'altération de la fonction pulmonaire, une respiration sifflante récurrente ainsi que de l'asthme [4]. Il reste difficile d'identifier les enfants dont l'état pourrait évoluer vers une forme grave. Il convient de tenir compte des quarante-huit premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle l'état du nourrisson est susceptible de s'aggraver [1].

La bronchiolite est la principale raison d'hospitalisation dans la première année de vie d'un nourrisson. 3 % des enfants atteints de bronchiolite sont hospitalisés [1]. Le taux de ré-hospitalisations est de 8,8 % [1]. La prise en charge médicamenteuse, symptomatique, ne semble pas démontrer son efficacité sur la guérison de la bronchiolite [1]. Parmi les traitements non médicamenteux, la HAS décrit la nébulisation au sérum hypertonique, la désobstruction le drainage des voies aériennes hautes, l'oxygénothérapie et la kinésithérapie respiratoire (KR) [1]. Finalement la base du traitement commence par une évaluation du besoin de soins de soutien en évaluant l'état d'hydratation et d'oxygénation du nourrisson [1, 4]. Il repose également sur une information claire, des conseils, des actes de promotions en santé, ainsi qu'une vigilance accrue de l'état du nourrisson, et cela réalisé par les professionnels de santé au contact des familles [1, 4] : « la prise en charge nécessite d'expliquer aux parents les signes d'alerte devant faire consulter de nouveau, de programmer une nouvelle évaluation dans les 24-48 heures, d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie avec un objectif principal de ne pas perdre de vue des

nourrissons pendant cette période critique » [1]. Depuis septembre 2023, le traitement préventif par Nirsévimab est proposé à tous les nouveau-nés et nourrissons nés à partir du 6 février 2023 [1].

1.1.1 Épidémiologie

Les données de surveillance sont fournies par le réseau de médecine ambulatoire SOS médecins, par des structures d'urgence du réseau OSCOUR et par les analyses virologiques hospitalières RENAL, et ambulatoire Réseau Sentinelles [1]. Les analyses des bilans épidémiologiques de Santé Publique France pour les saisons 2019-2020 à 2022-2023 sont disponibles en annexe (Cf. Annexe I). Que ce soit avant ou après 2019, les débuts, les fins, ainsi que les pics d'épidémie sont quasiment similaires, à l'exception de la saison 2020-2021, où le début de l'épidémie s'est montré très tardif avec dix-sept semaines de retard, comparé aux saisons précédentes [5]. Cela étant, le niveau de circulation du VRS a été très faible en 2020 en raison de la pandémie de Covid-19, de la mise en place des confinements successifs et du respect des gestes barrières [5]. L'année 2022 marque une recrudescence de la circulation des virus, notamment des virus respiratoires tels que le VRS. Le nombre de passages aux urgences comparativement à l'année précédente et pour la même période, a quasiment doublé [5]. Pour la même semaine de pic épidémique, le nombre de passages aux urgences est de huit mille cinq cent, soit 30 % en 2022 contre cinq mille cinq cent en 2021 (Cf. Annexe II). Le nombre d'hospitalisation suit la même tendance avec trois mille hospitalisations en 2022, contre deux mille en 2021 (Cf. Annexe III) [5]. Le nombre d'actes médicaux frôle, quant à lui, la barre des 15 %. La saison 2023-2024 suit le même mode épidémique que la saison précédente [6]. La dynamique est moins rapide, l'ampleur de moindre importance. Le nombre de passage aux urgences entre le début et le pic épidémique est plus faible que pour la saison précédente, atteignant à la semaine quarante-huit un nombre de passage maximale de 23 % contre quasiment 30 % pour la saison 2022-2023 [6]. Également cette tendance se fait ressentir sur le taux d'hospitalisation d'environ 40 % à la semaine quarante-huit contre plus de 55 % la saison précédente [6].

1.1.2 Critères de gravité et parcours de soin

Dans la conférence de consensus de 2000, il est question de définir les critères d'hospitalisation du nourrisson atteint de bronchiolite [7]. Les critères de gravité majeurs imposant l'hospitalisation sont : l'altération de l'état général, l'apnée, une cyanose, une fréquence respiratoire > 60 /min, l'âge < 6 semaines, une prématurité < 34 SA, une comorbidité (cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire), une SpO₂ transcutanée $< 94\%$, des troubles digestifs compromettant l'hydratation, la déshydratation avec perte de poids $> 5\%$, des

difficultés psychosociales, et des troubles de la ventilation confirmés par une radiographie thoracique [7]. En présence d'un de ces critères, il est nécessaire de réorienter le nourrisson [7]. Ces critères cliniques peuvent être complétés par l'observation des parents sur l'état de leur enfant, par des antécédents à risque de développer une bronchiolite « grave », par un caractère chronique de la gêne respiratoire et par des données socio-économique et environnementale de la famille [7]. En 2019, après analyse de la littérature, la HAS retient comme critères d'évaluation du niveau de gravité du nourrisson (GRADE B) : l'altération de l'état général (comportement anormal, hypotonie, geignement), une fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $30/\text{min}$, le rythme respiratoire (pauses respiratoires), la fréquence cardiaque $> 180/\text{min}$ ou $< 80/\text{min}$, la $\text{SpO}_2 < 92\%$, l'utilisation des muscles accessoires montrant des signes de lutte et la baisse de la prise alimentaire par rapport aux apports habituels [1] (Cf. annexe IV). D'autres critères sont évoqués nécessitant une vigilance supplémentaire du nourrisson (GRADE B et AE) (Cf. Annexe IV). L'ensemble de ces critères semblent permettre la définition de trois formes de bronchiolite : légère, modérée et grave [1] (Cf. Annexe V).

Les différentes formes de bronchiolite permettent aux professionnels de santé d'évaluer l'état du nourrisson mais également de l'orienter au besoin vers le secteur le plus approprié. En l'absence des critères de gravité, nous pouvons définir une forme légère de bronchiolite [1]. Le retour au domicile ainsi que des conseils de surveillance à l'entourage sont attendus [1]. En présence d'une forme modérée de bronchiolite, l'hospitalisation est recommandée si la SpO_2 est $< 92\%$ et que l'âge du nourrisson est < 2 mois [1]. L'hospitalisation reste à discuter en présence de critères de vulnérabilité ou d'environnement. Enfin, en présence d'une forme grave de bronchiolite, la présence d'au moins un des critères de gravité nécessite une hospitalisation systématique [1]. L'hospitalisation en unités de soins spéciales ou en réanimation est recommandée en présence d'apnées, d'épuisements respiratoires et/ou d'augmentation rapide des besoins en oxygène [1].

Dans les années 2000, les observations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) sur les données de santé, semblaient conclure à un recours abusif aux urgences hospitalières [7]. En effet, 20 % des patients souffrant de bronchiolite se retrouvaient aux urgences, et dans deux cas sur trois, la décision d'orientation était prise par les familles elles-mêmes [7]. Pourtant, le recours hospitalier repose sur une décision médicale après évaluation du niveau de gravité du nourrisson [7]. En effet, dans un rapport d'étude de la HAS en 2012, mise à jour en 2014, nous pouvons relever que les indications d'hospitalisation semblent être respectées dans les deux enquêtes de pratique visant les médecins ambulatoires [8]. Il est intéressant de se questionner quant à la planification sanitaire globale mise en place

durant les périodes épidémiques de bronchiolite en France métropolitaine. En 2000, la ANAES pointait du doigt l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre à la demande de soins et proposait des éléments de réponses quant aux améliorations futures qui pouvaient être mises en place : « permanence des structures libérales », « collaboration médecin-MK-hôpital », « renforcement des structures existantes au sein des hôpitaux et des unités de soins spécifiques », « surveillance renforcée des nourrissons à la recherche de signes d'aggravation », « anticipation des événements », « planification sanitaire à l'échelon régional de tous les intervenants du système de soins », « coordination des acteurs de soins » [7]. Malgré ces propositions, en 2010 on relevait un taux moyen de recours à l'hospitalisation de 0,6 pour mille, variable selon les régions, et quarante-et-un mille trois cent sept nourrissons séjournaient aux urgences [8]. Dans le rapport de 2012, la HAS évoquait plusieurs pistes d'amélioration dans la prise en charge de la BAN : « L'élaboration d'un référentiel d'indication d'hospitalisation », « l'amélioration de la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite », « l'amélioration de l'organisation de la prise en charge en ambulatoire », et « le renforcement de l'information des parents » [8]. En 2019, la HAS reprend les éléments de question de la ANAES et place l'organisation des soins et le parcours du patient au cœur de ses recommandations [1]. Les agences régionales en santé organisent les réseaux ville-hôpital, mais cette organisation doit être encore renforcée en mobilisant tous les acteurs de santé sensibilisés à l'épidémie de bronchiolite [1]. La HAS insiste sur l'information, les campagnes de sensibilisation et l'éducation de tous les acteurs qui encadrent le nourrisson bronchiolite [1]. Des formations doivent être mises à disposition des professionnels de santé [1]. Un « Plan bronchiolite aiguë » doit être déployé dans chaque hôpital, l'objectif visant la réduction des hospitalisations [1]. Ainsi, pour répondre au mieux à l'organisation des soins pendant les périodes épidémiques, la HAS met à disposition une figure représentant l'organisation des différents circuits de recours de soins [1]. Il y est décrit trois niveaux de recours :

Figure : organisation des différents circuits de recours

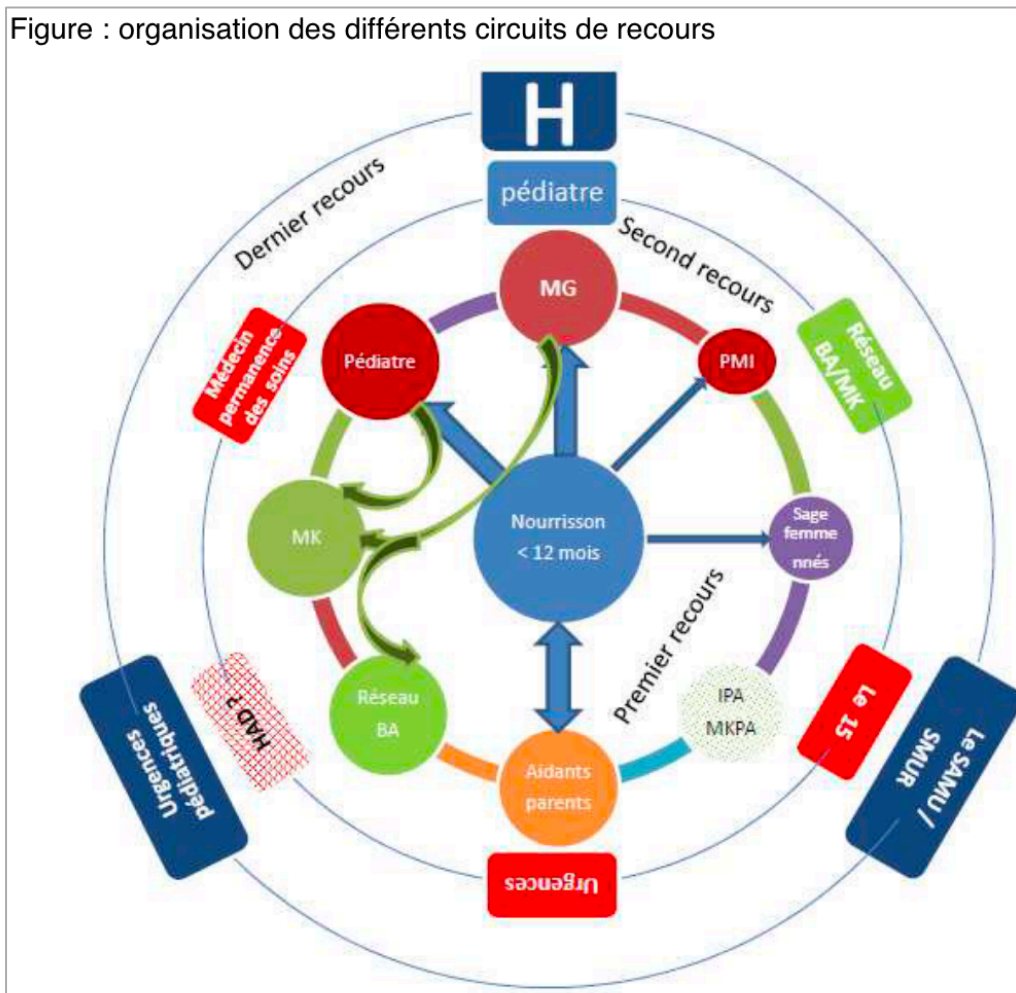


Figure 1 Organisation des circuits de recours du nourrisson atteint de BAN [1]

Le premier recours nécessite de consulter en premier lieu le médecin généraliste ou pédiatre, qui indiquera ou non une orientation vers le kinésithérapeute libéral et/ou vers un réseau de soin bronchiolite [1]. Les acteurs de premier recours incluent également les agents de la protection maternelle infantile, les sages femmes, et les infirmières en pratiques avancées [1].

Le deuxième niveau de recours inclue, en plus des pédiatres, masseur-kinésithérapeute (MK) et réseau bronchiolite, le centre du SAMU, les permanences de soins et les urgences [1].

Enfin, le SAMU, le SMUR, les urgences et hôpitaux pédiatriques n'entrent qu'en dernier recours dans le circuit d'organisation des soins dans la prise en charge de la bronchiolite [1].

La HAS indique que la filière de soins ambulatoires constitue l'offre de première intention. Celle-ci permettant un accueil des nourrissons pour une orientation ou une réévaluation à court terme afin d'éviter les passages aux urgences ou dans le cadre d'un suivi post-hospitalier [1]. Elle valide le rôle des acteurs de la filière ambulatoire dans leur mission d'éducation des parents et de communication des informations pertinentes pour la prévention [1]. C'est au médecin prescripteur de s'assurer de la mise en place de l'évaluation et de la surveillance adaptée au nourrisson [1]. Mais également des mesures éducatives mises en place par les professionnels de premier recours et les réseaux bronchiolite [1].

L'évaluation de la gravité de l'épisode de bronchiolite du nourrisson et son orientation au sein des trois secteurs de recours sont disponibles en annexe VI.

1.1.3 Place de la kinésithérapie respiratoire

En 2000, la ANAES, aborde la question de la place de la KR dans la prise en charge de la bronchiolite [7]. La conférence évoque des techniques de désencombrement bronchique recommandées (GRADE C) par la conférence de consensus de Lyon en 1994 [7, 9]. Cette dernière évoque alors que le recours à la KR n'est pas systématique et repose tant sur une observation de l'amélioration clinique qu'elle entraîne que sur l'avis d'un expert, professionnel de santé, inclus dans le parcours de soins du nourrisson [7, 9].

Bien que certaines techniques de KR soient contestées dans de nombreux pays anglo-saxons, les pays francophones, et notamment la France, prônent et prescrivent de la KR lors d'une bronchiolite. Et pour cause, les pratiques anglo-saxonnes emploient des techniques de drainage postural, percussions ou encore expirations forcées, entraînant de nombreux effets délétères : « collapsus bronchiolaire », « majoration des sibilances » ou encore « possible désaturation » [7]. Les pratiques francophones utilisent des techniques d'expiration lente et passive recherchant « une interaction entre l'air et le mucus par la génération de flux expiratoire » [10]. En 2000, il est alors recommandé par la ANAES d'associer le désencombrement des VAS par drainage rhinopharyngée rétrograde et antérograde, au désencombrement des voies aériennes inférieures (VAI) par expiration lente prolongée et toux provoquée, visant à désencombrer les bronches distales, améliorer la ventilation alvéolaire et obtenir une expectoration du nourrisson [7].

À la suite de nombreux recours de soins en période épidémique et à la demande des médecins d'une mise au point des conduites à tenir lors d'une prise en charge de bronchiolite, la HAS en 2019, actualise ses recommandations. Elle redéfinit la place de la KR dans le cadre de bronchiolite. Elle propose une revue systématique de littérature sur la kinésithérapie locale et internationale. Les directives se basent alors sur six recommandations de bonne pratiques, une méta-analyse, cinq études prospectives en multicentrique et monocentrique, une étude comparative, trois études observationnelles, une étude controversée analytique et une revue descriptive [1]. L'analyse de ces revues ne sont pas étudiées dans le projet de recherche.

Ainsi, les techniques de KR anglo-saxonnes par drainage postural, vibrations, clapping sont contre-indiquées par la HAS (GRADE A) [1]. Quant aux pratiques francophones par accélération du flux expiratoire, la HAS ne les recommande pas chez un nourrisson hospitalisé (GRADE B), ni en ambulatoire (AE), mais elles peuvent être discutées chez l'enfant en cas de comorbidités (pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire...) (AE) [1]. En

effet, en raison d'une absence de données et du manque d'efficacité des techniques en ambulatoire, le bénéfice de ces pratiques reste discutable [1]. Les résultats de la littérature étant éparses et peu probants, la HAS indique « qu'une évaluation des techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier est nécessaire » [1]. La désobstruction des VAS reste toujours d'actualité. Elle est recommandée pour optimiser la respiration du nourrisson (GRADE A) [1].

En 2024, l'article 5 « *Rééducation des conséquences des affections respiratoires* » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnelles, désigne « la rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent » comme acte en kinésithérapie pour les cas de bronchiolite du nourrisson [11]. Cet élément est également rappelé par l'ancien ministre de la Santé, François Braun, lors de son instruction en novembre 2022 [12].

1.1.4 Le recours aux prescriptions

Depuis la conférence de consensus de 2000 où le taux de prescription pour KR indiquait une variation entre 82,5 % à 99 % selon les régions [7], nous avons pu relever au fil des années, une évolution des prescriptions en KR de la part des médecins libéraux. Sur la saison 2001-2002, trois enquêtes d'évaluation auprès des médecins généralistes et pédiatres libéraux recensaient 90 % de prescription pour la KR sur ces deux populations [13]. Une enquête de pratiques réalisée auprès de sept-cent-soixante-deux médecins généralistes en 2003 et huit-cents en 2008 montre un taux de prescription de KR de 61 % sur cent-quatre-vingt-onze réponses analysables en 2003 et 69 % en 2008 sur deux-cents réponses exploitables [14]. Également en 2007, une évaluation interne au réseau bronchiolite Ile-De-France a été réalisée auprès de deux-cent-trois médecins du réseau [15]. Les résultats montrent que la KR est prescrite dans 93 % des cas [15]. Une étude prospective sur la saison 2011-2012 réalisée auprès de trois-cent-neufs médecins généralistes recense près de 57 % de prescriptions pour de la KR [16]. Une autre étude observationnelle prospective réalisée entre 2012 et 2013 auprès de deux cent-vingt-deux pédiatres libéraux relevait 56,1 % de prescriptions de KR [17]. Également, dans l'enquête de pratique de la HAS publiée en 2012, on relève un taux de prescription de KR de 93 % [8].

Depuis les recommandations de la HAS de 2019, le taux de prescription en kinésithérapie pour bronchiolite diminue. Mais pour autant, certains médecins continuent de prescrire l'acte codifié dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnelles : « Séances de kinésithérapie respiratoire pédiatrique dans le cadre du suivi d'une bronchiolite chez un bébé de ... mois pour rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent » [11, 18]. En effet, nous avons envoyé aux médecins libéraux des Alpes-Maritimes (N pédiatres = 40, N médecins généralistes = 30) un

questionnaire pour recenser le taux de prescription de kinésithérapie pour bronchiolite lors de la saison 2023-2024 (Cf. Annexe VII). Nous avons eu le retour de quinze médecins généralistes et de quinze pédiatres (Cf. Annexe VIII). Sept médecins généralistes sur quinze reçoivent des nourrissons pour bronchiolite. Quinze pédiatres sur les quinze reçoivent des nourrissons pour bronchiolite (Cf. Annexe IX). Il en résulte qu'avant 2019, 25 % des médecins généralistes prescrivent de la KR face à une BAN légère, 63 % en prescrivent face à une BAN modérée et 13 % n'en prescrivent pas. 26 % des pédiatres prescrivent de la KR face à une BAN légère, 47 % en prescrivent face à une BAN modérée et 29 % n'en prescrivent pas (Cf. Annexe X). Or après 2019, 13 % des médecins généralistes prescrivent de la KR face à une BAN légère, 38 % en prescrivent face à une BAN modérée et 50 % n'en prescrivent pas. 13 % des pédiatres prescrivent de la KR face à une BAN légère, 27 % en prescrivent face à une BAN modérée et 60 % n'en prescrivent pas (Cf. Annexe VIII).

Pour la saison 2023-2024 certains médecins généralistes et pédiatres prescrivent encore l'acte de KR or, depuis 2019, la HAS ne recommande plus le désencombrement des VAI dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire par manque de données et de preuves d'efficacité.

Il est donc pertinent de s'interroger sur la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge et le parcours de soins des nourrissons atteints d'un premier épisode de bronchiolite.

1.2 Réalisation de la Revue de littérature

1.1.2 Base de données et mots-clés

Les mots clés suivants nous ont permis de former nos équations de recherche : Bronchiolite, kinésithérapie et ambulatoire. Chaque mot-clé a été recherché sur la Vitrine Linguistique afin d'obtenir une définition, des synonymes et des traductions anglaises, puis sur Loterre afin d'enrichir nos équations par des termes génériques et spécifiques et enfin sur Hetop afin d'obtenir les mots MESH. Les Mesh Terms PubMed ont été utilisés spécifiquement pour cette base de données. Nous avons effectué notre recherche sur la Cochrane Library (2019 à 2024), sur PubMed (2019 à 2024) et sur Science direct (2000 à 2024).

L'équation de recherche utilisée sur Cochrane Library et PubMed a été utilisée en anglais : ((bronchiolitis) AND (chest physiotherapy)), restreint de 2019 à 2024 pour rechercher des études publiées après les recommandations de la HAS de 2019 sur la prise en charge de la bronchiolite. Les études francophones et anglosaxonnes sont incluses. Au vu de la présence d'un bruit sur Science Direct avec notre équation de recherche en anglais et de la non-

correspondance des articles publiés avec notre projet de recherche, nous avons utilisé notre équation en français : ((Bronchiolite) ET (kinésithérapie) ET (prise en charge ambulatoire)) restreint de 2019 à 2024. Peu d'études de hautes preuves sont retrouvées. Nous avons étendu notre recherche de 2000 à 2024 en prenant comme point de départ la Conférence de consensus de 2000 sur le prise en charge de la bronchiolite pour suivre l'évolution de la littérature et éclairer notre projet de recherche. Seules les études francophones sont incluses. Le rôle du MK et le modèle du système de soins n'étant pas les mêmes selon les pays et les recommandations de bonnes pratiques.

Ci-dessous, voici le tableau 1 reprenant l'ensemble de nos mots-clés.

Tableau 1 mots clés

| | Vitrine Linguistique (générique) | Loterre (Spécifiques & MeSH) | Hetop (MeSH) | PubMed (MeSH) |
|-----------------------|---|--|--|--|
| Bronchiolite | Bronchiolite → bronchiolitis | Bronchiolite → bronchiolitis | Bronchiolite → bronchiolitis | Bronchiolitis |
| Kinésithérapie | Kinésithérapie → kinesitherapy | Kinésithérapie → physical therapy (specialty) | Kinésithérapie → physical therapy (specialty) | Health occupations > Allied Health Occupations > physical therapy specialty |
| Ambulatoire | Ambulatoire → ambulatory | | Soins ambulatoire → ambulatory care | Ambulatory care Outpatient care |

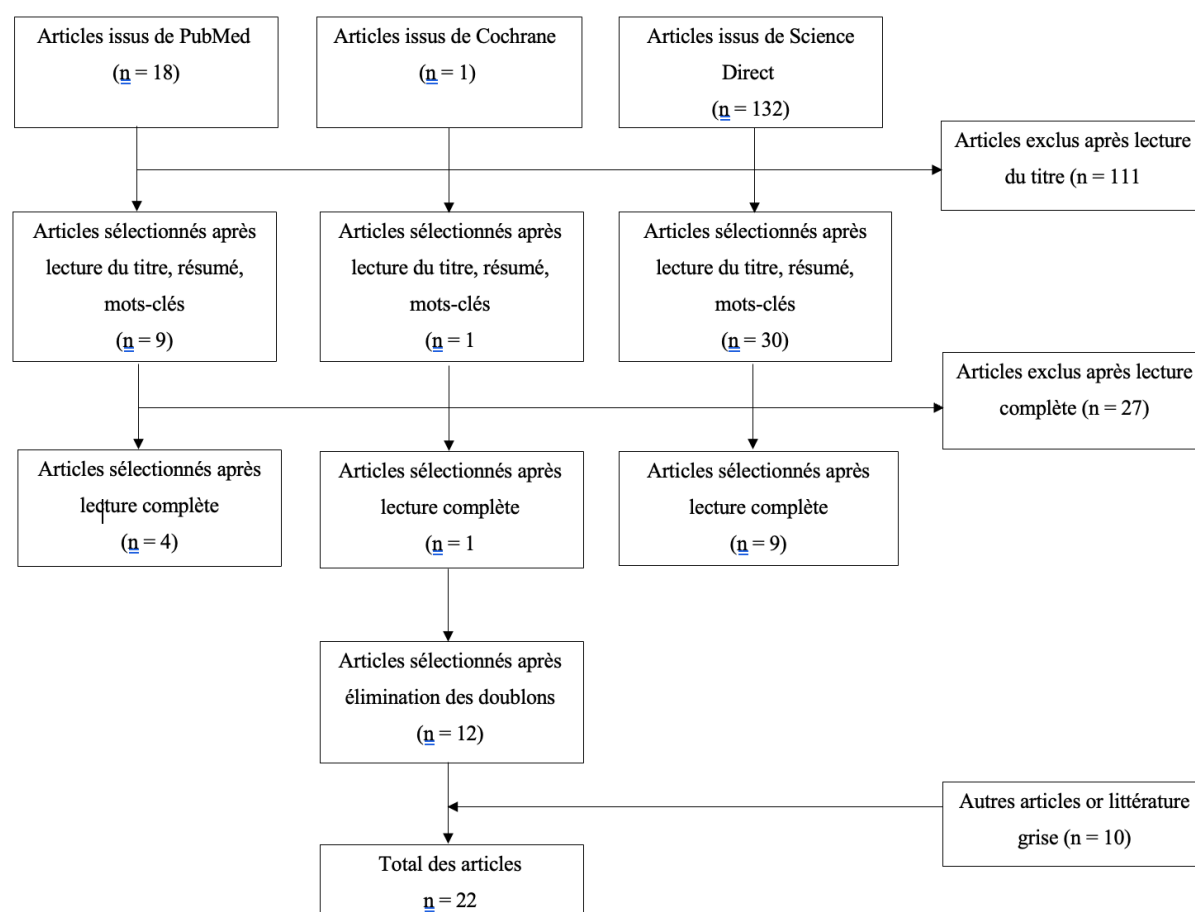
1.2.1 Critères d'inclusions et de non-inclusions

Pour la sélection des études, les critères d'inclusions sont les suivants : étude réalisée uniquement sur des nourrissons entre zéro et douze mois ou entre zéro et vingt-quatre mois, atteint d'un premier épisode de bronchiolite. Étude évaluant les effets de la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire à partir de 2019. Étude présentant le rôle du MK dans la prise en charge ambulatoire du nourrisson atteint de bronchiolite. Mots-clés dans le titre et/ou le résumé et/ou les mots-clés.

Les critères de non-inclusions sont les suivants : étude n'incluant pas la filière de soin ambulatoire. Étude n'incluant pas le MK. Étude non francophone, hors étude sur les effets de la KR. étude réalisée sur des deuxième ou troisième épisodes de BAN. Étude réalisée sur des nourrissons de plus de vingt-quatre mois. Étude en doublon.

1.3 Résultat de la recherche bibliographique

Figure 2 Diagramme des flux



1.4 Contexte théorique

1.4.1 La kinésithérapie respiratoire depuis 2019

Depuis les dernières recommandations françaises de 2019 mises à jour en 2022, très peu d'études francophones et internationales réalisées en ambulatoire, ont été publiées sur le sujet. L'étude *Bronkilib 2* essai contrôlé randomisé multicentrique, faisant suite à la précédente étude *Bronkilib 1* de 2017, est publiée juste après les recommandations de 2019 [19]. Cette étude évalue l'intervention de KR en milieu ambulatoire sur la gêne respiratoire de quatre-vingt-deux nourrissons, avec un groupe interventionnel auprès de quarante-et-un nourrissons et un groupe non-interventionnel sur quarante-et-un nourrissons [19]. Les résultats montrent un effet de la KR sur la gêne respiratoire avec accélération du flux expiratoire [19]. En revanche, nous

relevons que des manœuvres de toux provoquées ne sont pas pratiquées à l'ensemble des nourrissons du groupe interventionnel et peuvent influencer les résultats [19]. De plus les effets évalués sont à court terme et ne permettent pas de rapporter ces effets sur du long terme [19]. En outre, aucun effet indésirable n'a été relevé sur l'ensemble de la population [19]. L'étude de 2017 évaluant l'effet de la KR par accélération du flux expiratoire sur les paramètres respiratoires du nourrisson en libéral, montre également une amélioration du score de Wang [20]. Ce score évalue la sévérité de la bronchiolite après la première séance de KR [20]. Des biais d'études pouvaient être relevés comme des biais d'observation et une absence de contrôle [20].

En 2021, une autre étude est publiée. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé comparant le rôle d'une intervention en KR par expiration lente passive prolongée, clairance rhinopharyngée et toux provoquée en ambulatoire sur un groupe de vingt-huit nourrissons versus un groupe témoin de dix-sept nourrissons sans intervention de KR [21]. Le critère de jugement principal est l'état respiratoire des enfants de moins de deux ans atteints de bronchiolite légère à modérée [21]. Les conclusions qui en ressortent sont une amélioration significative du score respiratoire de Kristjansson, score évaluant les principaux signes et symptômes de la bronchiolite dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin à J-15 [21]. L'intervention en KR semble avoir eu un impact positif sur l'état respiratoire des enfants bronchiolite légère à modérée [21]. Mais cette étude nécessite une lecture critique fine puisque, comme l'indique la lecture critique de l'essai réalisé par *Combret et al.* la même année, il faut relever l'écart de dix ans entre la réalisation de l'étude et la publication [21, 22]. De plus, l'étude de *Ramos et al.* doit soulever quelques doutes car des écarts entre le protocole à priori et la publication dix ans plus tard peuvent être retrouvés et pourraient remettre en question la confiance en ces résultats [21, 22]. *Combret et al.* estiment que les résultats, d'un point de vue clinique, restent discutables et peuvent être remis en question, mais précisent l'importance du rôle du MK dans le suivi clinique du nourrisson et dans l'éducation des familles [21, 22].

Également en 2023, une mise à jour de la revue systématique de la Cochrane de 2016, identifie cinq nouveaux essais randomisés [23]. Au total la Cochrane recense dix-sept études sur l'évaluation de la KR chez le nourrisson bronchiolite, dont sept essais montrant une amélioration légère à modérée du score de gravité de la bronchiolite par l'utilisation des techniques d'expiration lente [23]. Également un des essais montre une amélioration du temps de récupération grâce à l'utilisation des techniques d'expiration lente [23].

Actuellement, un essai clinique réalisé en Espagne, vise à recruter des nourrissons non hospitalisés, d'âge inférieur à douze mois présentant une première bronchiolite de forme modérée. L'objectif de l'étude est d'évaluer deux techniques de KR pédiatrique : le drainage autogène assisté *versus* l'expiration lente prolongée [24]. Par ailleurs, une étude francophone réalisée entre novembre 2019 et mars 2022 a pour objectif d'évaluer l'efficacité du geste de désencombrement par technique d'expiration lente prolongée, lors des séances en ambulatoire, sur des nourrisson d'âge de trois à vingt-quatre mois et lors d'épisodes de bronchiolite aiguë de forme modérée [25].

Depuis 2019, quelques études ont pu montrer l'intérêt de la KR par accélération du flux expiratoire dans la prise en charge du nourrisson en ambulatoire, malgré la présence de certains biais. Les experts du groupe de travail du Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK) publié en 2023 précisent l'importance de réaliser des études permettant d'évaluer l'impact de la kinésithérapie dans un contexte ambulatoire et d'analyser l'impact du désencombrement sur différents critères de jugements : recours à l'hospitalisation ou aux urgences, taux d'aggravation secondaire, incidence de l'apparition de l'asthme du nourrisson, signes fonctionnels d'amélioration de qualité de vie [10]. En 2022, Audag rappelle que l'objectif de la KR est l'élimination des sécrétions accumulées dans les voies aériennes mais également que l'efficacité des techniques et du drainage dépend notamment de l'examen clinique du nourrisson et de sa symptomatologie [26]. La KR ne se limite pas au désencombrement des VAI de l'enfant. Il s'agit d'une prise en charge globale qui comprend la libération des VAS, la mise en place de l'aérosolthérapie au besoin, l'accompagnement éducatif et la surveillance du nourrissons tout au long de l'épisode [27, 28].

1.4.2 Généralité : le kinésithérapeute

Selon l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, le kinésithérapeute est « un professionnel de santé qui met en œuvre la rééducation des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » [29]. S'ajoutent également à sa pratique, des actions de santé publique, des actes de promotion de la santé, de prévention, et par le moyen d'un bilan, il met également en place son diagnostic kinésithérapique [30–32]. Depuis la création de la profession en 1946, les techniques employées par le kinésithérapeute ont beaucoup évolué avec le développement des connaissances issues de la recherche scientifique.

1.4.3 L'évaluation des nourrissons

Le référentiel du métier et des compétences du MK, conformément à l'article R4321-2 du Code de Santé Publique, indique que le MK « établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés » [30, 31], ainsi qu'à l'article R4321-5 où « le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5 [...] » [31]. Cette compétence est rappelée dans plusieurs articles comme un des rôle principal du MK dans la prise en charge ambulatoire du premier épisode de BAN [10, 28, 30, 33].

Le CMK en 2023 rappelle le rôle du MK dans la veille sanitaire par la réalisation d'un examen complet du nourrisson permettant de déterminer la conduite thérapeutique pour la suite [10, 30, 34]. Également, la HAS souligne le rôle des MK dans le suivi ambulatoire pour les nourrissons atteint de bronchiolite de forme modérée et implique les acteurs de la filière de soins ambulatoire dans l'orientation et la réévaluation des nourrissons à court terme [1, 27, 30, 34]. Le CMK marque l'importance du MK dans l'évaluation et le diagnostic et cite : « il évalue les capacités respiratoires du nourrisson tout au long de la prise en charge selon les critères décrits dans la dernière RBP et en accord avec l'échelle d'évaluation de la sévérité clinique classant les bronchiolites en trois formes » [10]. En effet la HAS met à disposition des professionnels de santé des critères cliniques de gravité et de vulnérabilité (Cf. Annexe 4-5). En dehors de tous ces signes de gravité, le CMK précise que le MK est présent pour accompagner et soutenir les familles afin d'éviter le recours massif aux services d'urgence [10]. Il indique qu'en cas de nécessité et au terme de l'évaluation par le médecin de soins primaires, il est essentiel d'assurer une surveillance du nourrisson afin de ne pas le perdre de vue pendant cette période critique [10, 34]. La surveillance quotidienne du nourrisson permet d'assurer l'évolution naturelle et favorable ou de repérer des critères de gravité nécessitant une hospitalisation [34]. D'autres auteurs soulignent que l'évaluation repose sur un interrogatoire prenant en compte les propos rapportés des parents, sur un examen clinique du nourrisson et une auscultation qui renseignent l'état général ainsi que l'état de l'encombrement du nourrisson [28, 33]. Par ailleurs, *Barthe et al.* précisent que l'indication de la KR nécessite au préalable un repérage d'éléments diagnostiques qui repose sur l'interrogatoire, l'examen du patient et l'auscultation [33]. L'évaluation et le diagnostic en kinésithérapie, comme décrit par *Pelca et al.*, « font partie du patrimoine professionnel des kinésithérapeutes et guident le praticien dans ses prises de décisions : agir, modifier sa pratique, réajuster son geste » [28].

1.4.4 Les actes interventionnels

Le référentiel du métier et des compétences du MK indique que le professionnel de santé propose et décide d'un plan de prise en charge fondé sur le diagnostic effectué et met en œuvre le traitement [32].

Pour rappel le désencombrement des VAS est recommandé par la HAS de façon systématique afin d'optimiser la respiration du nourrisson avant l'évaluation de la sévérité clinique du nourrisson [1]. Le CMK souligne l'importance de rendre les parents acteurs du drainage rhino-pharyngée, puisque ce geste devra être répété autant que nécessaire pendant l'épisode aigu de l'enfant [10]. Les techniques de drainage des VAS sont l'irrigation nasale, le drainage rhino-pharyngée ou encore les aspirations [10, 26], mais aucune technique n'est d'une efficacité supérieure à une autre [1, 26]. Par ailleurs, l'aspiration nasopharyngée montre plus d'effets secondaires que les autres techniques et n'est pas recommandée par la HAS [1]. Également, le CMK rappelle que le désencombrement des voies aériennes inférieures est une compétence du MK [10], mais son indication nécessite un repérage préalable d'éléments diagnostiques [33]. La HAS souligne la place de la KR dans le suivi des nourrissons fragiles et susceptibles de s'aggraver [1].

1.4.5 La communication

Le référentiel du métier et des compétences du MK, conformément à l'article R4321-13 du Code de Santé Publique indique « le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement » [31, 32]. Celle-ci est également décrite dans la modification de l'amendement N°1983 du Code de la Santé Publique : « La pratique de la Masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles » [31]. Le référentiel décrit également que le MK entretient une relation et met en œuvre une prestation de conseil vis-à-vis de chaque patient [32]. La HAS valide le rôle des professionnels de santé dans l'éducation des parents, dans la communication des informations pertinentes et dans l'information sur les mesures à prendre en cas de symptomatologie [1, 30, 34].

L'éducation à la santé comprend « tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer » [35]. Ce concept se base sur la communication d'informations et le développement des compétences et de la motivation des populations, de manière à favoriser la santé et à rendre la population actrice de ses propres effets sur la santé [35]. En effet, les auteurs indiquent que l'éducation des parents permet le développement de compétences tel que l'apprentissage du drainage rhino-pharyngé ou encore la détection des signes cliniques d'aggravation du nourrisson [28, 34, 36]. C'est un moment d'échange qui permet également d'informer sur la maladie, son évolution, son traitement et les mesures recommandées telles que les mesures hygiéno-diététiques et environnementales [28, 34, 36]. Il

est du rôle du MK de délivrer les informations aux familles. Celles-ci portent sur la description de la bronchiolite et son évolution, la désobstruction des VAS, les signes d'aggravation à observer devant amener à consulter de nouveau, les lieux de consultation, les conseils sur l'alimentation et les mesures hygiéno-diététique, ainsi que des informations sur les dangers du tabagisme passif chez le nourrisson [10, 30].

Dans une étude qualitative réalisée auprès de quinze parents et publiée en 2020, les auteurs explorent les expériences des parents usagers de soins pour leur enfant atteint de bronchiolite [37]. Les parents se disent inquiets et anxieux de l'état de santé de leur enfant, ce ressenti étant augmenté par le manque d'informations et de connaissances [37]. Des ressources pédagogiques informatives ont été trouvées par les familles mais elles expriment un fort besoin supplémentaire de soutien et de réconfort de la part des équipes soignantes [37]. Les familles souhaiteraient recevoir des informations avec support écrit et non uniquement des informations orales [37]. Ces notions d'information et d'éducation évoquent le besoin de communication. Celle-ci tourne autour de trois acteurs : l'enfant, sa famille et les autres professionnels de santé. Avec l'enfant, les qualités de communication essentielles sont l'écoute, l'observation et l'attention. Avec les parents, la posture du praticien doit surtout renvoyer une image de confiance et d'écoute [28].

Enfin, la communication s'adresse également entre professionnels de santé. Le référentiel du métier et des compétences indique que le MK « coopère avec les autres professionnels de santé pour synchroniser la réalisation des soins » [32]. En effet, le code de la santé publique indique que « le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution » [32]. Le MK participe à « la contribution à la formation d'autres professionnels » ainsi qu'à « la collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention » [31]. Il est possible d'établir un dialogue, une concertation et des décisions consensuelles avec les différents professionnels de santé inclus dans le parcours de soins des patients [32]. La fiche bilan doit servir de point de départ, même si l'écriture ne fait pas partie de la culture des MK [28].

1.4.6 Les réseaux bronchiolite

Avant la création des réseaux bronchiolite, les recommandations de la ANAES de 2000 indiquaient que « certaines structures libérales ont organisé des permanences de soins de leur propre initiative améliorant la collaboration médecins/kinésithérapeutes/hôpital, ainsi que l'accessibilité aux soins » [7]. Dans un contexte où il existe un réel besoin d'organisation des soins, les réseaux bronchiolite se sont

créés et développés partout en France. Les recommandations de 2019 de la HAS sur la prise en charge du premier épisode de bronchiolite entérinent leurs rôles : « Le médecin de soins primaires s'assure de la mise en place des mesures éducatives et de surveillance adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours et les réseaux bronchiolite » [1]. En effet, comme indiqué sur la figure de l'organisation du circuit de recours, présenté en amont, les réseaux bronchiolite peuvent être sollicités en premier recours ou en second recours, si cas d'urgence [1].

En 2003, les réseaux de kinésithérapie pour bronchiolite voient le jour en France. Ils permettent « d'assurer la permanence et la continuité des soins non programmés en kinésithérapie respiratoire pédiatrique les week-ends et jours fériés, lors des saisons épidémiques de bronchiolite, de mi-octobre à mi-mars » [38, 39]. Ces réseaux répondent à plusieurs objectifs : « ils garantissent l'accès aux soins de qualité au plus près du domicile » [38, 39], « ils mutualisent actions et moyens des professionnels » [38, 39], « ils améliorent la coopération et la coordination entre les professionnels de santé et permettent de faciliter le parcours de soins du patient », ils « participent à désengorger les services d'urgences et facilitent les sorties » [38, 39]. En effet, les réseaux auraient un impact sur le fonctionnement des hôpitaux, notamment sur la durée moyenne d'hospitalisation diminuant régulièrement comme observée sur le bilan du réseau Aquitaine entre 2002 et 2005, mais également sur l'afflux aux urgences les week-end et jours fériés [39]. Les réseaux jouent également un rôle majeur dans l'éducation et la prévention des familles en mettant à disposition des familles de nombreuses informations et des campagnes de prévention et d'éducation et en réalisant des actions de communication auprès des médecins généralistes, des spécialistes, des pharmacies ainsi que des hôpitaux [38, 39]. « Ils réduisent les inégalités d'accès aux soins » et permettent de « développer la prévention médicalisée » [38, 39]. Afin de proposer une offre de soins de qualité basée sur une amélioration permanente des connaissances et des pratiques, les réseaux proposent aux kinésithérapeutes membres, une formation théorique et pratique [28, 39]. Ils mettent également en place une fiche type bilan, un protocole de soins partagé, ainsi qu'une charte d'engagement du MK dans la démarche qualité du réseau [39]. La coordination entre professionnels repose sur la fiche-bilan, qui permet un partage d'informations et des modalités de prise en charge et d'évolution, entre les différents acteurs de santé entourant l'enfant et sa famille [28, 39]. En effet, « le réseau s'affirme ainsi comme outil de coopération et de partage pour les professionnels au service d'un objectif de santé publique, il crée et produit un effet de fédération et de dynamisation des acteurs autour d'une volonté commune d'amélioration des pratiques et des valeurs professionnelles [...] » [28].

1.5 Synthèse de la RL

Le rôle du MK dans la prise en charge de la BAN va au-delà du drainage bronchique des VAI. En plus de la réalisation d'actes techniques systématiques comme le désencombrement des

VAS, la conférence de consensus de 2000 indiquait déjà le rôle du MK dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles [7]. En effet, il est compétent pour ausculter le nourrisson, l'évaluer cliniquement et le réorienter vers les urgences ou vers le médecin traitant au besoin [1, 7, 10, 28, 30, 32–34]. Également, le MK a les compétences communicatives nécessaires afin de rassurer et accompagner les parents dans l'apprentissage des techniques clés comme le lavage de nez et il participe à l'observance de la mise en place des bons gestes par l'entourage [1, 10, 26, 28, 30, 32, 33, 36]. En 2019, la HAS accorde au MK un « rôle important en participant au suivi ambulatoire d'une certaine catégorie de nourrissons traités pour première bronchiolite de forme modérée » [1]. Pour rappel, le MK est inclus dans le parcours de soins primaire, ambulatoire, des nourrissons bronchiolites. Le communiqué du CMK de 2022 et 2023 appelle à l'engagement de tous les kinésithérapeutes à la participation de la prise en charge de la bronchiolite dans le respect des recommandations de bonne pratique de la HAS [10]. Avec sa participation dans les réseaux bronchiolite, le MK se place dans une dynamique d'amélioration de ces compétences. Il encourage le partage et la coordination avec les autres professionnels de santé, il sert d'informateur et d'éducateur auprès des familles, de soignant vis-à-vis des nourrissons, de soutien dans l'organisation sanitaire des soins face aux épidémies de bronchiolite en permettant l'accès et la continuité des soins [28, 38, 39].

1.6 Problématique

1.6.1 Genèse de la problématique

L'ancienne conférence de consensus de 2000 décrit à l'époque une nécessité d'améliorer l'organisation des soins pendant les épidémies de bronchiolite en précisant qu'une organisation efficace inclut tous les intervenants du système de soins [7]. Les objectifs d'une meilleure organisation des soins vise le développement des réseaux villes-hôpital [7]. Ceci permettrait d'assurer la continuité des soins, de favoriser un regroupement de MK permettant d'assurer des gardes, de développer les relations MK-médecins de ville et enfin, de favoriser la concertation des acteurs de santé afin d'améliorer l'accessibilité aux soins [7]. De nos jours, la HAS accorde aux professionnels de santé de la filière ambulatoire un rôle dans l'éducation des parents [1]. Il intervient dans la communication des informations pertinentes pour la prévention, dans l'information sur les mesures à prendre en cas de symptomatologie et sur les consignes de surveillance et les signes d'alerte qui amènent à faire réévaluer le nourrisson [1]. Depuis les recommandations de la HAS, le taux de prescription en KR par les médecins libéraux a fortement diminué. Pourtant, si l'efficacité de la KR réalisée par les MK manque encore de preuve de haut niveau de confiance, il n'en reste pas moins que le MK est un acteur central de

la prise en charge ambulatoire du nourrisson atteint de bronchiolite. Nous sommes alors en mesure de nous questionner sur la problématique suivante :

Au regard des pratiques actuelles des MK libéraux, quelles sont les attentes des médecins lors de la prise en charge du premier épisode aigu de bronchiolite du nourrisson ?

1.6.2 Intérêts visés du travail

Ce projet de recherche aborde un réel problème de santé publique actuel. Le paradoxe existant dans la recommandation de 2019 pose question quant à l'indication de prescription de kinésithérapie pour premier épisode de bronchiolite. Nous souhaitons faire verbaliser les attentes des médecins prescripteurs dans la prise en charge kiné des nourrissons atteints de BAN. Mais le secteur de premier recours comprend également MK et réseaux bronchiolite. Nous souhaitons également relever les pratiques actuelles des MK lors d'une prescription en KR par les médecins libéraux. Nous relevons dès lors la collaboration entre médecins et kinésithérapeutes, acteur du secteur de premier recours, défini par la HAS lors du premier épisode de BAN.

Ainsi, trois objectifs sont identifiés : premièrement les attentes des médecins de la kinésithérapie, puis les pratiques actuelles des kinésithérapeutes et enfin la place du masseur-kinésithérapeute dans le parcours de soins du nourrisson.

2 Méthode

2.1 Choix et justification de la méthodologie de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire et comparative. Nous choisissons la méthode par entretien semi-directif. Le choix de la méthode découle de la problématique. Une méthode par questionnaire aurait pu être envisagée mais celle-ci consiste « à produire des données standardisées sur une très grande population afin d'observer la variation des opinions et des attitudes entre les individus » [40]. De plus les réponses apportées restent relativement brèves [41]. De ce fait, nous avons écarté cette méthode moins appropriée à nos objectifs d'étude. L'étude qualitative « vise à explorer la connaissance d'un phénomène en s'inscrivant dans une logique compréhensive » [42]. L'emploi de l'entretien semi-directif utilise le dialogue entre deux personnes et permet l'écoute, le partage et l'empathie entre le chercheur et son informateur au sein d'une relation de confiance [42]. Ainsi, en utilisant cet outil, nous souhaitons rendre compte de l'expérience et de la vision de l'interlocuteur dans une optique compréhensive [40].

2.2 Population concernée

Nos entretiens se tournent vers une population de la filière ambulatoire comme décrite dans la HAS en 2019 [1]. Notre projet de recherche s'intéresse à la prise en charge ambulatoire du premier épisode de bronchiolite. Ici le critère de validité n'est pas la représentativité de l'échantillon mais la réalisation d'un nombre suffisant d'entretiens pour recueillir des points de vue, des expériences, des représentations et des pratiques différentes vis-à-vis du projet de recherche [40]. Nous avons alors sélectionné des médecins : médecins généralistes et pédiatres libéraux en exercice libéral et recevant en consultation des nourrissons d'âge inférieur à vingt-quatre mois pour un premier épisode aigu de bronchiolite et prescrivant de la kinésithérapie respiratoire. Également nous avons sélectionné des MK en exercice libéral avant 2019 et ayant une expérience en kinésithérapie respiratoire pédiatrique. Notre choix s'étant orienté vers des entretiens en face à face, la population s'est cantonnée au département des Alpes Maritimes. En effet, le lieu de l'entretien peut être source de préoccupation [41]. Nous choisissons un lieu porteur de significations pour nos interlocuteurs et permettant d'instaurer un cadre relationnel avec le professionnel [41].

2.3 Matériel et protocole

La prise de contact avec les médecins s'est effectuée par téléphone à la suite des réponses obtenues à notre questionnaire préliminaire. Les adresses mails n'étant pas à notre disposition. Sur trente répondants, quatre médecins généralistes et neuf pédiatres ont accepté d'être recontacté. Deux médecins généralistes et trois pédiatres correspondaient à nos critères d'inclusions. L'appel téléphonique précisait la thématique et l'objectif de l'étude, les modalités de l'entretien et l'anonymat des réponses. Ainsi nous avons interrogé un médecin généraliste et trois pédiatres. La prise de contact avec les MK s'est effectuée par mail en précisant l'objectif de l'étude, les modalités de l'entretien et l'anonymat des réponses (Cf. Annexe XI). Ainsi, sur neuf mails envoyés nous avons eu le retour de six MK.

La feuille de consentement est présentée le jour de l'entretien. Un temps dédié à la lecture et au consentement formalisé par signature est prévu (Cf. Annexe XII).

Chaque entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone sur téléphone et conservé sur un disque dur externe. Les enregistrements par téléphone ont été supprimés par la suite.

L'entretien semi-directif utilise l'emploi d'un guide afin de dresser la liste des thématiques que nous devons aborder [41, 42]. Ces thématiques émergent de la littérature.

La matrice indique les catégories, sous-catégories et indicateurs à priori définis, qui nous permet d'analyser par la suite nos entretiens. La composition de la matrice est déterminée en fonction des objectifs du projet de recherche en se référant à notre revue de littérature. Le guide d'entretien indique les catégories, sous-catégories, indicateurs et questions de relance afin de guider et faciliter nos entretiens (Cf. Annexe XIII).

2.4 Matrice catégoriel

Tableau 2 Matrice catégoriel

| Catégories | Sous-catégories | Indicateurs |
|--------------------------------------|---|--|
| Habiletés cliniques | Capacités à évaluer | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation • Diagnostic • Suivi • Surveillance • Orientation |
| | Capacités interventionnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Désencombrement VAS • Désencombrement VAI |
| Habiletés Communicationnelles | Capacités pédagogiques | <ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Éducation • Observance • Information • Communication |
| | Capacités collaboratives et coopératives | <ul style="list-style-type: none"> • Information • Communication • Confiance |
| Réponses de santé publique | | <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins • Continuité des soins • Faciliter parcours de soins • Désengorger les urgences • Réseau / permanence de soins |

2.5 Déroulement de l'entretien

Il est précisé en amont, le lieu, la date et la durée de l'entretien. Ces indications permettent à l'interlocuteur de s'exprimer plus facilement lorsqu'il est totalement disponible [41]. Le temps consacré par les médecins à nos entretiens étant très restreint par leur emploi du temps, certaines questions de relances n'ont pas pu être posées. Avant le début de chaque entretien, la feuille de consentement est adressée à chaque professionnel de santé. Une formule de politesse, les présentations le rappel de l'enregistrement de l'entretien et de l'anonymat sont effectués. L'interlocuteur est invité à s'exprimer librement, caractère indispensable l'entretien semi-

directif [42]. Nous évoquons ensuite « la consigne initiale » comme indiqué par Fenneteau [41]. Nous évoquons alors la thématique de la recherche, le contexte de l'étude, la procédure méthodologique afin d'établir un cadre conceptuel [41, 42]. Nous débutons l'entretien par une question inaugurale commune à chaque médecin « *Vous qui prescrivez des séances de kinésithérapie chez un nourrisson pour un premier épisode de bronchiolite, qu'attendez-vous de la prise en charge en kinésithérapie ?* ». Ainsi qu'une autre commune à chaque MK « *Vous qui recevez en séance des nourrissons pour un premier épisode de bronchiolite, j'aimerais savoir comment se passe votre prise en charge ?* ». Des questions de relances, les mêmes pour chaque professionnel de santé, sont prévues afin de recentrer le discours de chaque locuteurs sur les thématiques à aborder.

2.6 Méthodologie de l'analyse de contenu

L'analyse de contenu selon L. Bardin est « un ensemble de techniques d'analyse de communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception de ces messages » [43]. En d'autres termes, l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse à toutes formes de communication [43]. L'analyse de contenu a deux fonctions : une fonction « heuristique » ou exploratoire et une fonction « d'administration par la preuve » ou formulations d'hypothèses [43].

2.7 Retranscription

L'analyse débute par une retranscription de chaque discours. Les médecins interrogés sont représentés par la lettre « M », les MK par la lettre « K » et l'interviewer par la lettre « I ». Chaque ligne du discours est numérotée. Cette retranscription nous permet par la suite une lecture flottante de chaque discours afin de nous en imprégner puis de procéder à l'analyse des dix corpus. Les formules de politesses employées lors de chaque entretien n'ont pas été retranscrites mais sont disponibles en annexe (Cf. Annexe XIV).

2.8 Analyse catégorielle

Comme l'indique L. Bardin, cette analyse prend en considération la totalité du texte permettant la classification des éléments de significations d'un message : « elle fonctionne par opérations de découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques » [44]. À l'aide de notre matrice catégorielle, nous classons les verbatims, unités de sens du discours de l'interlocuteur, dans les catégories correspondantes, à l'aide d'un code couleur. Nous observons alors la présence ou l'absence des verbatims coïncidant à nos catégories préétablies. Pour chaque verbatim relevé, nous mettons à côté un « (+) » ou un « (-) » indiquant

une verbatim positive, en cohérence avec la matrice ou une verbatim négative ne correspondant pas au sens de la matrice préétablie à l'aide de la littérature.

2.9 Analyse fréquentielle

Selon L. Bardin « dans l'analyse quantitative ce qui sert d'information est la fréquence d'apparition de certaines caractéristiques de contenu » [45]. Ici nous classons les verbatims, qui dès lors, prennent le nom d'occurrences, unités comparable du discours, afin d'observer la répartition du discours de chaque professionnel en fonction de notre classement préalable. Nous relevons également le nombre d'occurrences positives et négatives de chaque discours. Ces résultats sont inscrits dans un tableau et se reportent sous forme d'histogramme, exprimés en pourcentage.

2.10 Analyse lexicale

Pour chacun de nos verbatims, nous relevons le vocabulaire employé par les médecins ainsi que par les MK dans chaque sous-catégorie. Le vocabulaire obtenu est classé selon la matrice préétablie et permet d'obtenir l'expression de l'attente des médecins ainsi que des pratiques des MK dans la prise en charge de la bronchiolite et *in fine* de les comparer. Dans cette analyse, L. Bardin indique qu'il est possible de classer les unités de vocabulaire suivants des mots « pleins », qui correspondent à des mots porteurs de sens [46].

3 Résultats

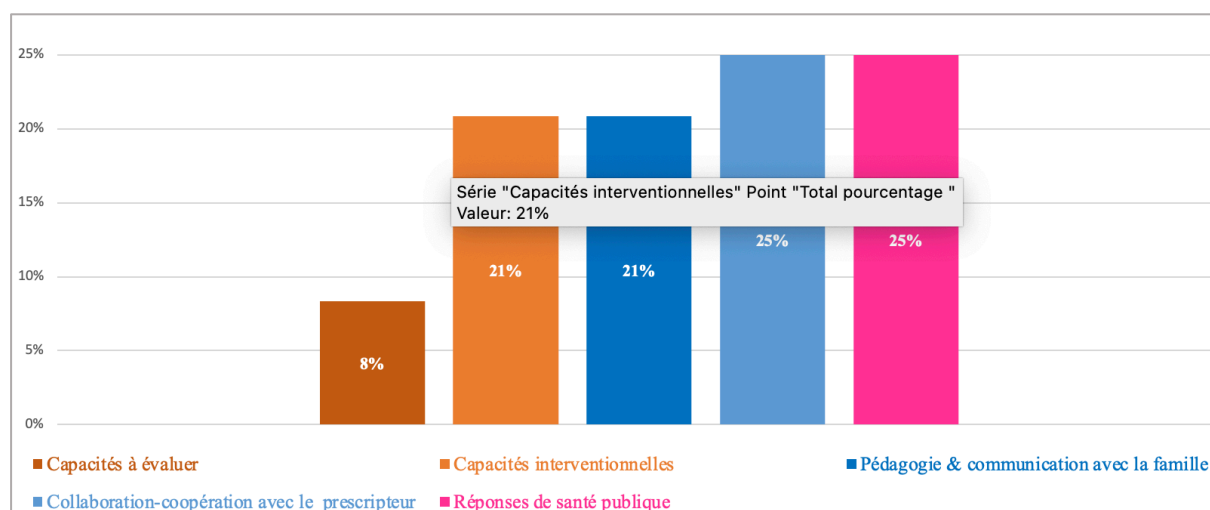
3.1 Entretien N° 1

3.1.1 Résultats bruts

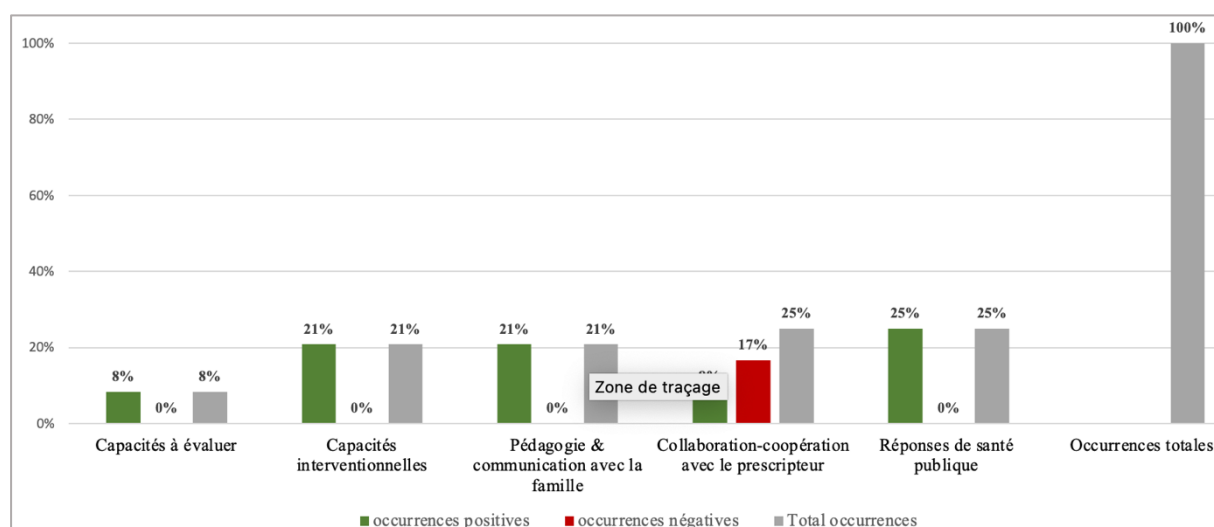
Cet entretien se déroule le 5 décembre 2023 au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes Maritimes. Le médecin généraliste est diplômé en France et exerce depuis plusieurs années dans son cabinet libéral. L'entretien est relativement court. Il dure dix minutes et vingt-quatre secondes. Il y a un total de quatre-vingt-quinze lignes. Le contexte et les formules de politesses n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et quinze relances ont été posés à l'interlocuteur. Vingt-six verbatims sont relevés. La retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 3 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 1

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|----------------------|--|---|---|--|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L24-25 (+), L71 (+), | L3-4 (+), L4-5 (+), L8-11 (+)(-), L12-13 (+), L81-82 (+) | L5 (+), L18 (+), L30 (+), L43-46 (+), L91 (+) | L11-12 (+), L26-27 (+), L50-51 (-), L53-55 (-), L57 (-), L61-63 (-) | L4 (+), L40 (+), L67-68 (+), L72-73 (+), L75 (+), L87-94 (+) |



Graphique 1 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 1



Graphique 2 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 1

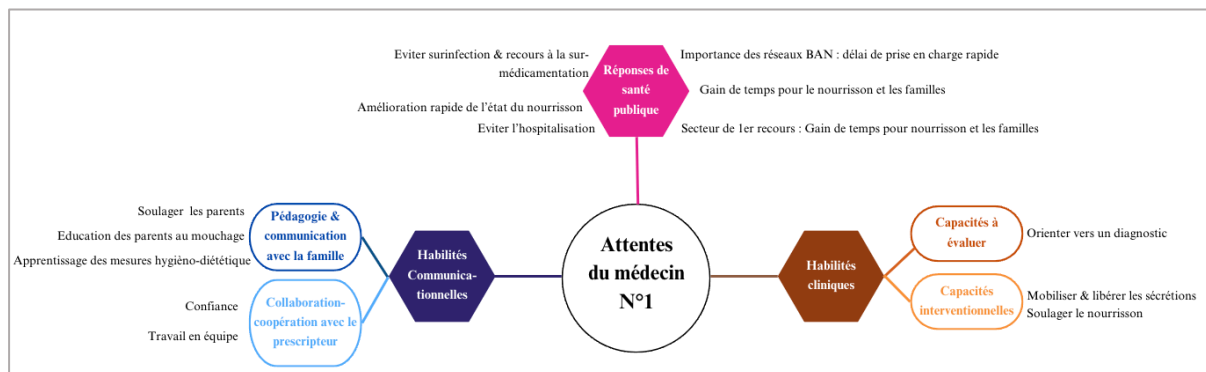


Figure 3 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 1

3.1.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le médecin N° 1 insiste de façon plus importante sur cette deuxième sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 24 %, tandis que les capacités à évaluer ne représentent que 8 % du discours du médecin. Ici les attentes du médecin à propos de la kinésithérapie s'attardent prioritairement sur les techniques de KR : « *le nourrisson soit libéré de ces sécrétions* » (L3-4), « *pour le soulager* » (L4, L81-82), « *mobiliser les sécrétions* » (L9, L12).

La catégorie « habiletés communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès de la famille du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Ici, la première sous-catégorie représente 20 % et la deuxième 24 % de la totalité du discours. Le médecin exprime des attentes sur la communication du kinésithérapeute avec la famille du patient : « *soulager les parents* » (L5), « *les kinés peuvent apprendre à mieux respirer, à mieux se moucher, peut-être aux parents* » (L18-19), « *Pour rassurer les parents* » (L30), « *Une éducation des parents de manière que la fois d'après ils aient la conduite à tenir* » (L43, L91). Le médecin a également des attentes sur la communication du kinésithérapeute avec lui-même : « *la confiance* » (L11-12), « *le travail en équipe* » (L26-27). Sur cette dernière, nous relevons la présence de 16 % d'occurrences négatives. En effet, dans son discours le médecin dit avoir perdu son réseau de confiance de MK : « *les personnes que je connaissais sont pour la plupart partis à la retraite, je n'ai plus ce même réseau* » (L53-54). Il affirme qu'il ne sent pas suffisamment renseigné sur les réseaux bronchiolite et sur leurs rôles : « *On n'est pas très au courant de ces réseaux* » (L61), « *Il y a un manque d'information sur ces réseaux et de leurs rôles* » (L63). De plus, le médecin évoque le peu de retour actuel de la part des MK : « *À l'époque il y avait des retours* » (L57).

Enfin, la troisième catégorie est représentée à 24 %. Ici, le médecin exprime ses attentes à l'égard du MK, des réseaux et du secteur de premier recours dans leurs participations au système de soins par leurs rôles en santé publique, comme présentés sur la figure N° 3.

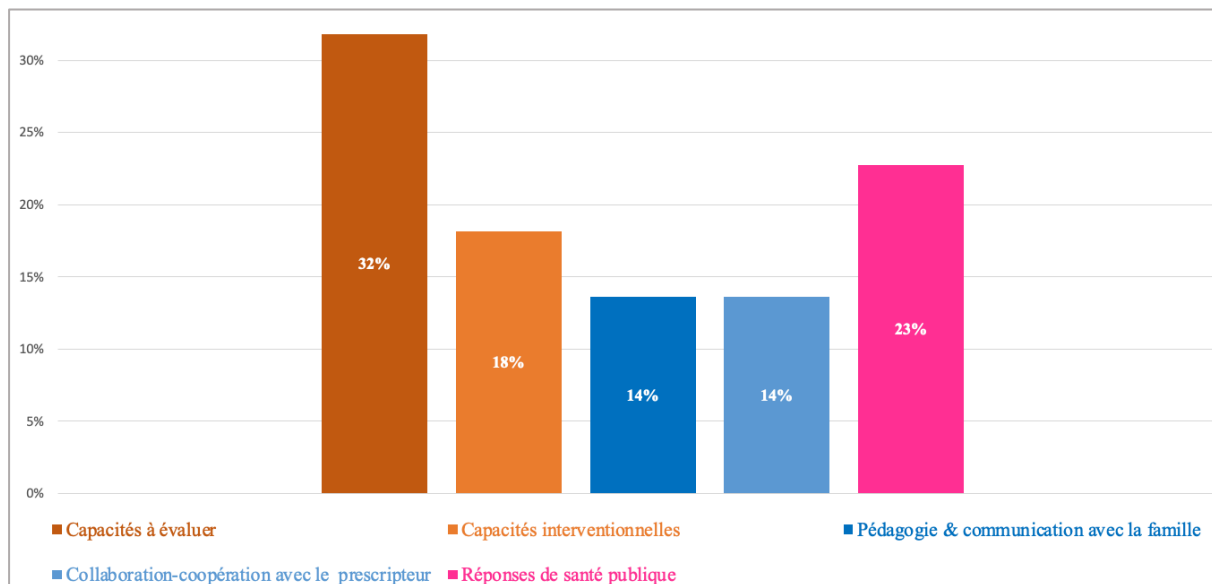
3.2 Entretien N° 2

3.2.1 Résultats bruts

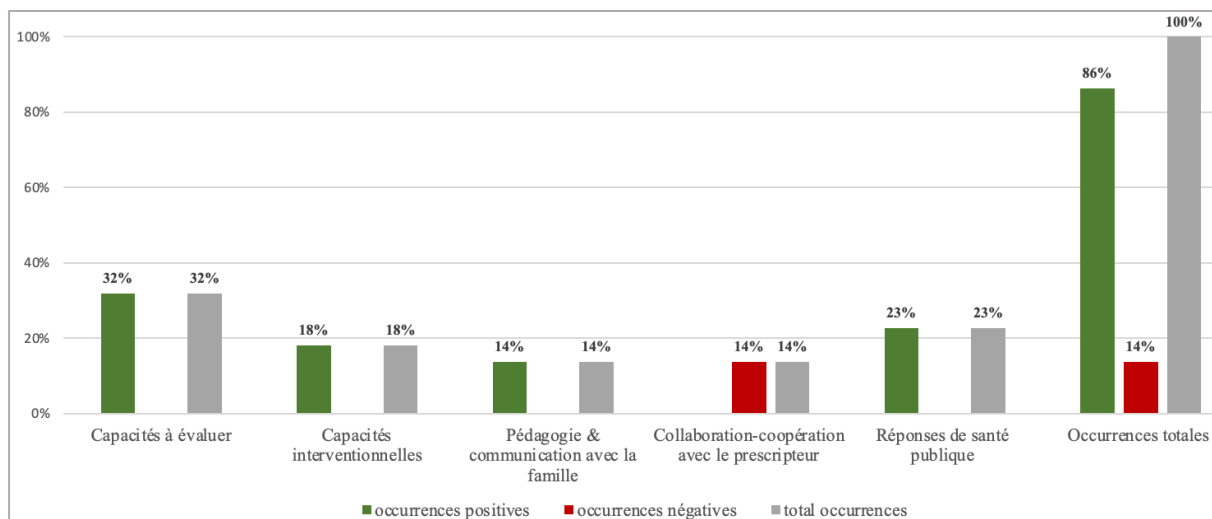
Cet entretien se déroule le 30 novembre 2023 au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes. Le pédiatre est diplômé en France, a travaillé pendant plusieurs années dans deux hôpitaux dans les Alpes Maritimes, mais exerce en cabinet libéral depuis moins de deux ans. L'entretien se passe dans le temps initialement prévu. Il dure vingt minutes et quarante secondes. Il y a un total de deux-cent vingt-quatre lignes. Le contexte et les formules de politesses n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-et-une relances ont été posées à l'interlocuteur. Vingt-deux verbatims sont relevés. Les lignes cent-soixante-sept à deux-cent vingt-et-un ne seront pas analysées dans le cadre de notre projet de recherche. La retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 4 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 2

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|--|---|--|--|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L6-7 (+), L7-8 (+), L25-28 (+), L52-57 (+), L109-110 (+), L127 (+), L130-135 (+) | L3-5 (+), L7 (+), L15-17 (+), L128 (+) | L37-38 (+), L47-49 (+), L52 (+) | L92-94 (-), L98-99 (-), L146-148 (-) | L59-61 (+), L83-86 (+), L89-90 (+), L128-129 (+), L153-160 (+) |



Graphique 3 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 2



Graphique 4 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 2

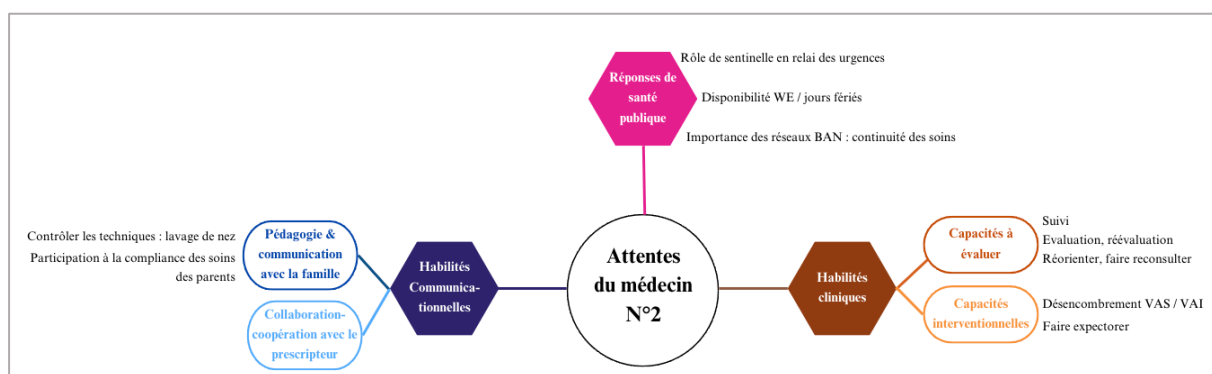


Figure 4 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 2

3.2.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le médecin N° 2 insiste de façon plus importante sur la première sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 32 %, tandis que les capacités à intervenir ne représentent que 18 %

du discours du médecin. Ici les attentes du médecin à propos de la kinésithérapie s'attardent prioritairement sur l'évaluation du nourrisson : « *c'est aussi malgré tout un œil de personnel de santé qui peut réévaluer l'enfant* » (L6, L8, L57), « *faire reconsulter en fonction de l'aggravation* » (L7, L53, L55, 1132-133, L135), « *je leur demande en fait effectivement de faire l'évaluation et d'aider autant que nécessaire* » (L25-26), « *La kiné c'est un œil objectif* » (L109), « *c'est une aide au suivi* » (L127-128). Aussi, le médecin attend du MK un désencombrement des VAS, un désencombrement des VAI et l'expectoration du nourrisson : « *d'aider à dégager un peu ses bronches, à faire cracher aussi* » (L5, L16-17) , « *c'est vraiment le désencombrement* » (L7), « *aide à l'expectoration* » (L128).

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Ici, les deux sous-catégories représentent 14 % de la totalité du discours. Le médecin exprime des attentes sur la communication du kinésithérapeute avec la famille du patient : « *Revérifier s'ils font correctement les choses* » (L47-48), « *les conseils à la famille* », (L52). Nous relevons que le pourcentage d'expression de la sous-catégorie « *communication avec le prescripteur* » n'est en réalité exprimée que par des occurrences négatives. Le médecin indique ne pas avoir de lien avec le MK choisi par la famille et qu'il n'y a pas de retour de sa part : « *pour la bronchiolite j'ai pas eu trop de retour en tout cas pas négatif ni spécialement positif* » (L98-99). Aussi, le médecin affirme ne pas bien connaître de réseau de MK : « *j'ai justement pas vraiment un réseau de, de kiné que je connais bien, je sais pas chez qui ils vont aller, je sais pas s'ils vont aller chez vraiment un kiné qui a l'habitude de ça ou pas* » (L146-148).

Enfin, la troisième catégorie est représentée à 23 %. Ici, le médecin exprime ses attentes, à l'égard du MK et des réseaux, dans leurs participations au système de soins, notamment par leurs rôles en santé publique comme représenté sur la figure N° 4.

3.3 Entretien N° 3

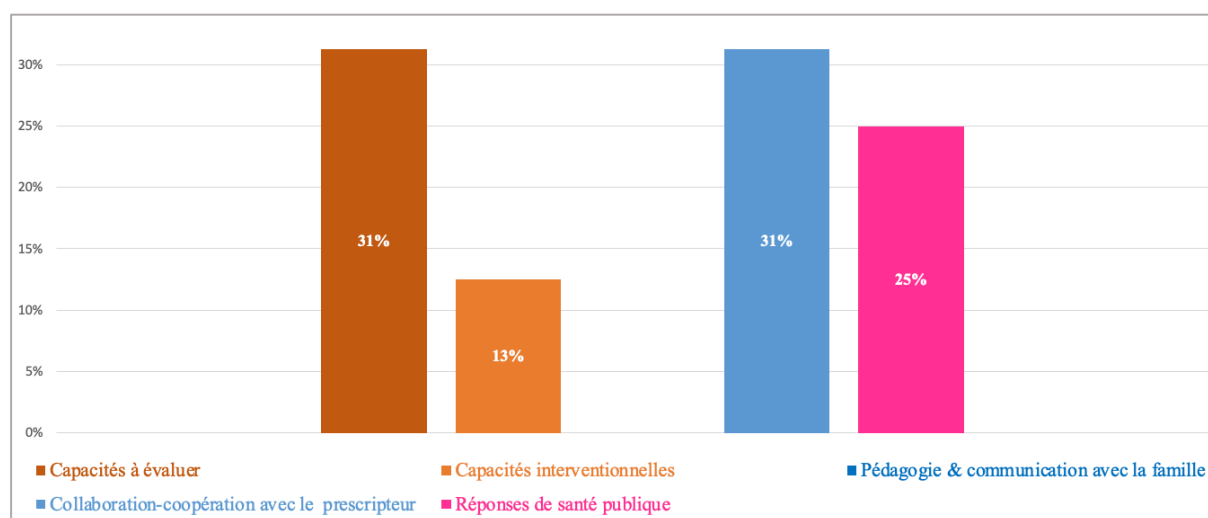
3.3.1 Résultat bruts

Cet entretien se déroule le 28 novembre 2023 au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes. Le pédiatre est diplômé en France et exerce depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien se déroule dans le temps initialement prévu. Il dure vingt minutes et treize secondes. Il y a un total de deux-cent quarante-six lignes. Le contexte et les formules de politesses n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et dix-

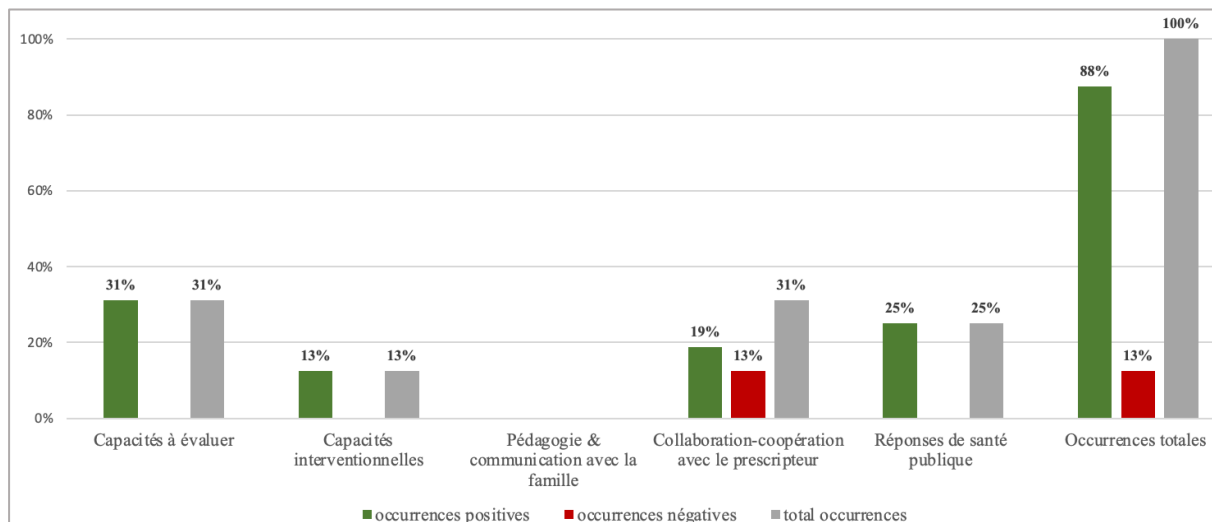
huit relances ont été posées à l'interlocuteur. Seize verbatims sont relevés. Le retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 5 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 3

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|---|------------------------------|---|---|--|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L29-37 (+), L60-61 (+), L74-76 (+), L88-89 (+), L91-93 (+), | L18-19 (+), L28-29 (+) | | L87-88 (+) (-), L89-90 (+), L95-97 (+) (-), | L115-118 (+), L121-123 (+), L149-153 (+), L174-177 (+), |



Graphique 5 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 3



Graphique 6 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 3

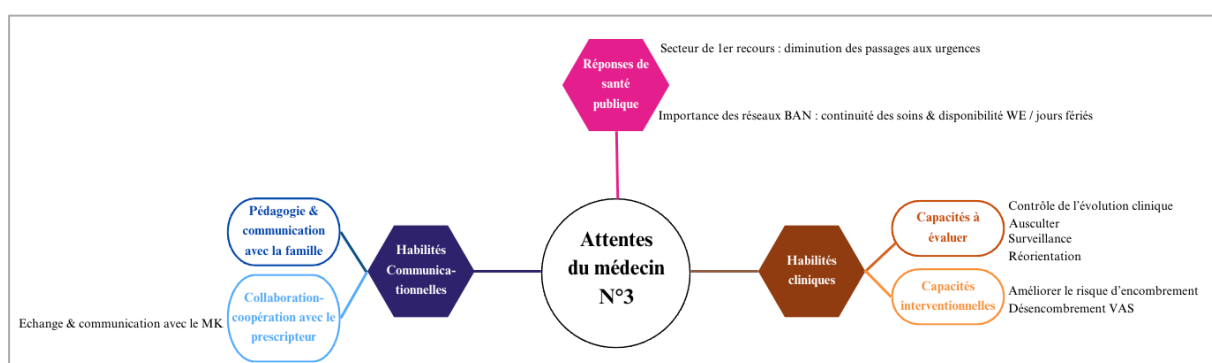


Figure 5 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 3

3.3.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habilités cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le médecin N° 3 insiste de façon plus importante sur la première sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 31 %, tandis que les capacités à intervenir ne représentent que 13 % du discours du médecin. Ici les attentes du médecin à propos de la kinésithérapie s'attardent prioritairement sur l'évaluation du nourrisson : « *il peut surveiller l'évolution de la première semaine* » (L29-30, L89), « *on peut pas voir l'enfant tous les jours et tout, donc le but ça nous rassure aussi qui est quelqu'un paramédical qui surveille* » (L34-35), « *il ausculte* » (L75), « *ça fait partie de la surveillance* » (L75-76), « *il renvoie l'enfant* » (L93). Le médecin attend également du MK l'amélioration du risque d'encombrement du nourrisson et la réalisation du lavage de nez.

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités de pédagogie auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Nous relevons que cette première sous-catégorie n'apparaît pas dans le discours du médecin N° 3. La deuxième sous-catégorie représente 31 % de la totalité du discours, dont 13 % sont des

occurrences négatives. Le médecin souhaite l'échange et la communication avec le MK, mais indique que ce n'est pas une obligation de la part du MK tant qu'il n'y a pas de signes de gravité : « *ce n'est pas une nécessité* » (L88), « *il n'est pas obligé de m'appeler* » (L97).

Enfin, la troisième catégorie « les réponses en santé publique » est représentée à 25 %. Ici, le médecin exprime ses attentes à propos du MK et des réseaux dans leurs participations au système de soins par leurs rôles en santé publique, comme présenté sur la figure N° 5.

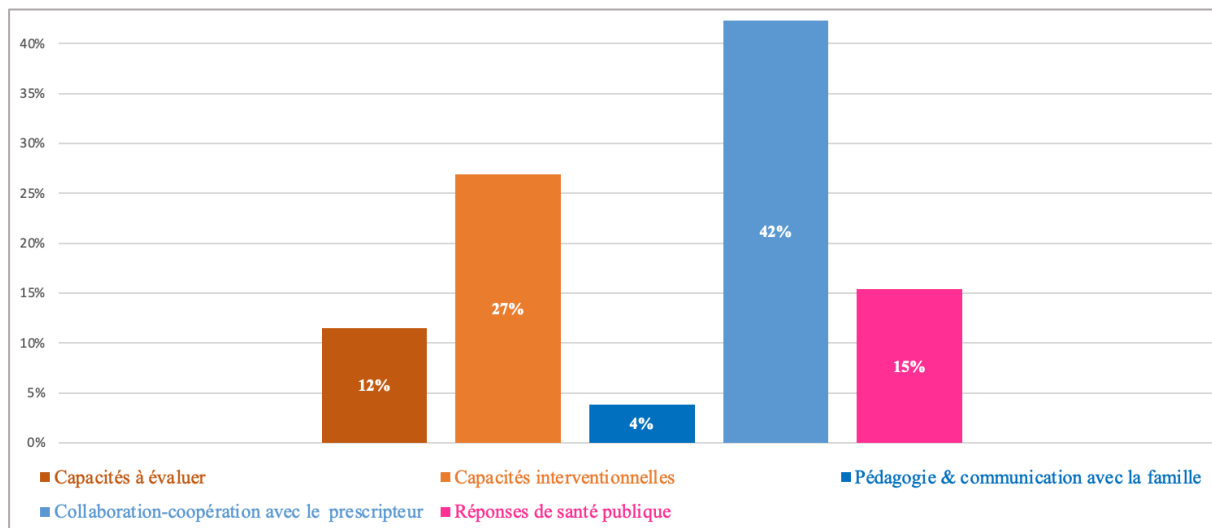
3.4 Entretien N° 4

3.4.1 Résultats bruts

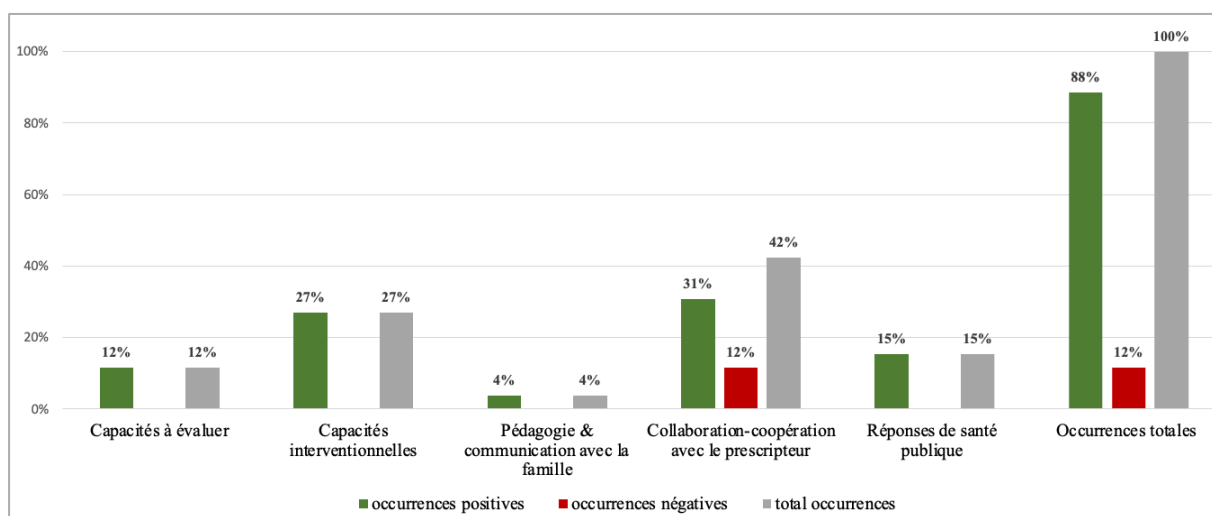
Cet entretien se déroule le 15 décembre 2023 au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes Maritimes. Le pédiatre est diplômé en France et exerce depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse légèrement le temps initialement prévu. Il dure vingt-et-une minutes et trente-quatre secondes. Il y a un total de deux-cent dix-huit lignes. Le contexte et les formules de politesses n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-huit relances ont été posées à l'interlocuteur. Vingt-six verbatims sont relevés. Le retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 6 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 4

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|-------------------------------------|---|---|--|---|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L8-9 (+), L33-34 (+), L153-154 (+), | L5-7 (+), L36-37 (+), L44-47 (+), L56-60 (+), L102 (+), L173-174 (+), L195-197 (+), | L105-106 (+), | L9-10 (+), L123-124 (+), L126 (+), L128-131 (+), L133 (+), L150-152 (+) (-), L154-158 (+) (-), L159-164 (+) (-), | L78-80 (+), L91 (+), L98-99 (+), L147 (+) |



Graphique 7 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 4



Graphique 8 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 4

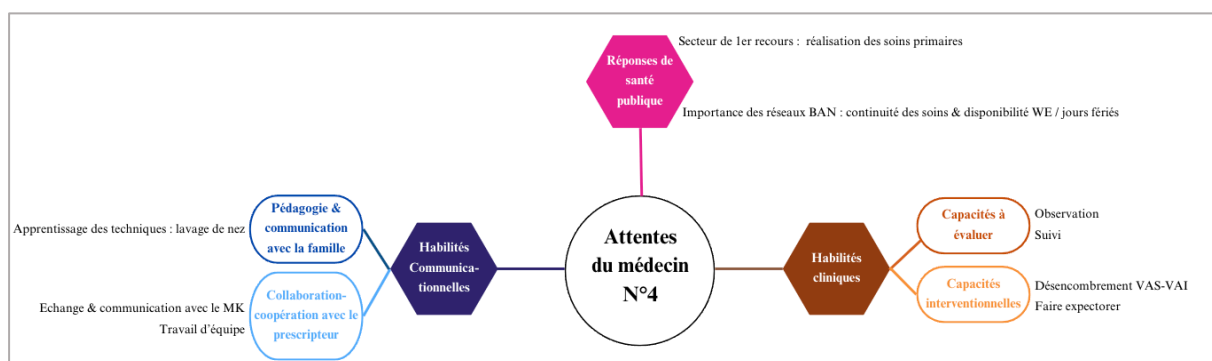


Figure 6 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 4

3.4.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le médecin N° 4 insiste de façon plus importante sur la deuxième sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 27 %, tandis que les capacités d'évaluations ne représentent que 12 % du discours du médecin. Ici les attentes du médecin en kinésithérapie s'attardent

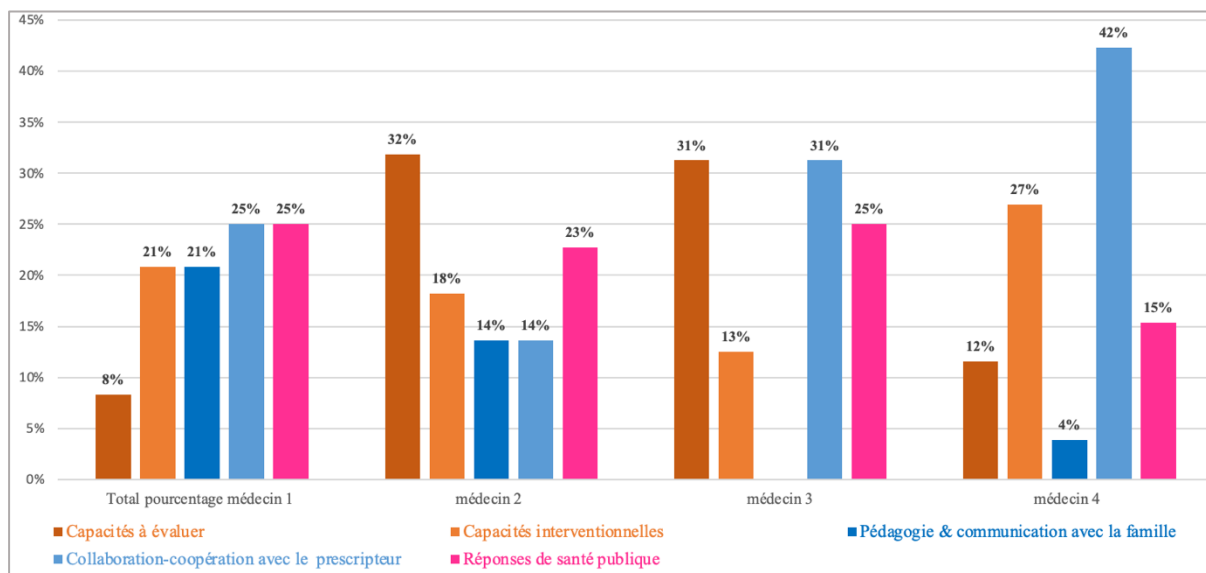
prioritairement sur les techniques de KR : « *il y a marqué donc accélération du flux expi et heu désencombrement rhino-pharyngés* » (L36-37), « *d'accompagner l'enfant dans l'expectoration, après qu'on le fasse tousser oui* » (L46-47), « *d'arriver à faire expectorer l'enfant de faire remonter les glaires* » (L56, L102), « *le désencombrement rhino-pharyngé fait partie de l'acte aussi* » (L57-58). Ses attentes dans l'évaluation du nourrisson sont l'observation et le suivi du nourrisson.

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie n'est que très peu abordée par le médecin, 4 %. Il attend surtout du MK qu'il apprenne le lavage de nez aux familles : « *si on leur apprenait en leur montrant que c'est pas si agressif que ça je pense que ça rendrait service* » (L105-106). La deuxième sous-catégorie représente 42 % de la totalité du discours dont 12 % sont des occurrences négatives. Le médecin souhaite l'échange, la communication avec le MK et le travail en équipe, mais indique que ce n'est pas une obligation de la part du MK. Le médecin indique ne pas avoir le retour du réseau bronchiolite : « *Non, j'ai jamais eu de retour réseau* » (L162), sauf si le médecin adresse les familles vers un MK qui fait parti de ce réseau : « *Ou bien le kiné à qui j'adresse en fait partie, et dans ce cas-là j'ai le retour le réseau, mais pas le retour du réseau lui-même seul* » (L162-164).

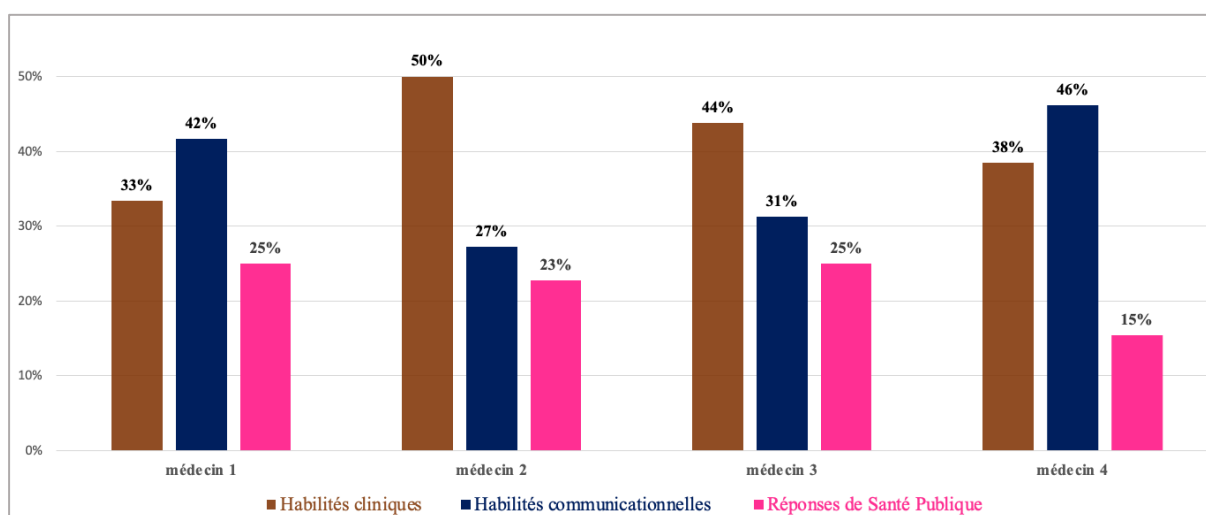
Enfin, la troisième catégorie est représentée à 15 %. Ici, le médecin exprime ses attentes à l'égard des réseaux bronchiolite et du secteur de premier recours dans leurs participations au système de soins par leurs rôles en santé publique, comme représenté sur la figure N°6.

3.5 Analyse totale des médecins

3.5.1 Résultats bruts



Graphique 9 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des médecins



Graphique 10 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des médecins

3.5.2 Analyse des résultats

Nous remarquons une répartition similaire des attentes exprimées par les médecins N° 1 et N° 4 : 32 % d'attentes en habilités cliniques du kinésithérapeute pour le médecin N° 1 contre 38 % pour le médecin N° 2, 44 % d'attentes en habilités communicationnelles du kinésithérapeute pour le médecin N° 1 contre 46 % pour le médecin N° 2. La répartition des deux premières catégories semble être également similaire chez le médecin N° 2 et 3 : 50 % d'attentes en habilités cliniques du kinésithérapeute pour le médecin N° 1 contre 44 % pour le médecin N° 2, 27 % d'attentes en habilités communicationnelles du kinésithérapeute pour le médecin N° 1 contre 31 % pour le médecin N° 2. La répartition de la catégorie « missions de santé publique » est similaire pour les quatre médecins : 24 %, 23 %, 25 % et plus faiblement pour le médecin

4, 15 %. Ainsi, la première catégorie est plus exprimée par le médecin N°2 et 3, la deuxième catégorie est plus exprimée par le médecin N° 2 et 4 et la troisième catégorie est la moins exprimée par les quatre médecins.

À l'intérieur des deux premières catégories, on remarque que la capacité d'évaluation du kinésithérapeute est la plus fortement exprimée par le médecin N° 2 et 3 : 32 % et 31 %, comparée au médecin N° 1 et 4 : 8 % et 12 %. Cette observation se retrouve également pour les capacités interventionnelles, exprimées par le médecin N° 1 et 4 : 24 % et 27 % comparativement au médecin N° 2 et 3 : 18 % et 13 %. Les attentes des médecins dans les capacités à communiquer auprès des familles sont abordées par les médecins N° 1 et 2 : 20 % et 14 %. Cette attente est très faiblement abordée par le médecin N°4 (4 %) et pas du tout abordée par le médecin N° 3. Les quatre médecins nous parlent de leurs attentes autour de la communication des kinésithérapeutes avec le médecin prescripteur, exprimée de façon plus importante pour le médecin N° 4 : 24 %, 14 % 31 % et 42 %.

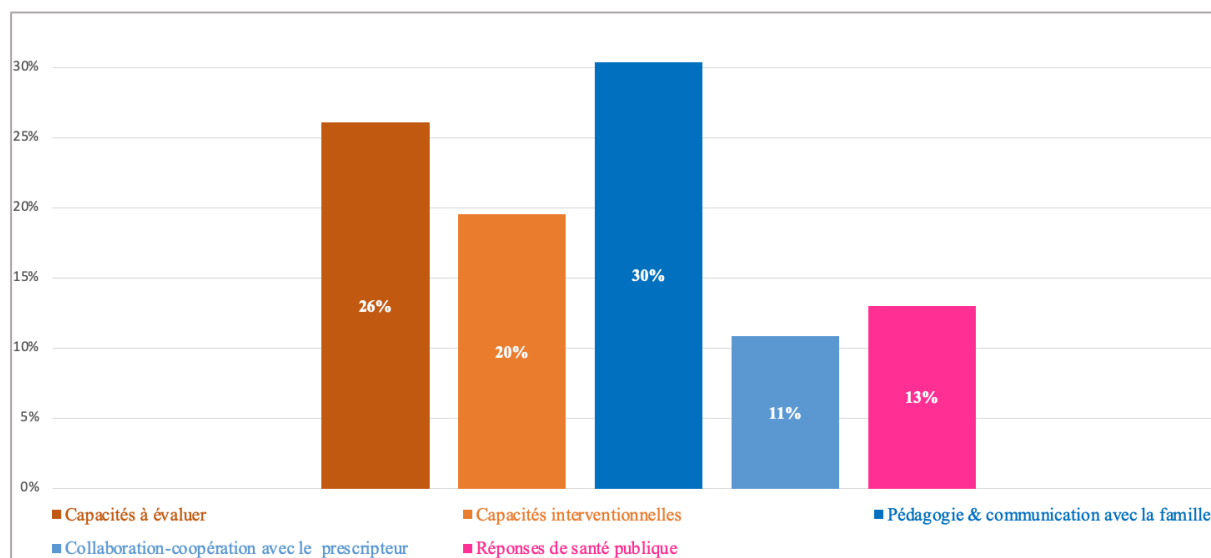
3.6 Entretien N° 5

3.6.1 Résultats bruts

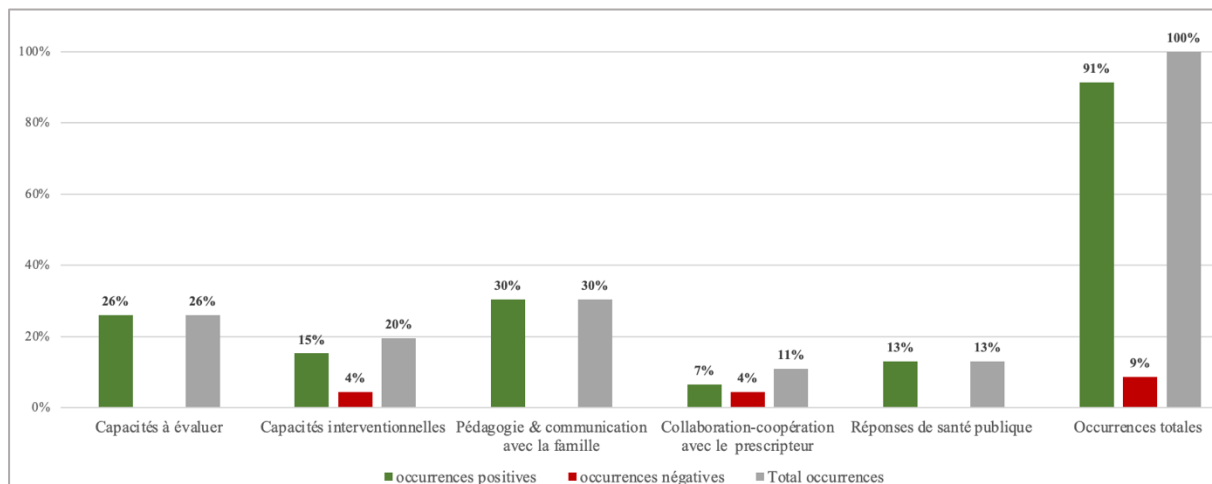
Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 24 novembre 2023. Le MK est diplômé en France et travaille depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure vingt-cinq minutes et quarante-huit secondes. Il y a un total de deux cents soixante-quatre lignes. Le contexte et les formules de politesses n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-six relances ont été posées à l'interlocuteur. Quarante-six verbatims sont relevés. La retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 7 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 5

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|---|---|---|---|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L4-6 (+), L10 (+), L49-55 (+), L59-62 (+), L66-67 (+), L83-84 (+), L118 (+), L161-163 (+), L168-169 (+), L176-178 (+), L220 (+), L225-229 (+), | L7 (+), L11 (+), L12-13 (+), L28-29 (+), L62-64 (+), L67-68 (+), L224-225 (+), L241-242 (-), L245-246 (-) | L7-9 (+), L10-11 (+), L12 (+), L13-19 (+), L22-24 (+), L31-32 (+), L42-44 (+), L46-47 (+), L156-158 (+), L163-165 (+), L203-205 (+), L221 (+), L242-243 (+), L251-252 (+) | L71-73 (+), L77-82 (+) (-), L84-85 (-), L87-92 (+), | L110-117 (+), L123 (+), L132-137 (+), L149-150 (+), L152-155 (+), L165-168 (+), |



Graphique 11 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 5



Graphique 12 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 5

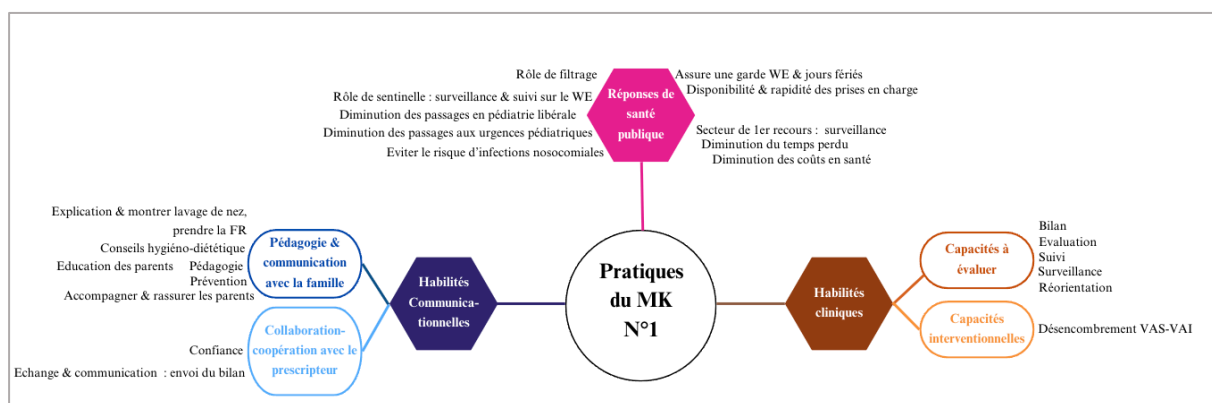


Figure 7 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 5

3.6.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N° 1 insiste de façon plus importante sur la première sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 26 %. Ici, il s'attarde prioritairement sur l'évaluation du nourrisson. Les actes interventionnels représentent 20 % du discours, mais nous notons la présence de 4 % d'occurrences négatives. En effet le MK réalise le drainage rhino-pharyngé et le désencombrement des VAI. Mais il exprime également que le drainage des VAI n'est pas systématique et nécessaire pour tous les nourrissons : « *ça nous permet de, de de répondre aux attentes du parents tout en lui expliquant que par la suite, le drainage n'est pas forcément nécessaire* » (L 245).

La catégorie « habiletés communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie est la plus fortement exprimée de toute, 30 %. La deuxième sous-catégorie représente 11 % de la totalité du discours dont 4 % sont des occurrences négatives. Le MK ressent la confiance des médecins à son égard et échange, communique avec le médecin

prescripteur. Malgré ces intentions, le MK précise que les échanges ne sont pas fréquents : « *on est à la fois très en lien et en même temps on communique peu* » (L77-78), « *on ne se téléphone pas souvent mais on passe par patient interposé* » (L84-85).

Enfin, la troisième catégorie est représentée à 13 %. Ici, le MK exprime ce qu'il apporte au système de soins pendant les périodes épidémiques de bronchiolite, comme représenté sur la figure N° 7. Il indique ce qu'apportent les réseaux bronchiolite et le secteur de premier recours.

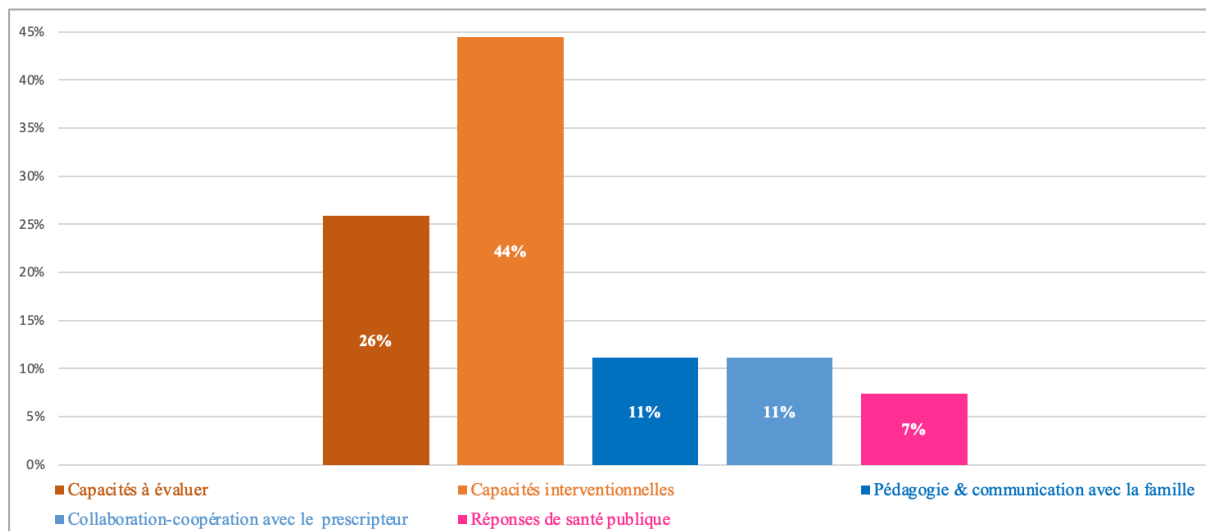
3.7 Entretien N° 6

3.7.1 Résultats bruts

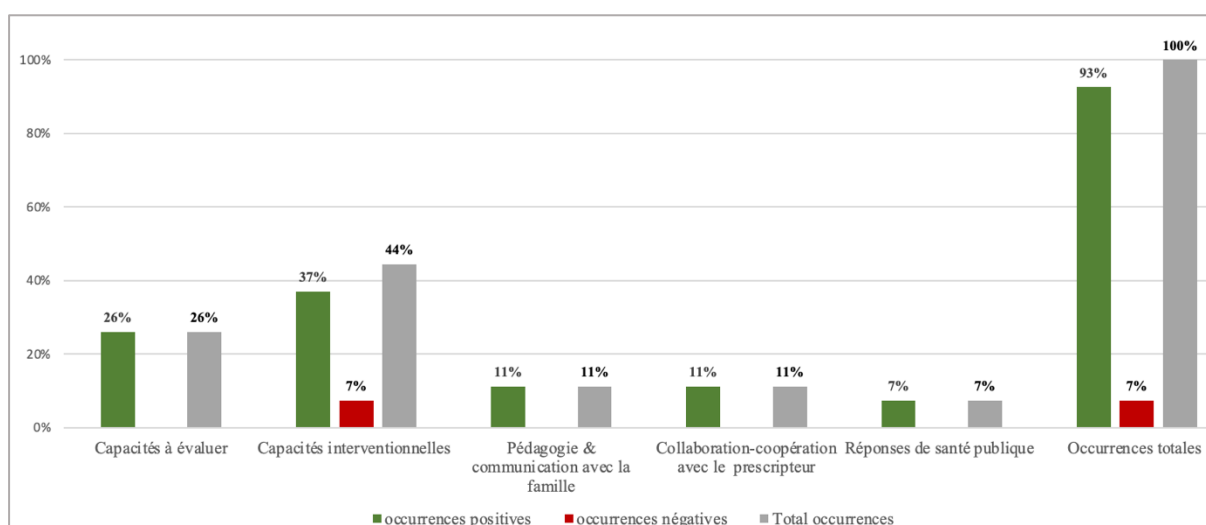
Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 27 novembre 2023. Le MK2 est diplômé en France et travaille depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure vingt-huit minutes et treize secondes. Il y a un total de trois cent soixante-cinq lignes. Le contexte et la formule de remerciement n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et trente relances ont été posées à l'interlocuteur. Vingt-sept verbatims sont relevés. Le retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV

Tableau 8 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 6

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|---|---|---|--|--------------------------------|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L25-26 (+), L31-32 (+), L33-37 (+), L40-41 (+), L50-53 (+), L64 (+), L270-271 (+), | L18-20 (+), L26-27 (+), L30 (+), L33 (+), L39-40 (+), L44-45 (+) (-), L55-57 (+) (-), L117 (+), L283-285 (+), L292 (+), | L62-64 (+), L66-68 (+), L70-73 (+), | L212-216 (+), L220-223 (+), L258 (+), | L197-198 (+), L202-203 (+), |



Graphique 13 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 6



Graphique 14 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 6

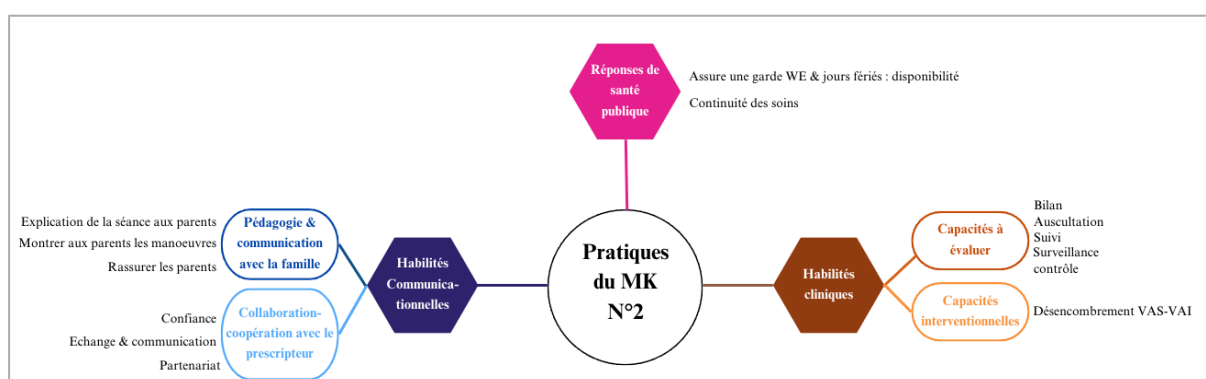


Figure 8 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 6

3.7.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habilités cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N° 2 insiste de façon plus importante sur la première sous-catégorie. Celle-ci est représentée à 44 %, tandis que les capacités à intervenir représentent 26 % du

discours du MK. Ici le MK s'attarde prioritairement sur ses actes en KR, notamment au désencombrement des VAS et des VAI. Cependant cette sous-catégorie présente 7 % d'occurrences négatives. En effet, le MK indique que le désencombrement des VAI n'est pas systématique : « *le drainage n'est pas systématique* » (L44), « *si on voit qu'y a rien qui monte, qui, on insiste pas du tout* » (L56-57).

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Ces deux sous-catégories représentent 11 % du discours.

Enfin, la troisième catégorie est représentée à 7 %. Ici, le MK exprime ce qu'apportent les réseaux bronchiolite au système de soins durant les périodes épidémiques comme représenté sur la figure N° 8.

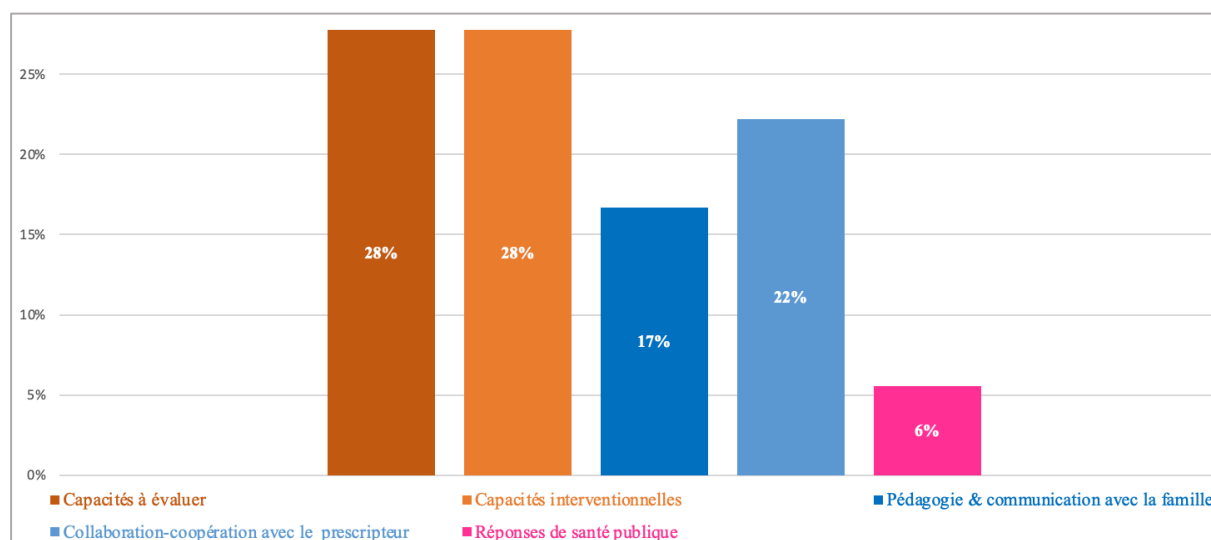
3.8 Entretien N° 7

3.8.1 Résultats bruts

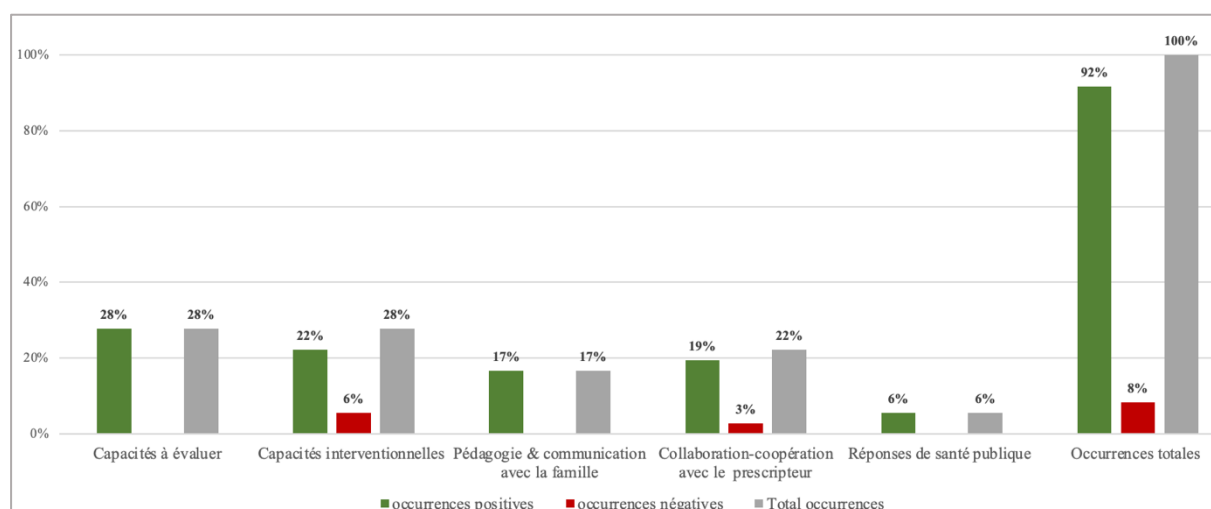
Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 6 décembre 2023. Le MK3 est diplômé en France et travaille depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure cinquante-et-une minute et quarante-trois secondes. Il y a un total de sept cent trente-six lignes. Le contexte et la formule de remerciement n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-six relances ont été posées à l'interlocuteur. Trente-six verbatims sont relevés. La retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 9 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 7

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|---|---|--|----------------------------|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L77 (+), L155-156 (+), L177-178 (+), L231-236 (+), L240-241 (+), L295-296 (+), L369-371 (+), L381 (+), L389-398 (+), L402-407 (+), | L174-176 (-), L189 (+), L249 (+), L283-284 (+), L289 (+), L344-345 (+), L359-364 (+), L371-374 (+) (-), L407 (+), | L176-177 (+), L262-263 (+), L294-295 (+), L326-328 (+), L445-446 (+), L719-720 (+), | L48 (+), L411-412 (+), L420-422 (+), L611-613 (+), L619-625 (+) (-), L630-632 (+), L701-702 (+), | L538 (+), L665 (+), |



Graphique 15 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 7



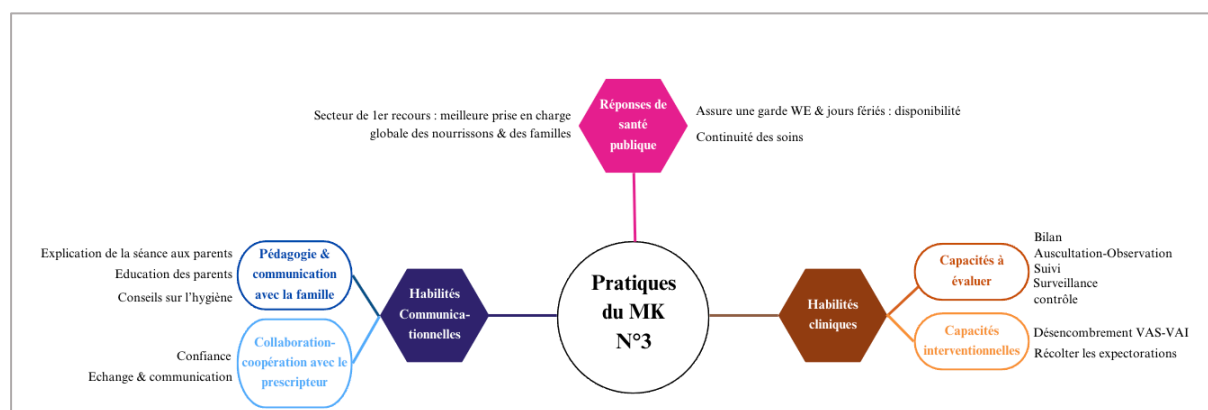


Figure 9 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 7

3.8.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habilités cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N° 3 aborde autant les deux sous-catégories, soit 28 % du discours total. Mais la deuxième sous-catégorie présente 6 % d'occurrences négatives. En effet, le MK explique que selon la phase de la bronchiolite, il n'y a pas à réaliser de façon systématique un désencombrement des VAI : « *sur des problèmes purement inflammatoires, euh c'est plus compliqué pour nous, il y a il y a pas à désencombrer* » (L174-175), « *j'ai la preuve qu'en commençant par le nez, par la gorge parfois et très souvent t'as pas besoin y a rien dans les bronches* » (L373-374).

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie représente 17 % du discours. La deuxième sous-catégorie représente 22 % de la totalité du discours. Le MK ressent la confiance des médecins à son égard et échange, communique avec le médecin prescripteur. Mais nous notons la présence de 3 % d'occurrences négatives, où le MK précise que la relation avec le prescripteur est souvent à sens unique (MK vers médecin) et que cela limite les échanges au sujet des nourrissons vus en séance : « *mais quand t'avais pas plus de retour que ça, puisque c'est un retour à sens unique c'est à dire que le kiné envoie un médecin et puis derrière il se passe rien bon bah à un moment donné tu dis bon on n'envoie plus* » (L521-523).

Enfin, la troisième catégorie est représentée à 6 %. Ici, le MK exprime ce qu'apportent les réseaux bronchiolite et le secteur de premier recours au système de soins durant les périodes épidémiques comme représentés sur la figure N° 9.

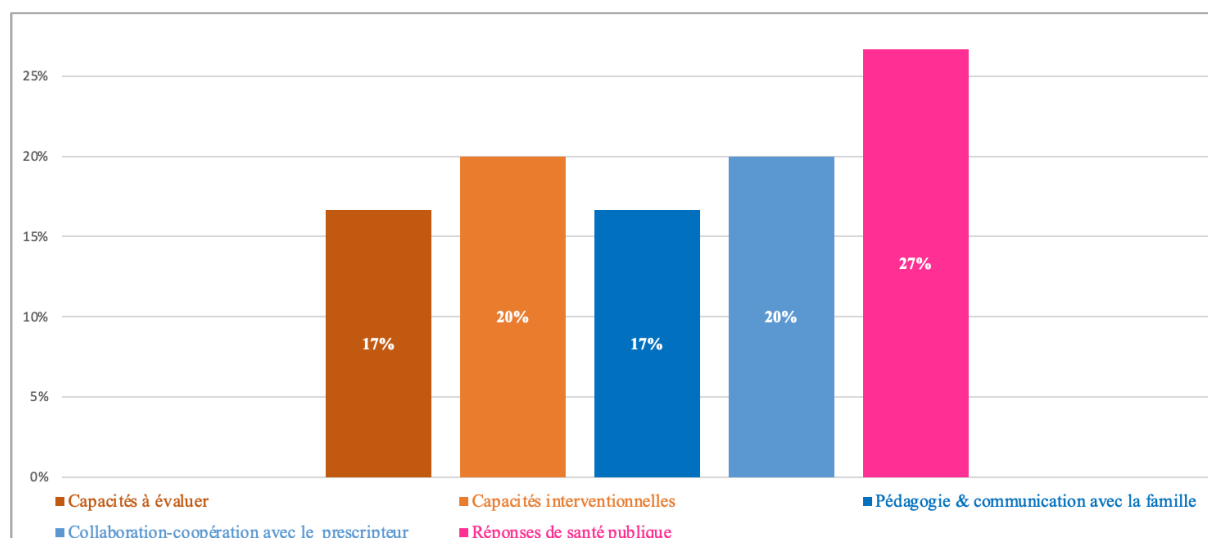
3.9 Entretien N° 8

3.9.1 Résultats bruts

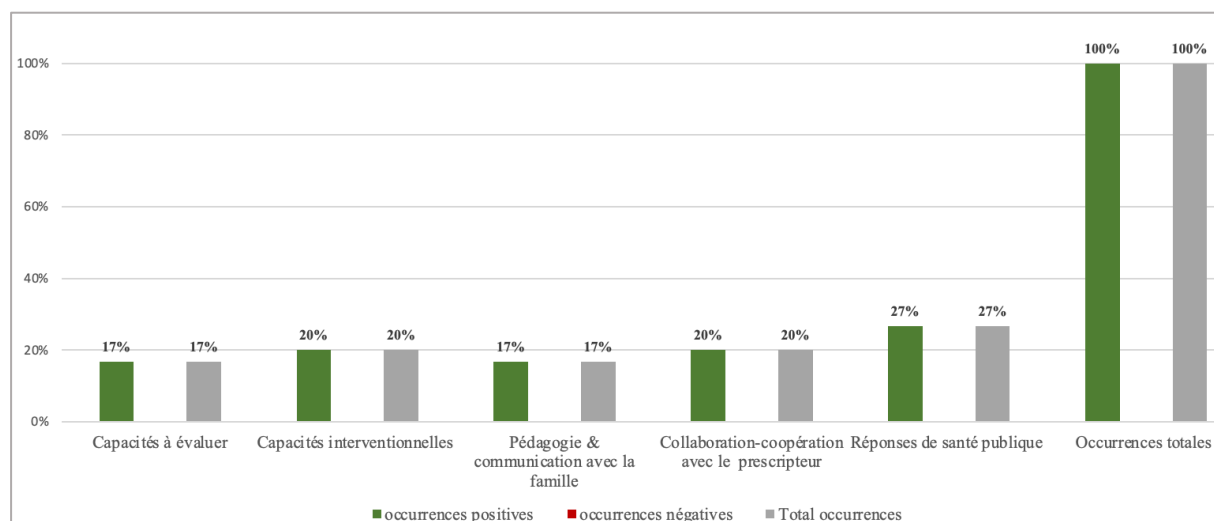
Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 8 décembre 2023. Le MK4 est diplômé en France et travaille depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure trente et une minute trente-sept secondes. Il y a un total de trois cent quatre-vingt-six lignes. Le contexte et la formule de remerciement n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt et une relances ont été posées à l'interlocuteur. Trente verbatims sont relevés. Le retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 10 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 8

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|---|---|---|---|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L31-33 (+), L46 (+), L54-55 (+), L110-111 (+), L156-159 (+), | L51-54 (+), L56-59 (+), L61-62 (+), L66-70 (+), L74-80 (+), L126-127 (+), | L24-25 (+), L30-31 (+), L39-46 (+), L166-172 (+), L371-373 (+), | L144-146 (+), L191 (+), L193-197 (+), L211-212 (+), L255-256 (+), L321-324 (+), | L33 (+), L37 (+), L100-104 (+), L113-120 (+), L120-123 (+), L132-135 (+), L226-228 (+), L245 (+), |



Graphique 17 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 8



Graphique 18 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 8

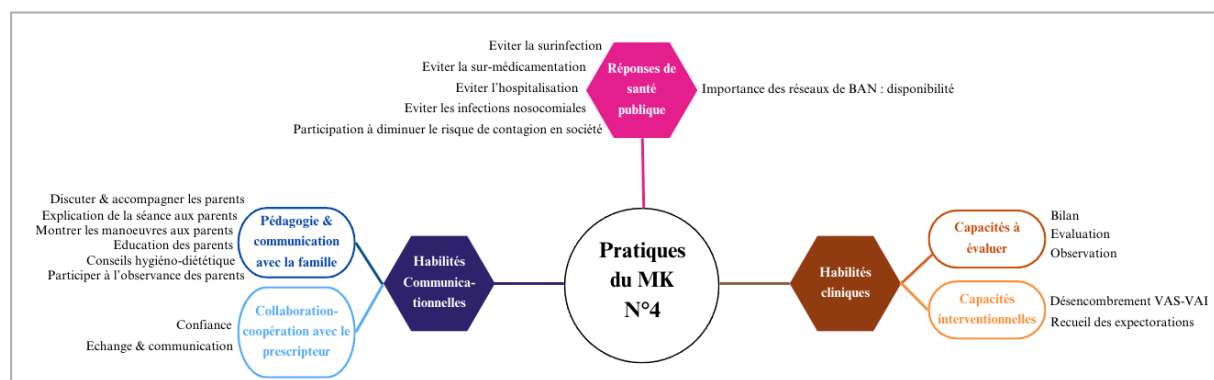


Figure 10 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 8

3.9.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N° 4 aborde majoritairement la deuxième sous-catégorie, 20 % du discours total. La première sous-catégorie est exprimée à 17 % par le MK, qui indique réaliser le bilan, l'évaluation et l'observation du nourrisson.

La catégorie « habiletés communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie représente 17 % du discours. Les pratiques du MK sont indiquées sur la figure N° 10. La deuxième sous-catégorie représente 20 % de la totalité du discours. Le MK ressent la confiance des médecins à son égard et échange, communique avec le médecin prescripteur.

Enfin, la troisième catégorie est la plus abordée par le MK, représentée à 27 %. Ici, le MK exprime ce que les réseaux bronchiolite et lui-même apportent au système de soins durant les périodes épidémiques comme représenté sur la figure N° 10.

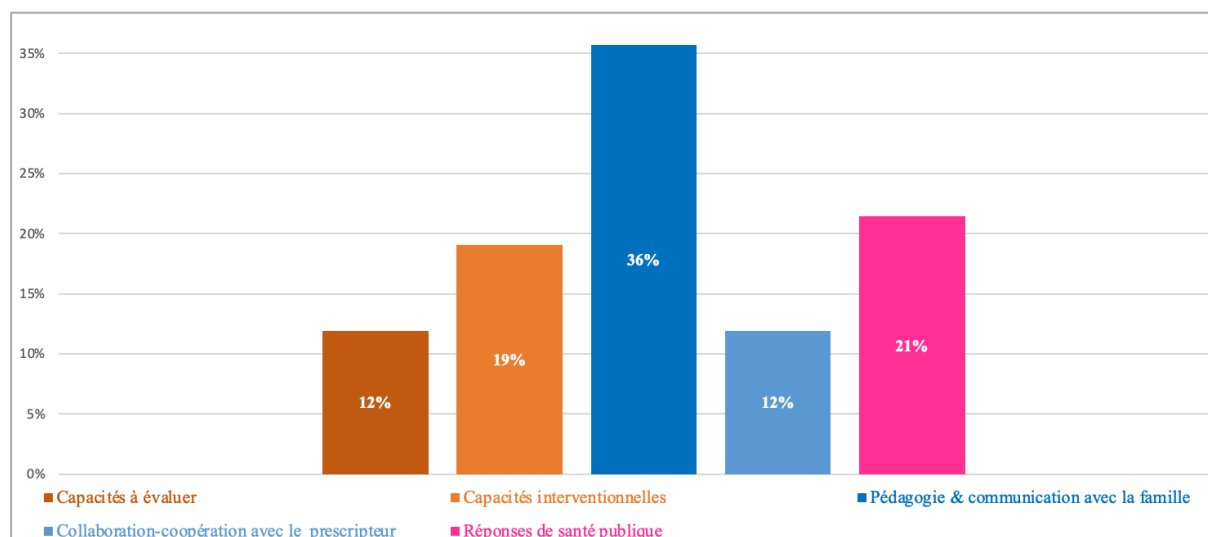
3.10 Entretien N° 9

3.10.1 Résultats bruts

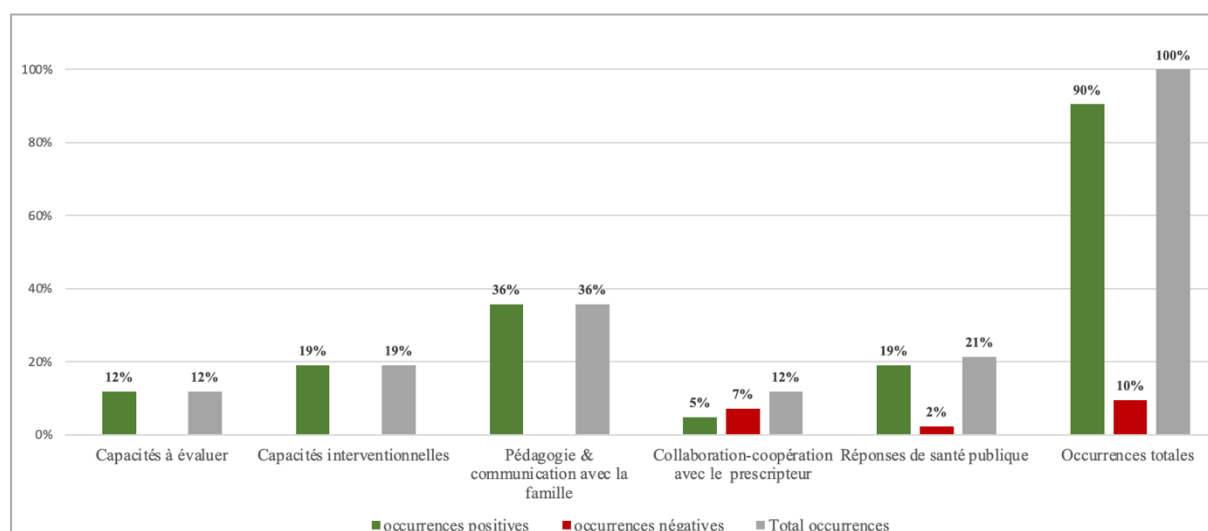
Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 15 décembre 2023. Le MK5 est diplômé en France, a travaillé pendant quelques années au sein de plusieurs cabinets libéraux dans les Outre-mer, mais ne pratique actuellement en libérale que des actes à domicile. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure quarante et une minutes et quarante-deux secondes. Il y a un total de cinq cent cinquante-six lignes. Le contexte et la formule de remerciement n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-neuf relances ont été posées à l'interlocuteur. Quarante-deux verbatims sont relevés. La retranscription complète de l'entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 11 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N° 9

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|---|---|---|--|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L17 (+), L51-56 (+), L136-139 (+), L183-187 (+), L188-191 (+), | L19-20 (+), L81-82 (+), L112-117 (+), L148-152 (+), L187-188 (+), L429 (+), L436-438 (+), L441 (+), | L15-17 (+), L64-67 (+), L73 (+), L79 (+), L83-84 (+), L90-92 (+), L96 (+), L98-100 (+), L128-130 (+), L171-173 (+), L211-215 (+), L219-220 (+), L539-540 (+), L541-543 (+), L546-547 (+), | L328-329 (-), L331-334 (+), L374-375 (-), L422-424 (-), L473-474 (+), | L38-39 (+), L49 (+), L223-224 (+), L278-279 (+), L292-295 (+) (-), L403 (+), L425-426 (+), L540-541 (+), |



Graphique 19 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N° 9



Graphique 20 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N° 9

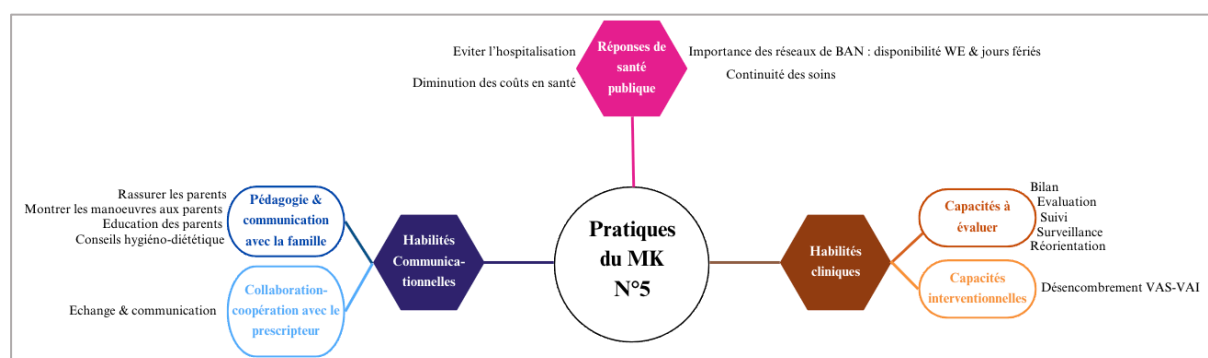


Figure 11 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N° 9

3.10.2 Analyse de l'entretien

La catégorie « habilités cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N° 5 aborde majoritairement la deuxième sous-catégorie, 19 % du

discours total. La première sous-catégorie est exprimée à 12 % par le MK, qui indique réaliser le bilan, l'évaluation et assurer le suivi, la surveillance et la réorientation de chaque nourrisson.

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie est largement exprimée par le MK, représentant 36 % de la totalité de son discours. Ses pratiques sont indiquées sur la figure N° 11. La deuxième sous-catégorie représente 22 % de la totalité du discours, mais présente 7 % d'occurrences négatives. En effet, le MK communique avec le prescripteur dans le cas où il le connaît : *« Ça dépend si je le connais ou pas. Celui qui me prescrit de la kiné respi que je connais ni d'Eve ni d'Adam je m'en fou »* (L328-329). Le MK insiste également sur le fait que la participation à un réseau bronchiolite a ses avantages mais que cela réduit les échanges et la communication entre professionnels de santé : *« quand tu participes dans un réseau c'est jamais les médecins que tu connais qui prescrivent donc y a pas de lien »* (L374-375), *« en fait t'as pas t'as pas de lien avec le prescripteur parce que tu le connais pas parce que bah déjà t'exerces pas à X, t'as pas de lien avec le kiné d'avant parce que voilà quoi, je sais pas il a fait son travail et t'as pas le lien après »* (L422-425).

Enfin, la troisième catégorie représente 21 % de la totalité du discours et présente 2 % d'occurrences négatives. Ici, le MK exprime ce que les réseaux bronchiolite et lui-même apportent au système de soins durant les périodes épidémiques comme représenté sur la figure N° 11, mais laisse suggérer que le rôle des réseaux n'est pas de désengorger les urgences mais bien d'assurer la continuité des soins : *« c'est vraiment une continuité des soins c'est même pas désengorger les urgences parce qu'en soit si leur gosse il doit terminer aux urgences il y terminera, mais ça permet en fait une continuité des soins et une surveillance sur le week-end »* (L293-294).

3.11 Entretien N°10

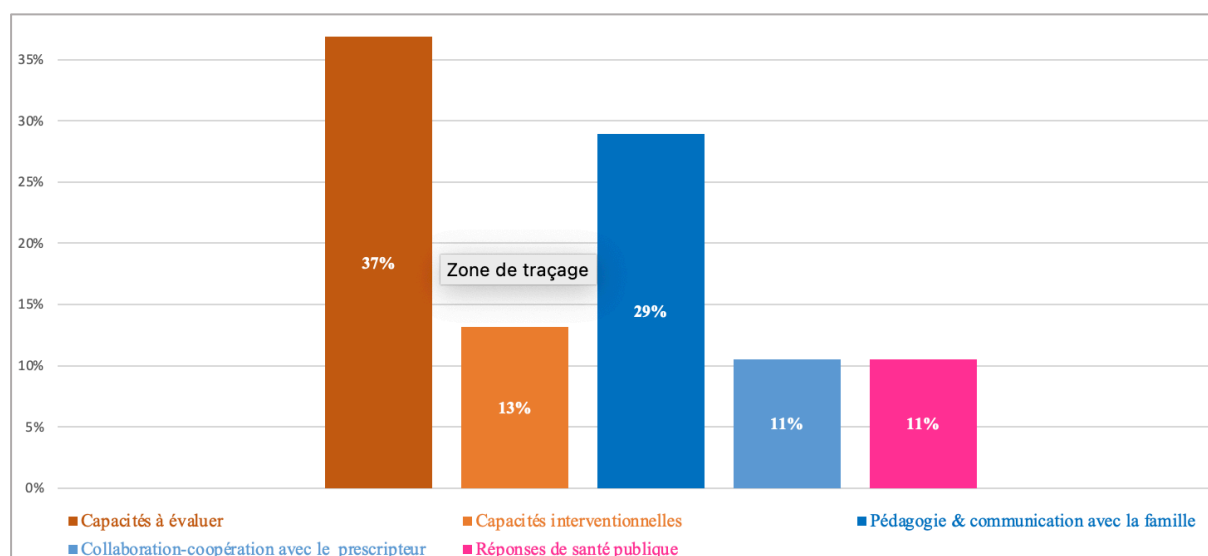
3.11.1 Résultats bruts

Cet entretien se déroule au sein même du cabinet du professionnel de santé, situé dans les Alpes maritimes, le 19 décembre 2023. Le MK6 est diplômé en France et travaille depuis plusieurs années en cabinet libéral. L'entretien dépasse le temps initialement prévu. Il dure vingt-sept minutes et dix-huit secondes. Il y a un total de deux-cent quatre-vingts lignes. Il y a un total de deux cent quatre-vingt lignes. Le contexte et la formule de remerciement n'ont pas été retranscrits. Une question inaugurale et vingt-huit relances ont été posées à l'interlocuteur.

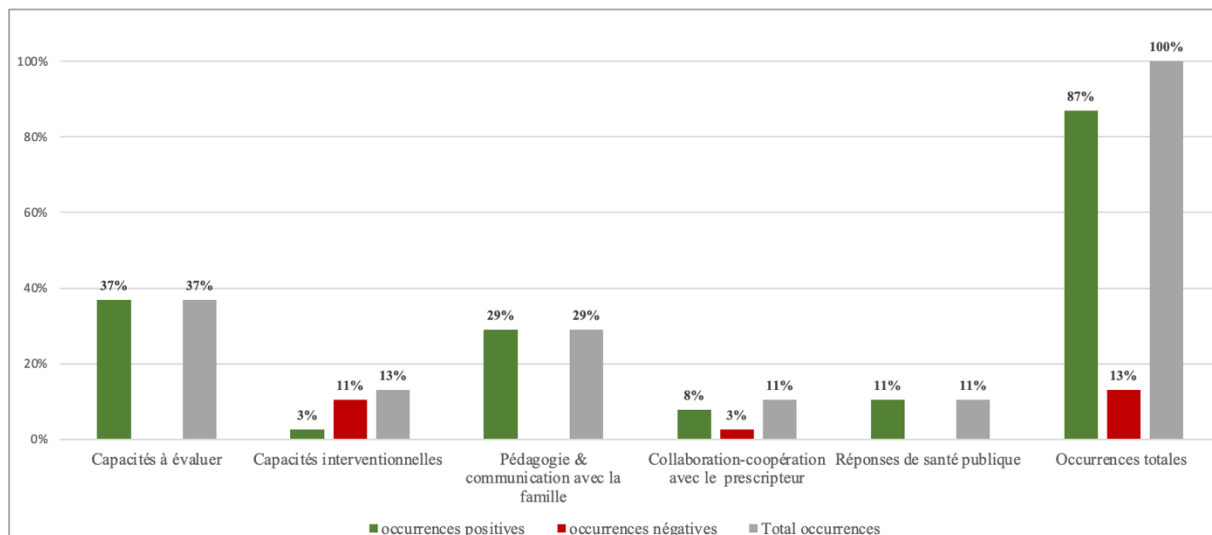
Trente-huit verbatims sont relevés. Le retranscription complète de l’entretien se trouve en annexe XV.

Tableau 12 Résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien N°10

| Catégories | Habiletés cliniques | | Habiletés communicationnelles | | Réponses de santé publique |
|-----------------|--|---|--|---|---|
| Sous-catégories | Capacités à évaluer | Capacités interventionnelles | Pédagogie & communication avec la famille | Collaboration-coopération avec le prescripteur | |
| Lignes | L10-11 (+), L19-22 (+), L32-33 (+), L38-39 (+), L62 (+), L63-64 (+), L84-87 (+), L98-99 (+), L104-105 (+), L112-114 (+), L116 (+), L118-119 (+), L186-188 (+), L211 (+), | L55-56 (-), L63 (-), L69 (-), L114-116 (-), L121-122 (+), | L22-24 (+), L33-34 (+), L56-61 (+), L67-68 (+), L77-78 (+), L83-84 (+), L87-88 (+), L99 (+), L110-112 (+), L123 (+), L268-270 (+), | L44-45 (+), L199-201 (+), L206-207 (+), L218-220 (-), | L116-118 (+), L129-130 (+), L132-134 (+), L237-239 (+), |



Graphique 21 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'entretien N°10



Graphique 22 Histogramme de l'analyse fréquentielle des occurrences +/- de l'entretien N°10

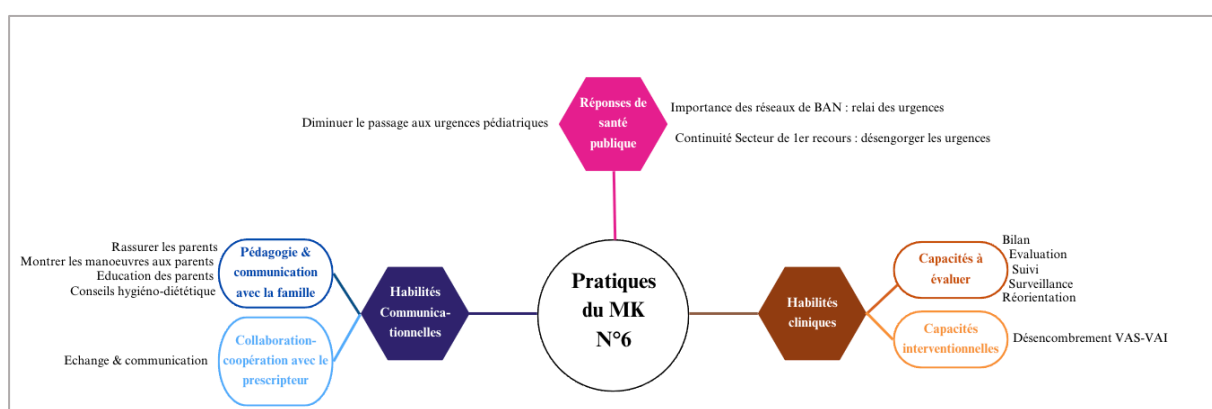


Figure 12 Schéma synthétique de l'analyse lexicale de l'entretien N°10

3.11.2 Analyse de l'entretien

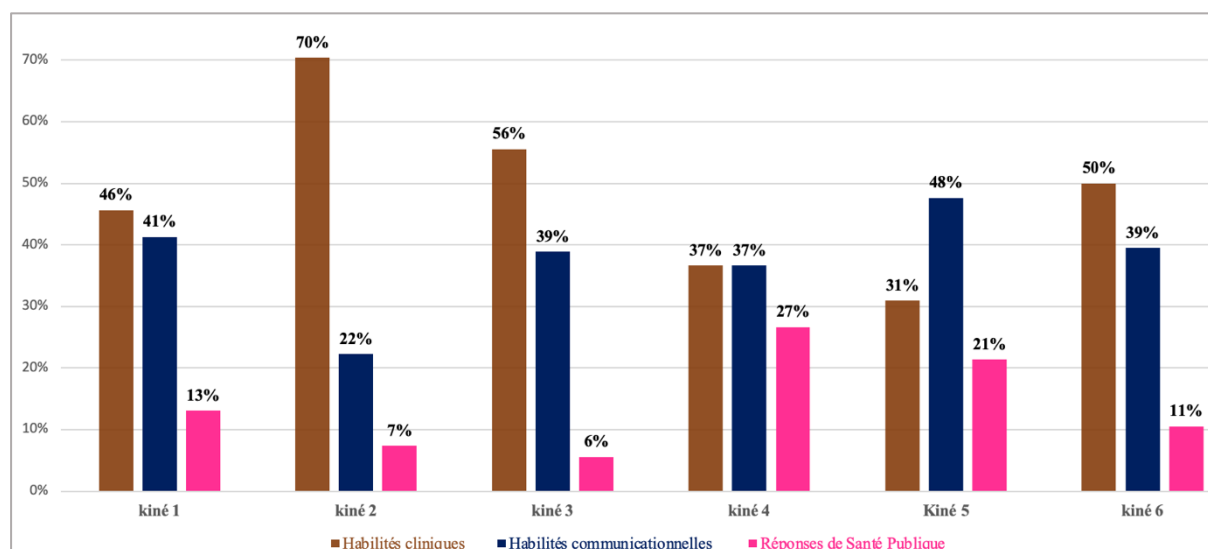
La catégorie « habiletés cliniques » est représentée par les capacités d'évaluation et d'intervention. Le MK N°6 aborde majoritairement la première sous-catégorie, 37 %. Celle-ci est la plus représentée parmi la totalité des sous-catégories du discours. De plus, la deuxième sous-catégorie est abordée à 13 % et présente 11 % d'occurrences négatives. Ici, le MK précise qu'au besoin et s'il y a encombrement bronchique, alors il peut au besoin réaliser des techniques de désencombrement des VAI. En dehors de ce cas, le MK indique que son rôle dans la bronchiolite n'est pas dans la réalisation des techniques : « *je sais pas si c'est vraiment la technique pure qui est vraiment le le plus important* » (L55), « *Après on a plus une mission de contrôle à mon avis, et de surveillance plus que de traitement* » (L62-63), « *je pense qu'il faut vraiment être plus sur du préventif, plus sur de la pédagogie, plus sur de l'apprentissage de, des bons conseils d'hygiène de vie que sur la technique pure* » (L67-69), « *je trouve que c'est, on a on a pas ce ce cet aspect technique là* » (L115-116).

La catégorie « habilités communicationnelles » regroupe à la fois les capacités pédagogiques auprès des familles du nourrisson mais aussi la collaboration avec le médecin prescripteur. Cette première sous-catégorie est largement exprimée par le MK, représentant 29 % de la totalité de son discours. La deuxième sous-catégorie représente 11 % de la totalité du discours, mais présente 3 % d'occurrences négatives. Le MK échange et communique avec le médecin prescripteur. Il précise que le réseau bronchiolite ne permet pas forcément plus de communication avec les médecins : « *Pas trop non parce que les pédiatres sont relativement indépendants* » (L220).

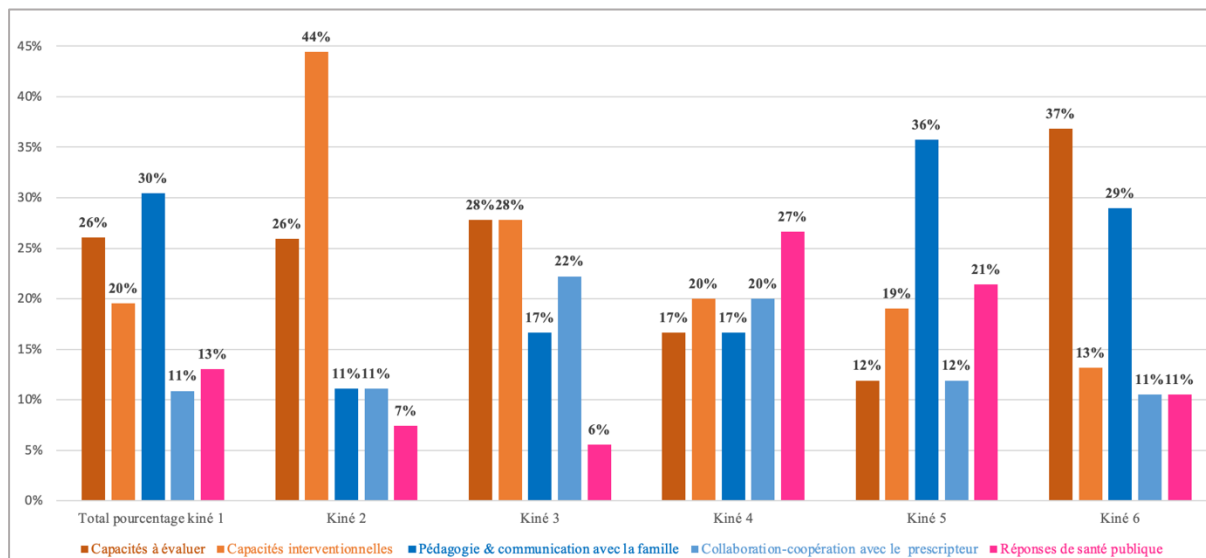
Enfin, la troisième catégorie représente 11 % de la totalité du discours. Ici, le MK exprime ce que les réseaux bronchiolite et lui-même apportent au système de soins durant les périodes épidémiques comme représenté sur la figure N° 12.

3.12 Analyse totale des MK

3.12.1 Résultats bruts



Graphique 23 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des MK



Graphique 24 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des MK

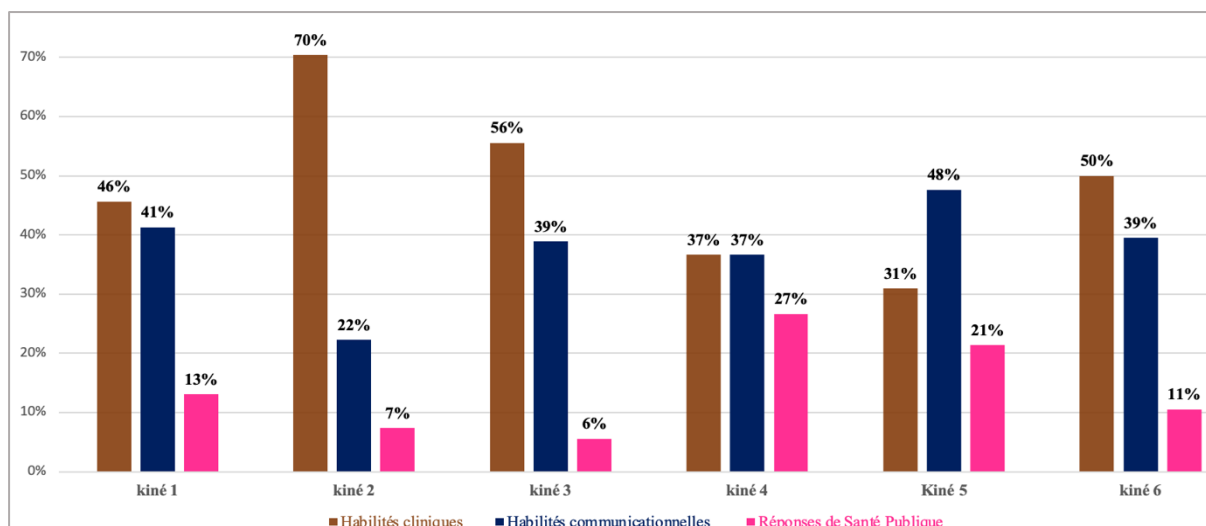
3.12.2 Analyse des résultats

Nous remarquons une répartition similaire des pratiques réalisées par les MK1 et 6 : 46 % des pratiques citées par le MK1 correspondent aux habilités cliniques contre 50 % par le MK6. 41 % des pratiques citées par le MK1 correspondent aux habilités communicationnelles contre 39 % par le MK6. 13 % des pratiques citées par le MK1 correspondent aux réponses en santé publiques contre 11 % pour le MK6. Les discours des MK2-3-4 et 5 semblent être plus diversifiés. Globalement nous remarquons que la première catégorie est plus abordée par les MK1-2-3 et 6. Le MK2 l'aborde de façon majoritaire (70 %). La deuxième catégorie est plus abordée par le MK5. Le MK4 aborde les deux catégories de façon homogène. L'expression de la catégorie « réponses en santé publique » est la moins évoquée chez les six kinés. Cependant le MK4 et 5 semble en parler davantage (27 % et 21 %) que les MK1-2-3 et 6 (13 %, 7 %, 6 % et 11 %).

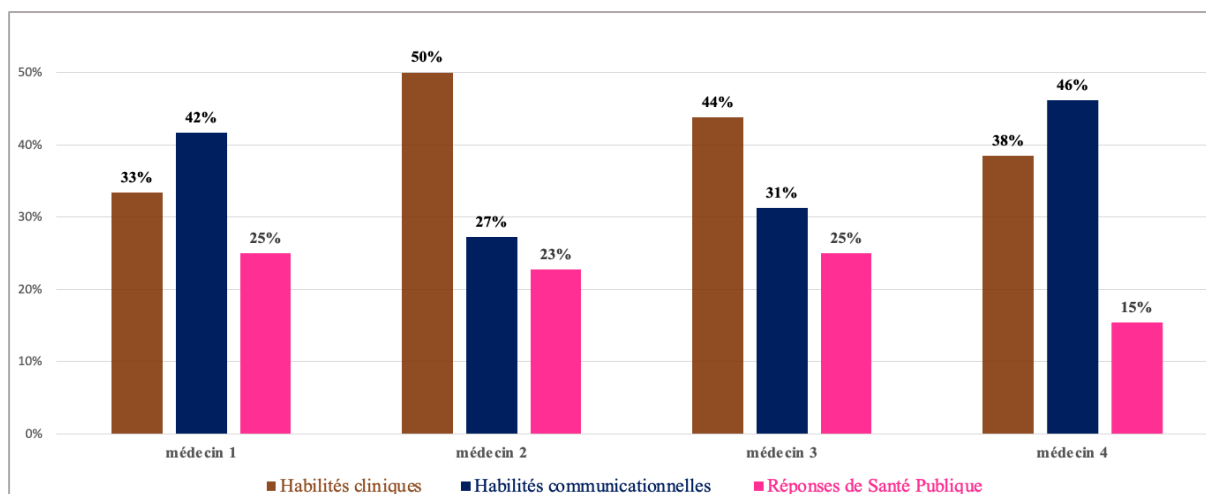
À l'intérieur des trois catégories nous observons que les capacités à évaluer sont mentionnées de façon plus importante dans les discours des MK1 et 6 (26 % et 37 %), tandis que les capacités à intervenir ressortent davantage dans les échanges avec les MK2-4 et 5 (44 %, 20 % et 19 %). Seul le MK3 parle de façon équivalente de ces deux sous-catégories (28 %).

Les capacités à communiquer auprès des familles sont plus abordées par les MK1-5 et 6 (30 %, 36 % et 29 %). Les MK3 et 4 s'attardent plus sur les capacités à communiquer auprès des médecins (22 % et 20 %). Le MK3 aborde une nouvelle fois ces deux sous-catégories équitablement. Nous remarquons que seul le MK4 s'exprime davantage sur ses missions en santé publique (27 %) que les autres MK.

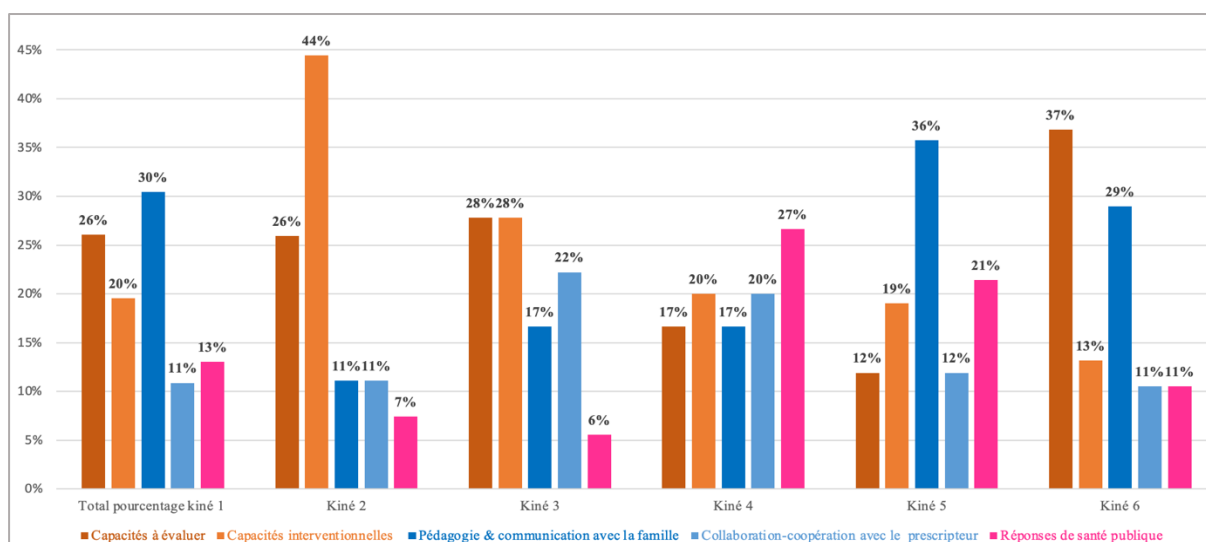
3.13 Analyse croisées



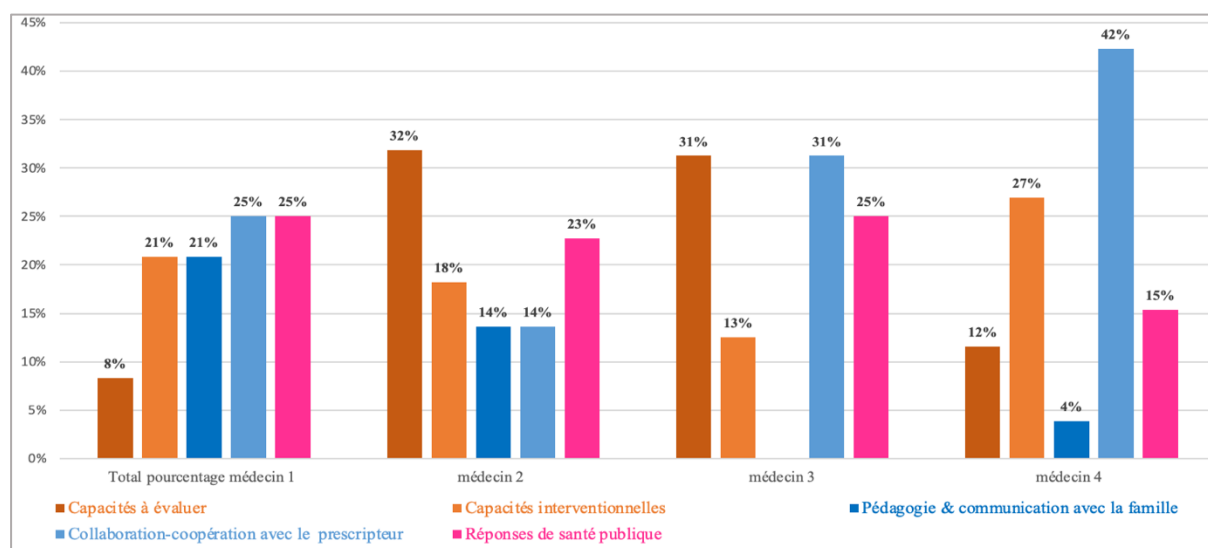
Graphique 25 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des MK



Graphique 26 Histogramme de l'analyse fréquentielle des catégories de l'ensemble des entretiens des médecins



Graphique 27 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des MK



Graphique 28 Histogramme de l'analyse fréquentielle des sous-catégories de l'ensemble des entretiens des médecins

Nous avons croisé et regroupé les analyses catégorielles et les données lexicales récoltées chez les médecins et les MK. Pour chaque occurrence classée à partir de notre matrice catégoriel, nous avons relevé le vocabulaire employé, afin de déterminer les attentes des médecins et les pratiques des MK et d'observer leurs concordances. Nous avons figuré en gras les occurrences similaires employés par les médecins et les MK.

L'analyse est regroupée dans la figure ci-dessous :

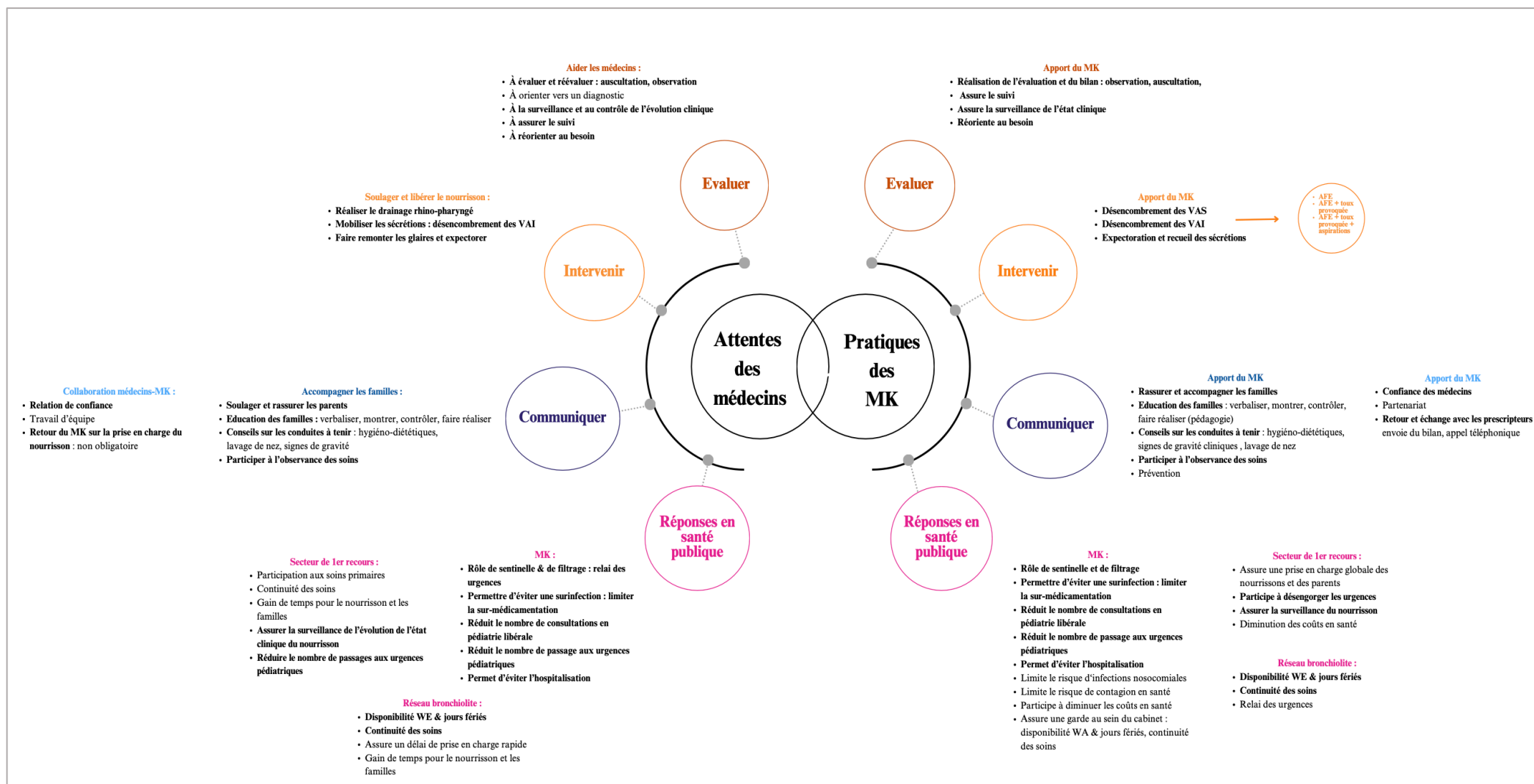


Figure 13 diagramme illustrant les résultats de l'analyse lexicale croisée des MK et médecins

3.13.1 Analyse des résultats

Les attentes des médecins N° 1 et 4 semblent être orientées vers les habilités communicationnelles des kinésithérapeutes. Ces attentes semblent correspondre aux pratiques décrites par le MK5. Cependant les six kinésithérapeutes ne semblaient pas exprimer de façon aussi importante leurs capacités à communiquer auprès des médecins, ce qui pourrait expliquer l'écart entre leurs compétences de communication et la mise en pratique de celles-ci auprès des médecins. Les attentes des médecins N° 2 et 3 semblent être dirigées davantage vers les habilités cliniques du MK. Ces attentes semblent correspondre aux pratiques décrites par les MK1-2-3 et 6. Seul le MK4 aborde autant ses habilités cliniques que ses habilités communicationnelles. Par ailleurs, les quatre médecins attendent en partie que les kinésithérapeutes assurent un rôle en santé publique. Cette attente correspond également à la pratique des six kinésithérapeutes. Plus précisément, au sein de la première catégorie « habilités cliniques », les médecins N°1 et 4 semblent attendre des kinésithérapeutes davantage de capacités interventionnelles auxquelles les pratiques des MK2-4 et 5 semblent répondre. Les médecins N° 2 et 3 attendent des kinésithérapeutes davantage de capacités d'évaluation que l'on semble retrouver dans les pratiques des MK1 et 6. Le MK3 s'exprimant de façon similaire quant à ces deux sous-catégories. Au sein de la deuxième catégorie « habilités communicationnelles », les médecins N° 1-2-3 et 4 attendent des kinésithérapeutes de la communication et une relation à leur égard. Cette attente correspond aux pratiques des MK1-2-3-4 et 6. Le MK5 s'exprime de façon opposée aux autres. Les médecins N° 1-2 et plus faiblement N°3, attendent des kinésithérapeutes de mettre à profit leurs capacités communicationnelles auprès des familles. Le médecin N° 4 ne s'exprime pas sur cette sous-catégorie. Cette attente correspond aux pratiques des six kinésithérapeutes et plus particulièrement du MK1-5 et 6. Dans la pratique, les six kinésithérapeutes mettent à profit du patient leurs capacités d'évaluations. Certains, comme les MK1-5 et 6, semblent davantage orienter leurs pratiques vers la communication auprès des familles. D'autres comme les MK2-3 et 4 semblent plutôt orienter leurs pratiques vers des capacités interventionnelles.

Après recueil du champ lexical des occurrences retenues dans le discours des médecins et des MK, nous pouvons relever une majorité de similitudes. Au niveau des capacités d'évaluation, les médecins attendent du MK « une aide » à l'évaluation et au diagnostic, un suivi, une surveillance et un contrôle de l'évolution de l'état clinique des nourrissons et enfin, au besoin,

une réorientation des nourrissons et leurs familles. Les MK, dans leurs pratiques, répondent aux attentes des médecins.

Les médecins libéraux attendent de la part des MK au niveau des actes interventionnelles, la réalisation d'un drainage rhino-pharyngée, la mobilisation et l'expectoration des sécrétions du nourrisson, soit le désencombrement des VAI. Ce que tous les MK réalisent dans leurs pratiques. Cependant, le désencombrement des VAI n'est pas systématique et se fera selon l'évaluation et le bilan initial de chaque nourrisson ainsi qu'après chaque bilan de suivi. Il est précisé par certains MK l'utilisation de techniques respiratoires comme l'AFE, la toux provoquée ou encore les aspirations nasopharyngées qui correspondent aux techniques de désencombrement des VAS. Celles-ci sont systématiquement réalisées par chaque MK.

Au niveau de la partie communicationnelle, nous retrouvons une attente concernant la communication des MK auprès des familles des nourrissons, mais également auprès des médecins prescripteurs. En effet, les médecins souhaitent que les MK accompagnent, soulagent et rassurent les familles mais également qu'ils prodiguent des conseils sur les conduites à tenir en société et chez soi : gestes barrières, hygiène, environnement, alimentation, sommeil, lavage de nez, signes de gravité du nourrisson. Ainsi, pour les médecins, les MK doivent participer à l'éducation des parents en montrant, en contrôlant, en faisant verbaliser et réaliser chaque geste et conseil aux familles. Selon les médecins, le MK participe à l'observance des soins de l'entourage des nourrissons. Dans la pratique, les MK insistent sur la pédagogie qu'ils emploient pour communiquer avec chaque famille et sur le fait qu'ils participent également à la réalisation d'actes en prévention en santé notamment à propos du tabac et de l'environnement des nourrissons. De plus, les médecins souhaitent travailler en équipe avec le MK et s'inscrire dans une relation de confiance professionnelle. Les MK emploient le terme de « partenariat ». La différence à noter ici réside dans le fait que dans un travail en équipe, une personne dirige l'équipe, tandis que dans une relation de partenariat tout le monde travaille ensemble sans marque d'autorité supérieure. Par ailleurs, les retours de la part des MK au sujet des séances avec les nourrissons semblent être non obligatoire et pas nécessairement attendus par les médecins. Les MK, ont, pour certains, l'habitude de joindre le bilan du nourrisson lors de chaque échange professionnel avec le prescripteur.

Enfin, au niveau des réponses en santé publique, les médecins montrent de nombreuses attentes, mais relevant d'un certain niveau de confiance auprès des MK. Selon eux, les MK jouent un

rôle important de filtrage en relai des urgences pédiatriques. Dans la prise en charge de la bronchiolite, le MK permet d'éviter une surinfection et ainsi de limiter une surmédication. Les médecins indiquent aussi que les MK permettent la diminution du nombre de consultations en pédiatrie libérale, du nombre de passage aux urgences pédiatriques ou même d'éviter l'hospitalisation des nourrissons. Les MK confirment par leurs pratiques les attentes des médecins et affirment aussi leur implication sur la limitation de risques d'infections nosocomiales, sur le risque de contagion en société et sur la baisse des dépenses en santé.

Par ailleurs, les médecins indiquent que les MK faisant partie d'un réseau bronchiolite doivent permettre d'assurer une disponibilité week-end et jours fériés pour assurer la continuité des soins et garantir un délai de prise en charge rapide.

Enfin, ce secteur de premier recours comprend bien les médecins, les MK et les réseaux. Les résultats montrent un certain degré de collaboration entre ces trois acteurs. En effet, les médecins indiquent que le secteur de premier recours participe aux soins primaires en assurant la continuité des soins, la surveillance de l'évolution clinique des nourrissons, en permettant un gain de temps aux familles et aux nourrissons et en réduisant le nombre de passages aux urgences pédiatriques. Les MK confirment les propos des médecins et ajoutent que ce secteur assure une prise en charge globale et participe à diminuer les coûts en santé.

4 Discussion

Nous rappelons que les objectifs de ce travail sont d'identifier les attentes des médecins dans la kinésithérapie et d'identifier les pratiques actuelles des kinésithérapeutes pour ainsi déterminer la place du MK dans le parcours de soin du nourrisson.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Compétence d'évaluations

Au regard de nos résultats bruts, les médecins semblent attendre de la part du MK une évaluation du nourrisson. Dans la littérature il est décrit que le MK est compétent pour analyser, évaluer et réaliser le diagnostic du nourrisson [10, 28, 30, 32–34]. En effet, les médecins décrivent le MK comme une « aide ». C'est une aide dans l'orientation du diagnostic, dans l'évaluation, la réévaluation et la réorientation du nourrisson. Aux dires des MK, cet aspect de leur travail est bien présent dans leurs pratiques actuelles. Chacun indique réaliser un bilan de l'état général du nourrisson. Certains précisent réaliser l'observation et l'auscultation du

nourrisson. Finalement, tous les kinés interrogés réalisent l'évaluation de leurs patients et n'hésitent pas à réorienter au besoin.

Aussi, les médecins indiquent que le rôle du MK est également d'assurer un suivi et une surveillance des nourrissons vus en séance. La HAS souligne le rôle des MK dans le suivi ambulatoire pour les nourrissons atteints de bronchiolite de forme modérée [1]. Également, le CMK indique qu'il est essentiel d'assurer une surveillance du nourrisson afin de ne pas le perdre de vue pendant cette période critique [10, 27, 34]. En effet, la surveillance quotidienne du nourrisson permet d'assurer l'évolution naturelle et favorable ou de repérer des critères de gravités nécessitant une hospitalisation [34]. Le discours des MK confirme les attentes des médecins. Ces résultats sont en cohérence avec la littérature et les recommandations de la HAS.

4.1.2 Compétences interventionnelles

Les réponses des médecins sont plus éparées. Concernant le désencombrement des VAS évoqué par la littérature de façon systématique [1, 10, 26], certains médecins attendent la réalisation du lavage de nez, tandis que d'autres ne l'évoquent pas. Quant aux MK, cinq sur les six interrogés indiquent réaliser un drainage rhino-pharyngé. Nous ne souhaitons pas aborder la technique employée par les MK, mais ils nous ont précisé tout de même réaliser un mouchage traditionnel pour certains ou utiliser l'aspiration nasopharyngée pour d'autres. La littérature ne retient pas de consensus quant à la supériorité d'une technique sur une autre mais indique que les aspirations sont sources de plus d'effets secondaires et ne sont que très peu recommandées [1, 10, 26].

Par ailleurs les médecins attendent du MK qu'il réalise un désencombrement des VAI afin de mobiliser les sécrétions et faire expectorer le nourrisson. Ils n'émettent pas de recommandation quant à la technique à employer. Certains évoquent les vibrations et d'autres les techniques d'accélération du flux expiratoire. Dans la littérature nous ne retrouvons pas de consensus quant à l'efficacité des techniques de KR réalisées en ambulatoire. Les dernières recommandations de la HAS ne recommandent pas son emploi en ambulatoire par manque de données et de preuves d'efficacité [1]. Depuis 2019, peu d'études ont été réalisées sur le sujet. Les études retrouvées concluent à des potentiels effets de la KR en ambulatoire mais les données restent de faible niveau de confiance, avec de nombreux biais et une seule évaluation à court terme des effets évoqués [19, 23, 23]. Dans nos entretiens, l'utilisation de la KR dans le but de

désencombrer les VAI dépend de l'évaluation initiale du nourrisson, comme indiqué dans la littérature [26, 33]. Ces résultats concernant la réalisation d'actes respiratoires sont en contradiction avec la HAS. Par ailleurs, il serait pertinent d'étudier les articles sur lesquelles s'est basée la HAS pour émettre cette recommandation. Nous pouvons également intégrer les nouvelles études publiées de 2019 à 2023, qui semblent valider une efficacité de certaines techniques de KR sur des nourrissons à bronchiolite modérée et traités en ambulatoire [19, 21, 23]. Actuellement, deux nouvelles études concernant l'efficacité de la KR en ambulatoire sont en cours de réalisation [24, 25]. Les résultats obtenus éclaireront sans doute la recherche et les connaissances sur le sujet.

4.1.3 Avec la famille

Les pratiques des MK confirment les attentes des médecins. Un médecin évoque l'apprentissage du lavage de nez. Un autre n'évoque absolument aucune attente qui concernerait les habilités communicationnelles avec la famille du nourrisson. Deux autres médecins évoquent le rôle de conseiller du MK et d'éducateur des familles notamment dans la réalisation du mouchage, les mesures hygiéno-diététiques et les mesures à prendre en cas de survenue de signes de gravité. Ce qui reste essentiel pour les médecins c'est que le MK soit en capacité de soulager et rassurer les parents. Sur le même sujet, les réponses des MK sont plus diversifiées. Ils accompagnent, discutent et rassurent les familles, ils mettent en place des conseils et des actes de prévention, ils expliquent et montrent aux parents comment réaliser les gestes techniques. Certains parlent notamment de leurs compétences en pédagogie et leurs rôles dans l'observance des parents à la prise en charge de la bronchiolite. Pour rappel, la HAS définit l'éducation en santé comme « tous moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer » [35]. Certains auteurs indiquent que l'éducation des parents permet le développement de compétences comme l'apprentissage de la désobstruction rhinopharyngée ou encore des signes cliniques d'aggravation du nourrisson [28, 34, 36]. Mais c'est également un moment dédié à informer sur la maladie, son évolution, son traitement et les mesures recommandées telles que les mesures hygiéno-diététiques et environnementales [28, 34, 36]. La participation du MK dans les réseaux bronchiolite l'implique davantage dans ses rôles en communication, en prévention et en éducation [38, 39]. Par ailleurs les parents expriment un besoin d'informations standardisées et écrites, ainsi qu'un besoin de réconfort et de soutien de la part des équipes soignantes [37]. Pour rappel, La HAS valide le rôle des professionnels de santé dans l'éducation

des parents, dans la communication des informations pertinentes et dans l'information sur les mesures à prendre en cas de symptomatologie [1, 30, 34]. Ainsi, les résultats sont en accord avec la recommandation de la HAS.

4.1.4 Avec les médecins prescripteurs

Les médecins ne semblent pas montrer d'attentes particulières quant aux échanges et aux relations à entretenir avec le MK. Ils veulent se sentir en confiance et souhaitent travailler en équipe avec le MK qui prend en charge le nourrisson mais ils précisent que les retours de la part du MK ne sont pas obligatoires. D'après la littérature la fiche bilan doit servir de départ à tout échange et coopération entre professionnels de santé [28]. Les MK se sentent investis dans cette relation professionnelle. Un seul MK précise avoir très peu de relation avec les médecins prescripteurs. Les autres indiquent faire part de leur retours aux médecins par appel téléphonique ou par envoi de la fiche-bilan. Certains MK ressentent la confiance du médecin à leur égard et se sentent inclus dans une réelle relation de partenariat.

La participation du MK au réseau bronchiolite l'implique davantage dans le processus coopératif et de partage au service d'objectifs de santé publique [28]. Il semblerait, malgré tout, que les médecins restent peu informés du rôle des réseaux bronchiolite, comme nous l'ont indiqué certains d'entre eux. Pourtant un MK faisant partie d'un réseau explique que pour la saison 2023-2024, une campagne d'information a été réalisée auprès des professionnels de santé concernés par la prise en charge de la bronchiolite. Celle-ci indique notamment l'état actuel des recommandations, la présence des MK de ville et leurs rôles dans la prise en charge ambulatoire [18].

4.2 Les réponses de santé publique

La HAS indique que la filière de soin ambulatoire constitue l'offre de première intention. Celle-ci permettant un accueil des nourrissons pour une orientation ou une réévaluation à court terme, afin d'éviter les passages aux urgences ou dans le cadre d'un suivi post-hospitalier [1]. La collaboration médecin-MK-réseaux, acteurs du secteur de premier recours, participe non seulement à la réalisation des soins primaires mais permet également un gain de temps pour la famille et les nourrissons en assurant la continuité des soins. Elle permet la surveillance de l'évolution de la bronchiolite et ainsi de diminuer le recours aux urgences pédiatriques. Mais les médecins attribuent également d'autres rôles au MK, au réseau et au secteur de premier

recours. Ces rôles du MK en santé publique permettent d'éviter un recours aux antibiotiques, de réduire le nombre de consultations en pédiatrie libérale ainsi qu'aux urgences et d'éviter l'hospitalisation des nourrissons. Les MK détaillent leurs rôles en santé publique. Certains se définissent comme « sentinelle », assurant la surveillance et le suivi du nourrisson sept jours sur sept, en relais des urgences. Ils permettent le filtrage, tant des appels des parents que de l'état clinique des nourrissons. La prise en charge en kinésithérapie permet d'éviter de nombreuses hospitalisations et ainsi de limiter à la fois le risque de contagion en société, le risque d'infections nosocomiales mais également de diminuer les coûts en santé.

Certains MK font partie d'un réseau bronchiolite. Les réseaux permettent la continuité des soins, donc la disponibilité et la rapidité des prises en charge les week-ends et jours fériés. Si ce n'est pas le cas, les MK mettent en place une permanence de soins à leur cabinet week-ends et jours fériés, pendant les périodes épidémiques, afin d'assurer la continuité des soins de tous les nourrissons. Dans la littérature, les missions en santé publique assurées dans la prise en charge de premier épisode de BAN, sont reliées directement aux réseaux bronchiolite [38, 39]. À l'époque, les préoccupations de la conférence de consensus de 2000 sur la prise en charge de la BAN se portaient sur l'organisation du système de santé et à sa capacité à répondre à la demande de soins pendant les période d'épidémies de bronchiolite [7]. La création des réseaux bronchiolite en 2003 apporte de nombreux éléments de réponses [28, 38, 39]. Ainsi, le rôle du MK en santé publique va au-delà du suivi et de la réorientation des nourrissons. Sa participation aux réseaux bronchiolite renforcent son engagement dans le système de soin. En dehors des réseaux, sa présence en semaine, week-end et jours fériés, garantit de nombreuses missions en santé publique. Il répond à la demande de soins et joue un rôle majeur au cœur de la prise en charge et du parcours de soin de ces nourrissons.

4.3 Limites de l'étude

Notre étude menée auprès de quatre médecins et six kinésithérapeutes ne peut être extrapolable à l'ensemble des professionnels du secteur de premier recours dans la prise en charge du premier épisode de BAN. Tout d'abord en raison du faible nombre de personnes interrogées, mais aussi de notre choix d'avoir cantonné nos entretiens dans le secteur des Alpes-Maritimes. Notre souhait était d'interroger les professionnels en face à face afin d'être au plus près de la qualité de réalisation des entretiens semi-directifs. De plus, très peu de médecins ont été inclus à la suite des retours de notre questionnaire préliminaire. Seulement cinq médecins sur huit

correspondaient à nos critères d'inclusion et un seul parmi les cinq n'a pas répondu à notre appel téléphonique. Nous avons interrogé trois pédiatres, mais un seul médecin généraliste. Certes, les médecins généralistes reçoivent moins systématiquement des nourrissons, cependant, si nous en avions inclus davantage dans l'étude, cela aurait peut-être permis de souligner des différences entre les attentes perçues par les pédiatres de celles des médecins généralistes. Aussi, les MK ayant une expertise en kinésithérapie respiratoire pédiatrique ne représentent pas la majorité des praticiens. Enfin, il ne fait aucun doute que le point de vue d'autres professionnels enrichissent notre étude par des visions différentes. Par ailleurs, en raison d'une contrainte de temps liée à la réalisation de notre projet de recherche, nous avons clôturé nos entretiens le 22 décembre 2023. Cette limite temporelle explique également le faible nombre de professionnels interrogés.

Au niveau de la réalisation des entretiens, malgré l'utilisation de notre guide, nos questions de relance sont parfois trop précises et trop fermées, pouvant influencer les réponses de nos informateurs. Par ailleurs, nous remarquons que le temps d'entretien avec les médecins sont plus court qu'avec les MK. Nous ne pensons pas là qu'il s'agisse d'un manque d'intérêt du professionnel concernant notre projet de recherche, mais « l'empressement et le manque de confiance marque une expression moins spontanée et généreuse » [42]. Ceci peut expliquer la durée plus courte de l'échange ainsi qu'un faible nombre de verbatim retrouvés dans le discours. À la différence des médecins, les MK se sont beaucoup plus attardés sur le sujet. La connaissance du sujet et leurs pratiques peuvent les inciter à accepter notre entretien et à y accorder une plus grande importance. Enfin nous relèverons notre attitude passive à l'égard de certains MK. Le sujet et la motivation des professionnels à l'égard de notre projet de recherche influencent notre attitude. Les MK nous enseignent parfois leur savoir et leur prise en charge de la bronchiolite.

4.4 Réponse à la problématique

Notre travail de recherche s'est intéressé à identifier, au regard des pratiques actuelles des MK libéraux, les attentes des médecins lors de la prise en charge du premier épisode de BAN, ce qui nous permet ainsi d'identifier la place du MK dans le parcours de soin du nourrisson. Pour répondre à cette problématique nous avons mis en évidence trois axes d'études à traiter reprenant les éléments de la littérature : habilités cliniques, habilités communicationnelles et réponses de santé publique.

Les résultats de notre étude font ressortir les attentes des médecins prescripteurs auprès des MK dans l'évaluation, le suivi, la surveillance, la réalisation d'actes en KR et aussi dans l'éducation des parents. Aussi, nous relevons que les pratiques des MK confirment les attentes des médecins. Ils réalisent le bilan, évaluent cliniquement le nourrisson, réalisent le désencombrement rhino-pharyngée et au besoin le désencombrement bronchique. Du moins, les MK accompagnent les nourrissons dans leur expiration. Ils interviennent auprès des familles en réalisant la prévention et l'éducation à la réalisation d'acte comme le lavage de nez, mais également à l'apprentissage des mesures hygiéno-diététiques, à adopter et à la connaissance des signes de gravité pouvant faire reconsulter. Ils assurent un rôle en santé publique. Les MK assurent la continuité des soins week-end et jours fériés, notamment par leur participation aux réseau bronchiolite ou par la mise en place de gardes au sein de leur propre cabinet. Ils participent au triage et permettent de diminuer le recours aux consultations en pédiatrie libérale, mais aussi le passage aux urgences pédiatriques. Ils évitent les hospitalisations, les infections nosocomiales et le risque de contagiosité en société. Ainsi, ils garantissent un rôle essentiel au sein du système de soins en diminuant les coûts en santé.

Les MK répondent aux attentes des médecins. Malgré la recommandation de 2019, il ont su retrouver une place essentielle au sein du parcours de soin des nourrissons atteint d'un premier épisode de BAN.

4.5 Intérêts de l'étude et perspectives futures

Notre étude apporte une réponse quant à la capacité du système de soins à répondre lors des périodes épidémiques annuelles de bronchiolite. Il serait également intéressant d'inclure tous les professionnels de santé du secteur de premier recours, comme identifié par la HAS, afin de compléter notre étude et d'y répondre avec davantage de représentativité.

Cette étude permet également d'éclairer le rôle du secteur ambulatoire dans la prise en charge du premier épisode de BAN et du MK dans le parcours de soins du nourrisson. Nous relevons la confiance des médecins prescripteurs à l'égard des MK libéraux dans l'évaluation, le suivi, la surveillance, la réalisation d'actes en KR et aussi leurs rôles dans l'éducation des parents. Les connaissances des médecins quant aux recommandations de la HAS est identifiée mais cela marque davantage le paradoxe relevé quant à la prise en charge en kinésithérapie. Ainsi nous

pouvons nous questionner quant à la recommandation de 2019 au titre de la prise en charge en kinésithérapie.

Par ailleurs, les médecins attendent des MK la réalisation d'un désencombrement bronchique. En effet, la HAS ne recommande pas cet acte et la littérature actuelle en relève de faibles preuves, mais notre étude confirme l'intérêt d'évaluer l'impact de la KR et du désencombrement dans un contexte ambulatoire, notamment attendus par la HAS et le CMK [1, 10]. Alors actuellement, notre profession est-elle assez évoluée à la réflexivité pour relancer des études sur le sujet et répondre aux enjeux de la recherche en Science de la Santé ?

5 Bibliographie

- [1] Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Haute Autorité de Santé. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois (accessed 9 February 2023).
- [2] Bronchiolite aiguë du nourrisson. www.pedia-univ.fr [En ligne]. Disponible: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/pneumologie-cardiologie/bronchiolite-aigue-du-nourrisson> (accessed 24 February 2023).
- [3] Santé Publique France [En ligne]. Bronchiolite. 2024. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite> (accessed 14 April 2024).
- [4] Dalziel SR, Haskell L, O'Brien S, et al. Bronchiolitis. *The Lancet* 2022; 400: 392–406.
- [5] Santé Publique France (SPF). Bronchiolite Bilan 2022-2023. 2023.
- [6] Santé Publique France (SPF) [En ligne]. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bulletin du 10 avril 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19.-bulletin-du-10-avril-2024> (accessed 14 April 2024).
- [7] Stagnara J, Balagny E, Cossalter B, et al. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Texte des recommandations texte long. *Archives de Pédiatrie* 2001; 8: 11–23.
- [8] Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725475/fr/pertinence-du-recours-a-l-hospitalisation-pour-bronchiolite (accessed 30 September 2023).
- [9] Recommandations de la 1^{ère} conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire. *Ann. Kinésithérapie* 1995; 22 (N°1): 49-3^e de couverture.
- [10] Gouilly P, Beaumont M, Combret Y, et al. Prise en charge prescrite de la bronchiolite aiguë du nourrisson par le masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie, la Revue* 2023; 24(268): 2-5.
- [11] Assurance Maladie. Nomenclature Générale des Actes Professionnelles - NGAP [En ligne]. 2023. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap> (accessed 17 February 2024).
- [12] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Le rôle de la kinésithérapie enfin reconnu dans

la prise en charge de la bronchiolite [En ligne]. 2022. Disponible: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-role-de-la-kinesitherapie-enfin-reconnu-dans-la-prise-en-charge-de-la-bronchiolite/> (2022, accessed 17 March 2023).

[13] Bourrillon A, David S, Vanhuxem CL, et al. À propos des bronchiolites aiguës du nourrisson. *Archives de Pédiatrie* 2004; 11: 709–711.

[14] David M, Luc-Vanuxem C, Loundou A, et al. Application de la Conférence de consensus sur la bronchiolite aiguë du nourrisson en médecine générale : évolution entre 2003 et 2008. *Archives de Pédiatrie* 2010; 17: 125–131.

[15] Sebban S, Grimprel 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. *Archives de Pédiatrie* 2007; 14: 421–426.

[16] Branchereau E, Branger B, Launay E, 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. *Archives de Pédiatrie* 2013; 20: 1369–1375.

[17] Cret L, Boutin E, Assathiany R, et al. Prise en charge des bronchiolites aiguës du nourrisson. Évaluation des pratiques des pédiatres de ville Étude réalisée au cours de l'hiver 2012–2013. *Archives de Pédiatrie* 2014; 21: 230–231.

[18] ARBAM. Courrier aux médecins prescripteurs. 2023.

[19] Symptomatic effects of chest physiotherapy with increased exhalation technique in outpatient care for infant bronchiolitis: a multicentre, randomised controlled study. *Bronkilib* 2. *Journal of Clinical and Medicine* 2019. 2(4): 1-7.

[20] Evenou D, Sebban S, Fausser C, et al. Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. *Kinésithérapie, la Revue* 2017; 17: 3–8.

[21] Pinto FR, Alexandrino AS, Correia-Costa L, et al. Ambulatory chest physiotherapy in mild-to-moderate acute bronchiolitis in children under two years of age - A randomized control trial. *Hong Kong Physiother J* 2021; 41: 99–108.

[22] Combret Y, Prieur G, Medrinal C, et al. Chest physiotherapy for children with acute bronchiolitis: Do we need more evidence? *Hong Kong Physiother J* 2022; 42: 1–2.

[23] Roqué-Figuls M, Giné-Garriga M, Rugeles CG, et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. *Cochrane Database Syst Rev* 2023. 3; 4(4)

[24] Zaldivar JNC. Effectiveness of Mucociliary Clearance Techniques in Non-hospitalized

Moderate Bronchiolitis: a Multicenter Clinical Trial. Clinical Trial Registration NCT04553822, clinicaltrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04553822> (5 June 2023, accessed 1 January 2024).

[25] Baucher T, Trebuchet A, Hussein T, et al. Essai contrôlé randomisé multicentrique : Evaluation des effets de la kinésithérapie respiratoire versus placebo chez le nourrisson atteint de bronchiolite aiguë modérée. 2019.

[26] Audag N, Dubus J-C, Combret Y. La kinésithérapie respiratoire en pédiatrie. *Revue des Maladies Respiratoires* 2022; 39: 547–560.

[27] Joud P, Fetouh M, Billet D, et al. La kinésithérapie est-elle toujours la pierre angulaire du traitement ? *Archives de Pédiatrie* 2014; 21: 228–229.

[28] Pelca D, Fausser C, Evenou D, et al. Kinésithérapie respiratoire pédiatrique, argumentaire pour une évolution des pratiques. *Kinésithérapie, la Revue* 2008; 8: 43–51.

[29] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Découvrir le métier [En ligne]. Disponible: <https://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/> (accessed 24 July 2023).

[30] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Le recours au kinésithérapeute, une solution indispensable face à l'épidémie de bronchiolite et la saturation des hôpitaux pédiatriques [En ligne]. 2022. Disponible: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-recours-au-kinesitherapeute-une-solution-indispensable-face-a-lepidemie-de-bronchiolite-et-la-saturation-des-hopitaux-pediatriques/> (2022, accessed 14 February 2024).

[31] Légifrance. Section 1 : Actes professionnels (Articles R4321-1 à R4321-13) [En ligne]. 2024. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190616> (accessed 14 April 2024).

[32] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Référentiel du métier et des compétences des Masseurs-Kinésithérapeutes.

[33] Barthe J, Bissierier A, Delaunay J-P, et al. Actualités sur la kinésithérapie respiratoire chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2003; 16: 21–31.

[34] Fetouh M. Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite : utile ou dangereuse ? *Kinésithérapie, la Revue* 2014; 14: 1–4.

[35] Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives. Haute Autorité de Santé. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives (accessed 14 April 2024).

- [36] Sterling B, Bosdure E, Stremier-Le Bel N, et al. Bronchiolite et kinésithérapie respiratoire : un dogme ébranlé. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 2015; 27: 14–20.
- [37] Piché-Renaud P-P, Thibault L-P, Essouri S, et al. Parents' perspectives, information needs and healthcare preferences when consulting for their children with bronchiolitis: A qualitative study. *Acta Paediatr* 2021; 110: 944–951.
- [38] ARBAM - Week-end et jours férié [En ligne]. Disponible: <https://www.arbam.fr/qui-sommes-nous.php> (accessed 20 February 2024).
- [39] Fetouh M. Réseau Bronchiolite Aquitaine : bilan et impact sur le CHU de Bordeaux. *Kinésithérapie, la Revue* 2006; 6: 20–24.
- [40] Pin C. L'entretien semi-directif. *LIEPP Methods Brief / Fiches méthodologiques n°3 du LIEPP* [En ligne]. 2023. Disponible: <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897> (2023, accessed 25 February 2024).
- [41] Fenneteau H. Chapitre 1. La réalisation d'une série d'entretiens individuels. In: *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris: Dunod, pp. 9–28.
- [42] Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* 2010; 102: 23–34.
- [43] Bardin L. Chapitre premier. Historique. In: *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, pp. 15–29.
- [44] Bardin L. Chapitre premier. L'analyse catégorielle. In: *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, pp. 207–207.
- [45] Bardin L. Chapitre II. Le codage. In: *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, pp. 134–149.
- [46] Bardin L. Chapitre III. Analyse de communications de masse : l'horoscope d'un magazine. In: *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, pp. 72–92.
- [47] Santé Publique France (SPF). Bronchiolite bilan 2018-2019.
- [48] Santé Publique France (SPF). Bronchiolite bilan 2019-2020.
- [49] Santé Publique France (SPF). Bronchiolite bilan 2020-2021.
- [50] Santé Publique France (SPF). Bronchiolite bulletin hebdomadaire 2021-2022.

6 Annexes

Annexe I : Bilan de surveillance épidémiologique des saisons 2018-2019 à 2022-2023, à partir des données de Santé Publique France

Bilan de surveillance 2018-2019 [47]: épidémie a commencé en semaine quarante-quatre (fin octobre) de 2018, avec un pic en semaine quarante-neuf (début décembre) de 2018, et s'est terminée en semaine sept (mi-février) de 2019. Durée de quinze semaines comparable à la saison précédente. Ampleur légèrement plus importante au moment du pic que lors des deux saisons précédentes. La proportion d'hospitalisations a été plus faible que lors des quatre dernières saisons

Bilan de surveillance 2019-2020 [48] : épidémie a commencé en semaine cinquante (mi-décembre) de 2019, avec un pic en semaine cinquante-deux de 2019, s'est terminé en semaine onze (mi-mars) de 2020. Durée de quatorze semaines, comparable à la saison précédente. Ampleur un peu moins importante au moment du pic que lors de la saison précédente. La proportion d'hospitalisation pour bronchiolite a été comparable aux dernières saisons

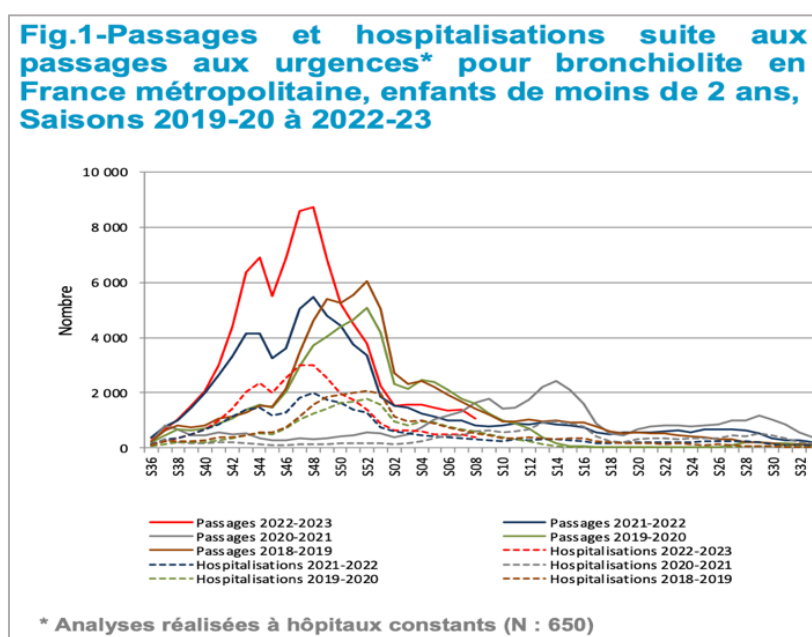
Bilan de surveillance 2020-2021 [49] : L'épidémie a commencé en semaine cinq de 2021 (début février) pour atteindre le pic en semaine treize de 2021 (fin mars) et s'est achevé en semaine vingt-trois de 2021 (mi-juin) pour une durée de quinze semaines, comparable à la saison précédente. En revanche décalage et pic atteint treize semaines plus tard que celui de la saison précédente et amplitude très inférieure à celle de la saison précédente. La proportion d'hospitalisations a été comparable aux dernières saisons

Bilan de surveillance 2021-2022 [50] : l'épidémie a commencé en semaine quarante-deux (mi-octobre) de 2021, avec un pic en semaine quarante-huit de 2021, et s'est achevé en semaine six (mi-février) de 2022. Durée de dix-neuf semaines. Amplitude comparable aux saisons précédentes. La proportion d'hospitalisation d'amplitude plus faible aux saisons précédentes. Démarrage plus rapide et précoce du virus de la bronchiolite.

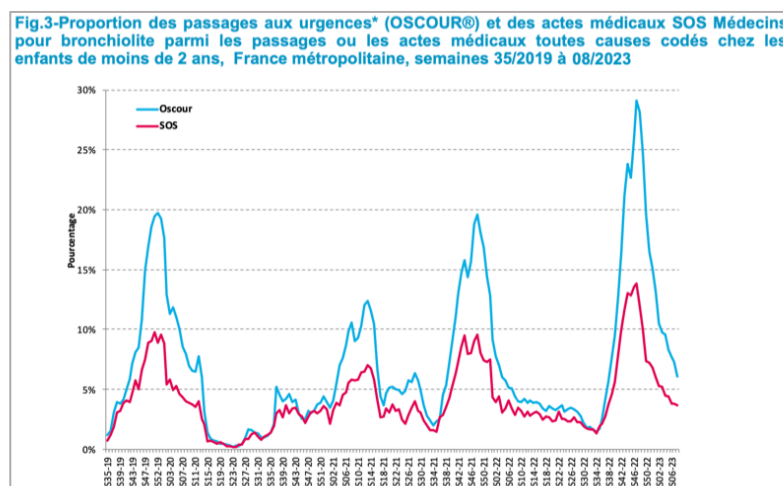
Surveillance 2022-2023 [5] : l'épidémie a commencé en semaine quarante-trois (mi-octobre) de 2022 avec une atteinte du pic épidémique en semaine quarante-huit. 5/01/2023 : douzième

semaine épidémique, la dynamique épidémique ainsi que les passages aux urgences continuent de diminuer en semaine cinquante-deux. Diminution en semaine deux (18/02/2023) de tous les indicateurs de surveillance de la bronchiolite chez les enfants de moins de deux ans. Recul de l'épidémie dans la majorité des régions en métropole. Fin de l'épidémie de bronchiolite 2022-2023 en France métropolitaine dès la semaine huit. Nous pouvons conclure que le mode épidémique de la saison 2022-2023 suit le mode habituel pour la bronchiolite aigüe du nourrisson.

Annexe II : Graphique illustrant le taux de passages aux urgences saison 2022-2023 [5]



Annexe III : Graphique illustrant le taux d'hospitalisation après passage aux urgences saison 2022-2023 [5]



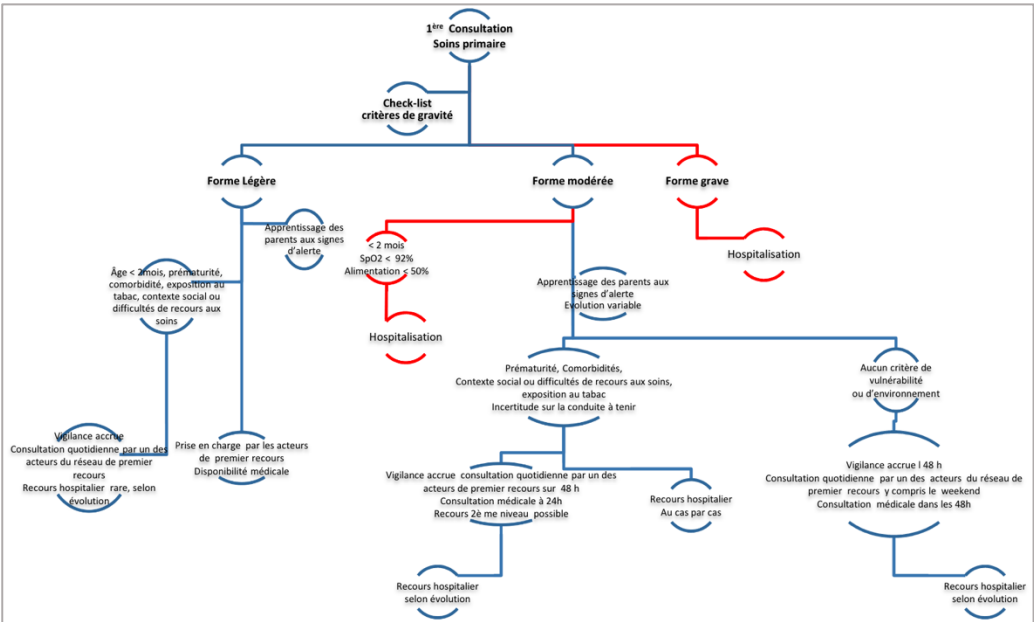
Annexe IV : Check liste pour l'évaluation initiale du nourrisson : critères de gravité et de vulnérabilité [1]

| Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Evaluation initiale | |
|--|---|
| Check List | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Etat général/comportement/hypotonie ✓ Critères de gravité <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire sur 1 minute (> 60/ min ou <30/min) • Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min) • Pausés respiratoires • Respiration superficielle • Signes de lutte respiratoires intenses (mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez) • SpO2 < 92% ou cyanose • Alimentation < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Critères de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> • Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA • Comorbidités (cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap) • Contexte socio-économique défavorable • Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile) |

Annexe V : Critères pour définir le niveau de gravité de la bronchiolite et sa prise en charge initiale [1]

| Forme | Légère | Modérée | Grave |
|--|---|---|---|
| État général altéré (dont comportement) | Non | Non | Oui |
| Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute) | < 60/min | 60-69/min | ≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée |
| Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min) | Non | Non | Oui |
| Utilisation des muscles accessoires | Absente ou légère | Modérée | Intense |
| SpO2% à l'éveil en air ambiant | > 92% | 90% < SpO2% ≤ 92% | ≤ 90% ou cyanose |
| Alimentation* | >50% | < 50% sur 3 prises consécutives | Réduction importante ou refus |
| *(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification) | | | |
| Interprétation | Présence de tous les critères | Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves) | Au moins un des critères graves |
| Prise en charge initiale | | | |
| Orientation (domicile, hospitalisation, USI réanimation) | Retour au domicile avec conseils de surveillance | Hospitalisation si : <ul style="list-style-type: none"> ✓ SpO2 <92% (indication oxygène) ✓ Support nutritionnel nécessaire ✓ Age < 2 mois Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement | Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apnées ✓ Épuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène |
| Examens complémentaires | Aucun de manière systématique | Aucun de manière systématique | Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS |
| Oxygène | Non indiqué | Si SpO2 <92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil | Si SpO2 <94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et >94% à l'éveil |
| Nutrition | Fractionnement | Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV) | Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv |
| Désobstruction des voies aériennes supérieures | systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées) | | |
| Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique | Non recommandée | Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire) | Contre indiquée |
| A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire) | | | |
| Traitements médicamenteux | Pas d'indication : bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique Contre-indication : sirop antitussif, fluidifiant bronchique | | |

Annexe VI : Figure pour l'évaluation de la gravité de l'épisode de bronchiolite et orientation du nourrisson [1]



Annexe VII : questionnaire pré-enquête : taux de prescriptions pour kinésithérapie respiratoire par les médecins libéraux (pédiatres et médecins généralistes) des Alpes Maritimes

UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR

ÉCOSYSTÈMES DES SCIENCES
DE LA SANTÉ

Questionnaire pré-enquête mémoire

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en Masso-Kinésithérapie, j'ai comme projet de recherche d'étudier la prise en charge ambulatoire du premier épisode de bronchiolite aiguë en France métropolitaine, lors des périodes épidémiques annuelles. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

1) Quel est votre domaine d'expertise ? *

☐ Médecine Générale

☐ Pédiatrie

2) Quel est votre mode d'activité ? *

☐ Libérale

☐ Salarie

☐ Mixte

3) Depuis quelle année exercez-vous ? *

4) Au cours de la période épidémique annuelle de bronchiolite, recevez-vous en consultation des nourrissons d'âge inférieur à 12 mois, atteints d'un premier épisode aigu de bronchiolite ? *

☐ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu "NON" à la question numéro 4, dirigez-vous directement à la question 7.
Si vous avez répondu "OUI" à la question numéro 4, veuillez répondre aux questions suivantes :

5) Avant 2019, prescriviez-vous des séances de kinésithérapie pour un nourrisson atteint d'un premier épisode aigu de bronchiolite (avec ou sans comorbidités associées), après votre consultation avec le patient et sa famille ?

☐ Oui (si forme légère de bronchiolite)

☐ Oui (si forme modérée de bronchiolite)

☐ Non je ne prescris pas de kinésithérapie

6) Après 2019, prescriviez-vous des séances de kinésithérapie pour un nourrisson atteint d'un premier épisode aigu de bronchiolite (avec ou sans comorbidités associées), après votre consultation avec le patient et sa famille ?

☐ Oui (si forme légère de bronchiolite)
☐ Oui (si forme modérée de bronchiolite)
☐ Non je ne prescris pas de kinésithérapie

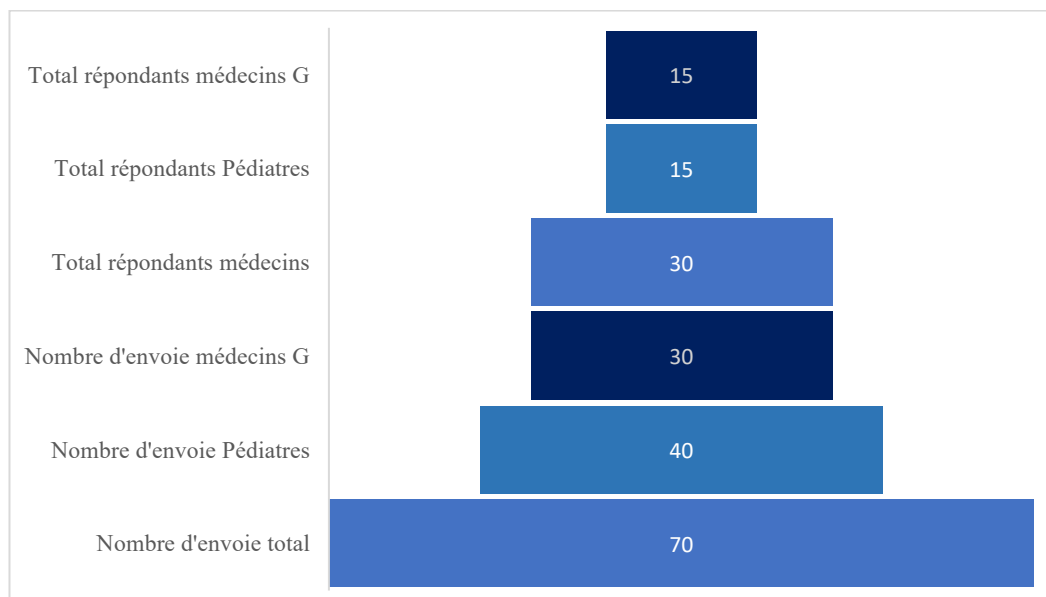
7) Dans le cadre de mon projet de recherche de fin d'étude, accepteriez-vous d'être recontacté ultérieurement ? *
☐ Oui
☐ Non

8) Si vous avez répondu "OUI" à la question 7), veuillez indiquer votre NOM :

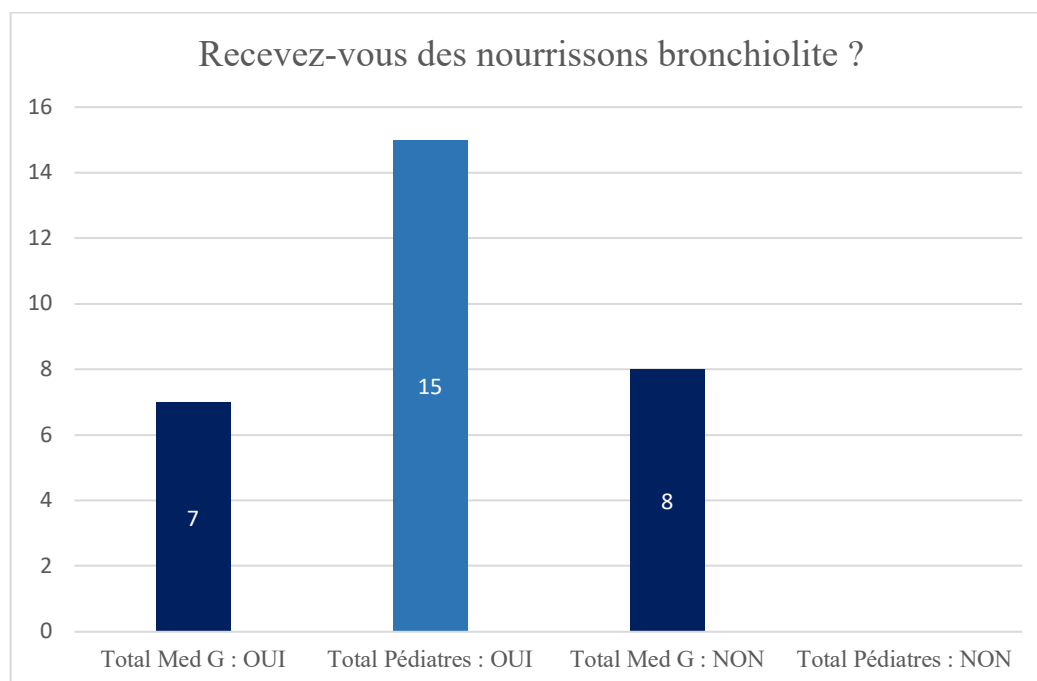
FIN
 Je vous remercie d'avoir participé à ce questionnaire pré-enquête.
 Le traitement et la conservation des données est soumis au RGPD et au code de la santé publique, articles L1110-1 à L6441-1.

Soumission

Annexe VIII : Figure présentant le nombre de répondants totales à l'enquête préliminaire



Annexe IX : Histogramme illustrant les résultats de la question 4 du questionnaire pré-enquête :



Annexe X : Tableau des résultats du taux de prescription avant et après 2019, par les médecins libéraux des Alpes Maritimes

| | | |
|---|---|---|
| N envoie = 70 Pédiatres N = 40 Med G N = 30 | Réponses pédiatres (N=15) | Réponses Med G (N=7) |
| Avant 2019 | 26 % : forme légère 46 % : forme modérée 28 % : pas de prescription | 25 % : forme légère 62 % : forme modérée 13 % : pas de prescription |
| Après 2019 | 13 % : forme légère 27 % : forme modérée 60 % : pas de prescription | 13 % : forme légère 37 % : forme modérée 50 % : pas de prescription |

Annexe XI : Prise de contact avec les MK interrogés

Objet : Demande d'entretien pour projet de recherche en Masso-Kinésithérapie

Bonjour,

Actuellement étudiante en dernière année de Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de Nice, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le premier épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson et sa prise en charge en kinésithérapie.

Dans ce contexte, je recherche des kinésithérapeutes en exercice avant 2019, présentant une expérience en kinésithérapie respiratoire pédiatrique et recevant en séance ces nourrissons.

Je souhaiterais m'entretenir avec vous afin d'échanger sur la prise en charge libérale du nourrisson atteint d'un premier épisode aigu de bronchiolite.

L'intervention se constitue d'un entretien de type « semi-directif » d'une durée maximale de vingt minutes, réalisé lors d'une rencontre en face à face au sein même de votre lieu de travail, dans la mesure du possible. Le dialogue sera enregistré et rendu anonyme afin de le réutiliser dans mon enquête uniquement. Pour cela, une feuille de consentement à signer vous sera remise au préalable.

Ainsi, accepteriez-vous de m'accorder un entretien sur ce sujet ?

Je vous joins mes coordonnées et reste à votre disposition pour d'éventuelles interrogations.

Mail universitaire : marine.millet@etu.unice.fr

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce mail et je vous prie de croire à mes sentiments distingués.

Marine MILLET

Annexe XII : Consentement pour l'enregistrement et l'utilisation des données

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO ET D'UTILISATION DES DONNEES

En vue de l'obtention de mon diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et de la validation de mon master en « *Éducation, Rééducation et Recherche en Science de la Santé* », j'effectue mon mémoire de fin d'étude sur le premier épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson et sa prise en charge en kinésithérapie.

Afin d'approfondir ma recherche, je suis en nécessité de réaliser des entretiens enregistrés par un dictaphone (via un smartphone). Chaque enregistrement sera rendu anonyme avant d'être retranscrit et utilisé dans mon enquête. Cette investigation menée par Marine MILLET ne peut être mise en place sans votre consentement écrit autorisant l'enregistrement et l'utilisation des données anonymisées de votre discours.

Confidentialité :

L'interview auquel peut répondre l'individu, ne demande aucun renseignement personnel.

L'autorisation d'enregistrer les réponses apportées lors de l'interview à l'aide d'un dictaphone sera demandée à chaque participant.

Les informations pouvant prétendre à l'identification des personnes seront modifiées par des pseudonymes lors de la retranscription.

Conservation des données:

Les données seront conservées pendant une période de deux ans, puis détruites par la suite.

Compensation :

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte en échange de la participation à ce projet de recherche.

Participation volontaire et droit de retrait de l'étude :

La participation à ce projet de recherche est volontaire, le participant est donc libre de refuser d'y participer. Après participation, à tout moment le participant peut demander aux chercheurs de ne pas prendre en compte ses données, il sera alors exclu de l'étude.

Consentement :

Après lecture de ce document, assurez-vous d'avoir pris connaissance de toutes les informations ci-dessus et d'en comprendre le contenu. De ce fait, votre participation à cette étude est volontaire et vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche.

Coordonnées :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche :

Mail universitaire : marine.millet@etu.unice.fr

Autorisation

Je soussigné(e) :

Autorise à enregistrer en audio l'entretien prévu le/...../..... à

Autorise également l'utilisation et la retranscription de ces données anonymisées à des fins de recherche scientifique, uniquement dans le cadre de cette étude.

Date et lieu :

Signature :

Annexe XIII : Guide d'entretien

À destination du MK : *Vous qui recevez en séance des nourrissons pour un premier épisode de bronchiolite, j'aimerais savoir comment se passe votre prise en charge ?*

À destination du médecin : *Vous qui prescrivez des séances de kinésithérapie chez un nourrisson pour un premier épisode de bronchiolite, qu'attendez-vous de la prise en charge en kinésithérapie ?*

| Catégories | Sous-catégories | Indicateurs | Questions |
|---------------------|------------------------------|--|---|
| Habiletés cliniques | Capacités à évaluer | <ul style="list-style-type: none"> Évaluation Diagnostic Suivi Surveillance Orientation | Selon vous quelles sont les compétences que le kiné doit mettre en place pour une prise en charge efficace du nourrisson et de sa famille ? |
| | Capacités interventionnelles | <ul style="list-style-type: none"> Désencombrement VAS Désencombrement VAI | Quels types de techniques respiratoires vous semblent être indispensables lors d'une séance ? |

| Catégories | Sous-catégories | Indicateurs | Questions |
|-------------------------------|--|---|---|
| Habiletés Communicationnelles | Capacités pédagogiques | <ul style="list-style-type: none"> Prévention Éducation Observance Information Communication | <p>Selon vous quelles sont les compétences que le kiné doit mettre en place pour une prise en charge efficace du nourrisson et de sa famille ?</p> <p>Souhaitez-vous que la famille ou l'entourage du nourrisson assiste à la séance : Pourquoi ?</p> |
| | Capacités collaboratives et coopératives | <ul style="list-style-type: none"> Information Communication Confiance | <p>Comment qualifieriez-vous le lien professionnel que vous entretenez avec le médecin référent (médecin généraliste-pédiatre) du nourrisson ?</p> <p>En quoi l'association du kiné, du réseau et du médecin référent joue un rôle dans l'organisation sanitaire des soins durant les épidémies annuelles ?</p> |

| Catégories | Indicateurs | Questions |
|----------------------------|--|--|
| Réponses en santé publique | <ul style="list-style-type: none"> Accès aux soins Continuité des soins Faciliter parcours de soins Désengorger les urgences Réseau / permanence de soins | <p>À votre avis, par quels moyens le kiné pourrait participer à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du nourrisson ? et limiter la survenue de signes de gravité ?</p> <p>Selon vous, quels sont les objectifs des réseaux bronchiolite dans la prise en charge globale du patient bronchiolite en secteur ambulatoire ?</p> <p>En quoi l'association du kiné, du réseau et du médecin référent jouent un rôle dans l'organisation sanitaire des soins durant les épidémies annuelles ?</p> |

Annexe XIV : Formule de politesse employées lors des entretiens, non retranscrites

« Bonjour (Mr, Mme),

Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Pour rappel l'entretien porte sur le premier épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson et sa prise en charge en kinésithérapie. Vos propos sont enregistrés par un dictaphone, via mon Smartphone et seront anonymisés lors de la retranscription et de l'analyse des données. Avez-vous bien pris connaissance de la feuille de consentement ? Êtes-vous toujours d'accord avec les modalités ?

Bien alors nous pouvons commencer. »

« J'ai tous les éléments que je souhaitais. Je tiens particulièrement à vous remercier pour le temps consacré à mon projet de recherche. Je vous rappelle qu'à tout moment vous êtes en droit de vous retirer de l'étude, et dans ce cas, toutes vos données seront exclues et supprimées de l'étude. Une fois l'analyse des résultats effectuées, je peux si vous le souhaitez, vous fournir les résultats finaux de mon étude. »

Annexe XV : Retranscriptions des entretiens

Entretien N° 1

- 1 I : Vous qui prescrivez des séances de kinésithérapie chez un nourrisson, lors de son premier
- 2 épisode de bronchiolite, qu'attendez-vous de la prise en charge kiné ?
- 3 M : Bah déjà une non-évolutivité vers une maladie, le fait que le nourrisson soit libéré de ces
- 4 sécrétions rapidement pour éviter une réinfection et donc un recours aux antibio. Et en même
- 5 temps pour le soulager et soulager les parents.
- 6 I : Très bien, et avec votre vision médicale, quels types d'actes respiratoires, de techniques,
- 7 vous semblent être indispensables en séance kiné ?
- 8 M : Pfff... Les techniques ont ne les connaît pas toutes. Les vibrations, c'est ce que vous faites
- 9 il me semble, de manière à faire mobiliser les sécrétions vers le haut ou vers les selles, en
- 10 crachant ou vomissant, donc plutôt ça, plutôt les vibrations. Je ne recommande pas le clapping.
- 11 Après on n'a pas la main mise sur les techniques kiné. Je fais confiance, par habitude, aux
- 12 paramédicaux. Mais voilà, mobiliser les sécrétions de manière la plus douce et physiologiques
- 13 possible, non traumatisante, que ce soit traumatisme vraie par la technique, le sérum phy, ou
- 14 parce que l'enfant a peur ! c'est pour ça en douceur.

15 I : Selon-vous quelles qualités le kiné peut mettre en place pour une prise en charge efficace du
16 nourrisson et sa famille ?

17 M : (Silence) Je ne me suis pas posé la question. En fonction des personnes à qui on envoie,
18 peut être que **des kinés peuvent apprendre à mieux respirer, à mieux se moucher ... peut-être**
19 **aux parents**. Quoi que, après un an les enfants arrivent à faire avec les parents s'ils comprennent,
20 c'est peut-être un peu tôt mais du moins ils se laissent faire. Mais après voilà si vous allez voir
21 à « X » ils ont peut-être d'autres techniques ...

22 I : Et par quels moyens le kiné pourrait participer à l'amélioration de l'état de santé globale du
23 nourrisson ? À sa qualité de vie ?

24 M : Silence ... Si la prise en charge est globale tant mieux. **Le kiné peut nous orienter vers un**
25 **diagnostic en fonction de sa facilité à faire expectorer les bronches**, ou si cette enfant-là inquiète
26 un peu, s'il a une mucoviscidose ou une autres pathologie... **Toujours dans mon idéal, le**
27 **médecin travaille avec l'équipe paramédicale, mais ça tend à se perdre un peu.**

28 I : Oui oui c'est vrai, vous avez raison ... Silence ... Et en quoi la présence de la famille, voire
29 de l'entourage du nourrisson, en séance kiné serait importante ?

30 M : ... **Pour rassurer l'enfant et le parent !**

31 I : Rassurer parents dans quel sens ?

32 M : Qu'ils voient qu'on n'est pas traumatisant vis-à-vis de son enfant. C'est quand même un
33 acte de soins, l'acte du kiné, de poser sa main, c'est englobant, malgré tout c'est compliqué de
34 laisser un enfant tout seul avec un soignant. Dans un cadre légal, il vaut mieux pour le kiné que
35 la famille soit là. Il me semble que c'est important ... pour la tranquillité des trois (rire).

36 I : (Rire) Partout en France, et dans les Alpes Maritimes également, il y a des réseaux
37 bronchiolites, week-end et jours fériés pendant les périodes épidémiques. Quelles sont vos
38 attentes concernant ces réseaux ?

39 M : Hm **un délai de prise en charge le plus rapide** c'est tout. À mon avis c'est peut-être l'intérêt
40 d'avoir des réseaux.

41 I : Et ces réseaux, qu'est-ce qu'ils apportent à la prise en charge globale du nourrisson ?

42 M : **Une éducation des parents de manière que la fois d'après ils aient la conduite à tenir.**

43 **I : Quand vous dites conduire à tenir, c'est-à-dire ?**

44 **M : c'est-à-dire à quel moment s'inquiéter, à quel moment consulter, les mesures hygiéno-**
45 **diététique à prendre.** En fait les premiers soins qu'on peut faire en médecine générale, mais que
46 le réseau peut effectuer auprès des parents également.

47 I : Et comment vous qualifieriez le lien professionnel que vous entretenez avec le
48 kinésithérapeute qui prend en charge votre patient ?

49 M : Avant j'avais un réseau de confiance, je savais comment ils travaillaient, et quand on
50 est en confiance, on met en confiance les parents d'aller voir tel ou tel paramédical, et
51 également de savoir que l'enfant est reçu rapidement par le paramédical quand on lui explique
52 le problème. Aujourd'hui, les personnes que je connaissais sont pour la plupart partis à la
53 retraite, je n'ai plus ce même réseau, je ne connais plus grand monde dans le quartier...

54 I : Est-ce que vous avez un retour de la part du kiné ?

55 M : Non. À l'époque il y avait des retours, c'est surtout si les prises en charge n'étaient pas
56 adaptées, donc s'il y avait un soucis. Après c'est une question de personnes, kiné et médecins,
57 si on veut rendre des compte c'est personnel tout ça en fait

58 I : Et avec les réseaux vous avez un contact ?

59 M : Non. On n'est pas très au courant de ces réseaux. Si on appelle « X » en cas d'urgence,
60 peut être qu'ils nous envoient vers ces réseaux, je ne sais pas vraiment... Il y a un manque
61 d'information sur ces réseaux et de leurs rôles.

62 I : Et selon vous, qu'est-ce qu'ils pourraient apporter ces réseaux ?

63 M : Je sais pas ... Est-ce qu'ils sont habilités à faire les même actes qu'aux urgences ? Est-ce
64 qu'ils orientent eux-mêmes ? Est-ce qu'ils savent quelles thérapeutiques utiliser ou pas ?
65 (Questions qu'elles se posent). Ça doit être un gain de temps pour les parents et pour l'enfant
66 par rapport à sa prise en charge !

67 I : Finalement, l'association du kiné, du réseau, du médecin, quels rôles peuvent-ils jouer dans
68 l'organisation sanitaire des soins ?

69 M : Le kiné ... c'est un diagnostic rapide, et le médecin pour confirmer le diagnostic et la prise
70 en charge. Ces réseaux pour résumer c'est plus pour l'urgence de la prise en charge selon moi.

71 I : Et les trois associés qu'est-ce que ça apportent ?

72 M : ... Un gain de temps. Pour la famille, pour le nourrisson.

73 I : Très bien, alors pour conclure cet entretien, en quelques mots, quelles sont vos attentes sur
74 la prise en charge du nourrisson bronchiolite dans le secteur ambulatoire ?

75 M : C'est-à-dire ? Mes attentes à moi ou par rapports aux autres professionnels ?

76 I : Alors vos attentes à vous en tant que médecins et vos attentes vis-à-vis des kinés.

77 M : Mes attentes globales ... qu'ils soient pris en charge le plus rapidement possible. Pour un
78 médecin c'est notre rôle. Pour un kiné, qu'il ait les soins adaptés aux nourrisson, qu'il soit
79 soulagé le plus rapidement possible en fait.

80 I : Juste votre avis sur une question, pourquoi vous prescrivez de la kiné ?

81 M : On voit l'efficacité. Les parents nous le disent. Pour ces patients là on ne revoit pas les
82 parents et pas l'enfant du coup.

83 I : Très bien, Y-a-t-il d'autres choses que vous souhaitez rajouter ?
84 M : J'insiste quand même, **quand un patient est pris rapidement en kinésithérapie respiratoire on**
85 **n'évite un nombre supplémentaire de séance, on améliore rapidement l'enfant. Cela évite qu'il**
86 **se déshydrate, qu'il perde du poids, qu'il finisse hospitaliser. On leur donne des chances**
87 **supplémentaires. D'expérience, plus tôt ils sont pris en charge, moins on les revoit et mieux ils**
88 **vont tout simplement... J'insiste sur l'éducation des parents.** Plus ils sont au courant sur ce qu'il
89 faut faire plus ils rassurent l'enfant. Il y a cette sensation d'étouffer, d'angoisse pour l'enfant,
90 donc plus les parents sont dans la réassurance plus il participe à soulager l'enfant.
91 I : D'accord très bien ! Bon eh bien j'ai tout ce qu'il me faut

Entretien N° 2

1 I : Vous qui prescrivez ces séances, qu'est-ce que vous attendez de de la kiné pour ces
2 nourrissons ?
3 M : Ben j'attends 2 choses : **la première chose c'est quand on est plutôt sur une bronchite très**
4 **sécrétante avec un enfant qui s'étouffe avec ses glaires et qui les bronches très très encombrés,**
5 **c'est d'aider à dégager un peu ses bronches, à faire cracher aussi,** et la 2e chose c'est aussi malgré
6 tout **un œil, heuu de personnel de santé qui peut réévaluer l'enfant entre-temps et faire**
7 **reconsulter en fonction de l'aggravation. Donc c'est vraiment le désencombrement et l'œil du**
8 **personnel de santé**
9 I : En termes d'actes techniques, d'actes respiratoires, je ne sais pas si vous êtes au point sur tout
10 ce qu'on peut faire en kiné
11 M : Non, pas forcément
12 I : Mais, qu'est-ce qui, quand vous prescrivez, qu'est-ce qui vous semble indispensable de
13 réaliser en séance par le kiné en terme de d'actes respiratoire ?
14 M : Alors, honnêtement en tant qu'acte lui-même ce que fait le kiné, je j'ai, j'ai pas, à part les
15 gestes que j'ai vu quand j'étais à l'hôpital, j'ai pas vraiment de recommandation, **ce que moi je**
16 **demande, en tout cas, quand je fais l'ordonnance c'est vraiment aide au désencombrement et à**
17 **l'expectoration déjà à cracher,** parce que souvent ils gardent leurs glaires un peu accumulé et
18 les parents me disent que malgré le nettoyage du nez ils arrivent pas à, à vider ça donc c'est,
19 c'est surtout ça que en tout cas je leur demande, après comment ils font ça j'avoue que je ne
20 sais pas.

21 I : Mais ce que vous pensez que ça doit être systématique ou ça sera évidemment à l'évaluation
 22 aussi du kiné

23 M : Oui je mets selon le besoin effectivement. La plupart du temps la kiné je le prescris vraiment
 24 au cas par cas, parce que les les les bronchiolites versant spastique je leur, je leur prescrit pas
 25 forcément et je leur demande en fait effectivement de faire l'évaluation et d'aider autant que
 26 nécessaire, alors des fois ils choisissent si c'est une séance par jour au début ou une séance 2-3
 27 fois par semaine, de voir eux, en fonction de leur évaluation de professionnels de santé, qu'est-
 28 ce qui est le mieux pour l'enfant effectivement.

29 I : Vous quantifiez l'ordonnance ?

30 M : Non je mets juste y compris le week-end et jours fériés et séance selon le besoin

31 I : D'accord ok. Est-ce que pour vous la présence de la famille ou de l'entourage est
 32 indispensable à la séance kiné ?

33 M : Bah à mon avis oui quand même pour les tout-petits, heu parce que peut être ça fait quand
 34 même une présence un peu rassurante pour l'enfant, après en pédiatrie c'est un peu compliqué
 35 parce que y a des parents qui sont aidants et les parents à cause de qui les soins deviennent très
 36 compliqués, malgré tout on le voit ici en libéral, donc heu pour quelque chose, pour la kiné ça
 37 peut être plus compliqué, mais je pense quand même que la présence parentale elle est, elle est
 38 importante ne serait-ce que pour la compliance des soins.

39 I : Ouai, ok. Est-ce que vous, quand vous recevez et que vous diagnostiquez le patient
 40 bronchiolite, est-ce que vous montrez déjà un peu comment moucher le nez ou alors ce qu'il
 41 faut mettre en place ?

42 M : Alors oui, je dis aux parents comment on fait le nettoyage de nez, alors souvent maintenant
 43 on utilise de plus en plus la seringue nasale qui est plus efficace, euh je demande aux parents
 44 s'ils savent et quand je sens qu'ils ne savent pas, s'ils ont le matériel je le fais avec eux pour
 45 voir au moins une fois

46 I : D'accord et est-ce que vous attendez ça aussi de la part du kiné qu'il revérifie ça ?

47 M : Peut-être revérifier s'ils font les choses correctement ça peut être bien parce que c'est vrai
 48 que le lavage de nez c'est quand même la base pour la bronchiolite, donc oui je pense que c'est
 49 bien de vérifier

50 I : Donc en termes de, de qualité du kiné c'est vraiment aider au désencombrement, l'évaluation
 51 et un peu apporter tous ces conseils ...

52 M : C'est ça, les conseils à la famille et surtout un un regard objectif externe en disant là malgré
 53 la kiné votre enfant va pas mieux, reconsulter, par exemple l'enfant qu'on voit le jeudi, si je fais
 54 kiné week-end et jours fériés, s'il va chez le kiné le samedi ou le dimanche, ça peut être un avis

55 professionnel qui peut dire aux parents attendez là ça s'aggrave, reconsultez en urgence, surtout
56 pour les parents un peu stressés qui savent pas trop quoi faire, généralement les kinés ils ont un
57 bon œil sur ce qui est de la détresse respiratoire, donc c'est ça aussi qui peut être pratique.

58 I : est-ce qu'on pourrait dire, on pourrait qualifier le kiné un peu de sentinelle entre vous et les
59 urgences, un point de relais

60 M : Ah oui bien sûr, oui c'est ça

61 I : Est-ce que vous êtes au courant des réseaux bronchiolite qui se mettent en place ...

62 M : Heu sur « X »?

63 I : Alors là en l'occurrence sur « X », sur les Alpes maritimes en tout cas, il y en a dans toute la
64 France aussi

65 M : Alors moi le seul, je sais qui a un cabinet sur « X », 7/7, de kiné bronchio

66 I : Oui

67 M : Mais après plus que ça non, je ne suis pas heu

68 I : Alors en fait eux oui et c'est depuis toujours ils sont spécialisés pédiatres donc ils mettent en
69 place ce 7/7 mais pendant les grosses périodes épidémiques pour venir en soutien des urgences,
70 du second recours, il y a une permanence de soins week-end et jours fériés

71 M : Hm ok

72 I : Et en fait les kinés qui généralement sont orientés sur ce côté respi et pédiatres, qui prennent ces
73 nourrissons en charge, peuvent s'affilier au réseau pour avoir ce relais week-end et jours fériés
74 et pour après accéder à tous les objectifs que peuvent avoir ces réseaux là, mais c'est vrai qu'ils
75 n'en font pas tous partie du coup, le cabinet dont vous parlez ils en font un peu partie mais dans
76 tous les cas ils ont leur propre garde de base. Donc par rapport à ce cabinet qui fait garde ou au
77 réseau bronchiolite, est-ce que vous avez des attentes, vous, en tant que médecin, du fait qu'ils
78 les prennent également les week-ends et jours fériés ?

79 M : Oui si nécessaire, oui c'est sûr qu'heu

80 I : Est-ce que ça apporte quelque chose vraiment à l'enfant ?

81 M : Bah alors s'il en a besoin, il y a certains enfants qui en ont besoin tous les jours d'après
82 certains kinés en tout cas, donc oui, après si l'enfant est pas trop encombré moi je pense que ou
83 vraiment il a besoin de séances régulières, si l'enfant fait une séance de kiné 2 fois par semaine
84 je sais pas si du coup c'est un vrai besoin indispensable on va dire, donc oui je pense que week-
85 end et jours fériés c'est quand même important de de l'avoir

86 I : Quelles sont, alors vos attentes j'allais dire du réseau, mais du moins d'un réseau qu'un kiné
87 peut mettre en place sa petite échelle ?

88 M : Bah alors le réseau c'est très bien s'il y a une continuité des soins qui est possible et une
 89 disponibilité assez immédiate au moins du jour au lendemain, avec des personnes qui ont
 90 l'habitude de, évidemment de la kiné en pédiatrie et surtout de la kiné respi.

91 I : Est-ce que vous avez-vous un lien professionnel avec le kiné vers chez qui se tourne la
 92 famille ...

93 M : Non.

94 I : ... est-ce que vous avez des retours de leur part ?

95 M : Alors oui j'ai déjà eu des retours de certains kinés, mais plus ce niveau, pas trop pour la
 96 bronchiolite finalement, c'est plus pour tout ce qui est plagio, les pieds varus et cetera, mais
 97 heu, mais sinon pour la bronchiolite j'ai pas eu trop de retour en tout cas pas négatif ni
 98 spécialement positif, si ce n'est qu'il y a quand même encore des familles pour qui ils ressentent
 99 que ça fait quand même du bien

100 I : D'accord, donc il n'y a pas par exemple : si le kiné voit à l'évaluation que l'enfant s'est
 101 dégradé ou ne va pas trop bien il dit à la famille de revenir vers vous, dans ce cas-là est-ce que
 102 la famille vient avec un papier ou une feuille ?

103 M : Non pas forcément, vous avez juste l'oralité ouais c'est juste l'oralité, c'est généralement ils
 104 disent on a vu le kiné, il nous a dit que c'était un peu, qu'il n'y avait pas beaucoup d'amélioration
 105 et c'était mieux de reconsulter. Généralement je fais assez confiance aux parents sur ça, puis
 106 moi je fais beaucoup de prévention dans la bronchiolite je leur dis vraiment les signes à
 107 surveiller, la détresse respiratoire tout ça, donc en fait ils savent même d'eux même
 108 généralement comment, quand reconsulter et en plus la kiné c'est un œil objectif en plus quand
 109 y a besoin effectivement, qui est là.

110 I : Et le fait par exemple qu'il ait ces réseaux, est-ce qu'il y a plus de de communication, plus
 111 de liens ou c'est pareil ?

112 M : Honnêtement moi je n'ai pas trop l'impression là, après je pense que je n'ai pas assez de
 113 recul pour vraiment le dire, actuellement je suis en libéral avant ça je passais mes hivers avec
 114 les bronchio à l'hôpital. Finalement la kiné respi je la prescris depuis pas si longtemps, cet été
 115 il avait moins besoin, mais en tout cas si je peux me permettre de faire la comparaison avec tout
 116 ce qui est les troubles du nourrisson de tête et de pieds, je commence à avoir un réseau de kiné
 117 chez qui je les oriente systématiquement, donc j'imagine que pour la kiné respi, en fonction des
 118 retours des parents peut-être que ce sera un peu pareil. Donc je pense qu'aujourd'hui j'ai pas
 119 assez de recul vu ma pratique pour affirmer ça mais probablement que oui

120 I : Hm, donc là c'est si vous si vous faites une ordonnance c'est le parent qui connaît ou ...

121 M : C'est le parents qui connaît ou moi je leur dis que le centre « X » je sais qu'ils font ça et 7
 122 sur 7

123 I : Ok très bien. Et en quoi l'association du kiné, du réseau s'il a besoin, et de vous, médecins,
 124 jouent un rôle dans l'organisation sanitaire globale du soin pendant les épidémies ?

125 M : Ben toujours pareil, je pense que c'est une aide et pour le parent et pour le pédiatre d'un
 126 suivi, une aide à l'expectoration et surtout un espèce de, de continuité, de regard professionnel
 127 sur l'évolution de la bronchiolite, surtout qu'on sait que si c'est le VRS ça peut mettre 5-6 jours
 128 avant atteindre le maximum des symptômes, que nous, en tant que pédiatre même si on fait le
 129 maximum pour voir nos consultations d'urgence, on n'arrive pas forcément à caser un peu tout
 130 le monde et que et que ça fait un regard supplémentaire pour voir s'il y a aggravation ou
 131 reconsulter ou intensifier les séances donc c'est pour ça que ça demande aussi du versant kiné,
 132 quelqu'un qui a de l'expérience et qui sait dire, là ça, ça ne dépend pas de la kiné, c'est qu'il y a
 133 autre chose au niveau respiratoire qu'il faut refaire consulter.

134 I : À votre, à votre bilan est-ce que vous prescrivez ces séances pour un nourrisson qui est déjà
 135 dans une 2e phase donc plutôt dans une phase d'encombrement ou direct en première phase ?

136 M : Ah non, encombrement, je fais vraiment au cas par cas, si l'enfant est sec ou spastique je
 137 ne prescris pas

138 I : D'accord

139 M : Heu et j'ai même plutôt tendance à dire aux parents d'être vigilant là-dessus parce que je
 140 sais que les enfants spastiques des fois ça peut les faire un peu trop spasmer et donc ça peut mal
 141 se passer donc je leur dis vraiment c'est en fonction si besoin je les réévalue et je préfère moi
 142 les évaluer et dire aux parents là il faut y aller, plutôt que leur dire je vous donne ça et allez-y
 143 si besoin, puisque que comme j'ai justement pas vraiment un réseau de, de kiné que je
 144 connais bien, je sais pas chez qui ils vont aller, je sais pas s'ils vont aller chez vraiment un
 145 kiné qui a l'habitude de ça ou pas donc c'est pour ça.

146 I : OK

147 M : Donc c'est pour ça que je préfère prescrire moi qu'en période encombrée au maximum

148 I : Finalement pourquoi ça serait important de prescrire vers la kinésithérapie ces enfants
 149 bronchiolite ?

150 M : Pour les aider à passer le cap en fait, parce qu'on sait que l'encombrement trop important
 151 peut les gêner pour la prise alimentaire, peut les gêner pour le sommeil, donc je pense que ça
 152 fait malgré tout plus de consultations 1) en pédiatrie libérale et 2) ça fait plus de parents qui
 153 atterrissent aux urgences parce que ils sont dépassés qu'ils ont déjà vu pédiatres, qui savent plus
 154 quoi faire et qui du coup vont consulter, alors qu'au final le traitement aux urgences sera le

155 même, et finalement ça fait plus de consultations et plus de monde aux urgences aussi, donc je
 156 pense que ça aide en fait à trier un petit peu et à filtrer le passage aussi aux urgences. Et en
 157 aidant en fait à la bonne tolérance de l'épisode.

158 I : Pour finir avez-vous des attentes vous tant que médecin sur la prise en charge globale de ce
 159 nourrisson bronchiolite ou une attente de la kiné par exemple, de la kinésithérapie ?

160 M : Heuu non à part ce que j'ai déjà un peu dit, rien de, rien de plus

161 I : OK très bien alors. Hm, je voudrais vous poser une dernière question par curiosité quand
 162 même

163 M : Oui

164 I : Vous avez fait de l'hôpital avant, comment ça se passait pour la bronchiolite ?

165 M : Alors moi j'ai fait donc mon internat à « X » et mon poste à internat, l'assistanat à l'hôpital
 166 « X » et alors autant c'est vrai qu'à mon début d'internat la kiné c'était systématique, et après
 167 c'était vraiment la prescription encore au cas par cas, en tout cas à la fin de l'internat, et à « X »
 168 on prescrivait encore de la kiné mais pareil au cas par cas pas toutes les bronchio, par exemple
 169 pour les bronchio souvent on avait « X » comme on était niveau 2B, qu'on a des, beaucoup
 170 d'optiflow, de sipape, le petit en sipape hyper spastique bah on lui faisait pas faire de kiné donc
 171 c'était, heu, on avait quand même un kiné qui passait mais c'est vrai que c'était moins comme
 172 en début d'internat enfin on en avait moins besoin moins recours qu'à mon début d'internat

173 I : Là c'est dans le cas d'un nourrisson hospitalisé

174 M : Oui

175 I : OK, en réa pas du tout j'imagine

176 M : En réa non, mais comme je disais moi à « X » on avait beaucoup d'enfants sous optiflow et
 177 sipape, donc c'est un soin intensif et c'est un enfant qui souvent à une sonde nasogastrique et
 178 cetera donc là pareil on ne faisait pas trop passer le kiné. Finalement ceux qui ont besoin je
 179 trouve de kiné respi et d'aider à dégorgé ça va surtout être pour moi le libéral dans le sens où
 180 de, enfin, de plus en plus, en tout cas du dernier hiver que j'ai passé à l'hôpital, la bronchiolite
 181 c'est le tout petit, le moins de 6 mois et rapidement on les met sous optiflow et du coup
 182 rapidement ils sont hypers spastiques et là la kiné, ou sinon peut-être vers la fin quand ils
 183 commencent à être encombrés, mais du coup qu'on arrive à sevrer de l'optiflow, là le kiné va
 184 venir et va aider à désengorger pour que la reprise alimentaire soit plus facile et cetera mais
 185 souvent en phase aiguë d'hospitalisation on n'a pas trop recours finalement au kiné.

186 I : Et quand c'est des parents qui arrivent aux urgences et que finalement l'enfant n'a pas besoin
 187 d'hospitalisation, est-ce que pareil ils ressortaient avec une prescription de kiné où on attendait
 188 que ça soit une 2e phase ?

189 M : Non si encombrement bronchique présent, en tout cas moi je le faisais, après je peux pas
 190 parler pour tous mes confrères, mais oui oui on peut le faire

191 I : Et l'année dernière ça a été une grosse épidémie, pourquoi vous pensez qu'il y a eu autant de
 192 passages aux urgences ? de premier recours aux urgences en tout cas ?

193 M : Alors je pense vraiment, alors je sais pas si c'est un effet boomerang du COVID et de
 194 l'isolement, mais en tout cas il y a eu chez le moins de 6 mois, le moins d'un an, mais surtout le
 195 moins de 6 mois, des grosses bronchiolites graves, que ce soit le VRS ou même la grippe hein
 196 la grippe ça fait pas mal aussi de grosses bronchios, et du coup beaucoup beaucoup d'enfants un
 197 peu entre deux, enfin nous à « X » on avait plus de place, on avait beaucoup d'enfants sous
 198 respirateurs donc sous optiflow, plus de place et y en a on les recevait de « X », enfin d'ailleurs
 199 et il y a certains enfants qui étaient un peu limite mais qui maintenaient leur sat, on les faisait
 200 revenir tous les jours, mais c'était, je trouvais, là je suis à l'hôpital donc j'en sais rien, mais c'était
 201 vraiment des enfants très très spastiques et sifflants sec, et du coup je pense que c'est ça qui
 202 a multiplié les passages aux urgences et c'est aussi que nous souvent quand on pouvait pas les
 203 hospitaliser et qu'ils étaient plus ou moins bien on leur disait ça va mais revenez demain on
 204 réévalue demain et en fait ça fois dix, ben ça fait quand même pas mal de passages en plus.

205 I : Et pourquoi finalement quand ça allait, ne pas envoyer, réorienter vers le pédiatre ou vers le
 206 secteur ambulatoire ?

207 M : Bah alors s'ils avaient les pédiatres oui, le problème du secteur ambulatoire c'est que tout
 208 le monde n'a pas le saturomètre et donc nous quand on veut les réévaluer c'est pour la sat, par
 209 exemple nous ici on a un petit saturomètre portable mais qui est pas très fiable pour les petit
 210 donc du coup c'est surtout cet objectif de maintien de saturation ou pas, de contrôle de poids,
 211 bon ça le pédiatre libéral peut le faire mais pour la sat ça peut plus compliquée, mais quand
 212 c'était possible on leur demander ça.

213 I : Donc c'était plutôt parce qu'il y avait une gravité

214 M : En gros c'était certains enfants que si on avait eu de la place on les aurait gardés juste pour
 215 surveillance 24 h et comme on avait plus de place on les faisait revenir clairement c'est un
 216 problème de santé publique hein

217 I : Très bien. Eh bien merci beaucoup d'avoir pris le temps de me répondre

218 M : Mais avec plaisir !

Entretien N° 3

1 I : Vous qui prescrivez justement cette kinésithérapie dans un premier épisode de bronchiolite,
2 qu'attendez-vous de la prise en charge kiné ?

3 M : Alors, d'abord il faut bien préciser que parce que pourquoi la HAS a dit que, au départ avait
4 supprimé la kinésithérapie, la prise en charge, parce qu'une bronchiolite il y a une gêne
5 respiratoire, un tirage et souvent des sibilants à l'auscultation. Pour cette phase-là de la
6 bronchiolite, la kinésithérapie d'après moi ne sert à rien, voilà. Mais sous l'effet du traitement
7 ou de l'évolution naturelle, cette gêne là et ces sibilants s'amenuisent et à ce moment-là il y a
8 les glaires et l'encombrement bronchique qui apparaît d'accord, donc moi je fais surtout des
9 prescriptions, j'en ai fait encore je vous dis 2 ou 3 cet après-midi, parce que sur cette phase
10 d'encombrement bronchique, en sachant que chez le petit avant 2 ans, les sirops fluidifiants
11 n'existent enfin sont interdits donc on peut faire quoi, on peut faire des lavages de nez au sérum
12 et puis à part ça c'est tout hein. Donc les parents quand même ils sont bien soulagés, qu'il y est
13 quelque chose qui, même si ce n'est pas la panacée, qui aide à l'enfant à, à être mieux, à être
14 mieux et enfin on sait, on n'a pas on n'a pas beaucoup de choses, de cartes en main là pour agir
15 hein. Mais moi, il faut, je pense, qu'il ne faut jamais prescrire sur la phase aiguë de la
16 bronchiolite, on le fait sur la phase évolutive de la bronchiolite, mais qui presque systématique
17 ou sur ce qu'on appelle les bronchites catarrhales virales hein donc hyper sécrétantes et **alors en**
18 **plus de ça, plus l'enfant est petit et plus le risque de cette encombrement est important et est**
19 **amélioré par les kinés.** Voilà.

20 I : Très bien, donc là sur la partie kiné respiratoire, l'acte technique, vous avez parlé du lavage
21 de nez, est-ce que vous vous le faites au cabinet, ou justement, en prescrivant la kiné, vous
22 attendez du kiné qu'il réalise et qu'il montre aux parents ce lavage de nez ?

23 M : Alors, ça c'est bien (rire), qu'il le réalise, peut-être pas. Moi au cabinet je ne le fais pas, je
24 leur explique mais je ne le fais pas, mais par contre c'est sûr que l'intérêt de la kinésithérapie,
25 moi quand je mets de la kinésithérapie, je sais pas si j'ai tort ou raison, je fais 6 séances, parce
26 qu'à l'époque c'était ce qui se faisait, peut-être que maintenant on a même pas le fait de mettre
27 des nombres de séances je sais plus, moi je continue à regarder ce que j'ai sur l'ordinateur et
28 donc alors deux choses intéressantes sur, chez le kiné, **alors peut-être qu'il peut montrer lui avec**
29 **du sérum ou faire le lavage de nez, mais c'est surtout, il peut surveiller l'évolution de la première**
30 **semaine, en faisant 6 séances, il voit bien un petit peu comment ça se passe, et là je vois que**
31 **c'est ce matin, j'ai vu un gamin qui était encombré alors il y avait le COVID en plus dans**
32 **l'histoire, donc qui était vue par le kiné et le kiné lui a dit : écoutez il va pas mal, il allait pas**
33 **mal mais il avait de la fièvre je pense trop quoi, il a dit revenez voir votre médecin pour suivre,**
34 **l'intérêt enfin on peut pas, on peut pas voir l'enfant tous les jours et tout, donc le le but ça nous**

35 rassure aussi qui est quelqu'un paramédical qui surveille un peu l'enfant quand vraiment il tire,
36 il est pas bien et qu'il est le petit hein surtout le petit, le petit nourrisson.

37 I : Donc il y a réaliser l'acte respiratoire, surveiller, réorienter finalement,

38 M : Oui ce qu'il a fait, je vous dis ce matin

39 I : Et est-ce que, est-ce que selon vous, il peut mettre d'autres compétences au service du
40 nourrisson, au service de la famille pour participer à diminuer cette évolution, ces risques

41 M : Ah ben s'il a, s'il a les compétences, je sais pas moi, je sais pas qu'est-ce que vous entendez

42 I : C'est vous, ce que vous attendez d'une qualité d'un kiné ou de ce que vous attendez en fait,
43 vos attentes globales du kiné

44 M : Ah bah nous euh, moi ça fait un moment que je fais de la pédiatrie alors au départ on faisait
45 du clapping ça s'appelait, très agressif, bon alors après la technique kiné a évolué, alors je crois
46 qu'ils ne le font plus ça, bon alors après moi je je sais pas, moi ce que je veux, c'est que le gamin
47 s'améliore et je suis content quand un petit pour lequel, je vous dis, à part les soins donnés et
48 puis c'est tout, les parents nous disent écoutez voilà le, la kiné lui a fait du bien, il va mieux voilà
49 donc après voilà, la technique kiné moi je sais pas, je veux pas je veux pas rentrer là-dedans, je
50 sais pas.

51 I : D'accord et quand vous parliez des 6 séances de kinés respi, généralement les parents ils font
52 ces 6 séances et reviennent vous voir où vous constatez qu'ils reviennent malgré tout avant ces
53 6 séances ...

54 M : Non non pas toujours

55 I : Par réorientation du kiné

56 M : Quand on dit, je pense qu'au départ c'était fait 6 séances parce qu'une bronchiolite ça dure
57 à peu près une bonne semaine, ça dure pas 3 jours comme une rhino hein, il est fébrile, ça dure
58 une petite semaine, donc 6 séances ça permet aussi de contrôler à peu près une semaine de
59 bronchiolite c'est le temps à peu près que passe, qu'évolue une bronchiolite, donc si le gamin
60 va bien au bout d'une semaine, non non il ne revient pas me voir systématiquement, mais il en
61 a, l'exemple de ce petit il avait eu en plus, il avait eu, il a chopé le COVID, il a été hospitalisé,
62 3 semaines après il a attrapé une bronchiolite bon alors c'est sûr que là heu 6 séances ça n'a
63 pas suffi et je lui-même mis du « flixotide » en chambre d'inhalation, parce que, parce qu'il était
64 petit hein, mais il était pas bien, donc ça, ça va durer je sais pas combien de temps. Mais là aussi
65 au point de vue thérapeutique, soins données kiné et comme ça n'allait pas vraiment bien, j'ai
66 rajouter du « flixotide », souvent je ne le fais pas chez les petits, je ne sais pas, je sais plus quel
67 âge il avait, admettons 4 mois, mais il était pas bien et puis entre le COVID et la truc, je me
68 suis dit ces voies respiratoires elles vont pas être voilà.

69 I : Et est-ce que dans l'acte respiratoire kiné vous attendez que ça soit fait systématiquement
70 dans chaque séance kiné ?

71 M : Ben non si le kiné trouve que, qu'il n'est pas encombré heuu c'est surtout pour
72 l'encombrement qu'il faut heuu qu'il faut venir, s'il lui lave le nez et qu'il voit que quand il
73 l'ausculte et que l'auscultation est bien Ben il dit non et bien ... ça fait partie ça de la surveillance

74 I : Très bien

75 M : Mais quand on, justement, si, si on mettait 20 séances, je pense qu'au bout d'un moment
76 ça ne serait plus la peine (rire), mais 6 séances, moi j'en mets vraiment qu'aux gamins qui sont
77 bien encombrés, des petits, souvent ils en ont besoin de 6, il me semble.

78 I : Et vous, il vous semble important que la famille assiste, la famille ou l'entourage, aux séances
79 de kinésithérapie ?

80 M : Non, non non, si la maman ne veut pas assister

81 I : Ok d'accord. Quel lien professionnel vous vous avez avec le kiné vers qui se tourne la famille
82 ou vers qui vous réorientez la famille

83 M : Quel lien ? Heuuuu je fais pas, alors il arrive des fois que l'écrit, notamment quand
84 l'évolution n'est pas très bonne tout ça, les kinés notamment ceux que je connais dans le quartier
85 me rappelle, la plupart du temps, c'est pas obligé, c'est pas une nécessité. Il faut suivre
86 l'évolution clinique du gamin s'il va bien c'est bon, et s'il ne va pas bien, alors soit c'est une
87 surinfection, soit c'est qu'il y a autre chose heuu là des fois les kinés appellent.

88 I : D'accord donc quand ils constatent quelque chose s'aggrave, que l'état de l'enfant s'aggrave,
89 le plus souvent il vous rappelle, ils vous renvoient l'enfant ?

90 M : non il ne me rappelle pas, souvent il renvoie l'enfant

91 I : Ils renvoient l'enfant d'accord

92 M : Et des fois, ils rappellent quand il y a quelque chose qui les embêtent quoi, qui, qui ne
93 comprennent pas bien ou que, qui, bon voilà qui cloche dans l'évolution. Si c'est juste, si c'est
94 juste une non-amélioration ou un truc qui persiste, il est pas obligé de m'appeler, il leur
95 dit revenez voir le médecin et puis pour voir pour voir un peu.

96 I : Et les parents ils arrivent en vous disant c'est le kiné qui a dit que, mais il n' y a pas une
97 feuille avec ou des consignes ?

98 M : Ah ça non non, ou il m'appelle ou c'est les parents qui me disent.

99 I : D'accord et donc vous vous avez un petit peu votre réseau de quartier des kinés ...

100 M : Non

101 I : ... Ou vous orientez, ou les parents trouvent ?

102 M : C'est-à-dire, ceux du quartier, parce que les kinés là, kinésithérapie respiratoire du tout
 103 petit de 15 jours, un mois, tout le monde ne le fait pas voilà

104 I : Non c'est vrai il n'y en a pas beaucoup

105 M : Donc moi il y en a un ou 2 là dans le quartier qui le font, donc si les gens sont du quartier
 106 je les envoie là, et puis voilà

107 I : d'accord d'accord

108 M : Mais je n'ai pas un réseau particulier sur tout « X » par exemple

109 I : Est-ce que justement, là on parle de, de réseau à petite échelle, mais en général il y a les
 110 permanences de soins pendant les périodes épidémiques, les réseaux bronchiolite, est-ce que
 111 vous avez un contact avec eux justement pendant les grosses phases épidémiques ?

112 M : Alors il se trouve que pendant longtemps, je sais pas s'ils le font encore, euh un des
 113 responsables du réseau, il était là, il était rue « Raiberti »

114 I : Ah oui !

115 M : Donc c'est vrai que moi je les envoyé là pour le samedi et le de dimanche voilà, j'envoyais
 116 mes clients là

117 I : Justement sur ces réseaux mis en place quelles sont vos attentes ?

118 M : eh beh c'est pour le samedi et le dimanche, pour les petits parce que si, si on les voit
 119 admettons une fois le jeudi et puis après la séance suivante c'est lundi, pour un nourrisson, un
 120 petitou, c'est vrai que le système de garde était intéressant pour nous. Alors ça a très bien marché

121 I : Oui

122 M : Actuellement je je sais pas où ça, je sais pas où ça en ait

123 I : Il y a toujours ce système de garde

124 M : Ah ça existe toujours

125 I : Bon ce n'est peut-être pas les mêmes kinés, les kinés qui font, qui prennent ses enfants, ils
 126 ne sont pas obligés de participer aux gardes, mais généralement ils le font. Et en général, toutes
 127 les années pendant les grosses périodes épidémiques, il y a des de l'information, de la
 128 communication ici sur « X » il y a une permanence.

129 Donc on a parlé du suivi week-end, jour férié, qu'est-ce que pourrait apporter d'autre ce soutien,
 130 ces réseau aux nourrissons ?

131 M : Qu'est-ce que ça peut apporter, ce que ça peut apporter ... Ben déjà les gens qui font partie
 132 du réseau ce sont des gens qui connaissent bien la kinésithérapie respiratoire du nourrisson,
 133 parce que on voit aussi que les parents ils ne sont pas bêtes hein, de temps en temps ils ont leur
 134 kiné un peu plus loin ou tout ça bon ils y vont parce qu'ils le connaissent mais ça marche pas,

135 donc le fait de faire partie du réseau je crois qu'il n'y a que ceux qui font vraiment de la bonne
 136 kinésithérapie respiratoire qui en font partie.

137 I : De la bonne je ne sais pas, en tout cas qui sont, qui ont vraiment ...

138 M : Qui sont formés

139 I : ... Qui sont formés oui voilà c'est ça

140 M : Voilà,

141 I : Oui c'est sûr que c'est pas le kiné qui fait ...

142 M : Ben de l'arrière pays, autour de « X » là pas loin hein, il y en a des parents ont la flemme
 143 de faire 5 km en voiture donc ils préfèrent faire le kiné du quartier et puis et puis ça puis ça
 144 traîne

145 I : Hm oui oui. Très bien. Justement le fait qu'il y ait l'association du médecin, donc en
 146 ambulatoire hein, l'association du médecin du kiné et de la garde, donc du réseau s'il y en a
 147 besoin, qu'est-ce que ça apporte dans l'organisation sanitaire des soins ?

148 M : Ah bah c'est un plus hein, c'est c'est bien ça hein. Si, si tout le monde, si on sait qu'on peut
 149 se reposer, nous, le week-end sur un système de garde efficace bien sûr

150 I : Vous en tant que médecin, quelles sont vos attentes, alors générales sur une prise en charge
 151 de la bronchiolite et vos attentes vis-à-vis particulièrement du kiné sur cette prise en charge
 152 bronchiolite ?

153 M : Bah le problème c'est ce qu'on dit depuis le début (rire), ça veut dire que la prise en charge
 154 notamment pour les gamins qui sont vu à l'hôpital en urgence si vous voulez, ils repartent avec
 155 uniquement du sérum phy dans le nez, du lavage de nez, mais si le gamin vraiment tire et est
 156 pas bien et tout je crois qu'on a besoin de plus que ça et donc heu, je veux dire si les parents
 157 reviennent nous voir, ils sont allés aux urgences la nuit et le matin ils viennent nous voir en
 158 disant bon il faut faire quelque chose parce que le gamin peut pas rester comme ça hein. Donc
 159 à l'hôpital le principe de l'hôpital c'est soin donnés et on, on fractionne l'alimentations, dans des
 160 petites doses, mais le gamin il est pas bien hein, donc moi je continue de temps en temps à
 161 mettre un peu de ventoline quand je vois que ça siffle beaucoup euh voilà, les antibiotiques
 162 jamais parce que c'est, c'est viral, un peu de kiné et voilà

163 I : Est-ce que vous pensez que, bon l'hôpital c'est vraiment pour des nourrissons quand même
 164 qui ont un état grave, une bronchiolite grave ...

165 M : ce que je disais c'est, ce sont les gamins qui sont vu en urgence et qui repartent. C'est sûr
 166 que le gamin n'est pas bien, qui est hospitalisé ou qui part en réa, ça bien sûr cela, je sais pas,
 167 je sais pas ce qu'ils font, mais pour beaucoup, la bronchiolite d'un gamin en crèche par exemple,

168 à 4-5 mois, ils sont pas, ils vont pas tous en réa hein, c'est le petit nourrisson de 15 jours,
 169 malheureusement il y en a qui la chope à 15 jours la bronchiolite.

170 I : mais est-ce que vous pensez qu'il y ait cette organisation en ambulatoire, médecin-kiné-
 171 garde ça éviterait d'aller peut être directement, de se réorienter directement, vers les urgences
 172 ...

173 M : Mais bien sûr

174 I : ... Alors oui il y a des enfants qui ont, qui auront besoin d'être hospitalisés, heu mais d'avoir
 175 vraiment ce premier recours présent

176 M : bien sûr, bien sûr mais moi j'en vois aussi qui sont passés aux urgences la nuit par exemple
 177 ou parce que j'étais trop débordé, je pouvais pas les recevoir en consultation, les parents on un
 178 peu paniquer ou pas paniquer, mais enfin ils étaient inquiet, mais ils sont passés par les
 179 urgences, ils passent aux urgences on leur dit non non c'est un début de bronchiolite, sérum phi
 180 et vous rentrez à la maison et c'est vrai que ...

181 I : Après ils sont venus vous voir

182 M : Ils sont revenus bien sûr, eh oui. Mais il y en a beaucoup, parce qu'en ce moment il y a une
 183 épidémie, y en a beaucoup, alors est-ce qu'il n'y a que du VRS, il y a peut-être autre chose hein,
 184 mais il y a beaucoup de tout, il y a des pneumonies encore beaucoup de pneumonie...

185 I : Vous en ce moment il y a, vous posez beaucoup de ...

186 M : Il n'y pas que de la bronchiolite

187 I : Ah voilà ok ok, mais dans la pose de diagnostic bronchiolite que ça soit une des trois formes,
 188 vous envoyez quand même beaucoup en ce moment

189 M : Il y en a beaucoup en ce moment. Mais la bronchiolite il faut qu'il y ait un tirage,

190 I : Oui il faut les signes associés

191 M : Voilà il faut les signes

192 I : OK ok. Eh bien c'est tout pour moi donc si vous avez quelque chose à rajouter ou d'autres
 193 questions

194 M : (rire)

195 I : sinon c'est tout bon pour moi

196 M : Non peut-être moi je suis un peu vieux jeu et je, je maintiens le, je, je continue. Moi quand,
 197 quand l'interne de garde la nuit renvoie les parents pour une bronchiolite d'un gamin de 3 mois
 198 en disant non non c'est une bronchiolite mais rentrez à la maison avec du sérum phi, je
 199 comprends pas, je comprends pas, parce que la théorie c'est une, c'est une chose, mais ils font
 200 même pas, même, je crois qu'ils prescrivent même pas la kiné à l'hôpital

201 I : Non ils sont rarement vu par les kinés à l'hôpital ...

202 M : Donc moi je vois surtout sur tout ce qu'on voit heuuu donner que du sérum phi, d'abord les
 203 parents 1) ils sont déçus, alors on leur explique, y a pas de sirop, y a pas de médicaments, y a
 204 rien et de faire un peu de kiné ou un peu de Ventoline les 3 premiers jours quand ça siffle bien
 205 moi je pense que ça aide voilà, je vous dis je suis peut-être un peu vieux jeu

206 I : Non mais après je pense que ça dépend des interprétations qu'on a de la recommandation,
 207 est-ce qu'on s'y tient à la lettre ou pas, peut être que l'interne de l'hôpital oui

208 M : Oui je pense qu'il a des règles, enfin ... nous ce qu'on voit ici au cabinet c'est l'état du
 209 gamin, mais j'ai des fiches, je je peux te montrer des fiches là, j'ai un petit, attends alors
 210 comment il s'appelle, le dernier là un des dernier que j'ai vu ... (il cherche) Voilà je pense que
 211 c'est celui-là : petit de 3 mois, donc moi je l'ai vu le 28 novembre. Donc bronchiolite avec
 212 sibilants, Ventoline, kiné mais qui n'est pas tout de suite là, et il est allé à l'hôpital, c'était le 28
 213 novembre hein, il est à l'hôpital dimanche parce qu'il n'était pas bien et surtout il mangeait pas
 214 bien, il a failli être hospitalisé, il était au sein, il a failli être hospitalisé parce qu'il avait perdu
 215 un peu de poids, et c'est l'hôpital qui leur a dit : revenez, il a pas, il a pas changé de traitement,
 216 mais il a dit, revenez voir votre pédiatre dans 2 jours pour voir un peu et donc, donc il a perdu
 217 400 g sur un bébé de 6 kilos 600, et quand je l'ai vu aujourd'hui depuis dimanche il était au
 218 même poids 6 kilos 200, il avait pas reperdu, mais il sifflait, il sifflait encore alors là c'est pas
 219 tellement le la kiné, je pense elle avait peut-être pas bien fait la Ventoline, mais je lui ai remis
 220 de la Ventoline et je lui dis on se revoit en fin de semaine si ça passe pas c'est embêtant hein.
 221 Et des comme ça là hein, autour de 3 mois et tout malheureusement ça y en a hein.

222 I : Et selon vous, il aurait dû être hospitalisé le petit ?

223 M : Non puisqu'il n'avait pas perdu de poids, ils l'ont gardé pendant peut-être 12 h et alors je
 224 le dis même s'il ne tète pas beaucoup il faut le mettre souvent, il ne faut pas le laisser, le laisser
 225 fatiguer et rester 6 h sans le mettre au sein. Je dis même s'il tète toutes les heures, il faut, il faut
 226 qu'il tète un petit peu mais voilà, je vous dis on en voit très souvent.

227 I : Là selon Santé Publique France s'est assez calme, en tout cas les VRS mais l'année dernière
 228 ça a explosé

229 M : Moi je ne fais pas les test. Alors là aussi on le regrette hein, parce que les tests, le test
 230 COVID-VRS et je sais pas trop quoi il existe ... et grippe, il existe hein pour les enfants, mais
 231 si on le commande le test, nous ils nous le font payer, alors pourquoi la HAS ne fait pas un truc
 232 comme le « strepto-test » pour la recherche des angines à strepto, maintenant dès qu'il y a une
 233 angine on fait le « strepto-test » et s'il est positif moi je ne mets jamais d'antibiotique. Donc là
 234 ce serait quand même intéressant, il existe le test, moi j'étais à un congrès à Paris mais ils nous
 235 disent on ne peut pas vous le donner parce que je sais pas quoi, il faut l'acheter. Mais nous on

236 peut pas, même si ça vaut admettons 5€ on peut pas rajouter 5€ à la clientèle pour ça, parce que
237 parce que y en a beaucoup et tout, je ne comprends pas comment, ça tu peux le marquer sur le
238 dossier, pourquoi la HAS ne distribue pas, il y a des tri-test COVID-VRS et grippe pour les
239 cabinets hein, ça ça serait une bonne chose hein.
240 I : Bon eh bien très bien
241 M : Voilà !
242 I : eh bien merci beaucoup !
243 M : Eh ben avec plaisir hein !

Entretien N° 4

1 I : Vous qui prescrivez justement cette kinésithérapie dans un premier épisode de bronchiolite,
2 qu'attendez-vous de la prise en charge kiné ?
3 M : Alors, d'abord il faut bien préciser que parce que pourquoi la HAS a dit que, au départ avait
4 supprimé la kinésithérapie, la prise en charge, parce qu'une bronchiolite il y a une gêne
5 respiratoire, un tirage et souvent des sibilants à l'auscultation. Pour cette phase-là de la
6 bronchiolite, la kinésithérapie d'après moi ne sert à rien, voilà. Mais sous l'effet du traitement
7 ou de l'évolution naturelle, cette gêne là et ces sibilants s'amenuisent et à ce moment-là il y a
8 les glaires et l'encombrement bronchique qui apparaît d'accord, donc moi je fais surtout des
9 prescriptions, j'en ai fait encore je vous dis 2 ou 3 cet après-midi, parce que sur cette phase
10 d'encombrement bronchique, en sachant que chez le petit avant 2 ans, les sirops fluidifiants
11 n'existent enfin sont interdits donc on peut faire quoi, on peut faire des lavages de nez au sérum
12 et puis à part ça c'est tout hein. Donc les parents quand même ils sont bien soulagés, qu'il y est
13 quelque chose qui, même si ce n'est pas la panacée, qui aide à l'enfant à, à être mieux, à être
14 mieux et enfin on sait, on n'a pas on n'a pas beaucoup de choses, de cartes en main là pour agir
15 hein. Mais moi, il faut, je pense, qu'il ne faut jamais prescrire sur la phase aiguë de la
16 bronchiolite, on le fait sur la phase évolutive de la bronchiolite, mais qui presque systématique
17 ou sur ce qu'on appelle les bronchites catarrhales virales hein donc hyper sécrétantes et **alors en**
18 **plus de ça, plus l'enfant est petit et plus le risque de cette encombrement est important et est**
19 **amélioré par les kinés.** Voilà.
20 I : Très bien, donc là sur la partie kiné respiratoire, l'acte technique, vous avez parlé du lavage
21 de nez, est-ce que vous vous le faites au cabinet, ou justement, en prescrivant la kiné, vous
22 attendez du kiné qu'il réalise et qu'il montre aux parents ce lavage de nez ?

23 M : Alors, ça c'est bien (rire), qu'il le réalise, peut-être pas. Moi au cabinet je ne le fais pas, je
24 leur explique mais je ne le fais pas, mais par contre c'est sûr que l'intérêt de la kinésithérapie,
25 moi quand je mets de la kinésithérapie, je sais pas si j'ai tort ou raison, je fais 6 séances, parce
26 qu'à l'époque c'était ce qui se faisait, peut-être que maintenant on a même pas le fait de mettre
27 des nombres de séances je sais plus, moi je continue à regarder ce que j'ai sur l'ordinateur et
28 donc alors deux choses intéressantes sur, chez le kiné, **alors peut-être qu'il peut montrer lui avec**
29 **du sérum ou faire le lavage de nez, mais c'est surtout, il peut surveiller l'évolution de la première**
30 **semaine, en faisant 6 séances, il voit bien un petit peu comment ça se passe, et là je vois que**
31 **c'est ce matin, j'ai vu un gamin qui était encombré alors il y avait le COVID en plus dans**
32 **l'histoire, donc qui était vue par le kiné et le kiné lui a dit : écoutez il va pas mal, il allait pas**
33 **mal mais il avait de la fièvre je pense trop quoi, il a dit revenez voir votre médecin pour suivre,**
34 **l'intérêt enfin on peut pas, on peut pas voir l'enfant tous les jours et tout, donc le le but ça nous**
35 **rassure aussi qui est quelqu'un paramédical qui surveille un peu l'enfant quand vraiment il tire,**
36 **il est pas bien et qu'il est le petit hein surtout le petit, le petit nourrisson.**
37 I : Donc il y a réaliser l'acte respiratoire, surveiller, réorienter finalement,
38 M : Oui ce qu'il a fait, je vous dis ce matin
39 I : Et est-ce que, est-ce que selon vous, il peut mettre d'autres compétences au service du
40 nourrisson, au service de la famille pour participer à diminuer cette évolution, ces risques
41 M : Ah ben s'il a, s'il a les compétences, je sais pas moi, je sais pas qu'est-ce que vous entendez
42 I : C'est vous, ce que vous attendez d'une qualité d'un kiné ou de ce que vous attendez en fait,
43 vos attentes globales du kiné
44 M : Ah bah nous euh, moi ça fait un moment que je fais de la pédiatrie alors au départ on faisait
45 du clapping ça s'appelait, très agressif, bon alors après la technique kiné a évolué, alors je crois
46 qu'ils ne le font plus ça, bon alors après moi je je sais pas, moi ce que je veux, c'est que le gamin
47 s'améliore et je suis content quand un petit pour lequel, je vous dis, à part les soins donnés et
48 puis c'est tout, les parents nous disent écoutez voilà le, la kiné lui a fait du bien, il va mieux voilà
49 donc après voilà, la technique kiné moi je sais pas, je veux pas je veux pas rentrer là-dedans, je
50 sais pas.
51 I : D'accord et quand vous parliez des 6 séances de kinés respi, généralement les parents ils font
52 ces 6 séances et reviennent vous voir où vous constatez qu'ils reviennent malgré tout avant ces
53 6 séances ...
54 M : Non non pas toujours
55 I : Par réorientation du kiné

56 M : Quand on dit, je pense qu'au départ c'était fait 6 séances parce qu'une bronchiolite ça dure
57 à peu près une bonne semaine, ça dure pas 3 jours comme une rhino hein, il est fébrile, ça dure
58 une petite semaine, donc 6 séances ça permet aussi de contrôler à peu près une semaine de
59 bronchiolite c'est le temps à peu près que passe, qu'évolue une bronchiolite, donc si le gamin
60 va bien au bout d'une semaine, non non il ne revient pas me voir systématiquement, mais il en
61 a, l'exemple de ce petit il avait eu en plus, il avait eu, il a chopé le COVID, il a été hospitalisé,
62 3 semaines après il a attrapé une bronchiolite bon alors c'est sûr que là heuu 6 séances ça n'a
63 pas suffi et je lui-même mis du « flixotide » en chambre d'inhalation, parce que, parce qu'il était
64 petit hein, mais il était pas bien, donc ça, ça va durer je sais pas combien de temps. Mais là aussi
65 au point de vue thérapeutique, soins données kiné et comme ça n'allait pas vraiment bien, j'ai
66 rajouter du « flixotide », souvent je ne le fais pas chez les petits, je ne sais pas, je sais plus quel
67 âge il avait, admettons 4 mois, mais il était pas bien et puis entre le COVID et la truc, je me
68 suis dit ces voies respiratoires elles vont pas être voilà.

69 I : Et est-ce que dans l'acte respiratoire kiné vous attendez que ça soit fait systématiquement
70 dans chaque séance kiné ?

71 M : Ben non si le kiné trouve que, qu'il n'est pas encombré heuu c'est surtout pour
72 l'encombrement qu'il faut heuu qu'il faut venir, s'il lui lave le nez et qu'il voit que quand il
73 l'ausculte et que l'auscultation est bien Ben il dit non et bien ... ça fait partie ça de la surveillance

74 I : Très bien

75 M : Mais quand on, justement, si, si on mettait 20 séances, je pense qu'au bout d'un moment
76 ça ne serait plus la peine (rire), mais 6 séances, moi j'en mets vraiment qu'aux gamins qui sont
77 bien encombrés, des petits, souvent ils en ont besoin de 6, il me semble.

78 I : Et vous, il vous semble important que la famille assiste, la famille ou l'entourage, aux séances
79 de kinésithérapie ?

80 M : Non, non non, si la maman ne veut pas assister

81 I : Ok d'accord. Quel lien professionnel vous vous avez avec le kiné vers qui se tourne la famille
82 ou vers qui vous réorientez la famille

83 M : Quel lien ? Heuuuu je fais pas, alors il arrive des fois que l'écrit, notamment quand
84 l'évolution n'est pas très bonne tout ça, les kinés notamment ceux que je connais dans le quartier
85 me rappelle, la plupart du temps, c'est pas obligé, c'est pas une nécessité. Il faut suivre
86 l'évolution clinique du gamin s'il va bien c'est bon, et s'il ne va pas bien, alors soit c'est une
87 surinfection, soit c'est qu'il y a autre chose heuu là des fois les kinés appellent.

88 I : D'accord donc quand ils constatent quelque chose s'aggrave, que l'état de l'enfant s'aggrave,
89 le plus souvent il vous rappelle, ils vous renvoient l'enfant ?

90 M : non il ne me rappelle pas, souvent il renvoie l'enfant

91 I : Ils renvoient l'enfant d'accord

92 M : Et des fois, ils rappellent quand il y a quelque chose qui les embêtent quoi, qui, qui ne

93 comprennent pas bien ou que, qui, bon voilà qui cloche dans l'évolution. Si c'est juste, si c'est

94 juste une non-amélioration ou un truc qui persiste, il est pas obligé de m'appeler, il leur

95 dit revenez voir le médecin et puis pour voir pour voir un peu.

96 I : Et les parents ils arrivent en vous disant c'est le kiné qui a dit que, mais il n' y a pas une

97 feuille avec ou des consignes ?

98 M : Ah ça non non, ou il m'appelle ou c'est les parents qui me disent.

99 I : D'accord et donc vous vous avez un petit peu votre réseau de quartier des kinés ...

100 M : Non

101 I : ... Ou vous orientez, ou les parents trouvent ?

102 M : C'est-à-dire, ceux du quartier, parce que les kinés là, kinésithérapie respiratoire du tout

103 petit de 15 jours, un mois, tout le monde ne le fait pas voilà

104 I : Non c'est vrai il n'y en a pas beaucoup

105 M : Donc moi il y en a un ou 2 là dans le quartier qui le font, donc si les gens sont du quartier

106 je les envoie là, et puis voilà

107 I : d'accord d'accord

108 M : Mais je n'ai pas un réseau particulier sur tout « X » par exemple

109 I : Est-ce que justement, là on parle de, de réseau à petite échelle, mais en général il y a les

110 permanences de soins pendant les périodes épidémiques, les réseaux bronchiolite, est-ce que

111 vous avez un contact avec eux justement pendant les grosses phases épidémiques ?

112 M : Alors il se trouve que pendant longtemps, je sais pas s'ils le font encore, euh un des

113 responsables du réseau, il était là, il était rue « Raiberti »

114 I : Ah oui !

115 M : Donc c'est vrai que moi je les envoyé là pour le samedi et le de dimanche voilà, j'envoyais

116 mes clients là

117 I : Justement sur ces réseaux mis en place quelles sont vos attentes ?

118 M : eh beh c'est pour le samedi et le dimanche, pour les petits parce que si, si on les voit

119 admettons une fois le jeudi et puis après la séance suivante c'est lundi, pour un nourrisson, un

120 petitou, c'est vrai que le système de garde était intéressant pour nous. Alors ça a très bien marché

121 I : Oui

122 M : Actuellement je je sais pas où ça, je sais pas où ça en ait

123 I : Il y a toujours ce système de garde

124 M : Ah ça existe toujours

125 I : Bon ce n'est peut-être pas les mêmes kinés, les kinés qui font, qui prennent ses enfants, ils

126 ne sont pas obligés de participer aux gardes, mais généralement ils le font. Et en général, toutes

127 les années pendant les grosses périodes épidémiques, il y a des de l'information, de la

128 communication ici sur « X » il y a une permanence.

129 Donc on a parlé du suivi week-end, jour férié, qu'est-ce que pourrait apporter d'autre ce soutien,

130 ces réseau aux nourrissons ?

131 M : Qu'est-ce que ça peut apporter, ce que ça peut apporter ... Ben déjà les gens qui font partie

132 du réseau ce sont des gens qui connaissent bien la kinésithérapie respiratoire du nourrisson,

133 parce que on voit aussi que les parents ils ne sont pas bêtes hein, de temps en temps ils ont leur

134 kiné un peu plus loin ou tout ça bon ils y vont parce qu'ils le connaissent mais ça marche pas,

135 donc le fait de faire partie du réseau je crois qu'il n'y a que ceux qui font vraiment de la bonne

136 kinésithérapie respiratoire qui en font partie.

137 I : De la bonne je ne sais pas, en tout cas qui sont, qui ont vraiment ...

138 M : Qui sont formés

139 I : ... Qui sont formés oui voilà c'est ça

140 M : Voilà,

141 I : Oui c'est sûr que c'est pas le kiné qui fait ...

142 M : Ben de l'arrière pays, autour de « X » là pas loin hein, il y en a des parents ont la flemme

143 de faire 5 km en voiture donc ils préfèrent faire le kiné du quartier et puis et puis ça puis ça

144 traîne

145 I : Hm oui oui. Très bien. Justement le fait qu'il y ait l'association du médecin, donc en

146 ambulatoire hein, l'association du médecin du kiné et de la garde, donc du réseau s'il y en a

147 besoin, qu'est-ce que ça apporte dans l'organisation sanitaire des soins ?

148 M : Ah bah c'est un plus hein, c'est c'est bien ça hein. Si, si tout le monde, si on sait qu'on peut

149 se reposer, nous, le week-end sur un système de garde efficace bien sûr

150 I : Vous en tant que médecin, quelles sont vos attentes, alors générales sur une prise en charge

151 de la bronchiolite et vos attentes vis-à-vis particulièrement du kiné sur cette prise en charge

152 bronchiolite ?

153 M : Bah le problème c'est ce qu'on dit depuis le début (rire), ça veut dire que la prise en charge

154 notamment pour les gamins qui sont vu à l'hôpital en urgence si vous voulez, ils repartent avec

155 uniquement du sérum phy dans le nez, du lavage de nez, mais si le gamin vraiment tire et est

156 pas bien et tout je crois qu'on a besoin de plus que ça et donc heu, je veux dire si les parents

157 reviennent nous voir, ils sont allés aux urgences la nuit et le matin ils viennent nous voir en

158 disant bon il faut faire quelque chose parce que le gamin peut pas rester comme ça hein. Donc
159 à l'hôpital le principe de l'hôpital c'est soin donnés et on, on fractionne l'alimentations, dans des
160 petites doses, mais le gamin il est pas bien hein, donc moi je continue de temps en temps à
161 mettre un peu de ventoline quand je vois que ça siffle beaucoup euh voilà, les antibiotiques
162 jamais parce que c'est, c'est viral, un peu de kiné et voilà

163 I : Est-ce que vous pensez que, bon l'hôpital c'est vraiment pour des nourrissons quand même
164 qui ont un état grave, une bronchiolite grave ...

165 M : ce que je disais c'est, ce sont les gamins qui sont vu en urgence et qui repartent. C'est sûr
166 que le gamin n'est pas bien, qui est hospitalisé ou qui part en réa, ça bien sûr cela, je sais pas,
167 je sais pas ce qu'ils font, mais pour beaucoup, la bronchiolite d'un gamin en crèche par exemple,
168 à 4-5 mois, ils sont pas, ils vont pas tous en réa hein, c'est le petit nourrisson de 15 jours,
169 malheureusement il y en a qui la chope à 15 jours la bronchiolite.

170 I : mais est-ce que vous pensez qu'il y ait cette organisation en ambulatoire, médecin-kiné-
171 garde ça éviterait d'aller peut être directement, de se réorienter directement, vers les urgences
172 ...

173 M : Mais bien sûr

174 I : ... Alors oui il y a des enfants qui ont, qui auront besoin d'être hospitalisés, heu mais d'avoir
175 vraiment ce premier recours présent

176 M : bien sûr, bien sûr mais moi j'en vois aussi qui sont passés aux urgences la nuit par exemple
177 ou parce que j'étais trop débordé, je pouvais pas les recevoir en consultation, les parents on un
178 peu paniquer ou pas paniquer, mais enfin ils étaient inquiet, mais ils sont passés par les
179 urgences, ils passent aux urgences on leur dit non non c'est un début de bronchiolite, sérum phi
180 et vous rentrez à la maison et c'est vrai que ...

181 I : Après ils sont venus vous voir

182 M : Ils sont revenus bien sûr, eh oui. Mais il y en a beaucoup, parce qu'en ce moment il y a une
183 épidémie, y en a beaucoup, alors est-ce qu'il n'y a que du VRS, il y a peut-être autre chose hein,
184 mais il y a beaucoup de tout, il y a des pneumonies encore beaucoup de pneumonie...

185 I : Vous en ce moment il y a, vous posez beaucoup de ...

186 M : Il n'y pas que de la bronchiolite

187 I : Ah voilà ok ok, mais dans la pose de diagnostic bronchiolite que ça soit une des trois formes,
188 vous envoyez quand même beaucoup en ce moment

189 M : Il y en a beaucoup en ce moment. Mais la bronchiolite il faut qu'il y ait un tirage,

190 I : Oui il faut les signes associés

191 M : Voilà il faut les signes

192 I : OK ok. Eh bien c'est tout pour moi donc si vous avez quelque chose à rajouter ou d'autres
 193 questions

194 M : (rire)

195 I : sinon c'est tout bon pour moi

196 M : Non peut-être moi je suis un peu vieux jeu et je, je maintiens le, je, je continue. Moi quand,
 197 quand l'interne de garde la nuit renvoie les parents pour une bronchiolite d'un gamin de 3 mois
 198 en disant non non c'est une bronchiolite mais rentrez à la maison avec du sérum phi, je
 199 comprends pas, je comprends pas, parce que la théorie c'est une, c'est une chose, mais ils font
 200 même pas, même, je crois qu'ils prescrivent même pas la kiné à l'hôpital

201 I : Non ils sont rarement vu par les kinés à l'hôpital ...

202 M : Donc moi je vois surtout sur tout ce qu'on voit heuuu donner que du sérum phi, d'abord les
 203 parents 1) ils sont déçus, alors on leur explique, y a pas de sirop, y a pas de médicaments, y a
 204 rien et de faire un peu de kiné ou un peu de Ventoline les 3 premiers jours quand ça siffle bien
 205 moi je pense que ça aide voilà, je vous dis je suis peut-être un peu vieux jeu

206 I : Non mais après je pense que ça dépend des interprétations qu'on a de la recommandation,
 207 est-ce qu'on s'y tient à la lettre ou pas, peut être que l'interne de l'hôpital oui

208 M : Oui je pense qu'il a des règles, enfin ... nous ce qu'on voit ici au cabinet c'est l'état du
 209 gamin, mais j'ai des fiches, je je peux te montrer des fiches là, j'ai un petit, attends alors
 210 comment il s'appelle, le dernier là un des dernier que j'ai vu ... (il cherche) Voilà je pense que
 211 c'est celui-là : petit de 3 mois, donc moi je l'ai vu le 28 novembre. Donc bronchiolite avec
 212 sibilants, Ventoline, kiné mais qui n'est pas tout de suite là, et il est allé à l'hôpital, c'était le 28
 213 novembre hein, il est à l'hôpital dimanche parce qu'il n'était pas bien et surtout il mangeait pas
 214 bien, il a failli être hospitalisé, il était au sein, il a failli être hospitalisé parce qu'il avait perdu
 215 un peu de poids, et c'est l'hôpital qui leur a dit : revenez, il a pas, il a pas changé de traitement,
 216 mais il a dit, revenez voir votre pédiatre dans 2 jours pour voir un peu et donc, donc il a perdu
 217 400 g sur un bébé de 6 kilos 600, et quand je l'ai vu aujourd'hui depuis dimanche il était au
 218 même poids 6 kilos 200, il avait pas reperdu, mais il sifflait, il sifflait encore alors là c'est pas
 219 tellement le la kiné, je pense elle avait peut-être pas bien fait la Ventoline, mais je lui ai remis
 220 de la Ventoline et je lui dis on se revoit en fin de semaine si ça passe pas c'est embêtant hein.
 221 Et des comme ça là hein, autour de 3 mois et tout malheureusement ça y en a hein.

222 I : Et selon vous, il aurait dû être hospitalisé le petit ?

223 M : Non puisqu'il n'avait pas perdu de poids, ils l'ont gardé pendant peut-être 12 h et alors je
 224 le dis même s'il ne tète pas beaucoup il faut le mettre souvent, il ne faut pas le laisser, le laisser

225 fatiguer et rester 6 h sans le mettre au sein. Je dis même s'il tète toutes les heures, il faut, il faut
 226 qu'il tète un petit peu mais voilà, je vous dis on en voit très souvent.

227 I : Là selon Santé Publique France s'est assez calme, en tout cas les VRS mais l'année dernière
 228 ça a explosé

229 M : Moi je ne fais pas les test. Alors là aussi on le regrette hein, parce que les tests, le test
 230 COVID-VRS et je sais pas trop quoi il existe ... et grippe, il existe hein pour les enfants, mais
 231 si on le commande le test, nous ils nous le font payer, alors pourquoi la HAS ne fait pas un truc
 232 comme le « strepto-test » pour la recherche des angines à strepto, maintenant dès qu'il y a une
 233 angine on fait le « strepto-test » et s'il est positif moi je ne mets jamais d'antibiotique. Donc là
 234 ce serait quand même intéressant, il existe le test, moi j'étais à un congrès à Paris mais ils nous
 235 disent on ne peut pas vous le donner parce que je sais pas quoi, il faut l'acheter. Mais nous on
 236 peut pas, même si ça vaut admettons 5€ on peut pas rajouter 5€ à la clientèle pour ça, parce que
 237 parce que y en a beaucoup et tout, je ne comprends pas comment, ça tu peux le marquer sur le
 238 dossier, pourquoi la HAS ne distribue pas, il y a des tri-test COVID-VRS et grippe pour les
 239 cabinets hein, ça ça serait une bonne chose hein.

240 I : Bon eh bien très bien

241 M : Voilà !

242 I : eh bien merci beaucoup !

243 M : Eh ben avec plaisir hein !

Entretien N° 5

1 I : J'aimerais savoir comment se passe votre prise en charge ?

2 K : Alors heu de A à Z ? du début de la séance heu alors

3 I : C'est vous qui voyez, racontez-moi votre prise en charge !

4 K : Alors, bon, il y a la partie administrative, je commence par la partie administrative, heu
 5 enregistrement l'ordonnance et cetera, ensuite un bilan, un bilan heu sur les troubles de
 6 l'alimentation, le sommeil enfin tout le bilan classique respiratoire du nourrisson. Ensuite je
 7 commence ma séance et pendant que je commence ma séance de drainage, heuuu j'explique le
 8 lavage de nez, DRP, drainage rhino-pharyngé, heuu alors d'abord je demande aux parents
 9 comment ils le font et ensuite, je leur explique quels sont les choses à modifier et cetera. Heu
 10 ensuite selon mon bilan, si par exemple il y a des fumeurs dans l'entourage, heuu je fais aussi
 11 de la prévention de tabac, heu ça je le fais après le DRP parce que souvent c'est l'objet d'une

12 discussion un peu plus longue, heuu, et ensuite tous les conseils sur heu, alors toujours en
13 fonction du bilan hein, si l'enfant mange moins par exemple ça peut être des, des conseils sur
14 le fractionnement des repas, si l'enfant dort mal ça peut être sur la température de la pièce,
15 l'humidité, la position dans le lit, heu de pas heu trop habillé l'enfants enfin ce genre de choses,
16 si l'enfant est vraiment en difficulté ça peut être aussi sur heu bah expliquer aux parents
17 comment prendre l'enfant pour qu'il respire mieux, ensuite en, en surveillance, en
18 autosurveillance, c'est-à-dire que les parents je leur, selon leur degré de, de compréhension, je
19 leur explique comment faire la fréquence respiratoire par exemple, que les parents ne, quand ils
20 m'appellent parce qu'ils trouvent que leur enfant n'est pas bien, j'ai des critères quantifiables et
21 mesurables objectifs, comme la température ou autre, la, la fréquence respiratoire. Heu donc
22 ça, ça fait partie aussi de la première séance. Heu ensuite je leur montre comment on fait le
23 lavage de nez, et à la fin je leur demande si heu s'ils ont des questions, s'il y a des choses qui
24 n'ont pas bien comprises ou autre. Heuu, je réfléchis à savoir si j'ai rien oublié Non je pense
25 que c'est bon

26 I : Vous avez évoqué le lavage de nez, le DRP, le drainage, pour vous quelles techniques
27 respiratoires restent indispensable dans votre prise en charge ?

28 K : Pour la prise en charge d'une première séance le drainage, le lavage du nez, enfin le drainage
29 rhino-pharyngé pardon, le lavage du nez

30 I : OK et si tu vous le revoyez plusieurs fois le nourrisson ?

31 K : heuuu, Je remontre heu, alors je m'assure que le parent ait bien compris sur la séance
32 précédente, qu'il ait réussi à le réaliser correctement, qu'il n'ait pas rencontré de difficultés,
33 parce que parfois l'enfant peut s'opposer ou autre. S'il y a des points de difficulté on les revoit
34 ensemble, sinon je, je réexplique pas forcément.

35 I : D'accord ok, heu donc vous souhaitez que les parents assistent à la séance ?

36 K : Oui

37 I : Pourquoi ?

38 K : Euh parce que je, alors avant quand j'ai commencé ma pratique j'avais des séances de kiné
39 à faire et je faisais mes 5 ou 6 séances prescrites, aujourd'hui heu, les, peut-être par manque de
40 temps dans les disponibilités dans le planning ou autre, et puis peut-être avec un peu plus
41 d'expérience, finalement les séances on arrive à aider les parents, on va dire à guérir l'enfant,
42 soigner l'enfant en une à 3 séances maximum, et donc avec pas mal de prévention, avec une
43 bonne pédagogie auprès des parents, ça les rend beaucoup plus autonomes, souvent moins
44 inquiets, et heu ils s'en sortent plutôt bien, ils s'en sortent plutôt bien. On revoit, c'est rare qu'on
45 fasse plus de 3 séances maintenant on est même plutôt à 1-2 que 2-3 il y a quelques années, ça

46 a tendance à diminuer. On a, je pense qu'on a au sein du cabinet diminué la prise en charge
47 parce qu'on a amélioré le discours en pédagogie, en explication et donc heuu

48 I : Et le fait de les revoir quand même une 2e voire une 3e fois, ça vous sert à quoi du coup ?

49 K : Alors quand je les revois plusieurs fois c'est que l'enfant a montré quelques signes qui je me
50 faisais suspecter une, une potentielle aggravation, ça peut être un, un sifflement majeur, ça peut-
51 être une difficulté à l'alimentation avec beaucoup de vomissements par exemple, ou heu ou une
52 baisse vraiment drastique de l'alimentation, un état apathique, quelque chose qui nécessite pas
53 une hospitalisation, mais, qui pourrait dégénérer, ou alors heu, quand les parents au niveau
54 cognitif par exemple ne comprennent pas ou ne sont pas aptes à prendre en charge, à ce moment-
55 là, je, j'assure un suivi plus serré

56 I : Ok à votre avis par quels moyens le kiné pourrait participer à l'amélioration de l'état de santé,
57 de la qualité de vie de ces nourrissons et du coup limiter la survenue des signes de gravité ?

58 K : Heuu par quels moyens on pourrait améliorer ... Alors le bilan, clairement le bilan, avec un
59 bon bilan ça nous permet de, de vraiment comprendre quelles sont les, les difficultés de l'enfant,
60 est-ce qu'on est vraiment sur une vraie bronchiolite heu ou est-ce qu'on est sur une rhino par
61 exemple qui avec un bon, un bon lavage de nez permettrait de, ben d'améliorer tout de suite les
62 symptômes alimentaires, le sommeil surtout, parce que c'est, c'est ça et la toux, c'est
63 principalement pour ça que les parents viennent consulter, et finalement on s'aperçoit que des
64 vraies bronchiolites en libéral, on en voit pas tant que ça, heu soit l'enfant est vraiment en
65 épisode aigu, sifflant et il va à l'hôpital, soit on est sur des bronchiolites légères à modérer et
66 donc une surveillance de 1 à 2 séances peut suffire, soit on est sur tout à fait autre chose, et à ce
67 moment-là, on est plutôt sur, souvent, du lavage de nez.

68 I : Quant à la prescription du médecin, c'est souvent des bronchiolites légères ? modérées ? les
69 2 ? ou vous voyez quand même de tout ?

70 K : Je vois de tout, alors après on a une particularité c'est qu'on a un cabinet de pédiatrie à côté,
71 et heu qui, qui nous fait confiance. Et donc souvent ils nous demandent notre avis sur, sur des
72 signes cliniques ou autre, ou sur l'évolution par exemple, ou sur des prescriptions de traitement
73 comme heu des bronchodilatateurs ou autre.

74 I : D'accord. Justement sur ce lien avec le médecin, comment vous le qualifieriez ? Avec le
75 prescripteur

76 K : Alors heuuu, alors c'est assez particulier parce qu'on est à la fois très en lien et en même
77 temps on communique peu (rire), c'est-à-dire que le médecin prescrit, heu nous envoie les
78 patients et ensuite nous, heu ben on fait le travail, par contre on a un retour très rapide si on les
79 contacte. Là, récemment par exemple j'ai, je pense à un bébé, où j'avais un doute par rapport à

80 une fréquence respi qui était élevée et la pédiatre m'a rassuré sur heu sur la poursuite de la prise
 81 en charge, et donc on a échangé très rapidement par téléphone, ça a été très simple, heu ou alors
 82 parfois, les médecins confie un courrier aux parents par exemple, à notre destination pour qu'on
 83 émette un avis après le bilan. Donc on, on ne se téléphone pas souvent mais on passe par
 84 patient interposé.

85 I : D'accord et vous quand vous réalisez votre bilan vous l'envoyez à chaque fois au médecin ?
 86 K : Non. Heu je le, je ne l'envoie pas chaque fois, même très rarement. Par contre dès que je
 87 renvoie le patient voir le le pédiatre, je lui donne le bilan systématiquement.

88 I : D'accord

89 K : Quand le patient, quand quand je sais que le patient, le bébé va devoir revoir le pédiatre,
 90 systématiquement je redonne la copie du bilan pour que le pédiatre puisse avoir le suivi du
 91 bébé, sinon la plupart du temps comme c'est des bronchiolites légères, on a fait une séance voire
 92 2 et il y a pas eu, enfin sur l'évolution il y a pas eu de, de changement majeur donc heu.

93 I : Quand la famille retourne voir le médecin c'est vraiment s'il y a eu des signes d'aggravation
 94 que vous avez mis en évidence ?

95 K : Ouai, oui. Soit des signes d'aggravation, soit une non amélioration après un certain délai,
 96 qui à ce moment-là nécessite une autre thérapeutique.

97 I : D'accord. Ok ça marche. Est-ce que vous faites partie d'un réseau bronchiolite ?

98 K : Non

99 I : Est-ce qu'auparavant vous en avait fait partie ?

100 K : Non

101 I : Non ok, Est-ce que vous pensez qu' il y a un bénéfice pour le kinésithérapeute à faire partie
 102 ou non d'un réseau bronchiolite, quelque-soit l'endroit en France ?

103 K : Alors heu alors pour le kinésithérapeute le, un bénéfice heuuu financier certainement,
 104 parce qu'il y a une majoration sur les gardes, heuu il y a une, un afflux de patients sur les week-
 105 ends donc forcément il y a un bénéfice, heu ... après peut-être pour avoir un, une préemption
 106 des patients que l'on a vu le week-end qui serait tenté de rester avec le même kiné plutôt que
 107 de, donc on reste toujours dans le côté un peu financier et patientèle. Heu après pour le kiné,
 108 heu pas vraiment, pour la kinésithérapie oui, parce que on met en avant la profession et heu et
 109 on joue ce rôle de sentinelle et de surveillance et le suivi sur le week-end donc je pense que
 110 pour la profession par contre c'est un, ça augmente notre, notre rôle de santé publique, un
 111 passage chez le kiné c'est un passage aux urgences en moins donc c'est, c'est toujours, c'est
 112 toujours appréciable pour, pour les finances de la « CPAM » et puis pour l'image de la
 113 profession sur l'importance de notre rôle. Et ensuite pour le patient aussi, parce que ça évite les

114 files interminables aux urgences, pour risquer d'attraper une autre maladie nosocomiale ou
115 autre, et puis pour finalement retourner chez soi avec éventuellement une prescription kiné. On
116 a vraiment ce rôle de surveillance et je pense que ce rôle il est-il est valable pour tout le monde,
117 heuu voilà. Il est intéressant pour tout le monde.

118 I : Vous, vous faites quand même un suivi le week-end ...

119 K : Oui

120 I : Vous mettez en place votre propre garde ?

121 K : Oui, nous on fait notre propre garde. On tourne avec les collègues et, alors on a décidé de
122 ne pas faire partie du réseau bronchiolite pour des raisons pratiques heu, plus de souplesse, de
123 pas être débordé par d'autres, d'autres patients, en plus de ceux que l'on a déjà en charge, et puis
124 heuu et puis voilà

125 I : Oui, le principe on va dire reste le même ...

126 K : Oui c'est le même principe oui oui

127 I : Que vous suivez ces patients la semaine et le week-end ça, ça permet quoi ? aux patients
128 mais aussi à sa famille, à son entourage hein

129 K : Heu, ben y a pas de raison que l'enfant soit vu la semaine et que le week-end tout aille
130 mieux. Donc le fait que nous soyons disponibles le week-end, ça rassure les parents, même si
131 on fait pas de séance on peut toujours échanger par téléphone et ça rassure les parents, d'où
132 l'intérêt de leur donner des critères à surveiller, heu ça évite du passage aux urgences inutiles et
133 puis le week-end il y a aussi les pédiatres qui travaillent le samedi et quand eux voient des
134 urgences peuvent nous les adresser rapidement heu plutôt que d'attendre le, le lundi ou de, Ben
135 pour le coup d'être envoyé à l'hôpital.

136 I : Donc vous, vous avez quand même mis en place votre propre réseau, est-ce que vous pensez
137 qu'il y a quand même une différence de prise en charge chez un kiné qui ne serait pas dans un
138 réseau bronchiolite oui qui ne mettrait pas en place propre réseau ?

139 K : Heuuu (silence). Une différence entre les kinés d'un réseau et les kinés qui ne sont pas dans
140 un réseau ?

141 I : Oui

142 K : Heuu je sais pas s'il y a des différences, heuu je pense qu'on est vraiment sur, enfin, je sais
143 pas comment travaille les kinés des réseaux et donc je je je, j'ai pas d'idée.

144 I : D'accord d'accord. Et cette association, alors on va dire, médecin-kiné et s'il y a un kiné de
145 réseau, les 3 ensemble, quel rôle ils jouent dans l'organisation sanitaire des soins durant les
146 épidémies de bronchiolite ?

147 K : heuu hm, quels rôles ils jouent heuuu ... je pense que c'est vraiment un rôle de surveillance
 148 hein. On est face à des parents qui souvent sont démunis quand un enfant tousse ou mange
 149 moins, et heuu et donc le, plutôt que de, le premier réflexe des parents ce serait d'aller tout de
 150 suite à l'hôpital. Le fait que le parent vienne voir le médecin, le pédiatre, le kiné ou voire même
 151 la sage-femme, peu importe, heu tout de suite ça va permettre d'avoir un bilan et de d'éviter des,
 152 donc des, des surcoûts, du temps perdu du, on va vraiment avoir ce rôle de ouai de surveillance.
 153 Nous on peut pas éviter la bronchiolite, on peut pas, on peut pas la guérir, on peut juste
 154 accompagner les parents dans, durant cette phase et si les parents sont, sont bien éduqués entre
 155 guillemets heu on a des parents plus, plus rassurés et puis ouai moins inquiets qui qui attendent
 156 que la maladie passe, en accompagnant au mieux l'enfant.

157 I : Donc surveillance c'est quand ces trois acteurs là jouent un rôle en simultanée, après chacun
 158 euh qu'est-ce qu'ils apportent tout seul ?

159 K : Alors heu, le médecin va poser le diagnostic et la prescription. Ensuite le kiné va, va suivre
 160 l'enfant sur plusieurs séances ou sur quelques séances mais étalées dans le temps, heu s'il n'y a
 161 pas d'alerte de la part des parents et puis va rassurer, enfin, nous au sein du cabinet en tout cas
 162 on est assez disponible, pour heu pour échanger au téléphone avec les parents même sans, sans
 163 faire de consultation et donc on évite à la fois des consultations donc à l'hôpital mais on évite
 164 aussi parfois des consultations chez le pédiatre ou même chez nous heu avec quelques questions
 165 au téléphone on arrive à filtrer aussi une partie des parents enfin des enfants pardon, et, et donc
 166 heuu, nous on va jouer ce rôle-là sur le long terme. Si l'état s'aggrave ou ne s'améliore pas, à ce
 167 moment-là, on le réorientera vers le médecin ou les parents retournent vers le médecin et lui
 168 pourra ensuite heu affiner le diagnostic ou alors poursuivre sur un autre traitement si on est sûr
 169 de l'asthme ou sur une autre pathologie heu infectieuse ou autre

170 I : Donc vous si vous avez un doute, s'il y a des critères qui vous font dire que, vous réorientez
 171 chez le médecin ? Est-ce que vous pouvez quand même réorienter directement vers les
 172 urgences ?

173 K : Oui. Alors ça m'est arrivé quelquefois, alors, quand le, on est toujours sur une bronchiolite,
 174 enfin sur des signes modérés on va dire, des signes plutôt, heu à ce moment-là on réoriente vers
 175 le médecin ou pédiatre. Quand il nous est arrivé d'avoir des bronchiolites sévères ou un enfant
 176 qui vraiment nécessitait heuu des soins plus plus plus, on réorientait vers les urgences et on
 177 joignait le bilan pour que les urgences ne refassent pas tout le bilan qu'on avait fait ou alors
 178 qu'ils puissent voir aussi les antécédents de, de l'enfant, sa progression, son évolution et en
 179 général les quelques enfants qu'on a réadressé aux urgences heu n'ont jamais fait la queue aux

180 urgences, ont toujours été pris en charge directement donc j'imagine que le bilan qu'on a pu
 181 joindre et heu et l'orientation a été bénéfique puisque pour le coup c'était des vraies urgences.

182 I : Selon vous pourquoi le médecin il prescrit, il oriente l'enfant vers vous, vers le kiné et prescrit
 183 toujours cette kinésithérapie ?

184 K : Alors il y a plusieurs profils (rire). Heu y a le profil du, du médecin qui fait confiance au
 185 kiné et heu et qui compte sur nous pour faire de la prévention, de l'éducation du soin auprès de
 186 l'enfant, ça c'est le cas on va dire le plus le plus courant. Ensuite il y a des médecins qui heu
 187 suite aux recommandations de la HAS heu avait décidé de ne plus prescrire de kiné et qui
 188 finalement heu aujourd'hui nous envoie les cas, peut-être un peu plus complexe, des
 189 bronchiolites récidivantes ou enfin des asthmes pour le coup et que heu, quelque part on
 190 conforte un peu leur diagnostic ou on les aide sur le diagnostic grâce à notre bilan. Et ensuite
 191 une dernière catégorie de médecins, qui est minoritaire, c'est les médecins qui reçoivent les
 192 patients heu tous les jours ou que les patients appellent tous les jours parce que leur enfant ne
 193 va pas mieux, et plutôt que de, de recevoir ce genre d'appels ou de patients à continue, nous les
 194 envoie, pour que finalement ce soit nous qui, qui recevions ces appels et ces inquiétudes, et que
 195 quelque part on, on filtre un peu, on joue ce rôle de filtre pour eux.

196 I : Oui il y a malgré tout une délégation de compétences aussi

197 K : Ouai de filtrage ouai c'est ça c'est, en fait on se retrouve avec les parents ultra inquiets qui
 198 auraient tendance à appeler le pédiatre tous les jours parce que l'enfant de la fièvre, ben c'est
 199 nous qui vont, qui vont se retrouver à être appelés et **ben on va jouer ce rôle peut être de,**
 200 **d'éducation aussi auprès du parent, de, d'explication, d'éducation et faire en sorte que le, le**
 201 **parent s'inquiète moins ou du moins appelle moins sans critères objectifs.**

202 I : Hm ok très bien. Pour finir quelles sont vos attentes globales vous en tant que kiné sur cette
 203 prise en charge du nourrisson en ambulatoire ?

204 K : Alors mes attentes vis-à-vis de moi ou de la profession ?

205 I : Vis-à-vis de vous et vis-à-vis de, de la kinésithérapie, des kinésithérapeutes qui prennent ses
 206 nourrissons en charge.

207 K : Alors moi pour ma part j'ai, j'ai pas vraiment d'attente, peut-être de, d'avoir plus de
 208 disponibilités pour heu pour pouvoir avoir encore plus de temps et pouvoir prendre d'autres
 209 enfants puisque heu on commence à être débordé et c'est vrai qu'on n'arrive plus à assurer autant
 210 d'urgence que ce qu'on pouvait faire auparavant heu et concernant la profession heu peut-être
 211 plus de formation, plus de formation auprès des kinés heu sur la prise en charge de la
 212 bronchiolite, non pas dans des techniques de drainage, que souvent c'est ce que l'on voit dans
 213 les formations, mais plutôt dans, dans le bilan, dans le, dans le diagnostic et dans la prévention

214 et la pédagogie auprès des parents. Je pense que nos techniques de drainage sont, ont une
215 efficacité limitée et ce qui fait le gros du travail c'est quand même la surveillance et la, la
216 prévention.

217 I : Sur les techniques respi, qu'est-ce qui vous indique que vous allez agir ou pas, sur le moment
218 avec l'enfant ?

219 K : Alors nous on travaille en drainage autogène, donc on va rechercher plutôt les, la baisse de
220 la distension thoracique heu ce qui va surtout me faire comprendre que le drainage a été efficace,
221 c'est la baisse de la fréquence respiratoire par exemple, la baisse du tirage, la baisse des apnées
222 heu et après tous les critères que les parents vont nous décrire à retard de la séance, mieux
223 manger, mieux dormir et cetera. Mais sur la séance en elle-même c'est surtout la baisse de la
224 fréquence respiratoire

225 I : Ok et vous mettez en place ces techniques à la première séance mais aussi si vous revoyez
226 l'enfant dans tous les cas ?

227 K : ouai. Ouai.

228 I : Eh bien d'autres choses à rajouter ?

229 K : Alors sur la technique, je voulais revenir sur la technique du drainage heu on a à la fois une
230 part d'efficacité modérée comme j'ai dit tout à l'heure, et aussi une, une part d'attente de la part
231 du parent

232 I : C'est à dire ?

233 K : C'est-à-dire que si le parent vient et qu'on ne fait que du lavage de nez ou que de la
234 prévention, ou de la pédagogie, de l'éducation euh finalement le parent ne comprend pas
235 pourquoi il est venu. Il y a quand même cette image du kiné qui doit faire un drainage et
236 donc parfois nous on va s'apercevoir que ben l'enfant a une simple rhino par exemple, on
237 va quand même, faire un, un semblant de drainage et on va profiter de ce moment de
238 drainage pour faire de l'éducation, c'est-à-dire qu'on va, on va doubler ce temps donc on perd
239 pas du temps heu, c'est pas, un temps qui se succède, c'est un temps simultané, et heu et ensuite
240 on, ça nous permet de, de répondre aux attentes du parents tout en lui expliquant que
241 par la suite, le drainage n'est pas forcément nécessaire.

242 I : Et si c'est un entourage inquiet de la kinésithérapie respiratoire, qui a peur de ça justement,
243 est-ce que si l'enfant n'a pas besoin à l'évaluation, vous allez limiter ces gestes ?

244 K : Pas forcément parce que comme c'est des techniques qui sont plutôt douces et bien acceptées
245 par l'enfant, ça peut aussi réconcilier les parents sur le drainage et sur, en tout cas l'image de la
246 kiné pédiatrique, parce que les séances se passent souvent quand même autour de l'éducation et
247 que les parents sont toujours inquiets, quand ils arrivent, avec l'image que la kiné a véhiculée

248 pendant des années, et au final que ce soit le drainage ou même le contenu de la séance ils
249 ressortent plutôt rassurés et on a beaucoup beaucoup de bons retours des parents qui, qui nous
250 renvoient d'autres de leurs enfants, qui nous renvoient des amis et cetera et cetera et donc heu
251 I : Avis positif
252 K : Avis positif
253 I : Très bien, bah c'est tout pour moi si vous n'avez rien d'autre à ajouter ?
254 K : non c'est bon
255 I : Eh bien nous pouvons conclure l'entretien. Je vous remercie pour le temps accordé pour cet
256 entretien. Les résultats du projet de recherche pourront vous être disponible dès le rendu du
257 travail. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment, l'entretien et les résultats
258 seront alors exclus de l'étude.

Entretien N° 6

1 I : Comment vous se passe votre prise en charge quand vous recevez ces premiers épisodes de
2 bronchiolite ?
3 K : d'accord alors déjà pour revenir sur ce que tu disais effectivement il y a moins de, y a moins
4 d'ordonnances maintenant, ce qu'on remarque nous, c'est, bon déjà on le déplore parce qu'on
5 trouve ça dommage pour les bébés, c'est pas pour nous puisque du coup le travail on a toujours
6 de trop, y a les numéros clausus tu sais chez les kinés et cetera donc du travail on a une liste
7 d'attente deee, on peut te la montrer au bureau, de deux feuilles A4 donc c'est pas une question
8 de travail, on n'a pas besoin de travail, par contre réellement, et sincèrement, et je pense que je
9 vais, je pense pas être le seul à te le dire pour ceux qui pratiquent vraiment la kiné respiratoire
10 sur les les nourrissons, heuu c'est, on le déplore pour les enfants quoi, voilà. L'efficacité, pour
11 moi n'est même pas discutable dans le sens où on a la chance de contrairement à n'importe
12 quelle pathologie, où tu peux te demander si le médicament a marché et cetera parce que
13 finalement bah le le le le patient va mieux ou ne va pas mieux mais est-ce que c'est de la faute
14 du médicament on en sait rien on est dans le doute, nous la chance qu'on a qu'on a sur cette
15 pratique précisément, contrairement à aux autres pratiques en rhumato en traumatisme et cetera,
16 c'est que le résultat, il est visible absolument immédiatement, puisque on est là, alors ça c'est
17 pas valorisant mais c'est pas grave, enfin c'est pas valorisant, c'est pas gratifiant en soi mais
18 pour moi ça l'est complètement, **heu on est là pour heu désencombrer l'enfant. Et pratiquement**
19 **uniquement pour ça voilà. Donc désencombrement ORL et désencombrement bronchiques.**

20 Donc le désencombrement on risque pas de tricher, parce que tu vois immédiatement ce que tu
21 sors de, ce que tu fais expectorer par le nourrisson voilà.

22 I : Est-ce que vous mettez en place ces techniques systématiquement ou ça dépend de
23 l'évaluation ?

24 K : Non d'abord on ausculte, on discute y a une anamnèse bien sûr avec la maman, on fait un
25 bilan, préalable, et ensuite, alors 9 fois sur 10 pour pas dire 10 fois sur 10, on on fait d'office un
26 lavage de nez.

27 I : Ok

28 K : Quand je dis on, je parle de moi et mon associé puisqu'on est les deux seuls à pratiquer sur
29 les deux cabinets. Heu lavage de nez pratiquement systématique, pourquoi parce que le lavage
30 de nez, bon tu as l'anamnèse effectivement et l'auscultation ne peut pas te dire s'il en a besoin
31 ou pas. Tu auscultes les bronches, tu n'auscultes pas les les les narines ou le pharynx voilà.
32 Donc le lavage de nez pratiquement systématique et le lavage de nez généralement t'aide à, à
33 voir si le bébé est encombré plus bas ou pas, déjà si le nez est complètement vide, ce qui est
34 rare parce que généralement ils arrivent pas ici au hasard, bon et que ton auscultation est bonne
35 dans ce cas-là effectivement il nous arrive de de passer notre notre chemin et de dire à la maman
36 que c'est pas nécessaire voilà, même si on a un symptôme asthmatiforme, parce que là par contre
37 c'est pas trop de notre recourt, on peut pas dilater les bronches avec nos petites mains voilà.
38 Donc là c'est traitement médicamenteux, bronchodilateur forcément. Heu donc le lavage de nez
39 est presque systématique parce qu'on a souvent des surprises, et et voilà tout dépend de notre
40 bilan ensuite pour ce qui est du drainage bronchique

41 I : OK, du coup en terme d'actes techniques c'est le lavage de nez et de drainage bronchique ?

42 K : Bien sûr. Ca peut-être que lavage de nez hein

43 I : Donc le drainage n'est pas systématique mais par contre ...

44 K : C'est ça et lavage de nez quasi systématique sauf si vraiment tu sens que il respire bien et
45 t'entends absolument rien mais Voilà pourquoi il est là quoi voilà. Sauf si tu vas avoir un
46 symptôme asthmatiforme plus plus plus, mais même pas parce que dans ce cas-là si j'ai un
47 symptôme asthmatiforme plus plus plus à l'auscultation, heu forcément on a déjà une broncho-
48 constriction, donc il est hors de question que le bébé soit en plus encombré, même le peu qui
49 peut l'être c'est de trop, donc dans ce cas-là on va quand même vérifier, ça veut pas dire faire
50 une grosse séance, parce que la séance va complètement dépendre de l'état du bébé, je veux
51 dire la la la durée de la séance, l'intensité de la séance va complètement dépendre de l'enfant,
52 ça va de soi, ça dépend de ton bilan.

53 I : Ok ...

54 K : Mais dans ces cas-là voilà en tout cas s'il y a pathologies bronchique, on va aller voir ce qui
55 se passe au niveau des bronches bien sûr, tenter de drainer si on voit qu'y a rien qui monte,
56 qui, on insiste pas du tout

57 I : et selon vous les qualités essentielles du kiné dans cette prise en charge quelles sont-elles ?

58 K : Bah la compétence ça va de soi. Heuuu

59 I : Quelles compétences ?

60 K : c'est contrairement à ... Ce qui est essentiel déjà, je parle pas de l'acte technique, l'acte
61 technique faut qu'il soit très très bien réalisé bien sûr, mais ce qui est essentiel c'est de savoir
62 rassurer l'enfant, la la la mère pardon (rire), l'enfant aussi, l'enfant ça se fait de façon presque
63 inconsciente avec l'expérience, tu vas l'ausculter en même temps tu fais une petite caresse du
64 bout des doigts parce que voilà ça le rassure, dès qu'il voit le stéthoscope et la blouse blanche
65 souvent il pleure surtout c'est pas la première fois qu'il vient et cetera, rassurer les les parents
66 c'est essentiel, on passe beaucoup de temps à discuter lors de la première séance, c'est vraiment
67 très très important parce que vu de l'extérieur ça peut, quand la maman ne sait pas ce que l'on
68 va faire et que on on passe directement à l'acte technique, ça peut être très impressionnant et
69 traumatisant. Donc on va d'abord tout expliquer, il arrive jamais que je prenne en charge un
70 enfant sans que la maman sache d'avance ce que je vais faire exactement. Je vais lui montrer
71 même à blanc les les mouvements, enfin les les actes techniques, les les manœuvres pardon,
72 pour qu'elles ne soient pas surprises quand elle va les voir faire, et et on a un argument massue,
73 je pense qu'on a de l'expérience en tout cas, sans se jeter des fleurs hein, on a un argument
74 massue et qui nous fait pas mentir 99 fois sur 100, tu pourras vérifier si tu viens voir de la
75 pratique chez nous, c'est que, on avertit les mamans qu'à la seconde on va leur rendre les bébés
76 dans les bras, c'est à dire dès que la séance est terminée, la séance en soi elle dure 5 min hein,
77 5-10 min maximum parce qu'après l'enfant serait complètement épuisé. À la seconde où on
78 remet le le bébé dans les mains, dans les bras de la maman il arrêtera de pleurer dans les
79 secondes qui suivent, dans les 3 secondes qui suivent et ça ne rate jamais ce qui prouve bien
80 que c'est pas du tout du tout traumatisant physiquement et c'est pas du tout douloureux

81 I : Très bien

82 K : D'accord ?

83 I : Ouais

84 K : Et ça c'est un argument massue parce que les les mamans connaissent leurs enfants par
85 définition hein, et et le constate, on l'a averti, on l'a dit à l'avance, on l'a prédit, elle le constate
86 et elles sont complètement rassurées

87 I : Et ces maman-là reviennent aux séances d'après si y a besoin

88 K : Ah Ben après ça dépend que de l'état de l'enfant
89 I : ça dépend de l'état de l'enfant bien sûr, mais la mère ne refuse jamais après une première
90 séance, quand elle a vu ce que c'était ...
91 K : Jamais, non c'est jamais arrivé. Parce que ce qu'elle va voir d'abord c'est que son enfant
92 pleure plus comme je te disais, et surtout et avant tout, que si il, s'il est amené à revenir c'est
93 que ça a été productif, c'est à dire qu'il y avait à expectorer, il y avait des il y avait des sécrétions
94 bronchiques ou ORL, et les a vus de ses yeux sortir, elle a vu les mouchoirs qui sont pleins et
95 cetera et ça c'est plus dans l'enfant pardon, dans ses voies respiratoires, donc il est évident que
96 ça ça a un bienfait voilà. L'argument que je sors souvent quand j'entends parler de ces
97 controverses là par rapport à à la réglementation HAS et compagnie qui évoluent tous les ans,
98 c'est pour ça je m'y penche même plus dessus personnellement, c'est que quand on pose des
99 questions mais donc la bronchiolite il paraît que on remet en question la kiné respi et cetera, je
100 (rire) je réponds toujours de la même façon, on n'a jamais jamais au grand jamais n'importe
101 quel kiné qui est censé être prétendu, donc jamais prétendu soigner la bronchiolite, heu la
102 bronchiolite VRS hein, qui est dans le sang forcément le virus, avec nos petites mains on va pas
103 enlever le virus, que ce soit très clair, on n'est que symptomatique voilà. On ne traite que le
104 symptôme, le symptôme ben je prends le parallèle souvent, bah écouté demain vous avez une
105 bronchite, vous avez simplement un rhume, prenons l'exemple du rhume le plus simple au
106 monde, vous avez 2 options Madame, soit vous prenez quand le nez est plein, vous prenez le
107 mouchoir vous le sortait de la poche et vous vous mouchez régulièrement, soit vous vous faites
108 rien. Qu'est-ce que vous choisissez voilà, ah bah c'est évident je sors le, ah bah pourquoi ? ...
109 Je vais vous expliquer pourquoi ! Parce que si vous gardez les sécrétions dans l'arrière-nez c'est
110 susceptible bon d'abord c'est pas très confortable ça va s'infecter dans l'arrière nez, c'est
111 susceptible de descendre dans les bronches, s'infecter bien entendu dans les bronches quand ça
112 ça descend tout en bas ça peut faire une stase, et une infection pulmonaire vous finissent à
113 l'hôpital sous oxygène et cetera voire pire.
114 I : Donc finalement les moyens que ...
115 K : **Donc on est que symptomatique, on ne fait que désencombrer.** Donc maintenant la question
116 de fond c'est est-ce qu'il est utile de désencombrer ? Pour moi la réponse elle est évidente !
117 Maintenant si elle n'est pas pour tous, bah tant pis pour eux
118 I : Après ça dépend je pense de l'évaluation du bébé en fait comme pour tout
119 K : Ah bah pour désencombrer faut qu'il est de l'encombrement
120 I : Oui
121 K : S'il y a pas d'encombrement y a pas de sujet,

122 I : Oui, bah après les prescripteurs généralement ils vous orientent le nourrisson à la 2e phase
123 donc quand c'est une phase d'encombrement ...

124 K : bah le prescripteur ils écoutent énormément la HAS. Voilà ça faut le savoir. C'est pas
125 péjoratif ce que je dis, c'est un fait, voilà, et très souvent dans l'évolution que tu me parlais tout
126 à l'heure, de l'évolution des prescriptions, nous ce qu'on remarque de façon évidente, c'est que
127 les prescriptions qu'on a toujours aujourd'hui, on a encore beaucoup, on en a moins qu'avant
128 mais on en a encore beaucoup, c'est généralement des mamans qui ont réclamé, parce qu'elles
129 ont l'habitude, parce qu'il y a le grand frère, la grande sœur qui a eu droit ou le petit cousin et
130 cetera qui est venu ici, et voilà, on a a priori pas eu de la mauvaise pub entre guillemets, même
131 si encore une fois on cherche pas du tout la pub comme je te disais tout à l'heure, mais c'est en
132 2e instance voilà. C'est les mamans qui réclament les prescriptions et les et les pédiatres n'ont
133 pas d'arguments face à une maman qui qui qui sait que c'est efficace et qui veut ça pour son
134 enfant qui n'est pas bien voilà.

135 I : Et donc recevoir la famille ou l'entourage en séance et obligatoire ?

136 K : Ah systématiquement pendant la séance. Ah les mamans elles viennent avec moi tout le
137 temps, je n'isole pas une maman de son bébé en fait c'est ...

138 I : Est-ce que c'est pour un cadre légal où est-ce qu'il y a un autre argument ?

139 K : Ah non la légalité ça m'est complètement égal dans ce cadre-là. Pour moi il est évident que
140 la maman je ne la sépare pas de son enfant, voilà. Et en plus je veux qu'elle sache ce qu'il se
141 passe, je veux qu'elle comprenne et qu'elle le voit et qu'elle rassure l'enfant aussi, c'est
142 primordial. Non jamais c'est arrivé, heuu il m'est arrivé de proposer à un des 2 parents, je dis
143 bien un des 2 parents, d'aller en salle d'attentes, si je vois qu'il est très affecté et que l'autre
144 assure. Dans mes 24 ans de pratique en kiné respi, les seules fois où j'ai exercé sur des
145 nourrissons sans qu'il y ait le parent c'est à l'hôpital, parce que je travaille à l'hôpital à « X »
146 voilà, où le matin tu fais le tour des services, t'avais le chef de service qui t'a indiqué, tiens tu
147 vas dans la salle dans la la chambre 123, le petit d'après le médecin il a besoin de kiné respi
148 voilà tu rentres et t'es seul voilà, c'est le seul cadre dans lequel j'ai exercé sans les parents, c'est
149 jamais arrivé depuis depuis que je suis en libéral c'est jamais arrivé.

150 I : Est-ce que vous faites partie d'un réseau bronchiolite ? ou est-ce que vous avez déjà fait partie
151 d'un réseau bronchiolite ?

152 K : Questions délicates, on a déjà fait partie de 2 réseaux « X » et comment il s'appelle l'autre,
153 truc de Marseille là qui est venu de Marseille heuu

154 I : « X » non ?

155 K : Ouais c'est ça, « X » voilà, et on en est sorti très volontairement ...

156 I : Je peux vous demander ...

157 K : ... parce qu'on a eu un très mauvais retour des mamans

158 I : Ah j'allais vous demander pourquoi

159 K : Bah y a eu de mauvais retour des mamans c'est à dire qu'en fait nous on fait ça pour se

160 délester un petit peu des weekends pour pas te mentir, parce-que les week-ends les gardes

161 systématiques bon bah ça peut peser à la longue, donc avec mon collègue on voulait ben limiter

162 le week-end, rentrer dans un réseau c'était parfait, mais quand t'as des mamans qui sont

163 habituées, alors ça peut paraître péteux hein donc moi je te parle comme si voilà t'étais de ma

164 famille, quand en tout cas tu arrives le lundi que tu récupères un enfant donc la maman revient

165 elle a vu le parce que tu as tu lui as dit vendredi qu'il fallait qu'elle voie ton confrère via « X »

166 par exemple ou « X » à « X » ou je ne sais où elle fait des kilomètres déjà pour y aller et que

167 elle revient lundi en te disant « NOM » plus jamais ça, plus jamais vous me faites ça parce que

168 le kiné là-bas il a fait n'importe quoi, soit il faisait du clapping, soit on sentait qu'il avait pas

169 l'habitude, il était pas du tout à l'aise avec l'enfant, soit il lui a fait mal en cherchant le réflexe

170 de toux il l'a blessé au niveau de la trachée heu c'est pas entendable pour nous. On s'est

171 décrédibilisé et puis et puis t'as ta conscience quoi voilà. Et heu donc on est sorti de réseau

172 I : Mais initialement euh là vous en êtes sortie mais ...

173 K : Parce que ce qui pêche dans ces réseaux enfin ce qui péchait en tout cas à notre époque c'est

174 que y avait pas de de contrôle de donc y en a qui s'en servaient pour avoir du travail, pour se

175 rajouter un enfin du travail qui devait manquer a priori enfin je comprends pas mais c'est comme

176 ça heu ou qui envie de découvrir les enfants et d'exercer sur les nourrissons, mais il y avait

177 aucune condition d'entrée, en termes de vérification de savoir faire quoi

178 I : Pour les kinés ?

179 K : Pour les kinés ouai

180 I : Parce que j'allais demander les objectifs de ces réseaux heu initialement il y avait quand

181 même un bénéfice à avoir ces réseaux ?

182 K : Bien sûr, bien sûr. Ah mais sur papier c'est parfait, c'est bien pour ça qu'on a intégré un

183 réseau on trouvait ça super déjà de pouvoir communiquer heu avec d'autres confrères et puis de

184 diluer les weekends encore une fois. De faire 2 week-ends par hiver au lieu de faire tous les

185 week-ends, parce que nous est 2 ben on faisait un week-end sur 2 forcément voilà

186 I : Mais le bénéfice pour le kinésithérapeute à faire partie de ce réseau ... ?

187 K : Les week-ends ! Les week-ends. Et ceux qui cherchent du travail ben quand ils vont, ce sera

188 à leur tour le week-end ben pour le coup ils vont avoir des bébés qui viennent de tout horizon

189 en théorie, puisqu'ils viennent de tout le réseau voilà donc tu travailles c'est plus efficace tout

190 simplement, tu te déplaces moins pour plus d'enfants, donc heu au niveau pécunier c'est très
 191 intéressant et au niveau liberté voilà. Mais après il y a pour moi le l'enfant passe avant
 192 I : Est-ce que il y a un bénéfice pour l'enfant d'avoir ses gardes, ses réseaux ?
 193 K : Ce qui est très important c'est que l'enfant soit pris si c'est nécessaire tous les jours, donc le
 194 bénéfice il est là, maintenant bah on nous on l'assume hein on est que 2 mais on l'assume quand
 195 même réseau ou pas
 196 I : Vous ne faites plus partie de de ces réseaux, est-ce que vous vous avez toujours votre garde
 197 du week-end ?
 198 K : Ah oui oui c'est ce que je suis entrain de te dire. J'ai vu 7 ou 8 bébés ce matin heu il y en a
 199 qui auront besoin ce week-end et je vais les voir
 200 I : Oui oui ce que je veux dire c'est que vous avez votre propre réseau en fait ?
 201 K : C'est pas un réseau c'est que si le bébé doit être vu 7 jours sur 7, on le verra 7 jours sur 7 au
 202 sein de notre cabinet en étant que 2 à pratiquer donc on se débrouille entre nous
 203 I : très bien. Est-ce que vous avez un lien avec le médecin prescripteur de ses nourrissons ?
 204 K : Bien sûr, bien sûr
 205 I : Comment vous le définissez ?
 206 K : comment je définis le lien ?
 207 I : Oui
 208 K : Bah faut qu'il y ait une communication et que on se dise les choses, et qu'il y ait un rapport
 209 de confiance parce que sinon il nous enverrait pas les enfants même s'ils sont très influencés
 210 par le les recommandations HAS, mais voilà quand on a un vrai message à passer, quand on,
 211 moi la plupart du temps si j'appelle un médecin ça va être parce que je suspecte qu'il ait besoin
 212 de bronchodilatateur mais c'est pas à moi de le dire je suis pas médecin heu je peux le suggérer
 213 ou laisser entendre que mon auscultation et ma et ma séance m'a montré que, qu'il y avait des
 214 sifflements et que voilà il y avait un symptôme asthmatiforme constaté, donc après c'est lui qui
 215 voit ce qu'il a à faire au niveau traitement médicamenteux
 216 I : Il y a du retour de la part des 2, vous avec le médecin, le médecin avec vous ...
 217 K : Bien sûr
 218 I : Donc il y a un rapport de confiance ?
 219 K : Oui oui, heureusement c'est primordial
 220 I : Est-ce que vous vous avez pu remarquer quand vous faisiez partie d'un réseau, qu'il avait un
 221 peu plus de communication ? c'était plus facile de communiquer avec les prescripteurs ?
 222 K : Non c'est le contraire, c'est exactement le contraire parce que le réseau ça dilue et ça fait
 223 qu'il y a il y a plus de prescripteurs privilégiés entre guillemets, de de de de comment dire le

224 prescripteur n'a plus d'interlocuteur privilégié donc il sait plus à qui s'adresser à quel Saint se
 225 vouer puisque il sait pas tel week-end quel quel kiné a été, s'est occupé de l'enfant, donc il va
 226 s'abstenir et donc il va pas prendre forcément son téléphone donc là c'est la maman qui fait son,
 227 qui prend ses rendez-vous et cetera et qui voit le kiné qu'elle voit quoi. Donc non à ce niveau-
 228 là au niveau communication avec les médecins le le le réseau pour voir n'est pas bénéfique ça
 229 c'est sûr

230 I : Après la communication entre kiné elle était peut-être plus facile ?

231 K : Entre kiné ... bah par rapport à ce que je viens de te raconter ... il valait mieux pas qu'il y
 232 ait de communication nous concernant parce que voilà les retours n'étaient pas excellent

233 I : Est-ce que vous pensez qu'il ex ...

234 K : Ce qui nous est arrivé beaucoup aussi ça va être ça va dans le même sens que ce que je te
 235 dis, c'est que quand on voyait un bébé qui arrivait de l'extérieur pour le coup, puisque du coup
 236 si je suis de de garde au sein d'un réseau eh ben le samedi je vais avoir des bébés qui ne sont
 237 pas les miens, donc ils vont arriver d' « X », d'un kiné d' « X » ou je ne sais quoi et qui vont
 238 voir ce qui se passe et qui vont être très surpris de voir que le bébé il crache par exemple, alors
 239 que la veille il avait pas caché du tout voilà et après toi ça te met en porte à faux, parce que du
 240 coup ils ont envie de te revoir le lundi mais c'est pas ton bébé, c'est pas ton patient voilà donc
 241 vis-à-vis du du praticien à « X » qu'est-ce que tu fais ? C'est super délicat c'est pour ça qu'on a
 242 choisi de de sortir de ça

243 I : C'est un choix personnel ... ok. Heu y a pas de différence de prise en charge entre un kiné
 244 qui ne participe pas aux réseaux et un kiné qui y participe ?

245 K : J'en sais rien faut demander autres kiné ... Après c'est pas une histoire de réseau, pas de
 246 réseau y a une différence malheureusement de prise en charge d'un kiné à l'autre

247 I : Est-ce que l'association du kiné, du réseau s'il y a un et du médecin, joue un rôle selon vous
 248 dans l'organisation sanitaire des soins durant ces périodes épidémique de bronchiolite ?

249 K : Non parce qu'on est une profession libérale on a on doit, on doit travailler dans les conditions
 250 sanitaires heu les meilleurs possibles pour pas dire idéal donc qu'on soit au sein d'un réseau ou
 251 pas ça change rien ça, quand on travaille au cabinet on on est responsable de ce que l'on fait

252 I : Hm mais le fait de d'être en communication avec le médecin, d'être partenaire ...

253 K : *On est partenaire et en communication avec le médecin quand on est au cabinet*

254 I : Vous oui

255 K : Quand on est pas au sein d'un réseau

256 I : Peut-être pas tous

257 K : ça faut leur demandez moi je te parle de mon expérience

258 I : oui oui c'est vrai on est sur votre expérience. Et pourquoi vous pensez que certains médecins
 259 continuent à prescrire ?

260 K : Parce que ils connaissent l'efficacité de, ben ils voient que avec le traitement médicamenteux
 261 ils arrivent pas forcément à leurs fins, alors que ils ont un résultat quasi immédiat avec la kiné
 262 respiratoire je te parle dans le cadre d'un encombrement bronchique bien sûr hein pas d'une
 263 bronchoconstriction là encore une fois on est presque impuissant

264 I : Est-ce que vous pensez ...

265 K : On a plus un rôle dans ce cas-là de suivi ou de vérification justement de, des red flag là ce
 266 dont tu parlais tout à l'heure

267 I : Ce que j'entendais par là euh, c'était bon selon l'état comme d'habitude du nourrisson, est-ce
 268 que les prescripteurs s'attendent à avoir systématiquement l'acte technique, l'acte respiratoire
 269 ou ils s'attendent à un suivi, une surveillance que eux ne pourrait pas fournir

270 K : Pardon scuse moi, donc ta question c'est quoi pardon ?

271 I : C'était pourquoi vous pensez que certains médecins prescrivent toujours et qu'est-ce qu'ils
 272 attendent finalement, est-ce qu'ils attendent de la kiné respi ou est-ce qu'ils attendent d'autres
 273 compétences du kiné ?

274 K : Bah là on est dans le cadre de la kiné respi chez le nourrisson donc en fait heuu ...

275 I : Là on est dans le cas de la prise en charge globale du kiné dans ...

276 K : Ah mais tu parles de tout là on parle de traumatisme, de rhumato ? On est sorti des bébés ?

277 I : Non non on est toujours sur les bébé bronchiolite ...

278 K : Ah on est au niveau des bébés donc il savent, ils sont censés savoir que, généralement ils
 279 savent hein je vais pas remettre ça en question, heu ils sont censés savoir que le le le kiné est là
 280 pour désencombrer l'enfant voilà donc c'est ce qu'ils attendent

281 I : Ok ils attendent pas d'autres choses pour cette prise en charge là ?

282 K : Ah bah non ce qu'ils attendent, ils attendent pas d'autres choses pour cette prise en charge
 283 là si tu vas parler de toute autre chose enfin s'il y a une un torticolis congénital ou voilà ils sont
 284 assez grands pour voir s'il y en a un dans ces cas-là et savoir que c'est la la clé est indiqué aussi
 285 pour ça

286 I : Non non là on reste dans la cadre de bronchiolite !

287 K : Bah ils sont censés savoir qu'on sert à désencombrer et ils les envoient pour ça bien sûr

288 I : Ok ok très bien. Est-ce que vous avez des attentes globales sur cette prise en charge
 289 bronchiolite vous en tant que kiné ?

290 K : Non non non nous notre travail, on sait ce qu'on a à faire et on essaie de le faire le mieux
 291 possible. Heu on sait qu'on a des très bons retours des mamans. Ce que voilà ce que je déplore

292 c'est ce que je te disais tout à l'heure avec un petit peu d'ironie tout à l'heure c'est que ces
293 controverses d'année en année à chaque fois, on rigole d'avance quand le mois d'octobre arrive
294 parce qu'on sait qu'on va avoir des des JT qui disent tout et son contraire et d'une année à l'autre
295 on varie les choses, il y a des excès qui sont complètement hallucinants de choses qui nous
296 agacent profondément heuu parce que quand tu réfléchis à aux contre-indications aux effets
297 secondaires potentiels d'une kiné respi sur les enfants, il y en a absolument 0 ! d'accord ? voilà.
298 Contre-indication pourquoi y en a pas parce que au pire, il y a pas besoin, y a pas besoin on fait
299 pas et même si on faisait, on commencerait à faire on verrait immédiatement que le bébé n'est
300 pas encombré on on arrête illico presto donc de toute façon c'est absolument pas nocif et même
301 si on était fou qu'on faisait quand même, dire qu'on faisait, quand je te faire je crois que tu sais
302 de quoi tu parles donc je te parle d'essentiel du drainage en bronchique, de l'AFE l'accélération
303 du expiratoire, heuu sur un enfant sain, ça pose pas de problème puisque c'est comme si je te
304 demandais toi d'expirer à fond voilà tu vas pas être malade parce que tu expires à fond on est
305 bien d'accord. Donc même si c'était pas utile et encore une fois par conscience jamais on va le
306 faire c'est pas utile, puis la maman elle voit bien ce qui se passe elle va pas elle va pas être folle
307 et laisser pratiquer si elle voit que ça sert à rien, qui a que le bébé ne crache pas et ne se mouche
308 pas voilà elle va pas le ramener voilà, donc c'est c'est du bon sens. Heuuu donc de toute façon y
309 a pas d'effets secondaires et quand on entend des choses complètement folles, c'est ça que je
310 commençais à te dire tout à l'heure par certains médias... heu qui vont te parler parce qu'ils
311 cherchent, ils cherchent de des arguments pour dire que la kiné respiratoire n'est plus indiquée
312 forcément, c'est les médias ils fouillent et ils doivent trouver les choses et on va te parler de
313 risque de casser des côtes des choses comme ça. C'est quelque chose de complètement
314 improbable et fou ! voilà parce qu'un kiné qui casse des côtes c'est un malade mental, il est
315 monté sur l'enfant et il l'a tué de toute façon donc c'est c'est inentendable et et voilà et donc si
316 on parle de folie de alors pourquoi les bébés en kiné respi c'est valable pour tout tous les les
317 métiers voilà tu vas me dire que si une infirmière elle te fait une une piqûre elle peut te percer
318 une artère et non mais là de quoi tu parles elle sait faire une piqûre une infirmière est pas folle
319 elle va jamais te transpercer une artère
320 I : Eux ils sont peut-être restés sur les techniques qu'on faisait avant
321 K : Non même pas parce que tu peux le concevoir sur une augmentation du flux expiratoire
322 puisque on emmène le le en expiration
323 I : On n'écrase pas le bébé
324 K : on n'écrase pas, on respecte les amplitudes les amplitudes thoraciques ça va de soi, voilà
325 les amplitudes physiologiques thoraciques donc c'est c'est impensable donc voilà c'est des

326 aberrations comme ça qui qui agacent. Qui sont ce principe avancé par des personnes qui
 327 connaissent pas du tout, parce que quand tu sais de quoi tu parles tu peux pas dire de des
 328 énormités pareilles

329 I : Finalement les moyens que que le kiné a dans ce cadre de bronchiolite pour participer à
 330 l'amélioration de l'état de l'enfant, de de retarder les signes de gravité qu'ils pourraient y avoir,
 331 quels sont-ils ?

332 K : c'est la prise en charge la plus précoce possible mais généralement bah très souvent
 333 malheureusement les les bébés sont vus par le kiné donc ont une prescription médicale quand
 334 ils sont déjà très encombrés et c'est tellement dommage. On pourrait faire faire des économies
 335 à la sécu plus largement en amenant les bébés plus tôt parce qu'ils auraient moins de séances de
 336 kiné

337 I : Donc que le prescripteur oriente le plus tôt possible et n'attende peut-être pas la 2e phase de
 338 la bronchiolite

339 K : C'est ça. Exactement voilà

340 I : D'accord

341 K : Et n'attendent pas forcément que la maman le réclame parce que ça c'est encore plus
 342 pathétique que ça soit la maman qui dicte au médecin ce qu'il faut qu'il fasse

343 I : Pas toutes les mamans

344 K : Alors c'est pas le cas de toutes les mamans mais dans les dernières années on le voit de plus
 345 en plus. Encore une fois parce qu'elles ont vu l'efficacité encore une fois sur le grand frère, le
 346 grand cousin et cetera elles connaissent le cabinet elles savent que ça marche très bien, elles
 347 l'ont vu de leurs yeux et quand elles voient leur enfant qui tousse gras qui n'arrivent pas à se
 348 désencombrer tout seul parce que c'est le propre d'un nourrisson heuu elles savent très bien,
 349 une maman faut complètement lui faire confiance elle a une oreille, elle connaît son bébé par
 350 cœur et elle sent bien qu'il ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter et voilà c'est dommage que très
 351 souvent on attende ces ces cap un petit peu déjà très avancé quoi

352 I : Hm. Très bien. Vous avez d'autres choses à rajouter ?

353 K : Non, non, toi tu as d'autres choses à demander ?

354 I : Non j'ai essayé de faire le tour c'est bon

355 K : Bon j'ai pas été trop cash (rire)

356 I : Non (rire) bah non mais c'est c'est votre point de vue surtout

357 K : ça c'est l'expérience (rire)

Entretien N° 7

- 1 I : Vous qui recevez ces nourrissons en séance, comment se passe votre prise en charge ?
- 2 K : Ok sur tout ce que tu viens de dire je peux rien dire ?
- 3 I : Si si bien sûr vous pouvez rebondir dessus !
- 4 K : Alors avant d'arriver aux questions effectivement je rebondis sur plusieurs choses que tu as
- 5 dit, tu te bases sur justement les recommandations de l'ARS
- 6 I : La HAS
- 7 K : oui l'HAS, l'ARS. Aujourd'hui et qui qui effectivement ne recommande plus la
- 8 kinésithérapie. Tu as dit d'ailleurs qu'il ne la recommandait plus la kinésithérapie respiratoire
- 9 euh par faute de résultats ... d'accord
- 10 I : de manque de données, d'efficacité
- 11 K : De manque de données sur des résultats efficaces, sur l'efficacité en fait. Alors il faut savoir
- 12 qu'en kinésithérapie on n'est pas un métier qui faisons de la recherche des choses comme ça et
- 13 ça veut dire que si on commence à enlever tout ce qui n'a pas été prouvé comme efficace, en
- 14 kinésithérapie on ne fera plus grand-chose, le massage, ne serait-ce que ça, mais toutes les toutes
- 15 les ... tous, les mobilisations et cetera. Donc du coup quelle est la différence entre tout ce qu'on
- 16 aurait pu enlever et la kiné respiratoire ? C'est que la kiné respiratoire en fait en plus il y a une
- 17 forme de de de de de prise en charge, qui peut être heuu ... soit visuellement, soit la prise en
- 18 charge du nourrisson elle est particulière d'abord c'est un nourrisson, il n'y a pas plus innocent
- 19 et fragile qu'un nourrisson, et donc on est on n'est pas tout le monde est à fleur de peau sur les
- 20 nourrissons, les parents mais tout le monde. Heu quand je dis tout le monde ça veut dire
- 21 simplement il suffit de montrer un bébé qui pleure à la télévision et tout le monde va dire Ah
- 22 purée pourquoi le kiné le fait pleurer ... et donc c'est aussi pour ça qu'on a enlevé la
- 23 kinésithérapie respiratoire d'accord ! C'est que non seulement effectivement ça peut n'a pas
- 24 prouver son efficacité mais comme plein d'autres méthodes mais en plus elle a un aspect un poil
- 25 agressif ...
- 26 I : Hm ok
- 27 K : D'accord. Mais agressif pour tous ceux qui ne la comprennent pas. Ca veut dire que si moi
- 28 sans rien te dire je viens je vais prendre ton genou je vais le mobiliser, tu vas te sentir agressé,
- 29 tu m'as rien demandé et il y a quelqu'un qui vient sans parler sans rien dire, te prendre ton genou
- 30 donc tu vas te sentir agresser comme le bébé, qui ne comprend pas, à qui on peut pas expliquer
- 31 et cetera. À part que toi tu peux t'exprimer, tu peux dire mais pourquoi ? qu'est-ce que vous

32 faites ? qu'est-ce qui va se passer ? et donc avec toi je peux m'expliquer. Avec le bébé, qui va
 33 pleurer, il va crier et donc du coup ça c'est un aspect négatif sur cette activité de kiné, de prise
 34 en charge kiné respiratoire d'accord

35 I : Ouai hmhm

36 K : Je veux vraiment mettre ça à la base parce que ça part vraiment de ça à la base. On est un
 37 cabinet qui avons vu jusqu'à 40 bébés par jour

38 I : Ok ouais c'est énorme !

39 K : Donc j'ai envie de dire que tu es au bon endroit pour ce type d'étude. On a vu jusqu'à 40
 40 bébés par jour pendant des années, donc moi je peux attester de l'efficacité ou de la non
 41 efficacité heu simplement en empirique, en empirique c'est à dire sur le sur ce qu'on voit
 42 simplement d'accord, alors c'est sûr je suis pas allé étudier si une fois que j'ai enlevé les glaires
 43 est-ce qu'il y en a encore dans les bronches et cetera ça je peux pas ! Tout ce que je peux voir
 44 c'est si je peux te dire que quand on prend en charge au bout de quelques jours alors que le bébé
 45 souffre depuis des semaines voire des mois au bout de quelques jours on avait le plus souvent
 46 un résultat. Donc pour moi il y a une efficacité, mais parce que aussi j'avais un échantillon de
 47 40 bébés par jour et comme tu as dit, tu as raison, depuis 2018 depuis 2019, euh certains
 48 pédiatres et certaines familles ont continué à avoir confiance en nous donc on en voit encore
 49 toute l'année nous régulièrement, heu mais ça a vraiment diminué. C'est-à-dire qu'on est tombé
 50 en période de crise entre novembre et janvier, on est tombé peut-être à simplement allez 8-9-10
 51 bébé par jour et plus 40 bébés par jour

52 I : Hm

53 K : D'accord ? Donc effectivement il y a une chute qui s'explique par ces études et ce qui tout
 54 ce qui est sorti dans les médias, à tort ou à raison, moi personnellement, parce que je dis pas
 55 que ça a tort, je je sais pas comment étaient faites les études, peut-être que les études n'ont peut-
 56 être pas été faites spécifiquement sur les la kinésithérapie en ambulatoire

57 I : ça sera l'étape d'après justement ...

58 K : Parce qu'il semble que les études Bronkinou tout ça ça a été fait en milieu hospitalier et ils
 59 en ont déduit quelque chose mais donc du coup ils l'ont généralisé aussi en milieu ambulatoire
 60 et je pense que c'est pas du tout la même prise en charge que ce soit en ambulatoire que ce soit
 61 à l'hôpital, quand on est en phase hospitalière à mon avis on a des phases beaucoup plus graves
 62 beaucoup plus importantes où la kinésithérapie respiratoire manuelle faite par les kinés est peut
 63 être effectivement secondaire à plein d'autres choses. Voilà ! Mais en ambulatoire, pour tous
 64 ceux qui ne nécessitent pas d'aller à l'hôpital, je pense qu'il y a une efficacité, ça c'est mon point
 65 de vue à moi. Donc tout ça a fait que effectivement ça a diminué, voilà, ça c'était pour te donner

66 mon avis de manière générale sur la kinésithérapie respiratoire. Aujourd'hui encore j'ai des
67 patients ben ne serait-ce que cette semaine, des bébés qui sont venus voilà ça fait 3 semaines
68 qu'il est malade et cetera, il y a un autre ça faisait 6 semaines qu'il était malade, il vient chez
69 nous, je l'ai pris en charge 3 à 5 jours, le premier 3 jours, le deuxième 5 jours après c'était fini.
70 Est-ce que c'est une coïncidence pas une coïncidence ? Avec 2 cas ça peut être une coïncidence,
71 comme je te dis on avait un recul de 40 bébés par jour pendant des années, moi je dois être ma
72 seize millième séances de de de de de prise en charge kiné respiratoire, heuu je peux te dire que
73 heureusement souvent on est là et ne serait-ce que pour dire non là je suis désolé monsieur
74 Madame vous devriez aller à l'hôpital. Ne serait-ce pour ça

75 I : Pour la réorientation

76 K : Exactement ! **Nous on est capable de déceler des des points très négatifs** chez le petit qui
77 incite à amener à à à l'hôpital oui, et surtout faut pas hésiter. Un kiné qui pense qu'il peut tout
78 soigner c'est faux, il y a un moment donné où là l'important, parce qu'il y a un déficit
79 respiratoire, y a un déficit ventilatoire il vaut mieux qu'il aille vite à l'hôpital, il y a des urgences
80 d'accord ? Pas tout le temps ça m'arrive rarement d'envoyer à l'hôpital heu je sais pas combien
81 de bébés je vois aujourd'hui par par an mais bon y a un moment donné j'en voyais beaucoup et
82 heu je veux dire plus de 1000 bébés peut-être dans l'année, mais là mais j'envoyais quoi allez
83 3-4-5 fois maximum à l'hôpital par an donc c'est pour te dire que ça reste quand même très rare
84 en fait le milieu hospitalier pour les bébés en respiratoire et que ça peut être très bien résolu en
85 ambulatoire, c'est dommage qu'on nous ait enlevé ça ou du moins qu'on ait mis cette ce doute
86 sur ça

87 I : Et les bébés ...

88 K : Après peut-être que tous les kinés ne soignent pas de la même manière et que la
89 kinésithérapie

90 I : non non mais les prises en charge sont différentes

91 K : Voilà la prise en charge sur un bébé ... un adulte qui vient pour un dos j'ai envie de dire que
92 tu sois bon ou mauvais kiné ou que tu passes à côté, bon t'as posé les mains dessus, t'as massé,
93 t'as étiré qu'est-ce que tu vas faire comme grand mal ? Tu vas pas le tordre en deux, tu vas pas
94 le plier. Un bébé c'est vrai, que les techniques heu d'augmentation du flux expiratoire, technique
95 de de de toux provoquée, les choses comme ça, les ventilations dirigées et cetera si tu les fais
96 mal oui il peut y avoir des conséquences, donc la la prise en charge d'un bébé au niveau
97 technique elle est beaucoup plus fine et beaucoup plus sensible que n'importe quelle autre prise
98 en charge sur un adulte ou quoi que ce soit. Donc forcément il peut y avoir plus d'erreurs. Une
99 erreur sur un adulte 9 fois sur 10 c'est pas grave une erreur sur un bébé 1 fois sur 3 c'est grave

100 d'accord. Donc ça ça fait aussi, ça pousse aussi les instances à dire bon écoutez non seulement
101 les kinés peut-être ne sont pas tous au top, peut-être que les techniques sont très sensibles et un
102 bébé c'est très sensible, donc forcément si en plus il y a pas un bilan d'efficacité avéré, peut-être
103 qu'il vaut mieux qu'on arrête et qu'on recommande pas la kiné respi
104 I : Hmhm
105 K : Tu vois ce que je veux dire
106 I : oui ... oui
107 K : Mais du coup qui est-ce qui est pénalisé ?
108 I : Bah ...
109 K : Ce sont les kinés,
110 I : Les familles aussi
111 K : je parle pas forcément de moi de nous, c'est les kinés qui eux connaissaient très bien leur
112 travail, le faisaient de manière efficace et eux sont pénalisés puisqu'aujourd'hui eh ben on le
113 recommande plus ouais et donc qui on pénalise ? bah les bébés et les familles, parce qu'on en
114 voit l'hôpital, l'hôpital je suis pas sûr que ce soit mieux accueilli ils ont dans cette période
115 hivernale, parce que ces périodes hivernales surtout ils sont déjà débordés par plein d'autres
116 choses que ce soit les gripes, les tous les problèmes pneumo et en plus on leur met tous les
117 bébés dessus
118 I : Là cette année c'est pas vraiment une grosse épidémie
119 K : Effectivement
120 I : Mais bon ils sont déjà pleins quoi
121 K : Exactement. Ah c'est sûr que toute façon tous les problèmes respiratoires la plupart du temps
122 heu je suis pas spécialiste de de de de de comment dirais-je de ces études là, mais je suppose
123 que tous les problèmes respiratoires sont dus surtout essentiellement aux communautés, c'est à
124 dire on se croise les crèches les les le relationnel tu vois ce que je veux dire, donc c'est sûr que
125 en tant que, quand y a eu le confinement pendant l'hiver si tu veux il y aurait eu aucun problème
126 respiratoire
127 I : oui ouai et dès qu'on est ressortie de tout ça il y a eu un regain ...
128 K : C'est ça, donc cette année on a de la chance qu'il fait bon, il fait beau donc il y a peut-être
129 moins de problèmes respiratoires, mais suivant les années ça va être plus ou moins grave mais
130 voilà pour revenir sur la prise en charge de la bronchiolite chez le nourrisson, ce que je pense,
131 et ça vaut ce que ça vaut, peut-être rien, mais c'est ce que je pense, c'est à dire que certains le
132 faisaient correctement avec une efficacité, mais peut-être que ça a pas été prouvé suffisamment

133 correctement donc c'est aussi à nous de nous battre il y a aucun problème et il me semble qu'il
134 y a une étude effectivement qui va sortir qui a été faite
135 I : Bronkilib je crois ou Bronkiville
136 K : Voilà, qui a été faite simplement sur les en libéral, en ambulatoire par des kinés spécialisés
137 et cetera reconnus donc on verra si il y a une conclusion plus positive
138 I : On verra les résultats, ils ne sont pas encore publiés
139 K : Je suis prêt pour tes questions, j'arrête de t'embêter (rire)
140 I : (rire) Donc pour revenir au aux nourrissons que vous vous prenez ,c'est souvent des premiers
141 épisodes, enfin le plus souvent c'est les premiers épisodes, est-ce que c'est ces premiers épisodes
142 ils sont dans la 2^{ème} phase, c'est-à-dire pas l'état aigu, pas la phase aiguë mais la phase un peu
143 plus encombrée ?
144 K : J'ai tous les épisodes
145 I : Tous les épisodes
146 K : Ouai tous les épisodes, j'ai pas qu'un qu'un type de bébé. J'ai les bébés qui arrivent et qui
147 ont déjà vu plusieurs kinés, j'ai les bébés qui récidivent tous les mois, j'ai les bébés qui récidivent
148 tous les ans, donc forcément tous les ans forcément ils sont un peu plus grands un moment
149 donné euh voilà donc j'ai tous les états, en état de crise parce que c'est l'état de crise pure ou j'ai
150 parfois le temps que l'état de crise qu'ils aillent voir le médecin que ils aient une prescription,
151 qui prennent rendez-vous avec le kiné et qui viennent me voir souvent aussi ça peut être la fin
152 tiens j'arrive et puis bon j'ai du bol il était très malade il y a 2 semaines non ça va mieux oui
153 bon ben j'ai une fin, **donc j'ai plus un rôle de contrôle, je contrôle bien que ça se finit bien** et
154 cetera donc j'ai vraiment toutes les phases, je peux pas je peux te parler de toutes les phases
155 I : Et qui importe la phase vous observez l'efficacité sur tous ces bébés globalement ?
156 K : Non je non je je je je non je je c'est pas du 100%. Alors quand c'est pas du, si c'est de la
157 bronchiolite pure, y a un encombrement bronchique
158 I : de type VRS
159 K : ouais alors moi je ne sais pas si les VRS parce que je peux pas faire ce ce ce truc et quand
160 on a des prescriptions souvent ils ont pas fait le l'étude, l'analyse l'analyse pour voir si c'est un
161 VRS, le médecin la plupart du temps auscultent trouve que il y a des bruits bronchique, le nez
162 qui coule, il tousse OK ça doit être ça doit être une bronchiolite avec le VRS et donc il les
163 envoie et c'est pour ça qu'il y a pas une efficacité à 100% parce que je remarque que parfois, on
164 envoie, alors ça si je peux me permettre de le dire vu le nombre de bébé qu'on a eu ici depuis
165 qu'on le fait donc depuis 20 ans et et et et entre guillemets, la réputation, c'est à dire que
166 forcément quand tu vois 16000 bébés bah forcément ça se sait et et les gens savent où aller,

167 mais et et donc forcément les médecins à un moment donné peuvent aussi prendre confiance en
168 nous pour notre diagnostic et parfois je trouve que on nous envoie des bébés qui n'ont pas de
169 bronchiolite

170 I : hm ok

171 K : Et qui ont souvent **des problèmes purement inflammatoires et sur des problèmes**
172 **purement inflammatoires, euh c'est plus compliqué pour nous, il y a il y a pas à**
173 **désencombrer**, mais **il y a quand même un travail à faire, il y a l'éducation de des parents,**
174 **l'éducation de la famille, il y a l'hygiène à leur recommander** et cetera et **y a quand même un**
175 **suivi** que le médecin, tu vas pas voir le médecin tous les 3 jours alors que tu peux aller voir le
176 kiné tous les 3 jours, donc on sert aussi dans ces moments-là mais c'est une prise en charge qui
177 est différente. Si on parle uniquement de la bronchiolite avérée avec VRS et cetera oui j'ai une
178 efficacité, j'ai envie de dire à 80 à 90% y a une efficacité vue et reconnue en tout cas par moi
179 (rire)

180 I : Donc en fait selon la phase il y a un travail différent mais qui fait partie finalement des
181 compétences du kiné

182 K : Suivant les symptômes du petit effectivement le le le problème est différent. Quand je
183 reçois quelqu'un qui est encombré, l'encombrement ... on est ... formé, pour ceux qui sont
184 spécialistes en respi, on est formé pour désencombrer, donc tous les bébés qui arrivent avec un
185 désencombrement j'ai envie de dire on devrait avoir une efficacité à 100% pour pas dire 100% à
186 90%. **Un encombrement nasal, rhinopharyngée, bronchique, on désencombre.** Ca on connaît les
187 techniques qui sont je trouve très bien, quand elles sont très bien faites très bien apprises, elles
188 sont efficaces. La preuve c'est que avant la kiné respiratoire telle qu'on la voit aujourd'hui avec
189 l'accélération du flux expiratoire et cetera heu avant il faisait du clapping d'accord c'était la
190 théorie de la bouteille de ketchup au cas où tu le sais pas

191 I : oui

192 K : Tu le sais si ?

193 I : Si si

194 K : C'est bon, ok ! Donc on lui tapait dessus

195 I : J'ai parfaitement l'image (rire)

196 K : on lui tapait dessus comme si on tapait sur le culot d'une bouteille c'est pour ça qu'on inversé
197 le bébé et tête en bas alors que les bronches elles vont dans tous les sens, donc elles vont pas
198 (rire) elles sont pas toutes forcément quand tu le mets la tête en bas bah de manière verticale
199 donc c'est pour ça que c'était une une bêtise et on tapait sur le petit comme si on voulait sortir
200 le ketchup de la bouteille d'accord ? Ce qui se passait, c'est que parce que j'ai eu la chance,

201 la chance parce que maintenant plus personne n'aura cette chance là, parce que monsieur est
202 décédé, de faire une formation avec « NON », « PRENOM NOM » qui est quand même
203 l'inventeur de la kinésithérapie en France d'accord, à l'hôpital « X ». Et j'ai eu la chance de faire
204 une formation avec lui et qu'il vienne un jour avec le système respiratoire d'un porc je crois, et
205 il disait que c'était le système respiratoire le plus proche de l'être humain. D'accord ? Et donc là
206 on a pu voir en intra, ce que les kinés ne voient jamais, on n'a pas la radio, on n'a pas on dissèque
207 pas et cetera, on a eu la chance de pouvoir voir, d'ouvrir une bronche, voir ce qu'est une bronche,
208 une alvéole, voir ce que c'est que le système respiratoire voire un glaire à l'intérieur comment
209 il se déplace et cetera. Et quand tu as ça en tête, tu fais ta kiné respiratoire totalement
210 différemment, parce que tu le fais avec une image. Donc avant quand on tapait sur le sur un
211 bébé pour faire du clapping, en fait ce qui se passait, c'est que, ce glaire qui s'accumulait, cet
212 obstacle cette obstruction cet obstacle dans la dans la bronche, en fait tu répartissais cet obstacle,
213 tu l'étais. Au lieu qu'il soit en amas à un endroit, tu l'étais et du coup effectivement il respirait
214 mieux mais on ne sortait pas de glaire
215 I : Ouai hm tout restait à l'intérieur
216 K : Exactement, tout restait parce que tout était étalé, parce que fait ça sur enfin si tu veux on
217 avait la chance d'avoir ici une une une bronche avec une goutte d'eau, je te promets qu'en en
218 tapant comme ça comment on faisait elle s'étalerait en micro gouttelettes d'eau et donc
219 effectivement le passage est un peu plus libéré, parce que t'as pas une grosse goutte qui gêne
220 mais des micro gouttelettes, donc le passage de l'air, du flux, il est plus libéré tu respirez mieux
221 et on disait c'était super, à part que il avait rien enlevé du tout et que quand ça se récoltait à
222 nouveau il était encombré le petit, et on retournait voir le kiné pour qu'il lui retape dessus, enfin
223 retape clapping d'accord ! Aujourd'hui si notre théorie t'as entendu aussi, si t'as entendu le
224 ketchup t'as entendu le dentifrice
225 I : Alors le dentifrice non
226 K : Le tube de dentifrice c'est à dire qu'en fait on prend le petit on le vide, comme une petite
227 dentifrice et on sort. Je sais pas si c'est une bonne image, tout ce que je sais c'est que c'est
228 certainement plus efficace parce qu'aujourd'hui on sort le glaire. Donc on le voit, on voit la
229 quantité, on voit la couleur, on sent l'odeur et ces trois choses la quantité, la couleur, l'odeur ça
230 te donne une information d'accord. Ça te donne une information qui est laquelle ? La quantité
231 ça te donne l'importance de son encombrement. Un faible encombrement ou un gros
232 encombrement. La couleur ça te donne la gravité, c'est blanc, c'est jaune, c'est vert ou c'est
233 saumoné c'est rouge, si c'est saumoné y a une odeur désagréable
234 I : Ok

235 K : Et ça aussi c'est un signe, c'est un signe d'extrême gravité, hôpital tout de suite ! Voilà
 236 pourquoi aujourd'hui je pense que la kiné respiratoire elle est beaucoup plus efficace, parce
 237 qu'une fois que tu sors le glaire, tu peux l'analyser ! Donc aujourd'hui on le voit le glaire, donc
 238 on peut mieux l'étudier, donc une fois que je te dis ça, tu peux pas dire que la kiné respiratoire
 239 ce n'est pas efficace, parce que si tu sors le glaire, s'il vient pour un glaire, pour un
 240 encombrement et que tu le sors parce que je t'ai dit qu'à 90% les techniques font que tu le sors
 241 I : heu il le sort naturellement heu le nourrisson ?
 242 K : Non tu le sors avec les techniques respiratoires, avec les techniques de kiné
 243 I : Oui non ce que je veux dire en accompagnant dans le flux expiratoire
 244 K : Oui
 245 I : Quand lui il se met à tousser et qu'on l'aide à ...
 246 K : Exactement tu récoltes le glaire
 247 I : On le récolte ok parce que moi j'avais vu en stage que ça partait après dans l'estomac et ...
 248 K : Alors je suis désolé, je vais être très très agressif mais pour moi la kiné respiratoire c'est
 249 sérieux. Ça veut dire que si tu es allée en stage ou en formation ou là où tu as vu un kiné qui
 250 faisait avaler, c'est un mauvais kiné en kiné respiratoire ! d'accord. Je t'ai dit je dois être à mon
 251 seize millième bébé
 252 I : oui oui
 253 K : D'accord. Il y a rarement, parce que des fois eux ils ont un réflexe de déglutition qui font
 254 que quand tu la remonté des bronches et qu'il arrive dans la zone rhino-laryngée, ils peuvent le
 255 ravalé, mais moi quand je te dis ils peuvent le ravalé c'est que il doit y en avoir un sur 30 qui
 256 le ravale, donc c'est pas quelque chose de et d'ailleurs quand il ravale je dis souvent j'ai merdé
 257 enfin moi je me dis je me suis j'ai merdé et aux familles qui sont là aux parents qui sont là je
 258 leur dis bon bah c'est pas grave parce que je vais pas les inquiéter, moi je sais que j'ai merdé,
 259 mais je vais je leur dis c'est pas grave il a ravalé ça partira dans les selles, faites-le boire derrière
 260 pour que ça redescende bien, parce que parfois on croit qu'on l'a avalé et en fait il reste et ça
 261 remonte, c'est incroyable mais le glaire remonte ne me demande pas pourquoi mais par
 262 expérience un glaire ça remonte ça descend pas vers l'estomac y a pas de gravité
 263 I : Ok ok
 264 K : D'accord donc il doit accrocher je sais pas et quand je dis il remonte je sais pas qui remonte
 265 de manière mécanique je sais pas pourquoi il remonte, mais essaie d'avalé un glaire il va très
 266 rester là en plein milieu et à un moment donné il va revenir et donc tu le vides pas donc c'est
 267 pour ça que derrière la rigueur si il a avalé il faut que derrière les parents le fassent boire pour
 268 qu'il aille vraiment dans l'estomac et qu'il parte vraiment dans les selles tant qu'il est pas dans

269 l'estomac il partira pas dans les selles d'accord. Donc mais ça c'est une fois sur 30 je te dis donc
270 un kiné qui te dit non il va l'avaler c'est pas grave c'est faux ! c'est faux ! ne serait-ce que parce
271 que là on parle de nourrisson, on parle pas d'un adulte, un adulte qui avale un glaire c'est
272 beaucoup moins grave. Pourquoi c'est beaucoup moins grave même si je trouve que c'est grave
273 aussi, parce que à partir du moment où il avale tu le vois pas, tu vois pas la quantité tu vois pas
274 la couleur, tu vois pas le l'odeur, donc du coup il te manque des paramètres d'accord. Donc du
275 coup c'est pour ça que je dis que c'est une erreur de kiné, c'est que nous on a des techniques
276 pour empêcher de ravalier le glaire et pour le sortir rapidement pour éviter qu'il avale.
277 I : Mais alors il le craches tout seul ? non, dès qu'il arrive dans la bouche vous le récupérez vous
278 K : Ah il le crache pas, il arrive **on le fait remonter, nous on le fait remonter des bronches à à la**
279 **gorge, de la gorge dans la bouche et dans la bouche tu le récupères**
280 I : Hm ok
281 K : D'accord, tu le récupères pas au fond de la gorge hein tu mets pas le doigt au fond de la
282 gorge hein
283 I : Non non évidemment
284 K : **Tu le récupères quand il est dans la bouche d'accord donc tu récupères le glaire.** En fait à 2
285 ans, tant qu'il a moins d'un an il y a aucun problème c'est toi qui le sors et si tu arrives pas c'est
286 vraiment une erreur, il a pas le temps de déglutir. À partir d'un an et demi, 18 mois, ils ont un
287 système de déglutition qui est un peu plus mature et comme il est un peu plus mature, ils arrivent
288 et puis eux ils sont un peu plus costauds, ils arrivent parfois à ravalier avant que toi tu arrives à
289 le bloquer à le faire remonter et là il le ravale **et là tu dis aux parents c'est pas grave faites le**
290 **boire et ça ira dans les selles, toi t'essayes d'en récolter d'autres pour arriver quand même à les**
291 **voir, à les sentir, à les quantifier d'accord.** Donc vu ce que je viens de te dire, la kinésithérapie
292 respiratoire est efficace
293 I : pour vous elle est systématique donc ?
294 K : Parce qu'à 90% du temps s'il a un glaire, tu sors le glaire, si tu sors le glaire tu as réussi ton
295 job. Là où on pourrait dire c'est pas efficace, c'est si malgré que tu aies sorti les glaires, le bébé
296 est toujours malade, jour après jour, tous les jours tu vas lui retirer des glaires et tous les jours
297 il va être malade sans jamais dégraisser sans jamais régresser, il va même peut être même
298 s'empirer et là on pourrait dire bon alors est-ce que c'est efficace parce que OK vous enlevez le
299 glaire, mais ça sert à rien d'enlever le glaire puisqu'il est malade encore quand même pendant
300 des semaines et des semaines
301 I : De toute façon là ça sera de la réorientation c'est plus de de notre ressort

302 K : Exactement, c'est à dire que lorsque c'est vraiment une bronchiolite et cetera normalement
303 en une semaine maximum entre 4 et 8 séances, le soin il est terminé. Si ça dure beaucoup plus,
304 il y a un problème mais pas forcément un problème si y a une autre maladie, ça peut toujours
305 être la bronchiolite VRS mais peut être que l'hygiène est mal faite, peut être qu'ils sont tous
306 malades dans la famille, peut-être que à la crèche ils sont tous malades, c'est à dire que toi tu
307 vas lui enlever et tous les jours on va lui en remettre. C'est pas forcément de la faute du kiné.
308 Partons du du du postulat que le kiné est bon.

309 I : Hm

310 K : Et ben même s'il est très bon, il y a plein d'autres incidences qui font que le bébé va pas
311 guérir tout de suite. Les parents sont malades aussi, les frères et sœurs sont malades aussi, il va
312 la crèche tout le monde est malade, on peut pas le retirer de la crèche, l'hygiène est mal faite, je
313 veux dire tout le monde va bien y a juste le bébé qui est qui est pas bien mais bon les parents
314 s'en foutent de l'hygiène ils coulent du nez c'est pas grave il ravale, il se mouche, il en prend
315 plein les mains, il en met sur son doudou, sur sa tutute heu parce qu'oublions pas qu'ils ont
316 moins de 2 ans les nourrissons donc ils sont tout le temps sur sa tutute, sur son doudou et donc
317 lui il joue tout le temps avec ça, où il en a sur les vêtements, il en a dans son lit, comment tu
318 veux que le kiné réussisse, si à côté de ça on continue à lui mettre le virus. Nous on enlève le
319 virus et d'un autre côté on lui en remet toute la journée on peut pas gagner

320 I : justement en plus de la kiné respi il y a tous ces conseils là à ...

321 K : Et voilà exactement, c'est pour ça que si la kiné respi est bien faite ça va au-delà simplement
322 de la prise en charge du bébé, c'est aussi la prise en charge des parents, l'éducation des parents,
323 les conseils à donner, l'hygiène a donné, mais même quand t'a donné tout ça t'es pas derrière
324 eux pour savoir s'ils le font bien, s'ils le font mal, s'ils s'en foutent d'accord

325 I : hm

326 K : Ou si ils peuvent pas faire autrement. L'exemple du bébé qui doit continuer d'être à la crèche
327 et à la crèche tout le monde est malade d'accord... Donc même quand ils vont faire leur étude
328 y a que des kinés spécialistes, les kinés respiratoires qui vont faire ça, est-ce ce que vraiment
329 ils peuvent lutter contre tout tout l'aspect extérieur ? Si vraiment on voulait faire une étude
330 correcte sur la kiné respi il faut qu'on le prenne en charge et que l'hygiène soit bien faite derrière
331 pour être sûr que on n'est pas en train de le rendre malade

332 I : Oui oui c'est sûr c'est une prise en charge globale

333 K : On est pas un médicament pourquoi parce qu' un médicament ça agit sur le temps. Tu vas
334 chez le kiné il fait son soin il lui enlève le glaire, 30 secondes après si on lui retousse dessus, ce
335 que t'as fait avant ça sert à rien. On n'est pas des médicaments !

336 I : Est-ce que vous couplez votre technique de de kinésithérapie respiratoire avec le
337 désencombrements des voies aériennes supérieures ?

338 K : C'est pas je le couple ! C'est que la la la première chose à faire c'est libérer les voies
339 aériennes supérieures.

340 I : Ok

341 K : C'est la première chose à faire. Tous les kinés qui font avaler (rire), tous les kinés qui ne
342 commencent pas par enlever ce que t'as dans le nez et la gorge ensuite et qui commence
343 directement par les bronches, parce qu'on leur appris l'AFE et qui vont directement sur l'AFE
344 c'est des mauvais kiné qui ont pas compris du tout comment ça fonctionne le système
345 respiratoire. Comment tu veux désencombrer en bas, si en haut c'est encombrer ? Comment tu
346 sais lorsqu'il a craché, que ça vient du nez, de la gorge ou des poumons si tu commences par les
347 poumons c'est-à-dire le truc le plus bas

348 I : oui

349 K : C'est dire que quand ça remonte ça passe par la gorge et s'il faut tu auras retiré ce qu'il avait
350 dans la gorge et comme tu tu le fais tu le mets en arrière avec la tête en arrière et tout et cetera
351 s'il faut-il a reniflé, s'il faut ça vient du nez. Si tu ne sais pas d'où ça vient comment tu veux
352 bien le soigner ? Donc dans l'ordre si un jour tu veux être spécialiste respi, tu désencombres le
353 nez, parce que quand on désencombre le nez, on désencombre pas autre chose que le nez,
354 ensuite tu désencombres la gorge parce que quand tu désencombres la gorge tu désencombres
355 pas autre chose que la gorge, si tu commences par la gorge ça pourrait être la gorge ou le nez
356 mais vu que t'as fait le nez avant tu es sûr qu'une fois que t'as fait le nez t'as plus rien dans le
357 nez, une fois que t'as fait la gorge y a plus dans la gorge et là tu peux faire les bronches et tu es
358 sûr que ce que tu vas récolter dans les bronches ça sera que des bronches ! Et là tu pourras dire,
359 parce que je vais répondre à une question qui m'a posé tout à l'heure en te disant ça, et là tu
360 pourras dire si ça vient du nez, de la gorge ou des bronches. La plupart des bébés, la plupart je
361 vais pas dire la plupart, je vais te donner une sorte de pourcentage, certainement 30 à 40% des
362 bébés qui me sont envoyés par les pédiatres pour une bronchiolite, c'est-à-dire un
363 encombrement dans les bronches, n'ont rien dans les bronches. Parce que une fois que j'ai
364 enlevé ce que t'as dans le nez, que t'as enlevé ce qu'il y a dans la gorge et puis et puis tout à
365 coup tu auscultes, ben y a plus rien dans les bronches. Tu essayes de faire quand même l'AFE
366 parce qu'on te l'a prescrit pour les bronches, tu tu lui fais quand même, y a rien qui sort et là tu
367 te dis donc j'ai la preuve qu'en commençant par le nez, par la gorge parfois et très souvent
368 t'as pas besoin y a rien dans les bronches.

369 I : Donc l'évaluation du kiné, le diagnostic, le bilan il est complémentaire avec celui du médecin
370 qui vous envoie le nourrisson ?

371 K : Bah bien sûr il est complémentaire mais il est complémentaire comme une radio ou quoi
372 que ce soit, tout est complémentaires sur son parcours de santé au petit, son parcours de soins,
373 effectivement tout est complémentaire. Par contre, en général quand un médecin m'envoie un
374 bébé il me l'envoie pour un problème respiratoire c'est tout ce que je retiens. **C'est-à-dire dire**
375 **après je fais mon propre bilan.** Pourquoi ? pas parce que j'ai pas confiance sur le médecin, les
376 médecins sont bons aussi mais parce que suivant le moment, la date où le bébé est vu ça peut
377 être totalement différent. Un problème respiratoire ça peut durer des mois comme ça peut durer
378 3 jours. **Donc je fais mon propre bilan aussi** et tout ce que je viens de dire. Alors les kinés font
379 souvent traitement-bilan, c'est à dire qu'on fait pas un bilan comme vous apprenez à l'école on
380 fait traitement bilan, c'est-à-dire que on attaque direct, moi le bébé quand il arrive tu veux savoir
381 comment se passe une séance avec moi, chaque bébé est différent donc c'est à dire que tu dois
382 être attentif à tout ce qui se passe mais la prise en charge elle est globalement la même à chaque
383 fois de manière générale. **Déjà un bébé ça s'écoute, je suis en train de masser ici un adulte, mon**
384 **bébé je l'entends à travers la porte là parce qu'il est rentré, déjà il me donne des indications.**
385 **Comment il respire, est-ce qu'ils ronronnent ou pas, est-ce qu'il tousse, la gravité, l'intensité de**
386 **cette toux et cetera, la qualité de sa toux, t'as des toux inflammatoires et t'as des toux**
387 **d'encombrement donc déjà la toux est différente. T'as déjà des indications tu as même pas**
388 **encore vu le bébé. Les parents ils rentrent t'as une indication, la gueule des parents, les parents**
389 **qui fument, qui sentent le tabac et les parents qui toussent eux-mêmes qui sont eux-mêmes**
390 **malades, qui reniflent d'accord. Donc avant de toucher le bébé j'ai j'ai déjà 80% des informations**
391 **rien que par l'observation et l'écoute. J'ai envie de dire que quand tu commences à toucher le**
392 **bébé c'est juste pour vérifier tout ce que t'as entendu.**

393 I : Et pour mettre en place les technique respi

394 K : Pour vérifier d'accord

395 I : Ok

396 K : Donc comment je fais ? **Premièrement je m'adresse qu'aux parents, est-ce que c'est la**
397 **première fois, toutes les questions idiotes fin idiote dont tu as besoin, depuis combien de temps**
398 **il est malade, est-ce que vous avez un médecin et cetera, comment se passe l'hygiène à la maison**

399 I : L'anamnèse quoi

400 K : **Exactement l'anamnèse !** Tout ce que j'ai déjà dit avant, **l'éducation des familles** et cetera
401 moi je te parle de ça je peux t'en parler pendant 3 jours de ça, je suis pas sûr que de tous les
402 kinés que t'as vu heu et c'est prétentieux ce que je dis hein mais c'est parce que j'ai fait tellement

403 de formations, participer à des réunions, parce que quelque part j'étais j'avais ma réputation qui
404 allait au-delà ... tous les pédiatres envoient ici donc les pédiatres ici, de la région « X » d'accord,
405 à « X » je le connais pas. Heu tu as des gens qui venaient de « X » en me disant Mr « NOM »
406 j'ai entendu parler de vous et je leur dis arrêtez vos conneries on fait pas deux heures de route
407 pour venir me voir alors que moi ça va durer un quart d'heure donc vous arrêtez vos conneries
408 vous allez trouver un kiné là-bas c'est fini quoi d'accord donc c'est une anecdote que je raconte
409 c'est pas arrivé cent milles fois,

410 I : Bah après ici il n'y a pas non plus foule comme kiné respi

411 K : Oui oui mais c'est ça mais moi ils viennent fréquemment de « X » de « X » mais mais
412 mais c'est nul on devrait pas faire autant de routes juste pour une kiné respiratoire, donc moi je
413 leur dis ça d'accord. Mais au fur mesure les pédiatres ils ont commencé à m'envoyer j'ai envie
414 de dire presque tout et n'importe quoi, dès que c'est un problème respi, ah allez voir Stéphane
415 Pinet, bronchiolite ou pas bronchiolite, parce que ça va au-delà ... quel que soit ton domaine de
416 spécialité que tu sois forte en épaule en je sais pas n'importe quoi en chaîne musculaire tout ce
417 que tu veux en neuro, en kiné respi tu seras très forte, tu pourras te considérer comme plus forte
418 que les autres, c'est pas très fort parce que on peut toujours faire, aller plus loin, mais peut être
419 plus forte que la masse de kiné autour de toi, quand les médecins viendront se soigner chez toi,
420 quand ils enverront leurs propres enfants ou leur propre famille se masser chez toi. Parce qu'en
421 fait eux ils entendent tout et eux la réputation ils savent où est ce qu'elle est, tu vois ce que je
422 veux dire et bah c'est quand depuis des années que moi je continue à soigner même aujourd'hui
423 alors que l'ARS dit c'est pas heu la kiné respi n'est pas n'est pas efficace, j'ai encore des des
424 pédiatres qui viennent qui m'envoient leurs enfants, leurs petits-enfants et cetera

425 I : Justement pourquoi vous pensez que ces pédiatres- là prescrivent encore ?

426 K : Parce qu'ils voient les résultats. C'est de l'empirique c'est-à-dire que c'est pas des études j'ai
427 pas étudié je suis incapable moi d'étudier tiens là j'ai enlevé une quantité de glaire euh et puis
428 l'étudier non, je ne peux pas faire ça je suis pas un laboratoire, je ne suis pas un centre de de
429 recherche mais par contre sur 10 bébés que le pédiatre va m'envoyer ... Ben le pédiatre au début
430 quand il ne connaît pas il envoie tout partout et puis tout à coup ben je sais pas à cet endroit-là
431 les bébés que j'envoie en tout cas ils reviennent la plupart du temps ils sont soignés, la plupart
432 du temps les familles sont contentes, parce que les familles par contre elles disent tout hein
433 donc le pédiatre il entend tout ça et puis d'un autre côté si les retours qu'il a c'est là c'est ptn
434 c'était incroyable et ça faisait 3 mois qu'il était malade en 3 jours c'était fini il m'a bien expliqué,
435 j'ai tout compris je savais ce que je devais faire à la maison heu heu et même ça a pas marché
436 mais par contre c'est pas la faute du kiné c'est parce que mon bébé est toujours à la crèche, je

437 veux dire une fois que tu leur a bien expliqué qu'ils comprennent, si tu vulgarises les infos, les
438 techniques tout ça et qu'ils arrivent à comprendre c'est la première étape ça, déjà il
439 comprendront déjà que tu connais bien ton job et que si ça réussit pas eh ben c'est peut-être qu'il
440 y a d'autres raisons que simplement le kiné est nul tu vois ce que je veux dire ...

441 I : Oui oui hm

442 K : Donc si tu fais mal ton travail on t'envoie plus les gens, mais dans n'importe quel domaine
443 hein tu fais mal une épaule on t'envoie une épaule d'accord. Donc plus t'en fais, plus on t'envoie
444 et plus tu avances, et plus tu avances plus tu as une réputation, et plus on t'en envoie et plus tu
445 avances encore c'est c'est exponentiel

446 I : Bah vous faites votre votre cercle en fait

447 K : C'est ça et donc là tu peux dire, sans dire je suis spécialiste en kiné respi, je suis expérimenté
448 plus que les autres en kiné respi parce que qui c'est qui faisait 40 bébés par jour. Un jour j'ai
449 été, parce que si t'as fait, si tu fais cette étude en kiné respi t'as dû entendre parler de « X »

450 I : oui mais ça fait partie de mes questions justement

451 K : Ouai, donc « X » c'est une association d'accord, c'est très bien à la base, c'est une association
452 de kiné respi pour pouvoir faire heu pour pouvoir prendre toutes les urgences respi que ce soit
453 même le samedi dimanche et jours fériés et cetera et que plutôt que d'avoir dans ton cabinet un
454 ou 2 patients le samedi dimanche et ben au moins tu tu récoltes les patients des autres cabinets
455 et tu peux en faire 10 tu viens pas pour rien.

456 I : Ok

457 K ... Beenn bulshit ! Grosse connerie. J'ai été 2 ans à « X », on a arrêté au bout de la 3e année.
458 Tout le monde prenait nos bébés parce que nous on avait 20 à 30 bébés parce que « X » je te
459 parle je te parle pas d'aujourd'hui je te parle de avant 2018 heu on avait 30-40 bébés par jour
460 donc du coup nous on s'est dit bon on fait partie de cette association donc on va jouer le jeu,
461 avant on était ouvert 7 jours sur 7, on faisait ça avec mon collègue samedi dimanche donc on
462 faisait ça on était ouvert 7 jours sur 7, bon à un moment donné on s'est dit tiens si on peut être
463 dans une association et que plutôt que d'être ouvert 7 jours sur 7 on peut un peu tourner c'est
464 top, on a fait ça que pour ça d'accord. Il s'avère que nous on filait nos 30 bébés

465 I : De la semaine ouai

466 K : du vendredi soir qui avait besoin, parce que ils ont pas tous besoin le samedi dimanche,
467 mais ceux qui avaient besoin d'envoyer bah on envoyait au moins une vingtaine, une trentaine
468 de bébés d'accord et quand c'était notre tour on avait soit 0 soit un ou 2 bébés

469 I : Le week-end

470 K : Ouai les tours de garde des gardes de week-end. On s'est dit mais qu'est-ce que c'est, soit
471 ils jouent pas le jeu et en fait non ils jouaient le jeu mais en fait on s'est aperçu qu'on était le
472 plus gros cabinet de kiné respi et que donc on a on avait pas besoin des autres pour deux raisons
473 ... Non pour une seule raison
474 I : Ah oui j'ai compris ça veut dire que les autres, quand c'est votre tour, les autres cabinets
475 avaient pas autant a envoyé ...
476 K : Y avait pas de bébé à envoyer, j'avais que mes bébés à moi j'avais mes 30 bébés à moi, mais
477 de qui venaient qui venaient des autres on avait 1-2-3, donc c'est soit ils jouaient pas le jeu
478 I : Hm
479 K : Soit ils jouaient le jeu mais ils avaient pas assez de bébés à nous envoyer
480 I : Hm ok
481 K : donc on s'est dit bon du coup en fait l'association elle nous sert que nous à nous débarrasser
482 de nos bébés pour qu'on puisse avoir nos weekends c'est tout mais quand c'est nos weekends à
483 nous on n'a pas plus de bébés que que les nôtres tu vois, donc et puis en plus, quand on envoyait
484 nos 30 bébés ailleurs ils étaient pas soignés aussi bien que nous on pouvait le faire. Les parents
485 se plaignent tout le temps donc du coup on avait du mal après à les renvoyer si ça durait un peu
486 plus
487 I : C'est une de mes questions est ce que le fait d'être dans un réseau on a une pratique, mais ça
488 vient du du kiné, mais une pratique et une prise en charge différente ?
489 K : Alors pour n'importe quoi t'as une prise en charge différente
490 I : Ca vient pas du réseau en soit ça vient du kiné ?
491 K : En kinésithérapie c'est un métier manuel, il y a personne qui masse, qui mobilise, qui soigne
492 de la même manière alors que tu as fait les mêmes études, mais tu t'appropries ces techniques
493 et donc la kiné respi malgré que ce soit hyper technique on ne fera pas tous la même chose.
494 Tout le monde ne fait pas d'abord le nez d'abord la gorge et ensuite les bronches. Tout le monde
495 ne fait pas le nez de la même manière, le bébé tu peux le mettre assis, couché sur le côté et
496 cetera
497 I : Donc en fait vous vous êtes aperçu que les retours des parents étaient moins bons
498 K : Bah non ils se plaignaient, donc on a arrêté. On avait des plaintes des familles ah non vous
499 nous envoyez plus chez lui parce que c'est pas pareil que chez vous, et en plus on n'avait pas de
500 bébé quand on faisait les gardes. Bon on a arrêté, peut-être que ça a changé depuis je sais pas.
501 Si tu veux que je te parle de « X » moi j'ai rien contre « X », mais je pense que effectivement il
502 faudrait que les kinés soient un peu plus réunis pour pouvoir échanger entre eux, peut-être même
503 partager leurs connaissances, leurs techniques et cetera pour et cetera pour qu'effectivement il

504 y ait une harmonisation au niveau des techniques et pas que y en ait un qui fasse directement
505 les bronches et que l'autre il commence par le nez, ne serait-ce que ça, qu'il y en ait un qui fasse
506 pas d'éducation des parents alors que les autres le font, ne serait-ce que des trucs comme ça
507 basiques.

508 I : Par rapport au réseau vous finalement vous avez pas trouvé de bénéfice à y participer ?

509 K : Exact hm

510 I : Mais selon vous dans les kinés respi globalement est-ce qu'il y a quand même un intérêt à
511 participer à ce réseau ? outre le fait faire une, deux garde ...

512 K : Ah bah bien sûr, bien sûr. Non mais les réseaux c'est très bien, le problème ça a pas été le
513 réseau, le problème ça a été de faire un réseau sans le performer je sais pas comment dire, tout
514 ce que je viens de te dire tu peux pas considérer que tout le monde fait de la kiné respi pareil,
515 tu peux considérer que tout le monde masse plus ou moins pareil hein dos et surtout que c'est
516 pas dangereux c'est le problème de de l'ARS qui décide à un moment donné non bah on
517 préconise pas la kiné respiratoire donc arrêtez de la prescrire, c'est pas qu'elle est dangereuse
518 c'est qu'il y a plus de chances qu'elle soit mal faite, donc ça pénalise ceux qui la font bien, mais
519 ça protège les enfants, c'est pour ça je suis pas contre non plus qui l'ait enlevé, moi je suis
520 dégoûté parce que nous on avait la sensation de bien le faire, mais mais le problème c'est que
521 on on peut rien dire si si y a trop de mauvais aussi tout le monde n'est pas soigné ici tu vois et
522 ça serait prétentieux de dire qu'on arrive à soigner tout le monde mais donc voilà donc c'est
523 l'intérêt général

524 I : C'est de de pouvoir soigner tous les nourrissons

525 K : Voilà donc quand tu dis le réseau, le réseau c'est très bien il faut faire des réseaux parce que
526 ça aide les kinés ça évite qu'on soit, nous on est là du coup tous les week-ends samedi dimanche
527 d'accord donc ça évite ça il faut aussi ça évite le burn-out chez le chez le kiné et cetera c'est très
528 bien mais à condition que les kinés qui fassent ça vu que c'est une prise en charge qui est hyper
529 sensible, à condition, qu'on vérifie un petit peu mieux, un petit peu plus, est-ce que tout le
530 monde travaille à peu près correctement tu vois ce que je veux dire

531 I : vérifier les pratiques ouai

532 K : Ben oui ... ou ou pour tout le monde heu le minimum ça serait qu'au moins on ait une
533 réunion, que tout le monde puisse un peu échanger, le minimum ça serait que les réseaux
534 donnent une sorte de de dépliant de de de de de de de de mini cahiers de mini heu

535 I : cette année il y a eu pas mal de communication

536 K : bah peut-être hein moi j'ai arrêté donc les réseaux depuis quelques années donc peut-être
537 mais j'espère qu'aujourd'hui il donne une sorte de mini rappelle tu vois je vous rappelle que tel

538 chose tel chose tel chose a été validée et pas bon allez y tu fais de la kiné respi ouais bah viens
539 dans le réseau file-moi les 150 balles ou je sais pas combien pour participer au réseau et puis
540 maintenant on va travailler, alors que le mec il avait jamais touché un bébé avant. Donc y a un
541 minimum de de vérification
542 I : Donc pour le kiné y a un aspect de bon de décharge par rapport à sa semaine, un aspect
543 financier du coup ?
544 K : Ah non on perdez de l'argent quand tu vas dans le réseau
545 I : Ah vous perdiez de l'argent ?
546 K : Enfin nous on perdait de l'argent puisqu'on envoyait tous nos bébés ailleurs donc si tu
547 envoies nos bébés ailleurs c'est que toi tu les fais pas donc si je les fais pas je perds de l'argent
548 I : Oui ok je vois
549 K : Et si toi quand c'est ton jour week-end de garde on t'envoie personne bon bah c'est pas
550 compensé
551 I : Ok
552 K : Tu comprends ce que je veux dire
553 I : Ouai
554 K : Donc moi j'avais la sensation puisqu'on perdait de l'argent
555 I : Ok ok
556 K : Mais mais on va dire que si les kinés, si le réseau fonctionnait bien, que tous les kinés
557 travaillaient bien, bah tu perds pas d'argent, ce que tu perds un samedi dimanche, tu le regagnes
558 le le samedi dimanche d'après parce que tu récupères les bébés tu vois donc y a pas de perte
559 d'argent si tout le monde fait bien correctement.
560 I : Et en fait les grands objectifs du réseau bronchiolite qu'est-ce que c'est ? tout cas à l'époque
561 quand vous y étiez ?
562 K : (silence) Je me rappelle plus quel était leurs objectifs parce que moi « X » je n'étais qu'un
563 membre de « X », moi j'ai pas été un décideur ou faire partie du bureau quoi que ce soit donc
564 j'étais pas dans les papiers, j'ai juste trouvé que « X » c'était intéressant alors qu'est-ce qui nous
565 attiré nous ? C'est qu'on s'est dit bah super y a une association de kiné spécialiste respiratoire
566 on pense que tout le monde travaillait comme nous, spécialiste respiratoire, et puis nous si ça
567 peut nous soulager le week-end moi je veux bien faire confiance aux confrères et envoyer nos
568 bébés et puis voilà c'était simplement l'opportunité de pouvoir effectivement ne pas être présent
569 tous les week-ends
570 I : OK

571 K : Pour moi en tant que kiné ça maintenant quelles étaient les objectifs de « X » je me rappelle
572 plus mais enfin certainement qu'ils devaient être bah justement le la la la heu une réponse, c'était
573 une une une une réponse de service c'est à dire qu'on on proposait aux gens d'avoir un réseau
574 qui était reconnu par les pédiatres et à la rigueur plutôt que de savoir de te demander qui c'est
575 qui fait la kiné respi, il suffisait simplement d'appeler un numéro standard qui était « X », donc
576 tu avais un seul numéro en tant que particulier en tant que parent à savoir ou en tant que médecin
577 pédiatre à savoir à connaître tu les appelles tu dis voilà quel est le kiné de garde sur cette région
578 à telle date, parce que j'ai un bébé envoyé hop il te disait bah il faut appeler untel, c'était pratique,
579 c'est pour ça que l'association était intéressante. Il faut en monter des associations y a aucun
580 problème parce que souvent tu peux imaginer que toi imagine t'as un bébé demain Ah merde le
581 bébé est malade à qui je l'envoie je sais pas tu peux m'indiquer un spécialiste en respi alors toi
582 t'as de la chance tu en connaît maintenant mais imagine que tu connais pas à qui j'envoie ?
583 J'appelle le pédiatre, le pédiatre bah je sais pas en général je leur donne pas de précision puis
584 ils se démerdent ils en trouvent un, tu vois je veux dire ? Alors que si tu sais y a un réseau
585 spécialiste de ça dans tout le sud-est parce que ça venait de Marseille à la base « X ».

586 I : Oui oui ils sont venus dans les Alpes maritimes après oui

587 K : Bon Ben tu les appelles et eux c'est eux qui vont t'aiguiller donc ça c'était très bien le réseau
588 il est très bien le réseau y a pas de problème mais il manquait des choses. Il manquait de d'avoir
589 une trame un peu commune, d'avoir une vérification des compétences de chaque kiné, voilà ce
590 qui manquait à mon avis voilà

591 I : Ok ok très bien. Euuuh par rapport aux médecins prescripteurs est-ce que vous avez un lien
592 professionnel avec eux ?

593 K : Bien sûr

594 I : Comment vous pouvez le décrire ?

595 K : (rire) j'aime bien parce que t'as des questions vraiment euh

596 I : (rire) Eh oui

597 K : Ca ça c'est la théorie tu vois c'est pas la pratique parce qu'en pratique bien sûr t'as un lien
598 professionnel avec tous les médecins du monde on va dire à partir du moment où à où tu ne
599 travailles que sur prescription forcément euh donc tu travailles parce que un médecin t'a ordonné
600 une ordonnance, il t'a ordonné de prendre en charge quelqu'un, donc c'est une relation
601 professionnelle.

602 I : Est-ce qu'il y a un échange derrière ? dans la pratique ?

603 K : Alors tu parles en général ou tu es toujours en kiné respi ?

604 I : En kiné respi, bronchiolite

605 K : En kiné respi oui

606 I : Avec le prescripteur du nourrisson hein

607 K : Alors heuu non je dis oui mais pas tout le temps. Mais pendant un temps on faisait

608 régulièrement nos bilans et on les envoyait chez le médecin ... donc t'avais ce retour là mais

609 quand t'avais pas plus de retour que ça, puisque c'est un retour à sens unique c'est à dire

610 que le kiné envoie un médecin et puis derrière il se passe rien bon bah à un moment donné

611 tu dis bon on n'envoie plus et il y a des médecins à qui on envoyait qui te remerciaient, au

612 moins ils te disaient merci j'ai bien reçu votre bilan très bien super machin même si ça a même

613 si ça rebondissait pas sur d'autres choses au moins

614 I : Il avait pris connaissance

615 K : ouai tu sentais, il a pris connaissance et puis il te l'a dit qu'il a pris connaissance, parce que

616 sinon tu sais pas s'ils lisent, que la plupart des des médecins je veux bien croire qu'ils ils

617 reçoivent pas bon il s'en tape aussi tu vois, donc donc voilà donc ça dépend des médecins après

618 c'est comme ça aussi que tu crées des gros prescripteurs. Après nos plus gros prescripteurs

619 comme par hasard ce sont ceux avec qui on avait plus de relations. Parce que plus t'as de relation

620 avec un prescripteur et plus la confiance en toi ou pas confiance mais s'il a pas confiance il y a

621 pas de relation

622 I : S'il a pas confiance il ne prescrirait pas

623 K : Voilà y a plus de relation donc plus t'as de relation avec ton prescripteur et plus il y a de

624 confiance et inversement donc voilà

625 I : Ok et est-ce que le fait d'être, quand vous étiez à « X », est-ce qu'il y avait quand même plus

626 de de relations avec les prescripteurs ou ça ne changeait rien ?

627 K : Ca n'a rien changé non non

628 I : Ok ok très bien

629 K : D'abord parce que nos prescripteurs ils prescrivaient à nous et heu j'ai jamais reçu un bébé

630 qui me dit je vous appelle de la part de mon médecin qui a contacté « X »

631 I : Ok mais ...

632 K : Alors je tiens à dire que je te rappelle que moi c'était à une autre époque, « X » nous ça

633 devait être peut-être 2014-2015 vers là

634 I : Ah oui

635 K : ouai 14-15-16 par là

636 I : Bon c'est pas si vieux mais

637 K : Non c'est pas si vieux mais c'était le début de leur développement vers chez nous

638 I : D'accord

639 K : Donc tu vois j'ai rien contre « X » hein mais c'était le début du développement vers chez
640 nous c'est à dire qu'ils avaient bien développé les Bouches-du-Rhône, peut-être le Var et
641 commençait à s'étendre sur les Alpes-Maritimes, donc c'était nouveau c'était le début donc peut
642 être qu'on a essuyé les plaques, peut être qu'aujourd'hui si j'étais à « X » ça se passerait
643 différemment on aurait le médecin au contact et cetera. À l'époque rien de tout ce que tu viens
644 de me dire voilà donc voilà notre expérience à nous.

645 I : D'acc. Dans la prise en charge globale du nourrisson, le fait qu'il y ait quand même cette
646 association premier recours, médecin prescripteur, kiné et réseau s'il en a besoin d'un,
647 finalement cette triade quel rôle elle joue dans l'organisation sanitaire des soins pendant les
648 périodes épidémiques ?

649 K : « X » tu me parles encore ?

650 I : Non la triade médecin kiné et réseau

651 K : Heu quel rôle ça joue ce trio ?

652 I : Oui exactement

653 K : Bah une meilleure prise en charge des des patients je pense quand même que c'est bénéfique.
654 Tout échange entre interprofessionnels est super bénéfique donc il faut le valoriser, il faut le
655 développer mais c'est aussi pour ça, mais autant ça peut être bénéfique autant ça peut être
656 maléfique si c'est mal fait toujours pareil. Donc il faut le faire et il faut bien le faire, plutôt que
657 d'être chacun dans notre coin et à pas se diffuser les informations où on va pas se les partager
658 finalement ça sera moins bien ça

659 I : Est-ce que vous avez des attentes sur cette prise en charge bronchiolite en tant que kiné ?

660 K : bah alors je sais pas de quelles attentes exactement tu parles si tu parles de mon attente par
661 rapport à mon patient ou si tu parles de manière générale en kiné respiratoire

662 I : Une attente sur les prises en charge globale de la bronchiolite

663 K : Bah j'attends que il soit prouvé que ce que nous on perçoit c'est-à-dire que ce soit efficace,
664 quand c'est vraiment un encombrement bronchique et cetera que ce soit efficace à au moins
665 80%, ben j'attends que soit reconnu parce qu'aujourd'hui on a décidé que ben non c'est pas
666 efficace

667 I : D'accord

668 K : Alors que nous on voit l'inverse donc je peux être qu'en attente de ça, de cette
669 reconnaissance.

670 I : Et par rapport au médecin vous avez des attentes ? sur toujours pareil dans le cadre de la
671 bronchiolite

672 K : C'est exactement les mêmes, c'est-à-dire que même y a même des médecins avec qui on
673 avait une bonne relation que qui ils ont eu la preuve que heuu la preuve par la réputation, par
674 les familles et cetera que il y avait une efficacité en tout cas de nos soins euh et ben même eux,
675 si on a beaucoup moins de de prescription bébé c'est que même eux ont décidé de suivre les
676 recommandations, pas forcément parce que parce que j'en croise encore et pas forcément parce
677 que ils ont plus confiance en nous, mais simplement parce qu'on leur a recommandé de stopper
678 donc ils suivent les recommandations tu vois ce que je veux dire ?

679 I : Y a trois types, y a ceux qui prescrivent pas du tout, jamais

680 K : voilà

681 I : Ceux qui prescrivaient avant mais plus

682 K : et voilà

683 I : Et ceux qui ont toujours prescrit

684 K : Et qui prescrivent beaucoup moins c'est à dire que maintenant ils ont-ils ont peut-être
685 compris que il font un peu plus le tri, c'est-à-dire que c'est pas juste parce qu'ils sont malades
686 qu'ils envoient chez le kiné. Ils commencent d'abord la plupart du temps, ils sont pas
687 hospitalisés les enfants, donc ils vont commencer simplement avec bah la médication
688 simplement la les eux aussi vont donner les conseils d'hygiène, et si ils voient vraiment qu'ils
689 s'en sortent pas ils vont peut-être, certains qui avaient confiance en nous vont continuer d'avoir
690 confiance en nous et peut-être nous les envoyer mais plus de prime abord, plus en première
691 intention et donc du coup on en voit beaucoup moins et ça veut pas dire parce que tu pourrais
692 poser la question mais alors depuis que vous en recevez moins est-ce que vous avez le sentiment
693 qu'il y a beaucoup plus de malades et que ça se soigne moins bien ? Bah pas du tout ! C'est-à-
694 dire que le fait qu'on n'en reçoive plus, j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup plus de
695 bronchiolite ou des enfants mal soignés

696 I : Donc ça implique

697 K : Ca veut dire quoi ? ça veut dire que la bronchiolite aussi ce n'est pas une maladie terrible,
698 on dit souvent un rhume chez un adulte c'est une bronchiolite chez un enfant, et quand toi tu as
699 un rhume il peut s'aggraver tu peux te faire hospitaliser et avoir une pneumopathie derrière mais
700 la plupart du temps tu patiente et ça s'en va tout seul

701 I : Oui mais là quand

702 K : Le bébé c'est pareil

703 I : Quand vous parliez du kiné ça veut dire que nous on a notre rôle mais finalement on n'est
704 pas systématique c'est ça ce que vous dites ?

705 K : on est pas indispensable

706 I : On n'est pas indispensable d'accord
707 K : on n'est pas indispensable parce que je pense que 70% de l'efficacité de la kiné respi c'est
708 l'éducation des parents, c'est pas les techniques, c'est l'éducation des parents. C'est à dire que je
709 ne soignerais aucun bébé mais je dirais juste aux parents vous évitez le contact avec les autres,
710 vous faites attention aux frères et sœurs, quand vous le prenez vous le prenez pas contre vous
711 comme ça mais la tête vers là-bas comme ça vous lui parlerez pas dessus vous lui tousserez pas
712 dessus, il sera pas dans votre vêtement plein de virus, la clope vous arrêtez la clope ou vous ou
713 vous faites en sorte de pas sentir le tabac et cetera pour pas irriter les bronches du petit et que
714 ça ne devienne pas plus inflammatoire. Tout ça il le suivrait les parents et ben le virus il aurait
715 pas le temps de se développer, le bébé pourrait lutter contre et au lieu que ça parte peut-être en
716 5 jours avec une kiné respi, ça partira peut-être en 2 semaines mais ça partira ! Ca ira pas
717 forcément vers plus grave et une hospitalisation, comme un rhume. Il y a toujours des formes
718 plus graves comme un COVID, comme une grippe. T'es pas obligé de mourir de la grippe, t'es
719 pas obligé de te faire hospitaliser de la grippe et pourtant il y en a qui meurent de la grippe.
720 Donc une bronchiolite c'est pas plus grave que tout ce que je viens de te citer. Donc si tu fais
721 les choses correctement, le kiné à la rigueur t'en as pas spécialement besoin
722 I : D'accord
723 K : Voilà !

Entretien N° 8

1 I : J'aimerais savoir vous en tant kiné comment se passe votre prise en charge pour ces
2 nourrissons bronchiolite que vous voyez pour la première fois ?
3 K : Alors comment ça se passe à quel niveau heu ?
4 I : Votre prise en charge, comment vous les recevez, qu'est-ce que vous mettez en place, quelles
5 sont vos techniques, la relation que vous avez avec la famille ou l'entourage ... ?
6 K : Alors la prise en charge en kiné respi pour le monde bronchiolite, elle est globale,
7 elle concerne les parents et l'enfant, d'abord c'est des enfants, c'est une prise en charge qui est
8 soumise à prescription obligatoire donc il y a eu déjà eu un diagnostic médical qui a été opéré
9 au préalable heuuu tout dépend du type d'affection puisque on a de la bronchiolite à VRS et des
10 bronchiolites ou on va dire des bronchites qui sont non VRS, il existe une centaine de virus
11 différents pour à peu près la même chose heu donc si le cadre de ce mémoire c'est la bronchiolite
12 à VRS ou bronchite....
13 I : Oui c'est la cas !

14 K : Donc si c'est la bronchiolite à VRS, c'est une bronchiolite qui est plus saisonnière et là
15 depuis on va dire le 20 novembre, l'épidémie a commencé par le nord et arrivé on va dire une
16 semaine plus tard chez nous

17 I : Par le Sud oui tout à fait

18 K : Voilà donc là nous ça fait 15 jours qu'on est dedans. Heuuu la prise en charge bah elle est
19 pluri enfin on s'occupe des parents et des enfants donc il y a pour la même pathologie on a heu
20 comme on a des prescripteurs qui sont répartis sur toute la ville voire tout le département on a
21 des gens qui viennent à peu près sur un rayon de on va dire d'une d'une cinquantaine de
22 kilomètres qui viennent jusqu'ici donc on a des prescripteurs un peu partout, on a des
23 ordonnances très différentes, pour la même pathologie, bronchodilatateurs, corticoïdes,
24 antibiotique, chaque prescripteur fait un petit peu comme comme il a envie. **Donc nous on est**
25 **en charge de discuter avec les parents concernant déjà ce qui a été prescrit par le médecin,** le
26 nombre de séances si le nombre de séances a été noté sur l'ordonnance, on a réussi à faire
27 modifier depuis quelques années les attitudes des pédiatres pour que le nombre de séances ne
28 soit plus inscrit sur les ordonnances puisque ce n'est pas obligatoire euh et ça va mieux, sur
29 « X » en tout cas on a de moins en moins d'ordonnance quantitative heuuu donc du coup voilà
30 donc **on a des enfants qui viennent sur prescription médicale avec donc un accompagnement**
31 **qui faut faire au niveau du traitement médicamenteux souvent ici les médecins nous font des**
32 **ordonnances en préparation heu antibiotique et c'est nous qui décidons de leur déclenchement**
33 **ou pas, le but d'une séance de kiné est quand même d'éviter au maximum l'antibiothérapie** et
34 surtout dans une infection à VRS elle est pas du tout nécessaire sauf en cas de complication,
35 une surinfection pulmonaire.

36 I : Très bien

37 K : **Très souvent on arrive à éviter les antibiotiques**

38 I : D'accord

39 K : Donc quand ils sont, **quand le médecin exige qu'on utilise la ventoline on accompagne les**
40 **parents dans l'utilisation de la chambre d'inhalation, s'il y a besoin de faire une explication pour**
41 **le drainage rhinopharyngées on le fait avec les parents heuu voilà donc ça c'est tous les conseils,**
42 **pour le l'alimentation, le fractionnement, l'alimentation, le sommeil, le positionnement dans le**
43 **lit voilà tout ce qui est éducation du parent autour de la bronchiolite, leur expliquer quels sont**
44 **les signes d'aggravation, de tirage, de signes hypoxie chez l'enfant, à quel moment au niveau de**
45 **la perte de poids il faut déclencher une consultation vers les urgences, ici on prend la sat chez**
46 **les enfants donc on mesure l'oxygène voilà on a des critères** heu alors nous on aime bien le faire

47 avant et après la séance ça nous permet de voir à quel point on est compétent et utile. Donc là
48 le dernier que j'ai fait là il est à 90 et après la séance était à 97

49 I : Très bien

50 K : Hm Voila. Heuuu donc la technique sont basées sur les modulations du flux expiratoire
51 heuu toux provoquée, aspiration, alors aspiration c'est un peu une caractéristique locale chez
52 nous puisqu'on utilise des sondes stériles pour chaque enfant, qui sont des systèmes de recueil
53 des sécrétions qui nous permet d'être certain de d'avoir toutes les sécrétions, de les visualiser,
54 de voir leur rhéologie, de voir leurs couleurs et de bien pouvoir évaluer leur quantité. Lee la
55 technique en elle-même est basée un petit peu sur le même principe qu'un drainage autogène
56 avec des systèmes de enfin de modulation de l'expiration à différents étages de l'expiration et
57 de travailler au maximum dans le volume de réserve expiratoire dans le cas de la bronchiolite
58 puisque c'est vraiment un encombrement périphérique. Voilà

59 I : S'il y avait une technique indispensable à chaque séance ça serait quoi selon vous ?

60 K : Tout est indispensable dans la séance que je fais. Onn, la toux provoquée de l'enfant est
61 indispensable.

62 I : Hm

63 K : On voit souvent des gens qui viennent chez nous et qui effectivement ont une expérience
64 précédente où on leur a expliqué que les sécrétions remontaient et allaient basculer
65 naturellement dans l'estomac, ça c'est pas possible c'est pas acceptable. Une séance de kiné bien
66 faite y a l'expectoration et il y a un recueil de sécrétions obligatoire. Donc il faut savoir
67 déclencher la toux chez l'enfant que ce soit avec une stimulation au niveau trachéale ou même
68 avec la sonde en titillant le voile du palais sans avoir besoin d'appuyer on peut déclencher une
69 toux qui est complètement non douloureuse chez l'enfant. Euh les manipulations de modulation
70 du flux expiratoire, on augmente pas un flux chez un enfant qui pleure c'est pas nécessaire
71 puisque le flux est déjà a déjà augmenté par le fait qu'il pleure. D'ailleurs quand on observe un
72 enfant qui pleure, au bout d'un moment s'il est encombré il se met à tousser ça prouve que ce
73 pleure est une augmentation du flux expiratoire qui est suffisante. La seule chose qui est
74 vraiment importante c'est de localiser vraiment dans le volume de réserve expiratoire et de rester
75 à cet endroit là pour éviter d'avoir une aspiration trop importante et avoir un effet rétrograde
76 systématique sur les sécrétions. Donc on les laisse dans le volume de réserve expiratoire une
77 fois qu'on a nettoyé les voies aériennes supérieures, les gros troncs, on va se focaliser sur la
78 partie distal et donc on va travailler essentiellement dans le volume de réserve expiratoire,
79 exactement comme on fait dans le drainage autogène chez l'enfant qui a une mucoviscidose par
80 exemple où on va lui demander de travailler aux différents étages de l'expiration

81 I : Tout à fait

82 K : Voilà ...

83 I : Très bien, hm je me demandais par quel moyen le kiné peut participer à l'amélioration de

84 l'état de l'enfant, à sa qualité de vie et justement à limiter les signes de gravité ? donc vous

85 l'avez un petit évoqué mais si on refaisait un point

86 K : Alors en fait, il faut venir ici une journée pour comprendre ce qui se passe. Tous les étudiants

87 qui viennent là effectivement quand on leur pose la question de savoir comment ils trouvent le

88 retour des patients, toute la journée c'est la même chose c'est à dire que, dès le la première

89 séance le sommeil est amélioré immédiatement, c'est ce que disent tous les parents, on a enfin

90 dormi merci, on va pouvoir aller travailler, parce que mon mari par exemple fait de la soudure

91 de précision et comme il dormait pas de la nuit son son patron l'a mis en arrêt de travail, lui a

92 demandé de pas venir travailler donc là maintenant il va pouvoir retourner travailler, donc ça a

93 un impact social important sur le travail des parents, le fait que les enfants les enfants puissent

94 dormir la nuit, ensuite c'est un impact sur la récupération de l'enfant bien évidemment quand

95 l'enfant dort ben il peut plus facilement guérir euh ensuite au niveau de l'alimentation, on a tout

96 de suite une augmentation dès les premières séances de la quantité de de nourriture qui est prise

97 par l'enfant, donc ça participe aussi à sa guérison, **ensuite un enfant qui est désencombré et qui**

98 **va en crèche il tousse moins, il contamine moins les autres puisque la contagion se fait par**

99 **projection de gouttelettes donc ça participe énormément à la réduction du risque de contagion.**

100 **Un enfant qui est encombré avec des sécrétions qui ne sont pas évacuées ont plus tendance à se**

101 **surinfecter, donc on participe à l'évitement de l'infection pulmonaire.** Heuuuuuuuuuuu ... au

102 niveau de l'oxygène donc là par exemple sur le week-end dernier j'ai fait 150 actes à peu près

103 sur le week-end, heu j'en ai envoyé un à l'hôpital, en réanimation, il est allé en réanimation en

104 fait je l'ai su par la suite donc tous les autres sont restés au cabinet.

105 I : Pourquoi celui-ci vous l'avez envoyé aux urgences ?

106 K : Parce que il avait une sat qui était à 75, voilà. ça a été très rapide, elle l'a posé sur la table

107 et **juste en le regardant j'ai pris la sat tout de suite et j'ai proposer d'appeler le samu ou les**

108 **pompiers** et elle m'a dit qu'elle se sentait de l'amener aux urgences et voilà. Sinon tous les autres

109 enfants qui ont une sat qui est au-dessus de 90 on les garde au cabinet, la sat est améliorée

110 l'enfant n'est pas hospitalisé. **Quand un enfant n'est pas hospitalisé donc on lui évite le risque**

111 **de déjà d'être hospitalisé, c'est quand même quelque chose de pas très agréable surtout que là**

112 **en ce moment ils sont envoyés sur « X » parce qu'à « X » ils sont pleins, donc ça évite que il**

113 **rentre pour une bronchiolite et il y reste pour une gastro-entérite, c'est souvent le cas donc**

114 **finalment ils font 15 jours donc c'est sympa donc voilà donc c'est c'est tout l'intérêt de la**

kinésithérapie respiratoire c'est d'éviter déjà les sur médication on va dire antibiotiques, cortisone heu même ventoline qui a pas vraiment un gros intérêt dans la bronchiolite à part à forte dose comme on le fait en aérosol à « X », mais l'intérêt vraiment de la de la kiné respi c'est vraiment d'accompagner l'enfant dans sa bronchiolite en évitant toute heu toute toute aggravation de la pathologie et en évitant d'utiliser un maximum de médicaments. Il faut savoir que le l'impact il est pas comme on a dit tout à l'heure, j'en ai déjà parlé, que l'impact il est pas que sur l'enfant il est aussi sur la sphère familiale qui l'entoure qui est très important. Parce qu'un enfant qui peut retourner en crèche par exemple c'est des parents qui peuvent retourner travailler. Par exemple j'ai le groupe du matin qui vient à 07h30 on désencombre bien l'enfant pour qu'il soit bien et qu'il puisse aller en crèche et les parents peuvent aller travailler, sinon si l'enfant bah il arrive il respire très mal ça siffle, la crèche refuse de prendre l'enfant, les parents ne peuvent pas aller travailler, donc le le l'impact si tu veux socio-économique sociétal en fait qu'on prend jamais en compte dans n'importe quelle étude en fait il est quand même assez lourd dans le cas d'une pathologie comme comme la bronchiolite heu et ensuite on évite bien évidemment l'hospitalisation, c'est-à-dire que l'étude qui dit que la kiné respi ne diminue pas le temps d'hospitalisation est une hérésie puisque le principe de la kinésithérapie respiratoire n'est pas de diminuer le temps d'hospitalisation, mais d'éviter que les enfants aillent à l'hôpital et surtout quand on regarde les ressources bibliographiques de cette étude on on a utilisé des études faites au Brésil sur des enfants qu'on pendait par les pieds pour leur faire du clapping dans le dos, ça n'a aucune valeur, ce qui est intéressant c'est de savoir que la kiné respi améliore l'oxygène dans le sang de l'enfant, l'état immédiat, l'alimentation, le sommeil, je vais dire dans 90% du temps chez tous nos patients qu'on a toute la journée, toute la journée les gens qui viennent nous disent on a très bien dormi l'enfant va beaucoup mieux grande amélioration merci. Si jamais c'était pas le cas, on on n'aurait pas autant de monde, les gens viennent pas par plaisir chez nous

I : Ah oui c'est sur s'il n'y a pas d'efficacité ou en tout cas de bon retours des fam ...

K : Ben les pédiatres prescrivent quelque chose qui leur semble utile. Si depuis moi ça fait heu 2001 heu donc 23 ans que je fais ça euh si on n'avait pas des très bons retours on aurait pas plus de 100 bébés par jour au cabinet

I : Non c'est sûr pas

K : Voilà. Donc si on a autant de patients, c'est essentiellement parce que les retours pédiatres sont excellent sinon ils seraient passés à autre chose depuis longtemps et malgré les recos HAS on a regardé un niveau de prescription qui est quand même très élevé. Alors après, probablement lié à la technique au fait qu'on utilise des aspirations qui sont beaucoup plus

149 efficaces que les techniques manuelles, que d'autres font sauter des enfants sur des ballons donc
150 du coup bah ça rend notre notre façon de travailler bien plus efficace.

151 I : Donc là j'ai vu vous recevez les parents en séance, d'après vous quel est l'intérêt de les avoir
152 en séance ?

153 K : Ah ben c'est fondamental d'avoir les parents en séance. Heu les parents en séance déjà c'est
154 le retour c'est de savoir de connaître l'état de l'enfant, de savoir si il a eu un pic de fièvre, si les
155 parents ont des questionnements, comment se passe l'alimentation, comment se passe le
156 sommeil, comment ils ont donné les médicaments, hors bronchiolite par exemple si on a un
157 enfant qui a besoin d'un antibiotique bah des fois on a un papa qui donne en poudre directement
158 sans diluer avec de l'eau donc si on n'est pas là pour regarder un peu ce qui se passe des fois on
159 peut passer à côté d'une de quelque chose de tragique. Ensuite s'il est fondamental que les
160 parents assistent pour démystifier la chose, c'est à dire que combien on a de gens qui arrivent
161 en tremblant en disant Oh là là on m'a prescrit de la kiné mais j'ai tellement peur et qui
162 finalement sortent de la salle en disant bon ben finalement c'est pas si terrible que ça heuu en
163 leur expliquant bien, en leur expliquant qu'on utilise une sonde qui va pas dans la gorge qui va
164 juste dans la bouche qui sert juste à aspirer heu heu c'est juste un système de recueil en parlant
165 bien à l'enfant en appuyant tout doucement sur la cage thoracique de l'enfant, en leur montrant
166 que on accompagne l'enfant à l'expiration mais on la force pas parce que sinon il y a une réaction
167 de défense de l'enfant et finalement c'est moins efficace donc c'est vraiment un
168 accompagnement et finalement quand les parents assistent à la séance ils sont beaucoup plus
169 observants, parce que du coup ils reviennent, parce qu'ils finalement ils ont estimé que ils ont
170 vu les sécrétions sortir, donc il y a cette notion d'efficacité, ils ont-ils ont-ils ont vu que voilà
171 tout ce qui tout ce qui gêne l'enfant et leur pollue la la nuit a fini par sortir donc on a réussi
172 vraiment à à à y a un catarcis de de toute cette histoire et que et que et que surtout c'est pas si
173 terrible pour l'enfant et donc du coup voilà on est certain qui vont revenir. En fait ils viennent
174 une fois ils reviennent toujours parce que finalement le rapport efficacité préjudice de l'enfant
175 pour eux est finalement négligeable en fait, voilà.

176 I : Vous parliez tout à l'heure que vous ça vous arrive de réorienter directement vers les
177 urgences, est-ce que vous faites un retour au médecin de cet envoi à l'hôpital ?

178 K : Alors au médecin prescripteur ?

179 I : Prescripteur oui

180 K : Pas au médecin des urgences on est d'accord ?

181 I : Oui médecin prescripteur

182 K : Aors c'est une obligation légale en France de faire un bilan quand tu fais des séances de
183 kinésithérapie respiratoire, le bilan doit être obligatoirement transmis au médecin prescripteur,
184 donc si je te disais non ça serait pas bien ! Après en fait faut voir comment ça fonctionne
185 ici on a les pédiatres
186 I : Oui chaque cabinet est différent
187 K : Non mais c'est qu'on a les pédiatres toute la journée au téléphone
188 I : Justement c'était la question, quel lien vous avez avec ce médecin prescripteur ?
189 K : Les les liens ? Ben écoute les liens c'est des liens qu'on a qu'on a proche quoi ! C'est à dire
190 qu'on les on les on les a on les a, moi j'ai 3 ou 4 pédiatres au téléphone par jour
191 I : D'accord
192 K : Voilà, régulièrement on discute, on parle des patients, de plein de choses voilà et en général
193 sur sur le voilà on a une relation qui est assez facile. Après les bilans il faut les envoyer par
194 messagerie de sécurisé donc c'est fait de façon automatique, bilan cobus ou kiné 4000 voilà
195 alors le voilà c'est comme ça qu'on qu'on communique.
196 I : Très bien mais de toute façon vous avez vos pédiatres dans le quartier j'imagine puis il y a le
197 retour des parents, ce réseau-là se fait petit à petit, par bouche-à-oreille, par retour d'expérience
198 K : Oui de toute façon c'est la c'est c'est la nécessité qui crée le qui crée la la justification de
199 notre activité, c'est-à-dire que nous on est là on est présent, comme comme comme il y a une
200 très très forte demande en fait du coup les prescripteurs sont très demandeurs de de pouvoir
201 nous adresser leurs patients donc en fait on n'a pas besoin de développer le réseau en fait c'est
202 quelque chose qui se pratique tout seul en fait. Donc comme on a des patients qui viennent des
203 fois d'endroits on connaît même pas les médecins ou les pédiatres mais par contre qui ont pris
204 une habitude de nous adresser leurs patients parce qu'ils ont eu des retours de patients. En fait
205 c'est les patients qui qui développent le réseau après ça arrive que effectivement on on prenne
206 le, en fait on n'a pas de souci à prendre un téléphone pour pouvoir heu pour pouvoir discuter
207 directement d'un patient avec un médecin généraliste ou un pédiatre parce que bon on a les deux
208 hein il y a des médecins généralistes qui font de la pédiatrie, les pédiatres en font euh à l'heure
209 actuelle je je pourrais pas vous dire quelle est la proportion, je sais qu'en ce moment au niveau
210 des pédiatres on a gardé un niveau de prescripteur de à peu près 60% suite reco. 40% ne
211 prescrivent quasiment plus et 60% sont encore prescripteurs
212 I : Oui justement c'est une partie de mon projet de recherche où j'ai mis en place un
213 questionnaire à destination des médecins généralistes et pédiatres sur les Alpes maritimes pour
214 avoir le taux de prescripteurs en 2023 pour la bronchiolite et c'est vrai qu'il y a quand même

215 une diminution mais les pédiatres sont plus prescripteurs que les médecins généralistes mais
 216 malgré tout il y a une baisse globale, alors après j'ai pas étudié le fond de cette diminution ...

217 K : Alors moi je la connais, enfin je sais ce qui se passe dans les autres régions puisque je fais
 218 d'autres choses, dans d'autres régions ça c'est parfois complètement arrêté. Je pense par rapport
 219 à ce qu'on a discuté avec le réseau « X » et le réseau « X » on va dire, y a un réseau « X » en
 220 fait dans lequel nous on est associé on n'est pas heu enfin nous on a un statut particulier dans
 221 ce réseau là parce que nous notre centre ouvert 7 jours sur 7 et c'est un réseau qui mise sur le
 222 des gardes en fait alternant de plusieurs cabinets de kiné donc nous on collait pas dans les clous
 223 mais on a trouvé un accord pour quand même travailler ensemble où notre centre est référencé
 224 bref et nous on accepte de leur faire des retours pour le pour l'ARS parce que l'ARS a besoin
 225 d'avoir des retours quantitatifs de patients pris en charge euuh on fait partie des des
 226 probablement du département où on a gardé un niveau de prescription le plus élevé ouais, mais
 227 par contre on a travaillé dessus hein, moi j'ai écrit enfin on a on a fait beaucoup de courriers, on
 228 a fait beaucoup de choses explicatives ... Disons que dès que les reco sont sortis il a fallu
 229 effectivement beaucoup travailler dessus et on a énormément travaillé dessus tout de suite pour
 230 tout de suite expliquer ce qu'était cette reco et que finalement elle déjà elle ne concernait que
 231 5% des patients puisque primo infection a VRS à moins de 6 mois, là ici aujourd'hui j'en ai déjà
 232 peut-être les 2/3 qui sont à leur 2e infection donc de toute façon eux sont déjà même plus même
 233 plus dans la reco puisque c'est la rechute donc heu et qu'on parle que de primo-infection. Et
 234 ensuite les moins de 6 mois c'est pas une c'est pas une enfin la grande majorité quoi, parce
 235 qu'essentiellement ils sont hospitalisés enfin beaucoup sont hospitalisés directement donc nous
 236 en activité libérale théoriquement ça ça touche allez on va dire 10% des patients de la Reco
 237 HAS et encore elle est discutable quoi.

238 I : Donc en fait en dehors du réseau, vous à la base vous faisiez quand même du 7 sur 7 ?

239 K : On a toujours fait du 7 sur 7

240 I : Et le fait de d'être intégré à ce réseau qu'elle a été l'in...

241 K : Aucun, aucun intérêt

242 I : Ah ! j'allais dire quel est le bénéfice pour le kiné

243 K : Aucun ! Pour nous aucun, on a aucun patient qui sont adressés par ce réseau

244 I : D'accord

245 K : En fait l'intérêt de ce réseau c'est pour par exemple quelqu'un je sais pas qui travaille dans
 246 les dans les Bouches-du-Rhône dans le Var par exemple qui veut faire de la pédiatrie et qui veut
 247 prendre des gardes de week-end heu ben le réseau peut le lui adresser puisqu'il y a un moteur
 248 de recherche en fonction du code postal et qui vous dit quel est le kiné de garde voilà. Nous heu

249 nous les pédiatres envoient directement ici en fait. Les pédiatres à « X » vous font une
250 ordonnance que si vous venez chez nous c'est ce qui est dit aux patients, donc à partir, enfin
251 nous on n'a pas besoin d'avoir, on n'a pas besoin d'avoir une source extérieure pour avoir pour
252 que les gens nous soient adressés du tout en fait

253 I : Est-ce que vous faites un retour vers « X » .

254 K : Oui oui par contre on, comme on a, c'est des gens que je connais qui ont une vocation à
255 faire quelque chose qui est très positif il faut que les réseaux se développent, nous on fait que
256 de la pédiatrie dans ce cabinet donc on a choisi pour faire que de la pédiatrie euh si on veut faire
257 que de la pédiatrie il faut faire du 7/7, on peut pas prendre de bronchiolite le vendredi et dire on
258 se revoit lundi c'est pas crédible, ça fonctionne pas, donc si on veut être crédible il faut faire
259 une prise en charge qui est du côté, alors soit on a un cabinet qui fonctionne bien et qui fait du
260 7/7 soit on se met dans un réseau et à ce moment-là on a des kiné qui sont pas trop trop loin,
261 qui travaillent de la même manière, qui font de la pédiatrie et pas qui font de la prothèse de
262 hanche toute la semaine et qui te une fois tous les 2 mois décident de se faire une garde ça c'est
263 problématique donc voilà donc les réseaux il faut les encourager c'est pour ça qu'on collabore
264 avec « X » pour leur donner du flux au niveau de la quantité de patients qui est vue pour qu'il
265 puisse faire des bons retours à l'ARS euh voilà pour discuter positivement de l'association avec
266 les prescripteurs pour que ils puissent avoir des portes d'entrée, mais concrètement à nous, ça
267 nous apporte strictement à rien.

268 I : Et quels sont les objectifs de ce réseau ?

269 K : Ben c'est de faire vivre la kinésithérapie respiratoire parce qu'en fait ce qui va se passer là,
270 en fait faut bien comprendre l'historique, en fait ce qui s'est passé, ce qui se passe là en ce
271 moment c'est ce qu'on appelle la mode du grand-père la mode du grand-père c'est dans la la
272 mode vestimentaire c'est à dire que vous mettez vous mettez le pantalon de votre grand-père
273 parce que celui de de votre père il est hasbeen, donc en fait ce qui se passe là c'est qu'on est
274 revenu en fait 40 ans en arrière où la kinésithérapie respiratoire elle a été mise en place parce
275 qu'en fait on prescrivait trop d'antibiotiques et de cortisone à une génération de d'enfants et on
276 a dit faut arrêter c'est un drame sanitaire donc maintenant vous arrêtez tous les problèmes
277 respiratoires doivent être traités par des techniques simples, naturelles où on arrête de prescrire
278 des antibiotiques donc on a dit on fait de la kinésithérapie respiratoire, on va la faire bien, on
279 arrête le clapping on est passé avec Bart et Postiaux sur la modulation du flux expiratoire et du
280 coup on a dit c'est génial ça marche super bien, les enfants vont mieux et on donne plus
281 d'antibiotiques on a fait ça pendant 20 ans et là maintenant on est dans la mode du grand-père
282 on dit mais pourquoi on fait ça c'est hasbeen on va revenir en arrière et on reprend les

283 antibiotiques. Ce qui va se passer c'est que on va avoir des années-là qui vont être compliquées
 284 pour la kinésithérapie respiratoire il va falloir se battre et dans quelques temps ben on va revenir
 285 encore à cette histoire de mode du grand-père on va dire bon on est un peu dans un drame
 286 sanitaire on a les enfants qui sont tous sous antibiotiques à tel point qu'on a des pénuries dans
 287 les hôpitaux, on a des enfants, moi j'ai des enfants qui là depuis septembre avant de venir me
 288 voir ont déjà fait 4 cures d'antibiotiques, alors quand on sait que les antibiotiques en fonction
 289 de la quantité que l'on vous donne petit ou tout au long de votre vie ça diminue votre votre
 290 espérance de vie, il y a un moment on va dire on peut plus continuer comme ça on va arrêter,
 291 quelle est votre idée ? Ah on a qu'à faire de la kinésithérapie respiratoire, donc on va y revenir !
 292 Donc ce qu'il faut c'est impérativement que la kinésithérapie respiratoire pédiatrique hein parce
 293 que là on se pose la question de la pédiatrie, l'adulte n'a aucun problème, les BPCO n'ont aucun
 294 souci pourtant c'est le même principe hein, faire cracher des vieux faire cracher des des des des
 295 enfants l'idée est la même, éviter les surinfections tout ça mais pour les enfants on se dit qu'il
 296 fallait arrêter donc, mais je pense qu'on reviendra en arrière et que c'est pour ça qu'il faut
 297 vraiment continuer à s'investir et maintenir des réseaux pour que le jour où effectivement les
 298 pédiatres reviennent heu reviennent à la kinésithérapie respiratoire bah on est ait des kinés
 299 motivés, compétents et qui ont envie de le faire

300 I : Et est-ce que vous pensez qu'il y a une différence dans la prise en charge entre un kiné qui
 301 fait partie d'un réseau d'un kiné qui n'en ferait pas partie ?

302 K : En fait c'est pas tellement une question de réseau c'est vraiment une question de pratique

303 I : d'accord

304 K : C'est-à-dire que pour être, pour bien pratiquer la kinésithérapie respiratoire chez les
 305 nourrissons il faut en faire beaucoup, parce que toutes les ces très différents de déclencher un
 306 réflexe de toux chez un enfant qui fait 10 kilos ou un enfant qui fait 3 kilos, d'un enfant qui a
 307 une laryngite, une trachéo-malacie, d'un enfant asthmatique, d'un enfant c'est, toutes les
 308 situations sont très différentes donc ils faut, c'est pas tellement d'être membre d'un réseau qui
 309 est important mais surtout d'avoir une pratique régulière de la kinésithérapie pédiatrique pour
 310 pouvoir avoir un niveau d'expertise qui s'améliore heuu qui s'améliore régulièrement

311 I : Hm très bien, et l'association du kiné, du réseau et du médecin pendant ces périodes
 312 épidémiques, quel rôle ils jouent tous ensemble dans l'organisation sanitaire ces soins ?

313 K : Bah elle est fondamentale ! De toute façon nous on est un réseau ici c'est à dire que là tous
 314 les tous les là c'est les ordonnances de la journée vous voyez **donc là Ben tout ça c'est un réseau**
 315 **c'est-à-dire tous ces gens-là on discute avec eux, on échange par courrier, on a leur secrétaire**
 316 **au téléphone 10 fois par jour, eux-mêmes aller heu « PRENOM NOM » je l'ai eu 4 fois**

317 aujourd'hui au téléphone hein elle adore m'appeler donc voilà. On a des réseaux tout le temps
318 j'ai eu qui j'ai eu ben « PRENOM NOM » pour un enfant que je lui avais envoyé parce que
319 pendant la séance on a, j'avais une sensation d'un d'un d'un ganglion qui était vraiment très
320 particulier sous la mandibule et puis finalement ben on a eu le retour qu'il avait une leucémie
321 donc voilà ça fait partie des histoires où on a un diagnostic précoce c'est vraiment le pur hasard
322 hein mais c'était pendant une séance de kiné respi et du coup voilà quoi c'est la petite histoire
323 du jour voilà

324 I : Et pour finir, ben vous quelles sont vos attentes dans cette prise en charge dans le secteur
325 ambulatoire ? Vos attentes de kiné, vos attentes globales.

326 K : Heu moi j'ai pas d'attente particulière. Non tout fonctionne particulièrement bien, je dirais
327 que ce qui ce qui, là à l'heure actuelle on va dire qu'on a des rapports qui sont extrêmement
328 dégradés avec l'hôpital

329 I : d'accord, à cause de quoi ?

330 K : Parce qu'on a des retours de de de médecins de l'hôpital qui expliquent aux patients que la
331 kinésithérapie respiratoire est maintenant interdite. Donc qui prennent les recommandations de
332 la HAS et qui et qui les transforment en quelque chose de particulièrement faux donc il a fallu
333 que je prenne mon téléphone et que j'appelle et que j'appelle Bahb, enfin le chef de service des
334 urgences pour lui expliquer qu'il fallait que ça s'arrête parce que c'est condamnable quoi, donc
335 on a on a des rapports assez tendus avec le le système des urgences

336 I : il y a vraiment une césure entre la prise en charge ambulatoire et la prise en charge
337 hospitalière

338 K : Complète, mais complète alors qu'avant, par exemple moi je travaillais à la pouponnière
339 pendant 15 ans mais ma collègue a travaillé dans le service kiné de « X » heuu le chef de
340 service d'urgence qui est le même que l'heure actuelle heu la la faisait venir 30 fois par jour aux
341 urgences pour faire de la kiné respi donc il y avait vraiment un travail en collaboration
342 exceptionnelle et maintenant il considère vraiment les kinés comme des parias

343 I : Hm d'accord

344 K : Comme vraiment un acte inutile, dangereux, qu'il faut arrêter, qui doit être interdit et plus
345 remboursé par la sécu, on a entendu tout hein au niveau des retours patients, vraiment des choses
346 dures hein. Nous on a entendu des retours de patients euh de discours de médecins sur la
347 kinésithérapie respiratoire pédiatrique qui sont violents, dure à attendre, donc des fois il faut
348 prendre voilà il faut discuter et puis leur dire qu'il faut avoir de la nuance quoi parce que même
349 si un prescripteur décide que ben lui il décide de moins prescrire c'est tout à fait son droit,
350 vraiment personne ne peut rien lui dire, je peux on peut pas reprocher à un médecin de dire moi

351 je décide de ne pas prescrire de kinésithérapie respiratoire heu par contre ce qu'on peut lui
352 reprocher c'est de dire que c'est interdit, que c'est toxique, que c'est dangereux et compagnie
353 alors que ces mêmes personnes l'ont prescrit pendant 20 ans quoi. Avant « X » était le premier
354 prescripteur en kinésithérapie respiratoire

355 I : Vers le secteur libéral ?

356 K : Vers le libéral oui, c'était le premier prescripteur. Moi j'ai tous les chiffres dans l'ordinateur
357 c'était vraiment le premier, maintenant c'est le dernier. Du jour au lendemain ils sont passés
358 première place à dernière place. Je crois, je crois que j'en ai vu passer une, c'est en fait quand
359 on la voit on se la montre on se l'encadre parce que euh j'en ai vu passer euh non ça c'est « X »,
360 « X » prescrit plus que « X », ouais je sais plus j'ai vu passé une de des urgences ça arrive (rire),
361 on sait pas pourquoi.

362 I : Finalement les qualités d'un kinésithérapeute pour prendre en charge la bronchiolite, qu'est-
363 ce que c'est ?

364 K : hhhmmm il faut il faut être extrêmement à l'écoute des parents, c'est vraiment le plus
365 important c'est à dire que on a souvent des parents qui arrivent ici désespérés et et vraiment faut
366 les écouter le plus possible et comprendre à quel point c'est difficile parce que beaucoup de
367 praticiens, vous avez des praticiens qui n'ont pas d'enfants et quand les gens leur disent on dort
368 pas de la nuit qui leur répondent bah fallait pas faire d'enfant quoi, sauf que ben faut écouter
369 que que voilà un enfant qui dort pas parce qu'il tousse et qui est encombré il faut-il faut le voilà
370 il faut comprendre et accepter le la difficulté des parents parce que c'est une vraie difficulté et
371 heuu moi j'ai 3 enfants je sais ce que c'est donc du coup quand j'ai, en fait, la la plus grande
372 qualité pour un kiné qui fait un bébé c'est d'arriver à faire en sorte absolument que chaque enfant
373 il le il le soigne comme si c'était le sien, voilà et moi je vois je vois à chaque fois je vois un
374 enfant je vois comme si c'était mon enfant en fait et les gens le ressentent et ont cette sensation
375 que finalement j'ai je pense voilà plus de de tactes et de et de douceur et de compréhension
376 quand on est passé par là effectivement c'était plus facile mais voilà

377 I : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter pour cette entretien ?

378 K : Non non

379 I : Très bien

Entretien N° 9

1 I : Vous qui recevez ces nourrissons en séance, comment se passe votre prise en charge ?

2 K : (rire) ... Et ben en fait les médecins ne lisent pas les revues de la HAS (rire). Ou il y a
3 certains médecins qui savent lire ce que dit la HAS et sont allés regarder la bibliographie de la
4 HAS ... et la bibliographie de la HAS sort de ... revue ... anglaise

5 I : Oui beaucoup en effet

6 K : Anglo-saxonne ... et les anglo-saxons ne pratiquent pas la même technique de
7 désencombrements que les Français, les Belges ou les Suisses on va dire. Donc est-ce que c'est
8 vraiment applicable à la France ? Parce que au final on parle pas de la même technique... Donc
9 heeeu, vu que c'est pas la même technique la revue de littérature elle sert à rien parce que de
10 façon c'est pas une technique qu'on utilise, parce que la technique qu'ils utilisent dans les pays
11 anglo-saxons elle est interdite en France depuis 91 si je me trompe pas

12 I : Oui 94

13 K : Aaah trop en avance (rire) Bon bref, elle est quand même interdite. Donc les médecins ont
14 lu au départ, effectivement en 2019 il y a eu beaucoup beaucoup beaucoup moins de
15 prescriptions de kiné respi sur la bronchiolite. Ça c'est vrai. Euh mais euh **mais en fait ils en**
16 **sont revenus parce que derrière ils se rendent compte que personne n'apprend aux parents à**
17 **moucher un enfant, personne ne regarde les signes de gravité de l'enfant à part le kiné !** Donc
18 du coup finalement on a toute notre place, alors ils te disent qu'il faut pas faire de
19 désencombrement enfin si en fait tu vas le moucher quand même. **Tu le mouches, tu lui fais du**
20 **désencombrement** mais tu lui tapes pas dessus, c'est ce qu'on appelait le clapping ça n'existe
21 plus, mais c'est la technique qui a été désapprouvée par la HAS, rien de nouveau sous l'horizon

22 I : Non rien de nouveau (rire)

23 K : (rire) Donc en fait cette truc de la HAS 2019 en fait elle a été mal lue, c'est-à-dire qu'elle a
24 été lue, le médecin il a juste lue le titre plus de kinésithérapie, ça dépend des médecins en fait
25 un peu comme les kiné y en a qui lisent y en a qui lisent pas, y en a qui s'arrêtent juste au titre
26 et y en a qui ont regardé pourquoi. Ceux qui ont pas regardé pourquoi effectivement ils
27 prescrivent plus du tout. Ceux qui ont pas regardé pourquoi au départ non plus mais qui se
28 disent quand même que c'était pas si mal avant, mesure empirique machin, ils vont se dire
29 attends on a déjà arrêté mais en même temps j'ai encore plein de nourrisson euh donc si
30 finalement je vais peut-être quand même l'envoyer voir le kiné et après y a ceux qui lisent et
31 après quant à la kinésithérapie respiratoire sur le bébé bronchiolite hospitalisé même en France

32 c'était pas spécialement prôné, parce qu'en fait quand tu es en stage à « X », je sais pas si tu le
33 fais toi non

34 I : Non je l'ai pas fait

35 K : euh nous les bronchites à l'époque où moi j'étais en stage, à part les aspirer on faisait pas de
36 la vraie kiné respi tu vois, on faisait pas désencombrement machin fin c'est trop tard, t'as passé
37 le cap. En fait l'idée de la kiné dans la bronchiolite c'est d'éviter que ça dégénère en
38 hospitalisation. Une fois qu'il hospitalisé ça sert plus rien un kiné.

39 I : Et vous quand vous les recevez ces nourrissons est-ce que Vous en avez en ce moment ?

40 K : Non pas encore

41 I : Pas encore ... Bon en tout cas pendant ces périodes épidémiques ...

42 K : (rire) Bon j'ai les miens mais c'est pas des nourrissons (rire)

43 I : (rire) Par exemple l'année dernière si vous en avez eu heu vous les recevez vous vous avez
44 votre prescription, comment ça se passe comment en fait ? Vous ... vous voyez l'enfant heu ...

45 K : Alors moi l'année dernière (sourir) cette année c'est particulier, mais l'année dernière ça
46 dépend, déjà j'étais dans un réseau de veille aussi donc j'en ai eu les week-ends parce que leur
47 kiné était pas là, enfin était pas de garde et après sinon bah des gens qui appellent le cabinet en
48 disant Bonjour mon enfant a une bronchiolite, il respire mal ... du coup quand il arrive le
49 nourrisson déjà tu dis à la maman depuis combien de temps il est malade, première question
50 depuis combien de temps il est malade, est-ce qu'il a de la fièvre, bon le traitement ça c'est juste
51 histoire de voilà tu t'en fou un peu en fait euh le euh la question c'est comment vous le
52 mouchez ? Moi je demande aux parents comment est-ce qu'ils le mouchent et je leur demande
53 de me montrer comment ils le mouchent et là c'est folklo. En fait le truc c'est que c'est con mais
54 quand t'accouches d'un enfant on te montre pas quand ... on te dit Ah faut le moucher machin
55 mais on te montre, donc vu qu'on est pas tous kiné ou infirmier ou orthophoniste enfin bref
56 médecin, en fait tu sais pas. Quand heu la je pense quand même déjà le début de apprendre à
57 moucher son enfant ça doit être fait à la maternité, avant toute chose hein, y a pas que la
58 bronchiolite en vrai hein tout gamin il se mouche pas bah oui il peut avoir enfin ça peut évoluer
59 en d'autres choses hein avoir une rhino, il peut avoir enfin ... la bronchiolite c'est un peu le truc
60 extrême on va dire sur un nourrisson mais plein d'autres pathologies que tu peux avoir parce
61 que tu mouches pas hein donc ça c'est stupide bon bref ! donc voilà donc du coup déjà 1) faut
62 apprendre aux parents à moucher leurs enfants, ça c'est le premier truc avant même de parler
63 kiné respi machin, ensuite faut, une fois que tu leur as bien montré comment moucher l'enfant
64 sans le noyer, t'as aussi les parents qui noient leur enfant te prennent la boîte de pipettes y en a

65 oui j'utilise 10 pipettes à chaque fois, bah ton gamin il a 3 mois je sais pas comment tu fais mais
66 bon, ton gamin il est noyé là voilà c'est rigolo (rire)
67 I : (rire)
68 K : C'est pas très rigolo pour l'enfant mais (rire)
69 I : Pas pour l'enfant non
70 K : Voilà ça sert pas à grand-chose. **Heu après faut rassurer le parent.** Expérience personnel pas
71 vécue par moi mais par mon collègue heu fin du coup c'est pas personnel mais en fait il faut
72 heu le le les parents quand on va leur dire kiné respiratoire pour votre enfant parce qu'il a une
73 bronchiolite ils vont appeler leurs copains ptn mais qu'est-ce qu'il a ton petit Ah il a une
74 bronchiolite le médecin il a dit qu'il faut faire de la kiné respi OOOOH C'EST HORRIBLE
75 regarde la vidéo sur Youtube, et là ils vont aller voir les vidéos tu tapes les enfants par les pieds
76 par les mains par enfin tout, **là faut rassurer le parent** non je ne vais pas taper ton enfant, non je
77 ne vais pas l'écraser ton enfant, non je suis pas en train de l'étouffer, juste il a pas d'abdo parce
78 qu'il est petit, il tient pas encore assis, il court pas partout hein **donc on va juste accompagner**
79 **la respiration** voilà et on met moi je fais sur les... et ça je le fais depuis que j'ai un copain qui
80 s'est pris une tarte d'un papa qui a pas géré ces émotions (rire), **en fait je montre avec ma main**
81 **je mets la pression que je mets sur l'enfant sur l'avant-bras du parent qui est là**
82 I : d'accord
83 K : Pour lui montrer à quel point je ne suis pas du tout en train d'écraser son enfant voilà
84 I : Ok
85 K : Et dans le même style on te dit bronchiolite 0-2 ans
86 I : Oui il y a plusieurs définitions ...
87 K : **Mais franchement moi à partir d'un an et demi s'ils sont marchand je leur dis de faire de les**
88 **faire courir partout. Attaque de guili, courir, parce qu'en plus ils vont respirer plus ils vont**
89 **rigoler plus ils vont machin plus ils vont expectorer tout**
90 I : ça à la place de placer vos mains
91 K : ouais
92 I : Finalement
93 K : **Au final je les vois la première séance et je leur dis vous mouchez bien** et en vrai c'est déjà,
94 parce que déjà 18 mois, 18-24 mois c'est costaud faut enfin voilà le but c'est pas faire une prise
95 de catch hein donc faut c'est quand même un enfant en dessous, donc si, **si les autres signes**
96 **cliniques vont bien et que c'est juste vraiment de l'encombrement moi je leur dis faites le courir**
97 **heu courir, attaque de guili enfin tous les trucs qui font rigoler quoi, ou même le ballon ballon**
98 **de Klein là tu le prends tu l'assois sur toi**

99 I : Le bouncing

100 K : Ouai exactement voilà même tu le berces contre temps, histoire qu'il est pas la tête comme

101 ça mais voilà fin tous les trucs comme ça et que les parents vont faire eux-mêmes en fait et qui

102 vont aider l'enfant et comme ça il est pas obligé de venir chez le kiné se faire torturer parce que

103 à 18 mois c'est pas la même heu c'est pas la même vision qu'il a que quand il a 3 mois, 3 mois

104 bon pas trop le choix mais 18 mois oui il y a d'autres choses à faire

105 I : Mais vous les prenez en charge différemment qu'ils soient entre 0-12 mois et 12-18-24

106 K : Ouai exact. T'as pas le choix en fait

107 I : Ouai

108 K : Tu lui fais pas la même chose. À 24 mois je te mets au défi de laisser le gamin là avec la

109 tête penchée pour le moucher déjà c'est compliqué, déjà moi je les mouche plus comme ça je

110 les mouche en avant au lieu d'avoir ma petite pipette je prends ma grosse seringue avec un bout

111 arrondi, en avant la tête repliée tu pousses ça coule de l'autre côté, serviette en dessous. Déjà tu

112 n'es plus sur le mouchage traditionnel machin et que tu mouches machin enfin tu mouches

113 toujours mais tu es comme ça et ensuite oui tu les fais courir dans tous les sens, il faut les faire

114 courir

115 I : Alors que plus petit vous faites comment ?

116 K : Plus petite bah non heu pouvez en vrai jusqu'à ce qu'il soit capable de marcher je les prends

117 en traditionnels, jusqu'à ce qui court allez quand tu vois le gamin va arriver en courant au cabinet

118 tu te dis ouais c'est bon celui-là ... après ça dépend de l'état aussi de l'enfant, t'as des enfants

119 pour peu qu'il y ait un asthme sous-jacent, pour peu qu'il ait bon là toi t'es dans dans le premier

120 épisode aigu

121 I : premier épisode mais il peut y avoir des pathologies sous-jacentes

122 K : Il peut y avoir une pathologie sous-jacente ou même une hypotonie un machin et tout là ça

123 sera différent on va faire plus dans le traditionnel. Mais on va dire un enfant qui va bien, en

124 temps normal qu'il n'y a pas de problème moteur ou neuro ou rien du tout, 18 mois il court, fait

125 courir ton enfant quoi et par contre je dis aux parents il faut surveiller l'alimentation, parce que

126 quand ils vomissent que des glaires bah forcément ils mangent enfin ils mangent moins et puis

127 ouai ils vont perdre du poids, donc alimentation avec vérifier. La fièvre en soi ça dépend

128 tellement des enfants, t'as des enfants à 38° ils sont complètement Stone par terre t'as

129 l'impression qu'ils sont drogués et d'autres à 40 ils sont en train encore de faire les foufou donc

130 la fièvre en soit le l'indicateur fièvre c'est plus comment gère votre enfant la fièvre. Ah le mien

131 il a 39 et demi ouais mais il va comment heu ouais ça va il fait des bêtises bon ... il a 39 et demi

132 certes mais bon ... avec le doliprane ça descend oui ... voilà ça sert à rien. C'est ça dépend

133 vraiment de comment gère l'enfant la fièvre et y a donc la bouffe et y a après y a tout ce qui est
134 couleur de peau, comment est-ce qu'il respire c'est sûr que si tu vois et que... une respiration tu
135 vois les côtes qui apparaissent bon on va peut-être faire autre chose... tu renvois chez le
136 médecin. Il y a des signes hein comme ça où on va renvoyer chez le médecin vite fait et au final
137 fièvre supérieure à 39 moi c'est pas je trouve que c'est pas un critère parce que souvent moi mon
138 fils il a 38 il est à moitié mort ma fille a 40 elle est encore entrain de courir partout ... mais ça
139 c'est empirique (rire) mais la norme ils te disent à 39 faut rappeler le médecin
140 I : (rire)
141 K : Mais ça dépend de l'enfant
142 I : Quand vous parlez de prise en charge plus traditionnelle vous incluez quoi qui pourrait être
143 différent d'un bébé plus grand ou d'un bébé qui va mieux ?
144 K : Ah Ben non mais c'est juste que tu fais le DRP, tu fais vraiment l'accompagnement à
145 l'expiration tout ça quoi, quand tu fais enfin de la vraie et de la vraie kiné respi de bébé, c'est
146 quand ils sont plus grands qu'en fait je sors du conventionnel et que je les fait courir enfin moi
147 je les fais courir partout et je les fait rigoler et quand on en sort un qui a 3 ans et qu'il a une
148 bronchiolite là je lui fais faire des bulles
149 I : Ok
150 K : Parce qu'en fait quand ils sont grands ils vont pas se laisser faire et dès qu'il commence à
151 comprendre certaines choses il faut tout rentrer dans le jeu là quoi c'est des enfants mais premier
152 épisode de bronchiolite en général c'est soit ils font une bronchiolite petits, soit ils en font. Ils
153 vont pas te sortir une bronchiolite à 2 ans alors qu'ils ont pas fait à 3 mois
154 I : Les définitions de toute façon elles définissent du heu, on va dire français 0-12 aller jusqu'à
155 24 mois donc après il exclut que c'est pas un épisode de première bronchiolite, après je pense
156 que c'est à l'évaluation qu'on verra aussi si ça en est une ou pas
157 K : Hm. C'ets ça. Après c'est ça enfin ça c'est le médecin qui décide que ça en est une ou pas
158 mais le nombre de bronchites qui te disent c'est bronchiolite mais c'est pas une bronchiolite
159 parce qu'en fait tant que t'as pas testé le VRS bah c'est pas une bronchiolite.
160 I : Hm ... Alors heu je voulais aborder quelque chose aussi, vous m'avez parlé euh donc de
161 tout ce qui était bilan, évaluation, de rassurer les parents, la surveillance qu'ils doivent mettre
162 en place vous ce que vous surveillez aussi, est-ce que vous mobilisez d'autres qualités du kiné
163 dans vos prises en charge ?
164 K : ... (silence) du kiné ? non, qu'est-ce que tu veux que je mobilise (rire)
165 I : je ne sais pas c'est à vous de me le dire (rire)

166 K : (Rire) je leur dis de pas fumer, je leur dis de bien séparer les biberons, de diminuer les doses
 167 de l'alimentation tout ça non enfin après c'est vraiment du heu c'est vraiment du conseil aux
 168 parents que tu fais et après suivant comment tu vois, enfin si elle est suivant comment le parent
 169 est cortiqué, ça va dépendre de quand est-ce que je veux revoir l'enfant.

170 I : D'accord

171 K : On va dire que si c'est enfin c'est moche à dire (rire) mais en gros si c'est une CSP moins
 172 alors cassos land tu sais que tu vas le revoir tous les jours le gosse

173 I : Ok

174 K : Tu le sais ! Parce que de toute façon la mère elle va pas savoir le moucher elle va dire c'est
 175 dégoûtant, pareil si c'est une bimbo Instagrameuse là pareil Ah c'est dégoûtant, pareil ! voilà
 176 donc tu sais que tu vas le revoir parce que de toute façon elle va même pas le moucher. Quand
 177 c'est CSP plus peu genre je veux vraiment que mon enfant aille bien tu vois que les parents sont
 178 heu là tu te dis tu vois bah aujourd'hui je vous vois demain je vous vois après-demain on fait
 179 une pause, tu vois par exemple si tu les vois jeudi vendredi ou aller tu vas voir vendredi samedi,
 180 heu dimanche vous savez quoi dimanche on fait pause, vous m'appellez si ça va pas dans la
 181 journée mais je vous reverrai que lundi, pour voir comment l'enfant s'en sort aussi sans toi quoi.
 182 Parce qu'en vrai c'est bien mignon de le désencombrer 2 fois par jour ou quand ils sont vraiment
 183 encombrer je prends matin et soir mais heu mais en fait c'est vraiment ouais faut voir aussi
 184 l'espace temps comment ça évolue en fonction de l'espace temps, moi j'ai déjà appelé le samu
 185 sur des bronchiolites envoyés par le médecin qu'ils avaient vu une demi-heure hein

186 I : Justement pour rebondir sur ça vous quels sont vos critères de jugement pour justement un
 187 appel au samu ?

188 K : Ah Ben là c'est simple dès que tu l'allongé il sifflait

189 I : Hm d'accord

190 K : Il était plein à ras bord tu voyais que ça ça crépité tu vois les glaires qui crépitait plein à
 191 rabord, tu l'allonges il faisait (bruit de gémissement) voilà et bleu, y'avait pas trop de doutes
 192 sur le samu (rire). Euh après j'en ai envoyé une aussi parce que qu'est-ce qu'elle m'a fait en
 193 fait ? mais après on l'a su qu'après heu me dire je la trouvais pas normal comme bébé enfin c'est
 194 moche à dire je trouvais pas normal comme bébé en fait je crois qu'elle avait pas de réaction
 195 assez tonique et tout ça mais bon apparemment à la naissance non tout va bien chez votre enfant
 196 et en fait un an après on l'a revu en kiné respi aussi et en fait non elle a vraiment un syndrome
 197 avec un déficit moteur et potentiellement mental, je sais pas qu'est-ce qu'elle est devenue cette
 198 petite mais, et elle en fait on lui a fait la kiné respi normal douce sans sans sans s'acharner et au
 199 moment où on la relevé elle a fait un (mime la réaction) il y a des réactions en fait qui sont pas

200 normales, c'est à dire que si l'enfant réagit bien ça va s'il y a des trucs qui réagissent pas normal
201 ou si heu s'il arrête de respirer (rire) bon là là y a le samu. Toute façon t'appelles le coordinateur
202 du samu et on te l'envoie.

203 I : Ça marche. Donc finalement en technique respiratoire qu'est-ce qui vous semble vraiment
204 indispensable dans dans une séance ?

205 K : Très franchement j'essaie d'apprendre à moucher aux parents. Parce que déjà si tu leur
206 apprends à moucher en temps normal, ça n'arrive pas la bronchiolite, enfin si parce que c'est un
207 virus donc si le chope et le chope mais les conséquences seront moins graves. Si tu arrives à
208 moucher bien ton enfant avant chaque repas, avant chaque dodo, au réveil de chaque dodo, si
209 tu le surélèves un peu pour qu'il respire mieux pour machin et tout en fait au final ton enfant
210 oui il a peut être une bronchiolite bon après c'est un virus et c'est chiant et il faut quand même
211 le traiter et voilà mais euh en fait les médicaments et le mouchage et tout ça ça va suffire parce
212 qu'au final vraiment le moment enfin les enfants ils arrivent à tousser, tu vois le le fait de les
213 aider à tousser c'est parce que là y en a trop et qu'en fait on, mais moi je pense que réellement
214 ce qu'il faut c'est juste apprendre aux parents à moucher quoi. Après c'est con on aura moins de
215 travail, il y aura moins de bébé (rire)

216 I : Faut voir ce qui est utile

217 K : Mais après en même temps ils vont pas aller chez le médecin tous les jours pour voir que
218 l'état de leur enfant va mieux donc au final on coûte moins cher qu'une consultation médecin
219 (rire) faut voir ce que veut la sécu

220 I : donc vous parliez de la famille euh souhaitez-vous que que la famille ou ça peut être
221 l'entourage pas forcément le père ou la mère, assiste à chaque séance ?

222 K : Eh oui c'est un enfant.

223 I : D'accord

224 K : Eh ouai. En France toujours avec un parent

225 I : Toujours. Alors est-ce que c'est par obligation ou il y a d'autres raisons ? par obligation parce
226 que c'est un mineur, c'est un nourrisson ou il y a d'autres raison

227 K : c'est un mineur, c'est un nourrisson et dans le meilleur des cas tu tombes sur des parents
228 normaux. Le problème c'est que y a pleins de parents qui sont pas normaux et y a plein de
229 parents qui tu vois genre c'est couillon tu fais une séance respi la mère elle veut pas rester moi
230 je m'en fous ça elle s'assoit là sur la chaise elle attend. Parce qu'en fait tu fais la séance respi
231 derrière autant le gamin il va décompenser, t'en sais rien pourquoi

232 I : Ouai

233 K : On va attaquer le kiné, enfin la mère va attaquer le kiné il a fait la séance de kiné respi il a
 234 décompensé derrière. En fait si y a rien qui s'est passé pendant la séance je vais dire ben vous
 235 avez vu la séance avec moi hein j'ai rien fait de foufou, votre enfant il s'est pas mis à convulser
 236 machin nanana fin donc déjà c'est plus compliqué à attaquer. Tu sais pas si le gamin il s'est pas
 237 casser la gueule chez la nounou l'après-midi si elle l'a pas laissé sur la table à manger et qu'il
 238 est pas tombé, t'en sais rien.

239 I : C'est une sécurité

240 K : Ouais parce que c'est vraiment enfin la respi chez un enfant, il y a même des gamins qui
 241 meurent de bronchiolite tous les ans, c'est quand même un truc qui est quand même voilà quoi
 242 tu toi tu peux pas tuer l'enfant à part si tu t'assois dessus mais tu peux pas le tuer mais en même
 243 temps les parents pour eux, ils pensent que tu peux tuer leur gosse. Donc même si ça lui plaît
 244 pas de me voir lui faire de la kiné respi, elle reste là déjà 1) parce que son enfant il a besoin
 245 d'elle, il a besoin de voir que maman elle est là, et elle a pas lâchement abandonné parce qu'elle
 246 peut pas supporter de voir ben non ton gosse il est là. Il faut être avec son enfant. Eh oui,
 247 toujours les parents. Bon les parents, la nounou ce que tu veux mais heu moi je préfère la mère

248 I : pourquoi ?

249 K : Parce que la mère c'est câlin

250 I : Ok figure maternelle quoi

251 K : Bah enfin on va dire que le, enfin après ça ça dépend des gosses mais en général c'est la la
 252 maman le le parent référent, le truc dont tu fais queee, le parent avec lequel ils font toutes les
 253 bêtises possibles parce qu'ils savent que même quand tu leur hurles dessus tu les aimes

254 I : (Rire)

255 K : C'est forcément la mère le parent référent mais bon après ça peut être quelqu'un d'autre je
 256 sais ça dépend un peu de l'environnement familial mais il faut qu'en fait l'enfant il se sente en
 257 confiance en fait, c'est même s'il hurle il voit qu'il y a maman enfin il voit qu'il y a ce parent et
 258 il voit qu'en fait du coup il risque rien. Après en soit il a 3 mois ou 4 mois enfin il.. mais en fait
 259 c'est con et il comprend quand même des choses hein même à 4 mois ils sont pas complètement
 260 stupides hein c'est pas que des incérébrés voilà (rire)

261 I : Alors là tout à l'heure vous m'avez parlé que vous étiez, je sais pas si vous l'êtes toujours,
 262 mais que vous étiez dans un réseau

263 K : oui bah ici aussi, j'ai changé de réseau parce que j'ai changé d'endroit mais oui ici je suis à
 264 « X »

265 I : Actuellement

266 K : Pour cette saison oui. L'année dernière j'étais en « X » donc j'étais ailleurs

267 I : C'était un autre réseau mais vous faisiez partie d'un réseau bronchiolite

268 K : J'ai toujours fait partie d'un réseau ouai

269 I : Et quels sont les objectifs de ces réseaux bronchiolite dans la prise en charge globale de ce

270 patient

271 K : Et bah c'est éviter heuuu, en fait la dans la prise en charge globale du patient en fait ça va

272 être de faire la continuité des soins les week-ends. On va dire. C'est vraiment voilà et après ça

273 permet aussi aux médecins qui prescrivent heu là du coup c'est à partie médicale, mais aux

274 médecins qui prescrivent de la kiné respi, euh pas tous les kinés font de la kiné respi parce que

275 déjà 1) un enfant 2) de la respi (rire). En fait ça leur permet à eux médecins d'appeler le réseau

276 pour savoir qui sont les kinés qui font la kiné respi dans le secteur où habite le patient.

277 I : Donc ça entretient une relation ?

278 K : Bah ça c'est surtout que ça permet aux prescripteurs, pour le celui qui se fait un peu chier

279 de dire aux patients bah voilà là vous avez des kinés par là enfin à lui de se renseigner en amont

280 de la crise quoi il va pas appeler à chaque fois qu'il y a un patient qui arrive avec une bronchiolite

281 quoi mais à lui de se renseigner en amont que autour de son cabinet il y a peut-être 2 ou 3 kinés

282 qui font de la kiné respi. Euh après limite lui voir s'il veut pas appeler les kinés pour leur

283 demander si quand lui il a des respi machins il peut pas les prendre direct derrière enfin en

284 fonction depuis quand a bouffer le gamin, parce que tu fais une respi après avoir bu son Bibi ça

285 va pas le faire (rire). Voilà mais c'est vraiment une continuité des soins c'est même pas

286 désengorger les urgences parce qu'en soit si leur gosse il doit terminer aux urgences il y

287 terminera, mais ça permet en fait une continuité des soins et une surveillance sur le week-end

288 I : Ok. Du coup quelles sont les différences entre un kiné qui prend en charge ces patients

289 bronchiolite hors réseau, d'un kiné kiné qui prend en charge ces bronchiolites et qui est dans un

290 réseau.

291 K : Aucun. Y'en a un quiii y'en a un qui veut faire du social et qui a envie de se faire chier le

292 week-end et l'autre pas (rire). Non mais il y en a aussi qui prennent des kinés respi et qui sont

293 pas dans un réseau et qui le week-end ouvrent pour leur kiné respi, ça existe aussi

294 I : D'accord

295 K : Tu vois ça dépend, y a pas de différence en fait c'est juste que ça dépend si t'as envie d'avoir

296 d'autres patients, d'autres heuuu pfff après y a pas grand monde qui veut prendre des kiné

297 respi...

298 I : Mais est-ce que pour vous il y a un bénéfice au kinésithérapeute à participer à ce réseau ?

299 K : Bah le bénéfice à participer dans ce réseau c'est que tu vois d'autres kinés qui font des kinés

300 respi et que du coup toi potentiellement toi si un jour t'as un patient, qui est dans un secteur où

301 toi tu vas pas où machin bah tu peux renvoyer sur un de tes confrères, sur un de... Ou admettons
 302 toi t'es censé travailler puis finalement tu travailles pas et tu fin tu veux pas les laisser bah tu tu
 303 les dis bah allez voir tel ou tel confrère. Après c'est sympa tu fais des soirées réseau tu bois du
 304 champagne (rire)
 305 I : (rire)
 306 K : mais faut pas le dire chut (rire)
 307 I : (rire)
 308 K : mais franchement c'est purement faire partie du réseau mais je pense qu'en fait tous tous
 309 ceux qui font partie des réseaux c'est ça, tu le fais parce que déjà 1) t'as un avantage financier
 310 parce qu'on te paye ta garde
 311 I : D'accord
 312 K : Je sais pas combien enfin ici je sais pas combien c'est, en « X » c'est 30€ le jour en plus de
 313 ta séance en plus de ce que tu factures au patient. Donc tu payes ta garde mais enfin t'es payé
 314 pendant ta garde donc y en a qui le font pour ça, après je pense y en a qui le font juste parce que
 315 ils ont été parents et que ils se disent heu c'est tellement galère (rire)
 316 I : ouai il y a un retour d'expérience sur son propre vécu
 317 K : bon après moi je l'ai fait avant même d'être parent mais et puis moi les miens enfin ma fille
 318 elle a fait une bronchiolite à un an et c'est tout mais ...
 319 I : ok ok et comment vous qualifieriez le lien que vous avez avec votre prescripteur ?
 320 K : **Ca dépend si je le connais ou pas. Celui qui me prescrit de la kiné respi que je connais**
 321 **ni d'Eve ni d'Adam je m'en fou**
 322 I : ouais
 323 K : Non mais c'est vrai (rire). **Et celui que je connais bah ok je le connais c'est cool je vais dire**
 324 **Ah j'ai vu ton bébé. En vrai ce que je connais avec qui je m'entends bien, je leur envoie un petit**
 325 **message gentillé genre j'ai eu ton bébé ça va pas du tout ou j'ai vu ton bébé ça va à mon avis on**
 326 **est pas mal**, mais celui que je, en fait ça dépend le truc de passer par un réseau aussi c'est que
 327 t'as des gens que tu connais pas parce que en fait tu connais les prescripteurs de ton quartier.
 328 Y'en a avec qui tu t'entends bien, y'en a avec qui tu t'entends pas bon ... quand tu passes par
 329 un réseau t'as des prescripteurs de toute la ville parce que y a pas des kiné partout dans la ville
 330 et enfin pas tout le monde est de garde dans la ville et là bah du coup ... toute façon quand bien
 331 même t'enverrais un truc au médecin il en a rien à foutre ... Parce que même les médecins que
 332 tu connais tu leur envoie un petit texto genre ouais j'ai vu ton bébé que tu m'as envoyé en
 333 urgence machin, c'est cool il va bien, il va te répondre OK ... donc voilà enfin bref ou c'est pas
 334 cool j'ai adressé au samu parce que là ça puait et 48 h après ça pue encore, mais voilà donc lui

335 tu l'avertis de parce que c'est son médecin traitant, après tu sais même pas si la nana que
336 l'ordonnance qu'elle a c'est pas le médecin qu'elle est allée voir chez « X » ou là, rue « X » ou
337 enfin genre un médecin qu'elle connaît ni d'Ève ni d'Adam qui suit jamais l'enfant enfin, il y en
338 a pleins aussi. Il faut savoir si le médecin déjà qui prescrit c'est le médecin traitant ou pas, si le
339 médecin traitant oui, si c'est pas le médecin traitant t'en à rien à faire. Parce que le médecin qui
340 est pas traitant qu'elle est allée voir chez « X » ou rue « X » là compagnie ... c'est des médecins
341 qui font des permanences de soins, qui sont ouverts tous les jours de 06h00 à 22h00, son
342 médecin ne travaillait pas, ou elle en peut-être même pas, elle a dit tiens je vais aller là et ils
343 reverront jamais le gosse donc en fait ça sert à rien parce qu'autant même là ils sont allés voir
344 le samedi ils vont voir à « X » un médecin parce qu'ils viennent il est pas bien, il prescrit kiné
345 respi, je fais de la kiné respi, le lundi il va toujours pas bien il va voir un autre médecin, elle va
346 avoir le sien ou heu ... donc en fait au final il y a même pas de lien et autant elle est même
347 capable de même pas dire qu'elle avait déjà vu un médecin le samedi

348 I : Quand vous dites médecin traitant pour l'enfant c'est le médecin généraliste ou le pédiatre ?
349 K : C'est pas le pédiatre le médecin traitant, c'est toujours le médecin généraliste. Après moi
350 mes enfants ils sont suivis par exemple tu vois, moi j'ai mes enfants ils sont suivis par, ils ont
351 un médecin traitant mais ils voient que le pédiatre, mais le médecin traitant est toujours le
352 généraliste. Et le médecin généraliste en fait, le médecin traitant à tous les comptes rendus du
353 pédiatre.

354 I : D'accord !

355 K : Mais ils voient jamais le généraliste, ils vont le voir que si le pédiatre n'a pas de place

356 I : Si le prescripteur finalement c'est le pédiatre heuu

357 K : Ça dépend si la mère a eu un rendez-vous chez le pédiatre parce que vu qu'il était malade
358 elle a pris rendez-vous chez le pédiatre alors que d'habitude elle va voir son médecin traitant

359 I : Vous vous referez toujours au médecin traitant

360 K : ouais

361 I : Ok et est-ce que au niveau de ce lien avec ce médecin, est-ce que ça change quelque chose
362 de participer au réseau bronchiolite ?

363 K : Pas du tout

364 I : Non

365 K : Bah non parce que c'est en général c'est ... **quand tu participes dans un réseau c'est**
366 **jamais les médecins que tu connais qui prescrivent (rire) donc y a pas de lien**

367 I : (rire) okk heu ...

368 K : En gros c'est comme un service d'urgence tu prends les kinés respi des autres cabinets qui
369 travaillent pas ce week-end en gros hein c'est ça. Plus ceux qui sont rajoutés samedi dimanche
370 et qu'il faut trouver une kiné respi rapidement.

371 I : Oui

372 K : Et en gros tu prends les kinés respi du des gens qui prennent vendredi, qui veulent pas se
373 faire chier samedi dimanche, donc tu récupères cela plus tu vas récupérer les 2-3 bronchiolites
374 qui traînent du samedi du dimanche

375 I : En fait vous avez vos patients bronchiolites plus finalement des patients que vous récupérez
376 parce que ...

377 K : En fait c'est quasiment que des patients que tu récupères

378 I : Sauf la semaine !

379 K : La semaine c'est les tiens, si tu en a. Et le week-end c'est ceux des autres, plus ou moins les
380 tiens

381 I : Finalement ...

382 K : parce que toi en général les tiens sauf celui qui arrive le vendredi t'essaies de les faire sortir
383 le week-end tu vois

384 I : Finalement vous avez plus de patients ...

385 K : Étrangers. En fait ils arrivent le samedi le dimanche

386 I : le week-end

387 K : Oui mais c'est des non t'as pas plus le week-end mais ça dépend mais en gros le samedi et
388 le dimanche tu vas avoir un patient, qui a déjà peut être eu même des une ordonnance mais qui
389 va ou qui même qui va te dire écoutez je viens chez vous le samedi dimanche parce que le kiné
390 à côté de chez moi est fermé mais par contre j'ai rendez lundi. En fait c'est vraiment en fait tu
391 fais vraiment des soins courte durée quoi. Quand t'es dans un réseau c'est vraiment tu prends et
392 puis soit t'es dans le même secteur que lui il te gardent, soit il a déjà prévu quelqu'un parce qu'il
393 est plus loin ou plus machin et en fait ça tu rends son ordonnance et c'est fini. **C'est des services**
394 **d'urgence en fait, tu fais vraiment de la continuité de soins,** il y a pas de lien à avoir avec la
395 mère, l'enfant, le machin enfin c'est pas un gamin que tu reverras ou ... parce qu'autant il arrive,
396 bon ici je sais pas trop où je je vais voir comment ça se passe, ça a commencé là récemment
397 mais je suis pas encore de garde mais moi là où j'étais en « X » les gens ils arrivaient à 60 km,
398 donc effectivement il va pas revenir me voir le lundi, il va prendre un kiné à côté de chez lui.

399 I : Ouai ... ok

400 K : Quand j'habitais à Paris moi je travaillais dans le 19^e, y a des gens qui arrivaient du 94 donc
401 01h30 de route ou 01h30 de transport pour venir le dimanche trouver un kiné donc évidemment

402 que le lundi ils vont pas rester au cabinet. Ils étaient content de trouver un cabinet le dimanche
403 mais bon on va peut-être pas faire 3 h de transport en pleine semaine quoi et tous les jours. Et
404 en fait quand t'es de garde c'est ça c'est que là je sais pas du tout enfin ici je sais pas parce que
405 du coup j'ai pas encore été de garde donc je vois pas comment ça se passe mais j'imagine bien
406 que ici tu vois tu vas avoir peut-être un kiné sur « X », un kiné sur « X », un kiné sur « X » et
407 bah du coup le mec qui habite à « X » si y a pas de kiné à « X » qui est pas de garde il va
408 descendre sur « X » et je t'assure que le lundi il va aller chercher un kiné à « X ». Après c'est
409 un enfant les parents ils vont forcément descendre, ils descendent tous les parents là pour le
410 coup ils sont en week-end en plus ils travaillent pas ils ont pas de problème de contrat de machin
411 euh ils vont forcément y aller mais par contre le lundi ils vont repartir chez eux donc **en fait**
412 **t'as pas t'as pas de lien avec le prescripteur parce que tu le connais pas parce que bah déjà**
413 **t'exerces pas à Vence, t'as pas de lien avec le kiné du d'avant parce que voilà quoi je sais**
414 **pas il a fait son travail et t'as pas le lien après** parce qu'en fait au final **toi t'es juste là pour**
415 **faire vraiment de la continuité de soins.**

416 I : Et avec quels moyens vous kiné, vous participez ou pas, à l'amélioration de l'état de santé de
417 ces nourrissons, de sa qualité de vie ...

418 K : **Bah si tu le désencombres il mange,** si tu respires tu manges, si tu respires tu bois,

419 I : ... et limiter les signes de gravité

420 K : Bah si il mange il maigrit pas, il reprend du poil de la bête, le problème le premier problème
421 chez un enfant qui a une bronchiolite c'est pas tant la respi c'est la perte de poids, ils sont pas
422 déjà pas très gros à cet âge là et en fait ils sont hospitalisés dans 90% parce que ya une perte de
423 poids avant même que ce soit une bronchiolite atroce et stade je sais pas quoi parce qu'il y a
424 une perte de poids avant même que ce soit une bronchiolite atroce et heu stade je sais pas quoi
425 là, c'est parce que y a une perte de poids, **donc en fait si je leur débouche bien le nez, ils**
426 **mangent, si tu les vides un peu de leurs glaires, ça reste dans l'estomac il y a pas de perte de**
427 **poids, tant qu'y a pas de perte de poids tout va bien.** Et va manger quand t'es enrhumé t'as pas
428 faim, si tu as le nez boucher t'as pas envie de manger, t'as pas envie de boire,

429 I : Ah oui ça c'est sûr même adulte (rire)

430 K : (rire) Donc **en fait si tu leurs débouche le nez ils ont envie de manger.** T'as le nez bouché
431 t'es allongé, dormir c'est compliqué, tu lui débouche le nez avant de dormir tu le surélève un
432 peu nickel il dort, bébé dort maman dort tout le monde est ravie, je dis maman parce que papa
433 en général ça dort et ça entend pas (rire)

434 I : (rire)

435 K : c'est du vécu

436 I : Alors vous m'avez dit que vous aviez pas trop de liens finalement avec le médecin référent,
 437 est-ce que vous avez un lien avec le kiné qui peut prendre en charge cet enfant la semaine que
 438 vous vous recevez le week-end ?

439 K : Si c'est lui qui appelle oui ! Si c'est les parents non

440 I : D'accord et le fait d'avoir cette association ...

441 K : Je vais pas l'appeler le week-end hein (rire)

442 I : oui (rire) ... le fait d'avoir cette association donc kiné en semaine, kiné de réseau et médecins,
 443 quelle quel rôle jouent-ils dans cette organisation sanitaire des soins ?

444 K : Eh ben y en a un qui prend sur le moment quand le médecin prescrit, le médecin voit le le
 445 bébé le bébé le médecin se décharge sur le kiné hein parce qu'en fait il pourrait aussi apprendre
 446 aux parents à moucher l'enfant, ça prend du temps ça va pas (rire) avec leur cotation à 25€ ça
 447 va pas (rire) heu non ouais blague à part, heu parce qu'en en vrai franchement si le médecin
 448 mouchait le bébé que ce soit bien clair, si le médecin faisait un mouchage à l'enfant déjà, quand
 449 il le voyait sur le moment, t'as pas besoin de courir chez le kiné tout de suite, tu pourrais attendre
 450 le lendemain

451 I : Ouai ok

452 K : Aors que là en vrai c'est aaah il a une bronchiolite vite faut que j'appelle le kiné faut trouver
 453 une séance pour ce soir, donc déjà si le médecin il mettait un peu du sien hein mais bon bref on
 454 va zapper le côté médecin Dieu là heu en gros le médecin prescrit, le premier kiné qui a de la
 455 place que les parents appellent, parce qu'en c'est toujours les parents qui se démerdent c'est ça
 456 qui est problématique, les parents appellent ils trouvent une place chez le kiné cool ... Ah pas
 457 cool travaillent pas le week-end et le kiné s'il sait qu'il y a un réseau qui fait de la kiné respi il
 458 va appeler le réseau en disant voilà j'ai un bébé qui est le kiné de garde OK on lui donne le
 459 numéro il va appeler le kiné, soit il appelle le kiné, soit il a pas envie de se faire il donne le
 460 numéro à la mère, la mère ou le kiné t'appelles en disant voilà il y a un bébé à prendre machin
 461 demain voilà

462 I : **Enfinement il y a plus de liens entre kiné que kiné-médecin ?**

463 K : **oui ... oui tout à fait y a pas de lien avec les médecins**

464 I : quelles sont les raisons pour vous ?

465 K : De quoi ?

466 I : De ce lien qu'il y a entre kiné mais de ce lien non existant selon vous entre médecins et le
 467 kiné, que ça soit kiné de semaine ou kiné de réseau

468 K : Tu connais beaucoup de médecins qui quand ils s'installent ils vont voir les kinés pour voir
 469 salut je m'installe à côté de chez vous ?

470 I : Heuuu non

471 K : Nan ! toi quand t'es kiné que tu vas t'installer tu vas faire le tour des médecins, tu vas dire

472 Bonjour, tu vas aller te présenter, tu vas machin, tu vas bidule après tu peux te mettre en relation

473 avec les kinés, parce que moi les médecins que je connais c'est parce que soit c'est des gros

474 prescripteurs, soit c'est parce que je leur fais des coups de bluff à leur montrer que leurs patients

475 a une fracture alors qu'il avait pas vu et du coup tu remontes dans leur estime et du coup là ils

476 s'intéressent à toi, et là ils discutent avec toi. Sinon les médecins ils savent même pas ce que tu

477 fais en kiné

478 I : Ok

479 K : D'ailleurs ils savent pas ce que tu fais en kiné respi hein, c'est pour ça que la moitié AH la

480 HAS a dit plus de kiné respi on écoute la HAS ... non mais ils savent même pas ce que tu fais

481 I : Non mais je comprends ce que ce que vous voulez dire ouai

482 K : on arrête la kiné respi sur la bronchiolite super tu sais pas ce qu'on fait ! Même la HAS

483 visiblement sait pas ce qu'on fait donc (rire). Non mais voilà enfin c'est stupide pas fin stupide

484 mais ... T'as pas de lien moi franchement mes médecins prescripteurs à moi que j'ai en temps

485 normal sur d'autres pathologies sur d'autres trucs, oui ou même des copains de ce que je vous

486 ai dit enfin c'est pas bien faut faire du copinage mais vos amis qui sont actuellement en

487 médecine et qui vont passer interne et qui après seront médecin généraliste, pédiatre ou j'en sais

488 rien là ces lien là oui parce que lui tu peux l'appeler, tu peux discuter et tout. C'est hyper

489 intéressant de discuter avec un médecin faut-il encore que le médecin ait envie de discuter avec

490 toi. Moi j'ai envie de discuter avec tous les médecins de leur cas de leur patient, il y a plein de

491 médecins ils en ont rien à secouer, ils ont autres choses à faire, ils ont déjà 60% de leur temps

492 c'est de faire de la paperasse là de scanner des des trucs et des machins et des comptes rendus

493 et des trucs de labo et compagnie, ils en ont rien à faire, Ah oui super là, moi je moi je suis enfin

494 je suis bête je sais pas ... je suis bête mais moi je prends en charge les patients quand je les

495 prends en charge à un mois de la prise en charge j'envoie un message au médecin un mail, un

496 courrier enfin ce que je ce que j'ai sous la main pour leur écrire, en leur parlant des patients que

497 j'ai en charge qui sont prescrits par eux ... Y'en a combien qui me répondent à ton avis ?

498 I : Bah très peu j'imagine ...

499 K : J'en ai 2 c'est beau et encore 2 c'est parce que c'est des copains, ils me repondent par texto

500 mais voilà mais en fait du coup toi tu te dis tu vois tu dis ouais ou des bilans au départ on avait

501 ça, on a fait ça ça ça et ça aujourd'hui on en est là, moi je parle de vieux en plus en ce moment

502 donc mais sur des vieux sur des vieux aussi tu peux progresser, allez ça peut pas être mirobolant,

503 on va pas recommencer à marcher si ça fait 5 ans qui marche pas, mais y a des trucs où oui c'est
504 plus droit enfin ...

505 I : En fait même dans le cadre de bronchiolite ...

506 K : Mais dans le cadre de bronchiolite si tu dis voilà j'ai pris, à part tes copains et qui tu as dit
507 ouais putain j'ai pris ton petit effectivement il est moche je le revois demain matin je le revois
508 demain soir, s'il passe le week-end c'est bon on peut éviter l'hospitalisation mais sinon ça va
509 être galère mais en fait et surtout cela c'est vraiment c'est même pas du chronique c'est vraiment
510 de l'aigu vraiment pur aigu, sur de l'aigu tu vas lui dire j'ai vu le petit il était encombré machin,
511 et y a des fiches déjà toutes faites je sais pas si « X » ils en ont pas déjà, faudrait que je m'y
512 intéresse mais genre « X » là à « X » c'était géré par « PRENOM NOM », « X » il y avait une
513 fiche de transfert en fait à transmettre si jamais tu appelais le samu, tu peux l'envoyer au
514 médecin traitant, le médecin traitant il en a rien à secouer, avec écrit signe clinique machin
515 nanan hein ils en ont rien à foutre, enfin ils ont pas que ça à lire, de toute façon je le sais que tu
516 as fait de la kiné respi je t'ai demandé de le faire voilà. Il n'y a pas de lien, surtout pas là-dessus
517 parce qu'en plus il y a des trucs tellement aigus en général au bout de 3-4 jours tu les as plus les
518 gosses et puis eux ils revoient pas non plus donc ... puis pour peu que ce soit même pas eux
519 qui enfin que ce soit même pas un vrai patient à eux dans le sens où c'est pas un patient qui voit
520 souvent, ils s'en foutent

521 I : Eh bien j'ai abordé à peu près tout ce que je voulais, c'était assez complet. Juste pour finir en
522 quelques mots, vous kinésithérapeute quelles sont vos attentes globales de cette prise en charge
523 du nourrisson dans ce secteur ambulatoire ? Qu'est-ce que vous attendez d'un kiné, du médecin
524 ...

525 K : Moi ?

526 I : Oui

527 K : Juste qu'ils apprennent aux parents à moucher le gosse (rire) ... En fait faut vraiment
528 éduquer les parents enfin après pour la la santé publique pour arrêter de dépenser inutilement
529 de l'argent hein même si moi ça me rapporte beaucoup de sous, mais heu il faut vraiment que
530 les parents ils apprennent à regarder les signes cliniques, les à quel moment faut s'inquiéter ou
531 pas, et en fait les parents aujourd'hui ils sont tellement on va dire dressés, on leur apprend
532 tellement à Ah il faut faire ça il faut faire ça faut-il y a des cours pour être parent quoi enfin,
533 alors qu'en vrai tu sais très bien quand ton enfant il va pas bien donc il faut s'écouter aussi en
534 tant que parents, mais il faut leur apprendre les gestes techniques du style le mouchage,
535 l'alimentation quand toi t'es pas bien bah lui aussi il est pas bien donc il est pas obligé de boire
536 son bibi de 180, tu peux lui faire 160 et puis reposer 60 2 h après et puis heu ... en fait le le

537 bébé c'est pas un nourrisson sans ...enfin c'est un être quoi. Faut aussi que les les gens prennent
538 conscience que l'enfant c'est l'enfant. C'est un enfant mais c'est ça vie un enfant. Donc voilà
539 I : D'autres choses à rajouter ?
540 K : Non
541 I : C'est tout ?
542 K : ouai c'est tout !
543 I : On termine l'entretien alors et je vous remercie
544 K : Je t'en prie

Entretien N° 10

1 I : Donc vous vous recevez ces nourrissons pour première bronchiolite, tout simplement
2 comment se passe votre prise en charge ?
3 K : Heu bah très simplement, alors alors, déjà ce qu'il faut savoir je sais pas si ça va t'intéresser
4 mais je pense que c'est intéressant quand même, c'est que je fais partie du réseau «X » qui
5 justement oriente, des heu, lors des gardes des nourrissons qui sont atteints de bronchiolite
6 voilà, donc ça veut dire que c'est des gens qu'on a en premier accès quoi, c'est pas des gens
7 qu'on a heu enfin en même temps quand tu les reçois aussi au cabinet c'est un premier accès
8 bon peu importe, en tout cas voilà on reçoit une bronchiolite et ce qu'on fait systématiquement
9 parce qu'avec « X » on a un bilan qu'on doit remplir par heu de façon informatique et ensuite
10 heuu qu'est-ce qu'heuu, bah on ausculte avec le stéthoscope qu'il y a là-bas, moi je, j'écoute les
11 bruits, je peux te montrer le bilan si tu veux hein
12 I : Hm
13 K : Attends je me mets dessus comme ça on n'oublie rien (cherche le bilan)
14 Voilà, alors tu vois par exemple on a mes fiches bilan, alors ça ce que j'avais fait avant, mais tu
15 vois on rentre nouvelle séance, la date, le prénom du gamin, tu as ensuite donc le sexe
16 évidemment, l'identité donc du, du médecin qu'il a il a envoyé, donc là c'est une pédiatre de
17 « X » que je connais, si c'est une pédiatre, un généraliste et cetera et cetera, le nombre de séances
18 qui sont prescrites, la date de l'ordonnance de la prise en charge donc moi je mets mon truc et
19 donc dans le bilan voilà ce qu'on fait donc son mode garde heu je demande toujours qu'est-ce
20 qui, s'il est à la crèche, si c'est une nounou et cetera et cetera, est ce qu'il est né à terme aussi, il
21 y a aussi beaucoup d'incidence là-dessus, s'il y a des fratries, s'il y a des parents fumeurs, gros
22 facteurs de risque aussi heu est-ce que les parents savent faire le DRP, alors ça moi de toute

23 façon je le montre systématiquement, qu'ils savent le faire ou pas, ça c'est obligatoire, après
24 est-ce qu'ils ont eu un traitement médical bon souvent ils ont plutôt des bronchodilatateurs,
25 parfois les médecins donnent les antibiotiques mais c'est très rare, est-ce que c'est un premier
26 épisode de bronchiolite ou pas voilà, donc voilà ce qu'on regarde !
27 I : Ok, j'avais déjà vu une feuille comme ça, j'avais déjà remplie dans mes stages où j'avais pu
28 voir des des enfants bronchiolite, donc j'imagine que cette feuille elle est commune à tous les
29 kinés du réseau ?
30 K : Ah oui, ah oui oui, elles sont partagées sur toute la région
31 I : ouai d'accord
32 K : C'est pas ça parce que je dois avoir encore un truc ... Oui voilà il y a ça et l'observation tu
33 vois j'avais mis pas de tirage, toux efficace et grasse, apprentissage du DRP donc ça je le mets
34 à chaque fois apprentissage du DRP et peut-être y a des trucs que j'ai pas rempli parce que c'était
35 paaas, mais il faudrait que je fasse un bilan pour te montrer là ... heuu (cherche) tu vois nouvelle
36 fiche voilà, donc tu rentres le truc et est-ce qu'il y a aussi un des traitements par nébulisateurs
37 hein aussi donc voilà, bon enfin on l'a un petit peu simplifié parce qu'avant c'était vraiment très
38 très compliqué, on regarde si ça, si ça siffle aussi hein c'est important, heu moi je demande aussi
39 s'il y a de l'asthme dans la famille, parce que très souvent quand il y a eu un petit épisode de
40 bronchiolite, souvent après ils font de l'asthme, bon c'est pas non plus, c'est c'est ça ça ça peut
41 arriver
42 I : Est-ce que vous vous les voyez hors garde, c'est à dire est-ce que la semaine vous en recevez
43 K : oui, oui, j'en ai pas mal parce que les médecins savent autour que j'en fais et que je suis
44 quasiment le seul autour du coin donc il me les envoie. Souvent ce n'est pas forcément des
45 bronchiolites hein qu'on soit bien clair, c'est une pathologie respiratoire.
46 I : Ça a été diagnostiqué par le médecin et c'est écrit finalement bronchiolite
47 K : C'est écrit bronchiolite mais ...
48 I : Mais vous à votre bilan vous retrouvez pas toujours ça
49 K : oui parfois c'est pas ça
50 I : Ouai ok. Heu en termes d'actes techniques, de technique respiratoire, qu'est-ce qui vous
51 semble être indispensable lors d'une séance ?
52 K : pour la bronchiolite hein on est d'accord ?
53 I : Oui premier épisode de bronchiolite
54 K : Je, je sais pas si c'est vraiment la technique pure qui est vraiment le le plus important.
55 Moi je pense que c'est vraiment de l'apprentissage des parents vraiment. Et notamment le DRP,
56 parce que on se rend compte énormément, enfin je le vois dans les gardes hein, les parents ne

57 savent pas, faire le DRP, ils savent pas enfin je veux dire, donc du coup, moi je leur montre
58 bien, je leur dis vous mettez sur le côté, vous mettez la narine supérieure, allez-y deux, deux
59 pressions, vous mettez de l'autre côté, et même je le laisse faire, s'ils n'ont jamais fait, je leur
60 dit faites-le je vous contrôle, alors le bébé il en peu plus quoi mais c'est pas grave, au moins
61 voilà. Après on a plus une mission de contrôle à mon avis, et de surveillance plus que de
62 traitement. Alors après des fois quand y a des grosses bronchiolites bon on envoie à l'hôpital,
63 mais heu moi ça m'est pas arrivé d'envoyer à l'hôpital pour le moment
64 I : D'accord
65 K : Mais heu, enfin je dis pas qu'on a pas un traitement qui est mauvais, mais mais je dis juste
66 que, moi je je je pense qu'il faut vraiment être plus sur du préventif, plus sur de la pédagogie,
67 plus sur de l'apprentissage de, des bons conseils d'hygiène de vie que sur la technique pure.
68 Et c'est ce qui est recommandé par la HAS hein.
69 I : oui, oui tout à fait.
70 Selon vous le fait que les parents ils ne savent pas vraiment réaliser le DRP, c'est un manque
71 d'information ? c'est un manque de d'éducation par le pédiatre ? peut-être que le pédiatre n'a pas
72 le temps de le faire ?
73 K : Oui oui moi je pense que c'est clairement un manque d'information que ce soit le pédiatre,
74 que ce soit la PMI, que ce soit n'importe quelle structure hein on leur montre vite fait et puis le
75 parent a dit ouais c'est bon j'ai compris, il arrive à la maison il sait pas le faire voilà, alors bon
76 après y a des petits tutos sur youtube mais enfin c'est mieux, moi ce que je fais je lui dis, vous
77 l'avez jamais fait, je vous montre tac je le fais et après ils le font.
78 I : Justement pour vous la famille c'est indispensable de l'avoir en séance ?
79 K : Bien sûr, ah bah bien sûr. Toute façon on peut, on peut pas recevoir un bébé seul
80 I : Oui oui déjà légalement
81 K : Mais mais effectivement oui la famille, alors très souvent ils viennent le père et la mère,
82 parce qu'ils sont comme ça (geste de la peur), donc voilà mais c'est très bien, moi je suis content
83 parce que au moins il y a de l'apprentissage, alors je leur pose la question, est-ce que vous
84 fumez à la maison, est-ce que vous l'emmenez dans des endroits où il y a de la fumée ou est-ce
85 qu'il y a des chiens, est-ce qu'il est allergique et cetera, enfin tous ces trucs qu'il faut quand
86 même aseptiser quoi, est-ce que vous aérez chez vous enfin voilà toutes ces petites choses de
87 conseil d'hygiène de vie
88 I : Et il y a des bons retours de parents, de famille qui avaient peut-être peur de faire ces
89 séances ?

90 K : Heuu alors des bons retours j'en sais rien parce que c'est des c'est, oui alors, il y a 2 aspects.
 91 C'est, c'est surtout que c'est des épisodes aigus, quand on est avec « X » c'est des gens qui
 92 viennent pas forcément du coin, donc moi je les revois pas après. Heu ceux que j'ai ici heu
 93 souvent quand ils refont un 2e épisode de bronchiolite je les ai hein et donc bon oui ils
 94 reviennent bien sûr. Mais bon voilà après c'est, c'est pas enfin on vient pas me dire ah c'est super
 95 ce que vous avez fait quoi tu vois ce que je veux dire, mais je pense qu'ils sont mieux. Après je
 96 les vois, alors s'ils ont pas de kiné des fois ils reste avec moi, bon je les prends y a pas de
 97 problème **mais je leur dis maintenant j'ai plus besoin de vous voir ça va mieux et cetera, vous**
 98 **continuez le DRP et cetera.** Honnêtement, je ne vais jamais jusqu'à 5 séances pour une
 99 bronchiolite hein

100 I : Oui on m'a dit j'ai également c'est 6 séances

101 K : oui ils mettent 5-6 séances les médecins, aller 4 ça suffit

102 I : De toute façon c'est votre diagnostic, votre bilan, votre évaluation qui vous l'indique

103 K : Exactement, exactement. **Et chaque fois tu évalues, tu regardes, tu écoutes voilà tu fais**
 104 **tousser, tu regardes si la toux est efficace enfin voilà**

105 I : Donc finalement selon vous les qualités essentielles du kiné dans cette prise en charge
 106 efficace du nourrisson pour les résumés qu'est-ce que ça serait ?

107 K : une qualité essentielle du kiné ?

108 I : Oui

109 K : **Je pense qu'il y a beaucoup de pédagogie. Je pense qu'il y a, il y a aussi beaucoup, de, il faut**
 110 **quand même être à l'écoute des gens, faut être, faut être aussi dans un souci de prévention hein**
 111 **toujours hein, essayer de de savoir un petit peu pourquoi ils ont eu, pourquoi il a chopé la**
 112 **bronchiolite, est-ce qu'il était en collectivité qu'il a tous les gamins qui avaient la bronchiolite**
 113 **du coup il l'a récupéré enfin voilà heuu et et puis c'est, c'est pas vraiment technique hein**
 114 **vraiment moi je je je trouve que c'est, on a on a pas ce ce cet aspect technique là, c'est plus**
 115 **de la surveillance voilà. Si on les avait pas en cabinet, ils seront aux urgences, et ça veut dire**
 116 **que ça encombre les urgences. Donc on est en relais des urgences pendant un temps précis pour**
 117 **surveiller le gamin et si ça va pas bah à ce moment-là on l'oriente il va à l'hôpital voilà.**

118 I : Très bien

119 K : **Après au niveau technique j'en fais aussi hein, des techniques d'accélération du flux**
 120 **expiratoire c'est quand vraiment ils sont vraiment très encombrés, j'en fais encore un peu, mais**
 121 **ça reste de l'accompagnement et et et et ça reste du confort aussi**

122 I : Pour l'enfant et pour la famille ?

123 K : Ouais surtout pour la famille (rire), non mais pour l'enfant aussi bien évidemment (rire)

124 I : Donc du coup vous m'avez parlé « X », que vous faites partie de ce réseau, quels sont les
 125 objectifs d'un réseau bronchiolite que ça soit celui-là ou un autre réseau dans la France ?

126 K : Bah le réseau bronchiolite en particulier c'est la prise en charge des enfants qui sont atteints
 127 de bronchiolite tout simplement et surtout prendre le relais des urgences enfin c'est surtout ce
 128 qui a été, alors je peux t'en parler puisque je suis dans la gouvernance de « X », le le, on a signé
 129 si tu veux avec l'ARS, un CPOM, c'est un contrat d'objectifs et de moyens qui vise à donner à
 130 « X » des moyens nécessaires financiers hein pour pouvoir suppléer les urgences en en cas de
 131 crise de bronchiolite

132 I : Suppléer en amont ou les parents sont déjà passés aux urgences et vous les récupérez après ?

133 K : Alors il y a plusieurs circuits. Soit ils passent aux urgences et on les envoie sur le réseau
 134 « X », soit ils vont chez le pédiatre et pareil on nous les renvoie chez nous, soit ils arrivent
 135 directement, ils cherchent un kiné, ils tapent ça sur internet ils tombent sur « X » et bam, ils
 136 peuvent même avoir une consultation maintenant depuis l'année dernière, on a une consultation
 137 tiens regardes attends, tu peux, tu peux consulter un pédiatre avec des des trucs en ligne enfin,
 138 qu'est-ce que j'ai fait là ...

139 I : Dans « X » il y a une permanence kiné, pédiatre et autres professionnels ?

140 K : Kiné et pédiatre. C'est à dire que tu as toujours un pédiatre pendant le weekend, qui est là
 141 pour pouvoir faire des prescriptions si y a besoin.

142 I : Donc finalement il y a ce relais des urgences, est-ce que pour le kiné il y a une différence à
 143 ne pas faire partie de ce réseau ou à en faire partie ? dans cette prise en charge ? Un kiné qui
 144 qui recevrait la semaine ses patients bronchiolite et qui le week-end finalement ne met pas en
 145 place sa propre garde ou n'est pas dans un réseau comparée à un kiné qui fait ...

146 K : Après c'est un choix ! Je veux dire c'est un choix du kiné. Soit le mec il veut bosser que la
 147 semaine et puis après il y a le week-end il veut rester tranquille chez lui et justement c'est c'est
 148 c'est c'est c'est c'est là où « X » est intéressante, c'est à dire que si par exemple moi je veux
 149 bosser la semaine du lundi au vendredi tu vois comme aujourd'hui et que je me dis Ben samedi
 150 dimanche je veux pas travailler alors que je reçois une bronchiolite aujourd'hui, eh bien à ce
 151 moment-là je je la je la la bascule sur le réseau « X ». C'est c'est fait pour prendre le relais
 152 finalement, et ne pas être obligé d'être là le samedi, le dimanche, alors qu'on l'a reçu vendredi
 153 voilà

154 I : Ok très bien ça reste un choix du kiné

155 K : ça reste un choix c'est sûr, après il y a pleins de kiné qui ne font pas de bronchiolite, il y a
 156 pleins de kiné qui ne s'occupent pas des enfants enfin voilà c'est c'est un choix de de de travail,
 157 c'est un choix de façon de fonctionner et et et « X » offre aussi cette souplesse au kiné pour

158 pouvoir se dire ben moi je peux prendre une bronchiolite le vendredi sans me dire je suis obligé
159 de rester le samedi le dimanche pour l'avoir.

160 I : Mais mise à part ça, est-ce qu'il y a un réel bénéfice de faire partie d'un réseau bronchiolite
161 pour le kiné ?

162 K : Heu alors bénéfice oui je pense puisque déjà il y a des formations qui sont mises en place,
163 il y a aussi l'afflux de patients qui est quand même plus important via « X », puisqu'en fait on
164 t'oriente tous les les patients du coin en fonction du secteur hein, c'est fait par territoire hein
165 attention hein. Pour info en fait sur les Alpes-Maritimes il y a 6 secteurs, ce qui est énorme
166 hein, on a « X », on a « X » on a « X », « X », « X », « X », donc tous ces secteurs sont sont
167 indépendants en fait. C'était quoi la question ?

168 I : (rire) C'était, est-ce qu'il y avait vraiment un réel bénéfice de faire partie de ce réseau ?

169 K : OUI parce que, on est dans un réseau, on est accompagné, on est heu on est soutenu, on a
170 des fiches bilan, on est on est à jour des des des, parce que « X » nous envoie souvent des
171 comment dirais-je des actualités, des heu il y a des formations qui sont proposées et cetera, il y
172 a une formation qui marche bien d'ailleurs pour les kinés dont je m'occupe c'est c'est la la les
173 gestes d'urgence pour les pour les enfants, donc voilà ça marche pas mal, mais oui oui c'est c'est
174 c'est tout ça le réseau c'est à dire faire partie du réseau qui qui t'amène à la fois des heu des
175 ressources, de la formation et aussi le fait que ben du coup tu es dans un dans un réseau qui te
176 permet de ne pas être tout le temps de garde voilà

177 I : Et est-ce que il y a une différence de prise en charge entre le kiné qui fait pas partie du réseau
178 et celui qui fait partie du réseau ?

179 K : Alors ça je suis incapable de te le dire, moi je sais pas comment travailler mes autres
180 collègues enfin c'est c'est sur quels critères on se base enfin je veux dire moi je pense qu'en
181 principe quand on sort des IFMK on est quand même plus ou moins, on a à peu près la même
182 formation notamment sur la bronchiolite, **encore une fois hein nous ce qu'on recommande c'est**
183 **surtout de la de l'assistance c'est-à-dire de de, pas de l'assistance qu'est-ce que je dis, de la**
184 **surveillance des des enfants.** Mais dire est-ce que c'est mieux, est-ce que c'est moins bien enfin
185 je je suis incapable de te le dire et puis et puis c'est pas moi le dire

186 I : Pas dans le sens mieux dans le sens est-ce qu'un kiné qui fait pas partie de « X » par exemple,
187 qui n'aurait pas toutes ces informations venant des réseaux aurait une pratique différente qu'elle
188 soit mieux ou moins bien qu'importe

189 K : Bah s'il se tient au courant je vois pas pourquoi il serait plus nul qu'un autre mais c'est sur
190 que ça facilite les choses, on on se voit aussi une à deux fois par an donc ça permet d'échanger
191 enfin on a aussi ces ces c'est comment dirais-je sais, là on va mettre en place un colloque où on

192 va essayer de parler de justement des actualités, de faire venir des pédiatres, de discuter, d'avoir
 193 une un des apports scientifiques. Alors ça va se mettre en place l'année prochaine hein
 194 I : d'accord ! hm quel lien vous avez-vous avec le médecin prescripteur ?
 195 K : Alors ça dépend lesquels (rire) mais je connais 2-3 pédiatres qui m'envoient hein qui savent
 196 que j'en fais. Après j'ai des copines pédiatres aussi mais qui sont pas ici, qui m'appellent de
 197 temps en temps, est-ce que tu connais pas un kiné sur un secteur parce qu'elles savent que je
 198 m'occupe de « X », voilà j'en ai eu une cette semaine tiens et mais non je, les liens je les connais
 199 de nom, de réputation enfin c'est tout
 200 I : Ce que je veux dire c'est est-ce que il y a souvent des retours, l'avis du pédiatre, qui vous
 201 appelle, ou vous qui renvoyez une fiche bilan ou des choses comme ça en fait
 202 K : Alors non, non souvent ils m'adressent le patient, Allo monsieur « NOM », machin, voilà
 203 ils m'appellent, C'est tout
 204 I : Et si par exemple il y a un nourrisson qui, au bilan il y a des signes d'alerte, des drapeaux
 205 rouges et qu'il y a besoin de réorientation, si c'est réorientation au pédiatre est-ce que vous
 206 joignez quelque chose aux parents ?
 207 K : Ah bah bien sur et si c'est vraiment trop important on envoie à l'hôpital hein
 208 I : Et est-ce que justement à l'hôpital pareil il y a une fiche, bilan ou des consignes aux parents
 209 K : Non non, non ça on transmet pas, après oui oui c'est pas idiot de faire ça, après je peux
 210 sortir ma fiche bilan et le donner aux patients quand il va à l'hôpital regardez ce qu'il y a hein
 211 ça c'est tout à fait possible, ça m'est pas arrivé encore hein donc mais pourquoi pas je peux très
 212 bien le faire hein, j'ai ma fiche bilan de « X » que j'ai rempli, je l'imprime ça prend 30 secondes,
 213 je la donne aux parents, aller à l'hôpital et c'est réglé hein
 214 I : Est-ce que par le réseau vous voyez qu'il y a quand même plus de communication entre
 215 le pédiatre et vous les kinés ?
 216 K : Pas trop non parce que les pédiatres sont relativement indépendants, Entre les kinés
 217 oui puisqu'en fait j'écris, parce qu'en fait il y a des groupes Whats'app par secteur et du coup
 218 les gens heu, alors c'est surtout pour les gardes, tiens je te prends cette garde, moi tu peux
 219 prendre celle-là OK et cetera mais des fois il y a des des trucs tiens j'ai reçu un patient
 220 aujourd'hui voilà comme il était quoi enfin tu vois, enfin c'est des petites discussions comme
 221 on a sur n'importe quel réseau de kiné quoi
 222 I : Et tous les hôpitaux sont au courant de ces réseaux de garde
 223 K : Ah ben là je pense que cette année euh oui, alors il y a eu, soyons bien clairs hein, il y a 2
 224 ans on a quand même eu une la bronchiolite bashing hein c'est à dire que on a vraiment fait,
 225 puisqu'il y a eu une grosse campagne contre, on a mal interprété les les les les recommandations

226 de la HAS, mais cette année il y a une réunion à l'ARS sur la demande de la de l'ARS avec
 227 tous les établissements de la région, le Conseil de l'Ordre des médecins, « X », pour justement
 228 faire connaître ça et y a même un communiqué qui est sorti là, je sais pas si tu l'as

229 I : Ah oui oui je l'ai vu passer sur le site en effet.
 230 Et finalement l'association du kiné, du réseau, du médecin, quel rôle jouent-ils dans
 231 l'organisation sanitaire des soins ?

232 K : Ah bah c'est un, ça ça un rôle au niveau de la santé publique quand même hein. Le premier
 233 rôle c'est de désengorger les urgences ça c'est quand même un rôle qui est important
 234 actuellement notamment quand on parle de la crise des urgences. Heu là là là je me dis que d'ici
 235 15 jours, avec les virus qu'on a pour les adultes, en plus s'il y a des virus pour les enfants, je
 236 pense que les urgences elles vont sauter hein. Donc du coup, là « X » on verra ce week-end
 237 combien il y en a eu, de je suis pas de garde mais je regarde les chiffres en principe le lundi,
 238 mais jusqu'à présent c'était, il y avait pas grand chose hein, mais je pense que ce week-end ça
 239 va exploser

240 I : Ouai elle a été moins précoce que l'année dernière

241 K : ça dépend des années, il a fait plus chaud donc ça décalait un peu mais

242 I : Est-ce que vous pensez qu'il y a un lien aussi avec le vaccin qu'ils ont mis en place ?

243 K : Alors le vaccin (rire). Bah le vaccin heu, bah tu sais qu'il n'y en a plus, personne n'en parle
 244 donc un moment donné on en a on en a plein et là comme au début il fallait absolument vacciner
 245 les petits puis maintenant on se rend compte que on en a pas assez quoi, donc y a plus de dose
 246 déjà ça c'est le premier point et le 2e point ça marche à 60% je crois c'est ça le ...

247 I : Honnêtement je ne suis pas allée regarder les chiffres sur ça

248 K : bon ce qui n'est pas non plus énorme, voilà mais bon qu'est-ce que te dire sur le vaccin j'en
 249 sais rien pourquoi pas mais c'est pas non plus, c'est pas parce que tu as un vaccin qu'il faut pas
 250 avoir après y a quelque chose pour pouvoir pallier à la crise de bronchiolite, ou tu as des gens
 251 qui vont se vacciner et qui peut-être ne feront pas l'épisode de bronchiolite, t'en a plein qui vont
 252 pas se vacciner et qui vont avoir la bronchiolite, mais du coup qu'est-ce qu'on fait on arrête ?
 253 non au contraire ! je pense qu'il faut être là pour pour pallier ce genre de choses.

254 I : Finalement les moyens du kiné qui pourraient participer à l'amélioration de la qualité de vie,
 255 de la qualité des soins du nourrisson et diminuer les signes de gravité ? qu'est-ce qu'on a nous
 256 comme moyens ?

257 K : Diminuer les signes de gravité c'est-à-dire le tirage enfin je sais pas la la balance thoraco-
 258 abdominale

259 I : Quand le kiné reçoit justement ce nourrisson, quels moyens vous avez, quels moyens vous
260 mettez en place pour justement accompagner et diminuer s'il y en a ou pas, prévenir les signes
261 de gravité
262 K : je reviens encore sur ce que je te disais, la pédagogie, l'apprentissage du DRP, le lavage des
263 mains, tous tous les conseils d'hygiène de vie, tout ce qui est autour, évitez de faire dormir des
264 des gamins avec le chien ou le chat ou j'en sais rien
265 I : Et pour, pour conclure, heu vos attentes, est-ce que vous avez des attentes n tant que kiné
266 dans cette prise en charge du premier épisode de bronchiolite d'un nourrisson ?
267 K : Bah l'attente qu'on pourrait en avoir ça serait que heuu, mais c'est déjà un peu en train d'être
268 fait, c'est-à-dire de réhabilité un petit peu le rôle du kiné, heu cette année quand même on a, on
269 a eu quand même cette information qui a été publiée par l'ARS, donc heu, et qui a été envoyée
270 à tous les pédiatres attention, donc moi je trouve que c'est un grand pas et que ça avance et et,
271 non je pense qu'on est, on est pas mal on est pas mal organisé hein sur la bronchiolite hein donc
272 voilà
273 I : Très bien, pour moi c'est tout bon, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose d'autres ?
274 K : non c'est très bien d'avoir fait une enquête là-dessus, c'est pas mal ouai
275 I : Merci