



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE
NANCY

**BRONCHIOLITE AIGUË DU NOURRISSON :
Étude qualitative de l'impact des nouvelles
recommandations de la HAS sur la prise en charge de la
pathologie auprès des masseurs-kinésithérapeutes
libéraux.**

Sous la direction de **Corinne FRICHE**

Mémoire présenté par **Julie PENELIAU**,
Étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28,
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), **Julie PENELIAU**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le **29/04/2021**

Signature

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier Corinne Friche, ma directrice de mémoire, pour son investissement, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de cette année. Son soutien et ses conseils m'ont permis d'arriver au bout de ce mémoire.

Je tiens également à remercier les onze masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer à mon étude. Merci d'avoir pris de votre temps et d'avoir montré de l'intérêt quant au sujet abordé ; sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir.

Un grand merci à ma famille et à mes proches pour m'avoir soutenue de près ou de loin dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir aidée, d'avoir été disponible pour relire mon mémoire et me corriger. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours été présents.

Merci à mes ami(e)s, tout particulièrement Marine, Roxane et Clara avec qui j'ai partagé ces quatre dernières années. Merci d'avoir toujours été là, dans les moments de doutes, d'échecs mais surtout de réussites. Merci à Pauline, pour son soutien, son aide et son réconfort dans les moments de difficiles.

Pour finir, je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique de l'IFMK. Merci à Mélanie Jambeau, ma référente, qui a été présente et disponible pour m'aider et m'accompagner dans ce mémoire et dans ma scolarité. Une pensée particulière pour Anne Royer, sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Bronchiolite aiguë du nourrisson : Étude qualitative de l'impact des nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge de la pathologie auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Introduction : La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie respiratoire qui touche chaque hiver près de 500 000 nourrissons. Bien que cette maladie se révèle majoritairement bénigne, elle nécessite une prise en charge hospitalière dans 3% des cas. Les avant-dernières recommandations datant de 2000, une actualisation a été nécessaire afin d'uniformiser cette prise en charge. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer l'impact de ces nouvelles recommandations sur la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Matériel et Méthode : Pour répondre à cet objectif, une étude qualitative a été menée par la réalisation d'entretiens semi-directifs. Neuf masseurs-kinésithérapeutes libéraux, prenant en charge la bronchiolite aiguë du nourrisson, ont été interrogés entre les mois de décembre 2020 et janvier 2021.

Résultats : Les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé ont impacté de façon hétérogène les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professionnels de santé ont dû s'adapter à l'évolution du nombre de nourrissons atteints par cette pathologie mais également aux réactions des différents acteurs de cette prise en charge. L'importance de leur place ainsi que leur position quant à cette prise en charge ont également été mises en avant.

Discussion/Conclusion : De nombreuses interrogations sur l'avenir de cette prise en charge subsistent. La principale concerne la réduction du rôle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la surveillance des nourrissons et à l'éducation thérapeutique des parents. C'est pourquoi, de nouvelles études seraient nécessaires afin de déterminer quelle est la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge ambulatoire de cette pathologie.

Mots clés : Bronchiolite aiguë du nourrisson – Impact – Masseurs-kinésithérapeutes – Nouvelles recommandations – Recherche qualitative

Acute bronchiolitis in infants: Qualitative study of the impact of the new HAS recommendations on the management of the pathology among private practice physiotherapists

Introduction: Acute infantile bronchiolitis is a respiratory pathology that affects nearly 500,000 infants each winter. Although this disease turns out to be mostly benign, it requires hospital treatment in 3% of cases. Since the penultimate recommendations were dating from 2000, an update was necessary in order to standardize their care. The objective of this work is therefore to evaluate the impact of these new recommendations in the care of private practice physiotherapists.

Material and Method: To meet this objective, a qualitative study was conducted by carrying out semi-structured interviews. Nine private practice physiotherapists treating infants with acute bronchiolitis were interviewed between December 2020 and January 2021.

Results: The new recommendations from the French National Authority for Health have had a heterogeneous impact on physiotherapists. These healthcare professionals have had to adapt to the changes in the number of infants affected by this pathology, but also to the reactions of the various actors involved in this type of care. The importance of their role as well as their opinion on this type of care were also highlighted.

Discussion / Conclusion: Many questions about the future of this type of care remain. The main one concerns the reduction of the role of private practice physiotherapists in the supervision of the infants and the therapeutic education of parents. This is why new studies would be necessary to determine the role of the physiotherapist in the outpatient of this pathology.

Keywords: Acute bronchiolitis in infants – Impact – Physiotherapists – New recommendations – Qualitative research

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Problématisation	1
1.2. La bronchiolite aiguë du nourrisson	2
1.2.1. Définition et épidémiologie	2
1.2.2. Étiologie et physiopathologie.....	3
1.2.3. Signes cliniques, niveaux de gravité et facteurs de risque.....	4
1.2.4. Critères d'hospitalisation et examens complémentaires	5
1.2.5. Traitements médicamenteux	6
1.2.6. Prise en charge hospitalière.....	6
1.2.7. Prise en charge ambulatoire : la kinésithérapie	7
1.3. Les recommandations françaises sur la prise en charge	8
1.3.1. Anciennes et nouvelles recommandations.....	8
1.3.2. Les recommandations dans les autres pays	10
1.3.3. Réseaux développés autour de cette pathologie	10
1.3.4. Médiatisation autour des nouvelles recommandations	11
2. MATERIEL ET METHODE	12
2.1. Stratégie de recherche documentaire	12
2.2. Méthodologie	13
2.2.1. Choix de la méthode qualitative	13
2.2.2. Population	14
2.2.3. Les entretiens.....	16
2.2.4. Analyse des données	18
2.3. Matériel.....	19
2.4. Aspects réglementaires et éthiques.....	19
3. RESULTATS.....	20
3.1. La bronchiolite aiguë du nourrisson et le masseur-kinésithérapeute	20
3.1.1. Évolution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite.....	20
3.1.2. Généralisation du terme « bronchiolite aiguë du nourrisson »	21
3.1.3. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson.....	22

3.2. Réactions des masseurs-kinésithérapeutes suite aux recommandations de la HAS.....	24
3.2.1. Ressenti des masseurs-kinésithérapeutes.....	24
3.2.2. Avis des masseurs-kinésithérapeutes.....	25
3.3. Impacts des nouvelles recommandations sur la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes	27
3.3.1. Prescriptions.....	27
3.3.2. Pratique des masseurs-kinésithérapeutes depuis les recommandations	29
3.4. Point de vue des masseurs-kinésithérapeutes depuis les nouvelles recommandations	30
3.4.1. Position des masseurs-kinésithérapeutes.....	30
3.4.2. Motivation des masseurs-kinésithérapeutes	31
3.5. Place de la médiatisation des nouvelles recommandations.....	31
3.5.1. Interprétations et attitudes des professionnels de santé.....	31
3.5.2. Interprétations et attitudes des parents	32
3.5.3. Médiatisation des nouvelles recommandations.....	34
4. DISCUSSION.....	34
4.1. Analyse interprétative des entretiens	34
4.1.1. Place des recommandations dans l'évolution du nombre de nourrissons	34
4.1.2. Caractéristiques de la population.....	37
4.1.3. Nouvelles recommandations et influences sur les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes.....	39
4.1.4. Avenir de la kinésithérapie respiratoire pour la bronchiolite aiguë du nourrisson.....	40
4.2. Intérêts pour la pratique professionnelle et la littérature.....	42
4.2.1. Intérêts pour la pratique professionnelle	42
4.2.2. Intérêts pour la littérature	43
4.3. Critiques du dispositif de recherche.....	43
4.3.1. La population.....	43
4.3.2. Les entretiens.....	44
4.3.3. Analyse des entretiens	45
4.3.4. Autres limites.....	45

4.4. Hypothèses émergentes.....	46
5. CONCLUSION.....	47

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAP : American Academy of Pediatrics

AFE : Augmentation du Flux Expiratoire

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

ARS : Agence Régionale de Santé

BAN : Bronchiolite Aiguë du Nourrisson

CNIL : Commission National Informatique et Liberté

FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes

HAS : Haute Autorité de Santé

ILFMK : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

KR : Kinésithérapie Respiratoire

MK : Masseur-Kinésithérapeute

PEC : Prise en Charge

URPSMK : Union Régionale des Professionnels de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

1. INTRODUCTION

1.1. Problématisation

La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est une maladie très courante dans le monde touchant particulièrement les voies respiratoires inférieures des enfants de moins d'un an [1,2,3]. Elle est définie par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), depuis 2000, comme étant « *l'ensemble des bronchopathies obstructives virales chez les nourrissons de 1 mois à 2 ans* » [4,5]. En France, plus de 500 000 nourrissons sont atteints chaque année avec un taux en constante augmentation [5].

La maladie débute par l'infection des voies respiratoires supérieures évoluant, en quelques jours, vers une inflammation des voies respiratoires inférieures [6,7]. Dans la grande majorité des cas, l'évolution de la maladie est très favorable. Effectivement, 95% des cas sont bénins et ne nécessitent qu'une prise en charge (PEC) ambulatoire, les nourrissons guérissant spontanément au bout de quelques jours [8,9,10]. Cependant, chaque année la bronchiolite engendre un grand nombre de consultations médicales pouvant aboutir à l'hospitalisation du nourrisson si son état de santé est gravement altéré [9,11,12]. En effet, environ 3% d'entre eux sont hospitalisés suite à cette infection [10,13]. Les traitements sont limités, ceux existants permettent de traiter les symptômes de la maladie et sont considérés comme des soins de soutien afin de soulager le nourrisson. Les traitements préconisés sont différents selon le type de PEC, hospitalière ou ambulatoire, et selon la gravité de l'état de santé de l'enfant [4,6,14,15]. Concernant les nourrissons ne nécessitant pas une hospitalisation, des séances de kinésithérapie respiratoire (KR) sont souvent prescrites comme adjuvant thérapeutique, afin de les soulager et d'améliorer leur état de santé.

En effet, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) ont un rôle important dans la PEC ambulatoire de la BAN. Ils favorisent l'élimination des sécrétions permettant de réduire l'obstruction des voies respiratoires. Ils ont également une place majeure dans la surveillance de l'état de santé des nourrissons car ils peuvent être amenés à les réorienter vers les urgences si leur état se dégrade. Les MK ont également un rôle essentiel de prévention et d'apprentissage auprès des parents via, entre autres, l'éducation au mouchage de nez de leur enfant [6,9,16].

En France, les avant dernières recommandations de bonnes pratiques concernant la BAN dataient de 2000 [17]. Une actualisation des données a été réalisée dans le but d'harmoniser la pratique des différents acteurs de santé concernés par cette PEC. Les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives à la PEC de la bronchiolite dans les 12 premiers mois de vie sont parues en octobre 2019. Elles concernent la PEC des nourrissons hospitalisés, ce qui représente 3% de la population infectée.

Cependant, concernant la KR en ambulatoire, il a été établi, en l'absence de données, que le désencombrement bronchique n'était plus recommandé (Avis d'expert) [18]. Les MK libéraux semblaient être dans l'incompréhension face à ces recommandations car très peu d'études ont été réalisées sur la PEC en ambulatoire de la maladie. C'est pourquoi, la publication de ces recommandations a entraîné un véritable afflux médiatique. En effet, dans les jours suivant leurs parutions, un grand nombre d'articles et de reportages sont sortis sur les différents réseaux d'informations avec des titres réduisant parfois les recommandations comme, par exemple : « Bronchiolite chez le bébé : la kiné respiratoire n'est plus recommandée par les autorités » [19]. Cette couverture médiatique pouvait suggérer que la KR n'était plus recommandée chez un enfant en cas de bronchiolite. Ainsi la parution de ces recommandations a créé un grand trouble auprès des acteurs concernés par cette pathologie.

Cela nous amène à nous demander, un an après, quel est l'impact des recommandations de la HAS sur la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 12 mois chez les MK libéraux ?

1.2. La bronchiolite aiguë du nourrisson

1.2.1. Définition et épidémiologie

La bronchiolite est une pathologie respiratoire aiguë, virale, épidémique et saisonnière qui touche les nourrissons de moins de 24 mois avec une incidence maximale à 6 mois [6, 13]. Elle a été évoquée pour la première fois par Engle et News, en 1940 [20]. L'American Academy of Pediatrics (AAP) la définit comme étant « *un prodrome d'infection virale des voies respiratoires supérieures suivi d'un effort respiratoire et d'une respiration sifflante chez les enfants de moins de 2 ans* » [7]. Elle touche, chaque hiver, en France, près de 500 000 cas représentant environ 30% des nourrissons [5,17]. Le nombre d'enfants atteints croît

constamment d'année en année [5]. Les nourrissons les plus vulnérables face à cette maladie présentent une fragilité respiratoire et ont moins de 2 ans [21].

La bronchiolite correspond à l'infection des voies respiratoires inférieures la plus courante chez les nourrissons [12,22]. En effet, lors des deux premières années de vie, 90% des enfants sont touchés par la maladie et environ 40% d'entre eux développent une infection des voies aériennes inférieures [6,23,24]. Cette pathologie touche un tiers des nourrissons, ce qui engendre un grand nombre de visites aux urgences et une hospitalisation chez 3% des moins d'un an [10,13,16]. En conséquence, la BAN a un impact économique considérable car elle induit des coûts directs et indirects importants. Ceci entraîne, chaque hiver, de fortes dépenses du système de santé et des ressources hospitalières suite au besoin croissant dans les services d'urgences pédiatrique et également pour la PEC ambulatoire [2,16]. La bronchiolite est responsable d'une forte morbidité mais correspond à une mortalité infantile variable selon les populations. Cependant, la majorité des cas étant bénins, les nourrissons peuvent bénéficier d'une PEC ambulatoire et ne nécessitent pas d'hospitalisation [16].

1.2.2. Étiologie et physiopathologie

La BAN est caractérisée par une infection d'origine virale, entraînant une agression de l'épithélium respiratoire bronchique situé au niveau des voies respiratoires inférieures du nourrisson [7,25]. L'agent viral, responsable dans 60 à 90% des cas, correspond au virus respiratoire syncytial (VRS). Cependant, les dernières techniques de diagnostic mettent en avant un nombre de virus à l'origine de cette pathologie en constante augmentation tels que l'adénovirus, le rhinovirus, le virus para-influenza, métagneumovirus humain et bien d'autres. Il existe également des cas de co-infections associant plusieurs de ces virus [20,26,27].

Les virus impliqués dans la BAN impactent la fonction respiratoire par agression tissulaire de l'épithélium respiratoire bronchique entraînant par la suite une réponse inflammatoire. La contamination par ces virus peut être directe via les sécrétions nasopharyngées, ou indirecte, entre autres, par l'intermédiaire des mains [5,18]. Le délai d'incubation varie de deux à huit jours en commençant par une réplication virale au niveau de la muqueuse nasale puis du rhinopharynx, se propageant ensuite de proche en proche au niveau des voies aériennes inférieures en quelques jours [5,7,18]. L'infection des voies aériennes inférieures provoque une nécrose de l'épithélium respiratoire bronchique entraînant

une desquamation des cellules ciliées pouvant engendrer, ensuite, une abrasion de l'épithélium. Cette infection provoque une inflammation aigüe, augmente la sécrétion de mucus, crée un œdème péri-bronchiolaire et sous muqueux et entraîne également une déshydratation de la surface des voies aériennes. Ces phénomènes induisent une diminution de la clairance muco-ciliaire, une obstruction des bronches, un piégeage de l'air et une altération des échanges gazeux [4,5,23,27]. Le nourrisson a donc une épuration muco-ciliaire inefficace, provoquant l'encombrement tant que la cicatrisation de l'épithélium n'est pas atteinte. La toux est la conséquence de l'abrasion de l'épithélium laissant la sous muqueuse vulnérable [5]. Ces phénomènes entraînent des conséquences anatomiques comme une distension du thorax suite à l'obstruction bronchique, ou encore des atélectasies s'il y a une obstruction complète pouvant accroître la respiration [5,7].

1.2.3. Signes cliniques, niveaux de gravité et facteurs de risque

L'AAP caractérise la BAN grave comme « *des signes et symptômes associés à une mauvaise alimentation et à une détresse respiratoire caractérisée par la tachypnée, les poussées nasales et l'hypoxémie* » [25]. Ces différents symptômes sont mis en évidence grâce à un diagnostic clinique, une anamnèse approfondie ainsi qu'un examen physique [7,26]. Les nourrissons atteints de bronchiolite peuvent présenter divers symptômes tels qu'une simple infection des voies respiratoires supérieures jusqu'à une insuffisance respiratoire [26,27]. La maladie se caractérise par deux phases présentant différents signes cliniques. La première phase, dite ORL, se manifeste par une rhinite avec une toux sèche et potentiellement de la fièvre. Puis, une phase pulmonaire peut s'installer avec différents symptômes apparaissant suite à l'obstruction de la lumière des voies aériennes inférieures tels que la toux, la rhinorrhée, une tachypnée, un wheezing et/ou crépitations à l'auscultation, une altération de l'état général et une distension thoracique. Ces signes cliniques peuvent être conjugués avec plus ou moins d'autres symptômes si le nourrisson se trouve en détresse respiratoire : des tirages intercostaux et sous costaux, un battement des ailes du nez, un balancement thoraco-abdominal, un entonnoir xiphoïdien [5,18,27].

Les dernières recommandations de la HAS ont séparé en trois niveaux la gravité de l'atteinte du nourrisson : légère, modérée et sévère (ANNEXE I). Le niveau de gravité est évalué par différents scores comprenant divers signes cliniques et, selon les dernières recommandations de la HAS « *aucun score ne peut être recommandé sur un plan analytique*

et qualitatif, mais il existe une cohérence sur les items recueillis. » [18]. En effet, même si de nombreux scores cliniques existent et sont validés, ceux-ci ne le sont pas suffisamment pour être utilisés de manière significative chez les enfants [18,28]. Néanmoins, la plupart d'entre eux regroupent les mêmes items, tels que la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, les signes de détresse respiratoire détaillés, l'état général du nourrisson et la SpO₂% à l'éveil en air ambiant (ANNEXE I) [18,29]. Il est également important de s'assurer que l'alimentation du nourrisson n'est pas diminuée de plus de 50% pendant 24 heures car cela peut être un critère de gravité [3,8,18].

Il existe plusieurs facteurs de risques considérés par la HAS [18], et d'autres guides cliniques tels que l'AAP [16], nécessitant une vigilance accrue [30,31,32,33] :

- Le jeune âge (< 2 mois)
- La prématurité (< 36 semaines d'aménorrhée)
- Des comorbidités telles que la dysplasie broncho-pulmonaire, la cardiopathie congénitale, un système immunitaire déficient ou d'autres pathologies (neuro musculaires, trisomie 21)

Si un nourrisson présente un ou plusieurs de ces critères, ainsi qu'une détresse respiratoire, il doit être hospitalisé dans les plus brefs délais [5]. Cependant, les nourrissons nés à terme et sans facteurs favorisant sous-jacents peuvent avoir des signes cliniques moins graves mais toutefois présenter une détresse respiratoire, une hypoxie ou encore des périodes d'apnées pouvant amener à une hospitalisation [34]

En plus de ces facteurs cliniques, l'environnement dans lequel le nourrisson évolue peut avoir un impact sur le risque de développer une bronchiolite nécessitant une hospitalisation. En effet, le tabagisme passif, la pollution, le contexte social ou économique de la famille ont un rôle dans l'apparition et l'évolution de cette maladie [18,20,35,36].

1.2.4. Critères d'hospitalisation et examens complémentaires

Un nourrisson nécessite une PEC hospitalière en fonction du niveau de sa gêne respiratoire, de son âge et de l'altération de son état général. Il est primordial d'informer les parents sur les signes d'aggravation de l'état de santé de leur nourrisson tels qu'une diminution de l'alimentation comme exprimé précédemment, des troubles digestifs, une modification du comportement, une détérioration de l'état respiratoire et/ou une apparition de

fièvre (ANNEXE II) [3,5,29]. L'admission à l'hôpital doit être fondée sur un jugement clinique, en tenant compte du risque d'évolution vers une maladie grave et de l'état respiratoire de l'enfant, la capacité à maintenir une hydratation adéquate ainsi que la capacité de la famille à faire face à la situation au domicile (ANNEXE III) [18,27,29].

De nombreux examens complémentaires, tels que la radiographie du thorax, les examens biologiques ou virologiques, permettent de confirmer ou non l'infection de l'enfant. Cependant, ils ne sont pas indiqués selon les dernières recommandations de la HAS [18,27].

1.2.5. Traitements médicamenteux

La BAN ne dispose pas de traitements spécifiques mais de soins dits de soutien, consistant à soulager les symptômes. La PEC du nourrisson permet également de suivre son évolution avec une évaluation clinique régulière afin de reconnaître rapidement de possibles signes de complication [20,26,27]. Des études ont montré que les traitements proposés pour soigner les nourrissons atteints de bronchiolite n'améliorent pas leur évolution clinique alors que la PEC ambulatoire et les soins réalisés par la famille sont capitaux pour la maîtriser [37]. Dans un premier temps, il est important de rétablir l'hydratation du nourrisson, de lui apporter de l'oxygène si nécessaire et de réaliser une désobstruction rhinopharyngée [4,16,26].

Pour traiter la BAN, certaines stratégies pharmacologiques telles que les bronchodilatateurs, les stéroïdes ainsi que les antibiotiques sont possibles mais ne sont pas recommandées par les directives actuelles et ne sont pas démontrées dans la littérature [4,18,26,38]. En revanche, les bronchodilatateurs peuvent être indiqués si une pathologie asthmatique est suspectée et que son efficacité est objectivée par une amélioration de l'état de santé du nourrisson. Concernant les antibiotiques, ils peuvent être indiqués si le nourrisson présente une infection bactérienne confirmée [5,20,26]. De nouvelles pistes thérapeutiques sont en cours comme l'Heliox, l'Azithromycine et le Montelukast [4].

1.2.6. Prise en charge hospitalière

Un nourrisson atteint de bronchiolite peut être amené à une hospitalisation selon la sévérité de son atteinte. L'AAP recommande uniquement l'utilisation de soins dits de « soutien ». Ils comprennent une aide respiratoire ou de l'oxygénothérapie si le nourrisson

présente une hypoxémie, et une aide pour maintenir son hydratation si nécessaire [8,39]. Le sérum salé hypertonique permet d'hydrater la surface épithéliale, de réduire la viscosité ainsi que l'élasticité des sécrétions. Il a également pour but de stimuler le battement des cils, la toux et l'expectoration. Il peut être administré sous forme de nébulisation diminuant la durée d'hospitalisation pour les cas sévères selon certains travaux dont une méta-analyse récente (2017) de la Cochrane Library [18,22,23,40]. Ce traitement est souvent associé à des nébulisations d'adrénaline ou de salbutamol dans le but d'éviter un bronchospasme réactionnel. En revanche, les modalités d'utilisation de ce traitement font l'objet d'études et il n'est pas recommandé par l'AAP dans les services d'urgences [4,22,27,40]. D'autres études mettent en avant des effets indésirables suite à l'utilisation de sérum salé hypertonique en nébulisation [18,41]. Pour les cas de bronchiolite de moindre gravité, ce traitement ne fait pas état de différences significatives sur le nombre d'hospitalisations [4]. Les dernières recommandations de la HAS ne recommandent pas l'utilisation de nébulisation de sérum salé hypertonique pour la PEC de la bronchiolite aux urgences ni en hospitalisation [18].

Concernant la désobstruction des voies aériennes supérieures, aucune technique n'a montré une efficacité supérieure aux autres. Cependant, les aspirations nasopharyngées présentent des effets secondaires plus importants et ne sont donc pas recommandées. La désobstruction doit être réalisée avant toute prise de mesure telles que la SpO₂ et l'évaluation du stade de gravité de l'atteinte [18].

1.2.7. Prise en charge ambulatoire : la kinésithérapie

La KR a pour objectif de lever l'obstruction des voies respiratoires, diminuer leurs résistances, augmenter les échanges gazeux et améliorer la respiration du nourrisson [6,14,16]. De plus, le MK joue un rôle primordial dans la surveillance de l'état de santé des nourrissons et permet de les réorienter vers les urgences lorsque c'est nécessaire. Il a une place importante dans l'éducation thérapeutique des parents en leur donnant des conseils assurant une sécurité dans l'évolution de l'état de leur nourrisson [9,14]. Il est conseillé aux parents de réaliser plusieurs fois par jour une désobstruction des voies aériennes supérieures avec du sérum physiologique avant les repas et de fractionner l'alimentation [5,20,18].

Concernant l'intérêt de la kinésithérapie, des études récentes considèrent que cette PEC n'est pas nécessaire pour cette pathologie [8]. Son utilité est constamment discutée dans

un grand nombre d'études et reste controversée [6]. En effet, la Cochrane n'avait pas recommandé l'utilité de KR pour la bronchiolite, en 2012, dans son article « Bronchiolite : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire ». Or, les études évaluant les techniques francophones sur lesquelles elle se basait, correspondaient à des nourrissons hospitalisés et non pris en charge en ambulatoire [42].

Les recommandations sont très diversifiées, selon les pays, sur l'utilisation de la KR pour la bronchiolite. Un grand nombre de consensus sur l'utilité de ces techniques est retrouvé [6,16]. Le taux de PEC ambulatoire de cette pathologie n'est pas le même dans chaque pays. Par exemple, en France, il représente en moyenne 60% contre 4 à 13% au Canada et aux États-Unis [43]. Concernant la différence des techniques utilisées, dans les pays anglo-saxons ce sont des techniques de drainage postural et de clapping qui sont pratiquées. Ces dernières ne sont plus recommandées depuis 1994 en France, car il n'y a pas de preuves scientifiques montrant leurs avantages cliniques sur l'évolution du nourrisson et elles peuvent entraîner des complications [18,42]. En revanche, dans les pays francophones et certains pays hispanophones, ce sont des techniques de modulation de flux telles que la toux provoquée et l'augmentation de flux expiratoire (AFE) qui sont recommandées depuis 2000, bien que l'efficacité de cette dernière ne soit pas démontrée dans la littérature [4,9,18,20]. L'expiration passive lente ou forcée contribue à la mobilisation des sécrétions au niveau de la trachée et provoque une toux favorisant l'excrétion des sécrétions [5,16,44]. Cependant, les techniques d'expirations passives forcées ne sont pas recommandées car elles n'améliorent pas l'état de santé des nourrissons et sont susceptibles d'entraîner des effets indésirables. En revanche, l'expiration passive lente pourrait soulager les nourrissons de manière temporaire [16]. Ces techniques ont récemment été remises en question et nécessitent un plus grand nombre d'études afin de conclure sur leurs intérêts [44]. Pour désencombrer les voies aériennes supérieures, la désobstruction rhinopharyngée rétrograde est recommandée et la toux provoquée est indiquée pour les voies aériennes inférieures proximales [5].

1.3. Les recommandations françaises sur la prise en charge

1.3.1. Anciennes et nouvelles recommandations

Dans les anciennes recommandations, les critères de gravité pour une hospitalisation (grade C) et les critères cliniques de gravité à considérer pour un recours hospitalier sont

dissociés. Alors que dans les nouvelles recommandations, nous retrouvons dans un premier temps les critères à évaluer pour déterminer le niveau de gravité (grade B) suivi de critères nécessitant une vigilance accrue comprenant des critères de vulnérabilité (grade B) et des critères environnementaux (non détaillés dans les anciennes recommandations). Ces derniers vont d'un grade A, comme le tabagisme pendant la grossesse, le tabagisme passif, la crèche ou l'absence d'allaitement pour les prématurés de moins de 35 SA (Semaine d'Aménorrhée), à un grade C pour des contextes sociaux ou économiques défavorables. Concernant les critères de gravité, l'âge de prématurité était inférieur à 34 SA et âge corrigé inférieur à 3 mois dans les anciennes recommandations et sont devenus 36 SA et inférieur à 2 mois âge corrigé dans les nouvelles. Ces dernières disposent d'un tableau détaillant, pour chaque critère de gravité, quelles mesures permettent de déterminer la forme clinique du nourrisson. De plus, dans les nouvelles recommandations il est détaillé plus précisément quels critères entraînent une hospitalisation du nourrisson [18,29,45].

Un point sur les examens est abordé dans les nouvelles recommandations notamment sur le diagnostic étiologique considéré comme inutile (grade C). Les examens biologiques (grade B) et virologiques (grade AE) ne doivent pas être prescrits de manière systématique (grade B). La radiographie du thorax de face n'est pas recommandée de manière systématique sauf dans les formes plus graves ou pour un diagnostic différentiel (grade B). La gazométrie peut être réalisée pour les formes graves (AE). Comparativement, dans les anciennes recommandations, les examens complémentaires ne sont pas recommandés [18,29,45].

Concernant les thérapeutiques médicamenteuses, les bronchodilatateurs, les corticoïdes, les fluidifiants et antitussifs ne sont pas recommandés, ni dans les anciennes, ni dans les nouvelles recommandations. Les antibiotiques peuvent être utilisés si le nourrisson présente une infection bactérienne [18,29,45].

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, dans les nouvelles recommandations, la désobstruction rhinopharyngée est toujours recommandée par un grade C. L'ensemble des techniques kinésithérapiques étaient de grade C dans les anciennes recommandations tandis que dans les nouvelles, les techniques de drainage postural, vibration, clapping sont contre-indiquées et l'AFE n'est pas recommandée. Par un manque de données, la KR de désencombrement bronchique n'est pas recommandée pour les PEC ambulatoires [18,29,45].

Dans les anciennes recommandations, un chapitre décrit l'organisation des soins ainsi que les différents moyens de prévention face à la bronchiolite. Dans les nouvelles recommandations, cette notion n'est pas abordée. Cependant, nous retrouvons une partie sur « le circuit patients, aidants » ainsi que le suivi et la gestion des complications, avec également une fiche de conseil de surveillance pour les parents (ANNEXE II) [18,29,45].

1.3.2. Les recommandations dans les autres pays

L'ensemble des recommandations les plus récentes à savoir, NICE (anglaises), italiennes, canadiennes, australo-néozélandaises et américaines sont globalement en accord sur la PEC hospitalière ainsi que les traitements à administrer aux nourrissons atteints de bronchiolite [18].

Cependant, les guides de bonnes pratiques de ces pays sont en accord et ne recommandent pas la PEC kinésithérapique respiratoire pour cette pathologie. Les recommandations anglaises permettent une exception, la kinésithérapie peut être indiquée seulement chez un nourrisson présentant des comorbidités associées [18].

1.3.3. Réseaux développés autour de cette pathologie

En 2000, les recommandations de l'ANAES préconisaient la mise en place de réseaux regroupant les acteurs de santé intervenant dans cette PEC afin de permettre une planification sanitaire homogène et une organisation efficiente [46]. Les années suivantes, des réseaux de soins ont été mis en place dans de nombreuses régions de France, coordonnés par les autorités sanitaires régionales [5]. De nombreux objectifs sont fixés tels que diminuer le taux de nourrissons aux urgences, améliorer la qualité des soins par la formation des professionnels de santé et l'accessibilité aux soins grâce à la mise en place de gardes les week-ends et jours fériés [5,46,47]. Ces gardes permettent la continuité des soins pour les pathologies respiratoires et d'établir un lien entre la PEC hospitalière et ambulatoire. Les MK participant aux gardes, au sein de KinéGarde Respiratoire Grand Est, sont indemnisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) [47]. Le développement de ces réseaux permet également d'obtenir un bilan des astreintes réalisées chaque année, assurant alors une surveillance épidémiologique de la pathologie [46,47].

1.3.4. Médiatisation autour des nouvelles recommandations

Lorsque les nouvelles recommandations ont été publiées, de nombreux médias, tels que Libération, Le Monde et d'autres, ont relayé l'information au niveau régional, mais aussi national. Dans certains articles, il est indiqué que la HAS ne recommande plus la KR pour cette pathologie. Cependant, il n'est pas précisé que l'étude concerne seulement les nourrissons hospitalisés représentant 3% de la population touchée chaque année. Dans d'autres, il est précisé que la KR est inutile et contre-productive pour les nourrissons hospitalisés mais rien n'est indiqué pour les PEC ambulatoires [19,48,49,50].

C'est pour cette raison que de nombreux MK ont tenu à partager leurs avis et leurs positions sur ce sujet dans des journaux télévisés, tel qu'au journal régional de France 3, ou dans des articles de journaux régionaux comme le Républicain Lorrain, l'Alsace et d'autres. Les MK se sont inquiétés que les nouvelles recommandations soient mal interprétées [51]. Ils ont rappelé que la KR ne guérit pas le nourrisson mais permet, malgré tout, de le soulager, d'améliorer son état de santé et surtout de limiter le nombre de passages aux urgences grâce, notamment, à la mise en place des réseaux de garde [51,52,53]. Le MK joue un rôle important dans la surveillance du nourrisson et dans l'accompagnement des parents face à la maladie de leur enfant comme le met en avant l'article de Stéphane Demorand dans Le Point [52]. Le président de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes (FFMKR), GUÉRARD Sébastien le souligne dans la Voix du Nord : « *l'enfant est soulagé, il respire mieux après la séance et se porte mieux. Ce n'est pas une technique agressive* » [50]. L'ordre des kinésithérapeutes s'était prononcé sur le sujet en rappelant que : « *si, pour les 3% d'enfants hospitalisés, la kinésithérapie ne diminue pas le temps d'hospitalisation, pour les 97% des 460 000 enfants atteints de bronchiolite, le rôle du kinésithérapeute est essentiel.* » [51]. Le syndicat national des MK déplore dans un communiqué le 21 novembre 2019 : « *le manque de place accordé à la profession de kinésithérapeute dans ces recommandations* » [53]. Les MK ont eu peur suite à ces recommandations que les parents s'orientent plus rapidement vers les urgences [53]. Selon le président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes de la région Grand-Est (URPSMK), THOMAS Gérard, l'annonce des recommandations leur est : « *tombée dessus sans qu'ils sachent pourquoi* ». Il était évident pour les MK que la PEC sur les nourrissons hospitalisés n'était plus d'actualité mais pour eux, les 97% autres enfants atteints chaque année ne sont pas pris en compte dans les dernières recommandations de la HAS [53].

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a débuté en mars 2020, suite à la réalisation d'une intention de recherche. Elle s'est terminée en avril afin de ne pas passer à côté de publications sur le sujet. Un certain nombre de moteurs de recherche ont été utilisés afin de trouver les articles nécessaires pour alimenter l'étude. Nous pouvons citer la Cochrane Scholar, Google book, Pubmed, EM-consult.

En plus de ces bases de données, nous avons consulté le site de la HAS ayant publié les dernières recommandations de PEC de la BAN. Il a donc été nécessaire de se référer à ce site afin de trouver des informations faisant l'objet de ce mémoire.

Les articles sélectionnés s'étalent sur les dernières années. Ils ont permis d'obtenir des renseignements récents sur le sujet. Des recherches d'articles ou d'ouvrages concernant les études qualitatives et plus précisément les entretiens semi-directifs ont été effectuées pour réaliser au mieux ce travail.

Un certain nombre de mots de recherche a été utilisé afin de centrer au maximum la recherche bibliographique et de trouver des articles contenant les informations recherchées. Les mots de recherches étaient : « *bronchiolite aiguë du nourrisson* » ; « *masso-kinésithérapie* » ; « *recommandations* » ; « *traitement* » ; « *diagnostic* » ; « *entretien semi-directif* » ; « *HAS* » ; « *étude qualitative* ». Étant donné que la plupart des articles sont en anglais, les termes présentés précédemment ont été traduits dans cette langue : « *infants bronchiolitis* » ; « *physiotherapy* » ; « *treatment* » ; « *diagnosis* » ; « *guidelines* ».

La bibliographie est composée majoritairement d'articles anglophones et francophones. Dans un premier temps, la sélection a été réalisée par la lecture du titre. Ensuite, pour les articles retenus par leur titre, la lecture du résumé, puis complète a été faite. Une fois les articles choisis et triés, nous avons débuté notre travail par la réalisation d'une revue de littérature afin de poser la base de l'étude.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Choix de la méthode qualitative

Le but de la question de recherche est de connaître les impacts que les dernières recommandations de la HAS ont eu sur les MK libéraux. L'objectif est, plus précisément, de comprendre et de faire un point sur les retentissements possibles, perçus et ressentis par les MK libéraux sur la PEC des nourrissons atteints de bronchiolite [54]. Afin de répondre à cette question il est nécessaire d'aller à la rencontre de ces professionnels de santé et de les interroger pour connaître leur position sur le sujet.

La méthode qualitative est la plus adaptée afin de répondre au mieux à cette question. Ce type d'étude ne permet pas de collecter des données chiffrées mais des données non mesurables et non objectives. En effet, l'enquête a pour objectif d'étudier les comportements sociaux ainsi que les relations humaines. Comme l'écrit Borges Da Silva « *Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle essaye de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances.* » [54].

L'approche qualitative permet d'interpréter les points de vue individuels mais aussi d'étudier les interactions sociales. Elle permet également aux chercheurs d'améliorer leurs compétences dans la compréhension des comportements des acteurs du monde de la santé. Elle s'inscrit dans une démarche holistique en étudiant le sujet dans sa globalité. Les données recueillies par la méthode qualitative aboutissent à une hypothèse émanant de l'utilisation d'une démarche inductive et interprétative de la personne menant la recherche. Les méthodes qualitatives et quantitatives sont complémentaires car chacune permet de répondre à une autre problématique. L'objectif final de la méthode qualitative est d'obtenir des données permettant ensuite de formuler un certain nombre d'hypothèses [54].

La méthode qualitative répertorie différents moyens permettant de conduire une étude. Parmi eux, l'entretien est considéré, selon Democny, comme un moyen pertinent d'approfondir les représentations et pratiques sociales dans le monde de la santé [55]. Il consiste à interroger une personne détenant de potentielles informations répondant à la question de recherche

établie [55,56]. L'objectif est de partager le savoir d'une personne experte afin de mieux comprendre certains phénomènes [57].

La réalisation d'entretiens semi-directifs est l'approche qualitative la plus appropriée pour répondre à la question de recherche. En effet, ils permettent à la personne interrogée de s'exprimer librement autour du sujet abordé puisqu'elle peut développer son récit en exprimant son ressenti, son expérience et son vécu. L'enquêteur peut également orienter l'échange grâce à l'utilisation de questions ouvertes [58]. Celles-ci sont préparées avant l'entretien et répertoriées dans ce qui est appelé un « Guide d'entretien ». Il constitue une ligne directrice contenant différents axes de recherche qui comprennent chacun plusieurs questions amenant à confirmer, ou non, les hypothèses émises au départ [56].

2.2.2. Population

La population étudiée concerne les MK diplômés exerçant la profession en libéral. Les professionnels inclus dans l'étude ont pris en charge des nourrissons atteints de bronchiolite pendant le pic épidémique de l'année 2019 et/ou de 2020, plus précisément après la publication des recommandations de la HAS. Les MK exerçant dans les domaines hospitaliers ou en centre n'ont pas été contactés car l'étude s'intéresse seulement à la profession libérale. Nous avons choisi d'interroger des professionnels exerçant dans les agglomérations Messine et Nancéenne. Le genre, l'âge et l'année du diplôme des MK n'ont pas fait partie des critères de sélection.

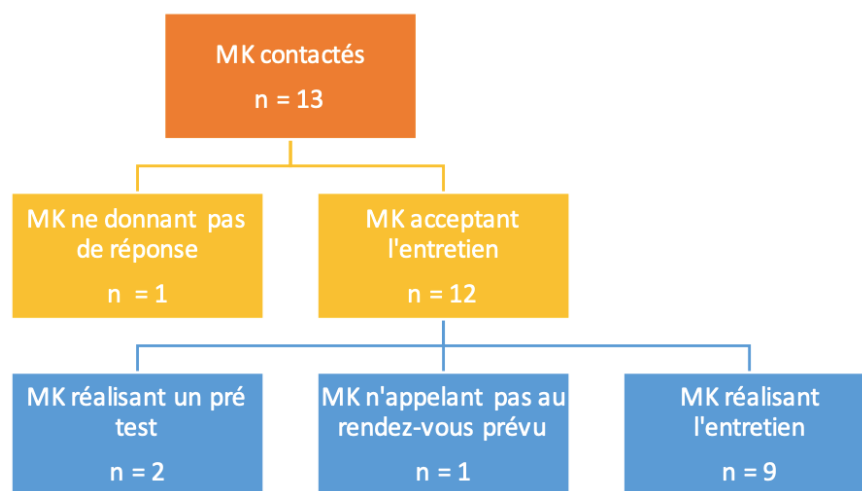


Figure 1 : Diagramme de flux

Dans le tableau ci-dessous sont présentées les caractéristiques de chaque participant. Il faut les prendre en compte car elles peuvent avoir un intérêt lors de l'interprétation des résultats. Il a été attribué, à chaque MK interrogé, un code alphanumérique permettant de garantir leur anonymat.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Sexe	Lieu et année d'obtention du diplôme	Activité pédiatrique exclusive	PEC de BAN en 2019 et/ou 2020	Réalisation de garde	Connaissance des recommandations lors de l'entretien
MK1	H	Montpellier 1986	Non	Oui	Oui	Oui
MK2	H	Nancy 2009	Non	Oui	Oui	Oui
MK3	F	Nancy 2017	Non	Oui	Non	Non
MK4	F	Nancy 2012	Non	Oui	Oui	Non
MK5	H	Charleroi 2004	Non	Oui	Oui	Non
MK6	F	Strasbourg 2005	Oui	Oui	Oui	Oui
MK7	H	Nancy 2002	Non	Oui	Oui	Non
MK8	F	Lille 1993	Oui	Oui	Oui	Oui
MK9	H	Libramont 2005	Non	Oui	Oui	Oui

Le premier contact avec les MK interrogés s'est fait par téléphone pour présenter brièvement le contexte et le sujet de l'étude afin qu'ils ne puissent pas se préparer à l'avance

sur les éventuelles questions auxquelles ils pourraient être confrontés. L'objectif est que la personne interrogée réponde de manière spontanée lors de l'entretien. Lorsque la prise de contact téléphonique n'était pas possible, celle-ci a été réalisée par voie électronique. Lors de ce contact, nous demandons aux MK s'il est envisageable de se rencontrer afin de réaliser l'entretien. Dans un second temps, si le MK accepte la rencontre, un feuillet d'information lui est transmis par mail expliquant plus précisément le déroulement de l'entretien (ANNEXE IV). Si le MK valide cette procédure, un rendez-vous est ensuite convenu.

2.2.3. Les entretiens

La réalisation d'un guide d'entretien est nécessaire pour construire les entretiens (ANNEXE V). En effet, celui-ci sert de support lors de leur réalisation. Pour notre étude il est composé de quatre thèmes : la présentation des MK, les connaissances des MK des recommandations de la HAS, l'impact des recommandations de la HAS pour les MK et une ouverture pour conclure. Chacune de ces parties est composée d'une à deux questions accompagnées de questions de relance permettant d'approfondir ou de guider le MK interrogé vers le thème défini. Celles-ci permettent d'éviter de s'égarer du sujet abordé par la question posée. Il a fallu faire attention aux mots employés lors de l'élaboration des questions afin de ne pas aiguiller le MK. C'est dans ce but précis qu'elles ont été rédigées sous forme de questions ouvertes permettant aux MK interrogés de répondre librement sans les influencer dans leurs réponses. L'ordre dans lequel les thèmes et les questions sont posées doit être respecté. Ce guide a été construit suite aux recherches réalisées pendant le mois d'octobre 2020 et grâce aux rectifications apportées par les deux pré-tests réalisés au mois de décembre 2020.

Dans un premier temps, des entretiens d'essais ont été réalisés fin décembre 2020. Les objectifs de ces pré-tests sont de définir en moyenne la durée des entretiens. De plus, ils permettent de modifier le guide d'entretien si nécessaire afin d'optimiser les prochains entretiens avec les MK libéraux sélectionnés pour l'étude. Dans le but d'obtenir des commentaires constructifs lors de ces pré-tests, il paraissait pertinent d'interroger des MK libéraux prenant en charge des nourrissons atteints de bronchiolite avant et depuis la parution des recommandations de la HAS. Suite à ces entretiens, le guide a été modifié prenant en compte les remarques émises par les professionnels interrogés. Neuf entretiens ont été réalisés entre le mois de décembre et le mois de janvier.

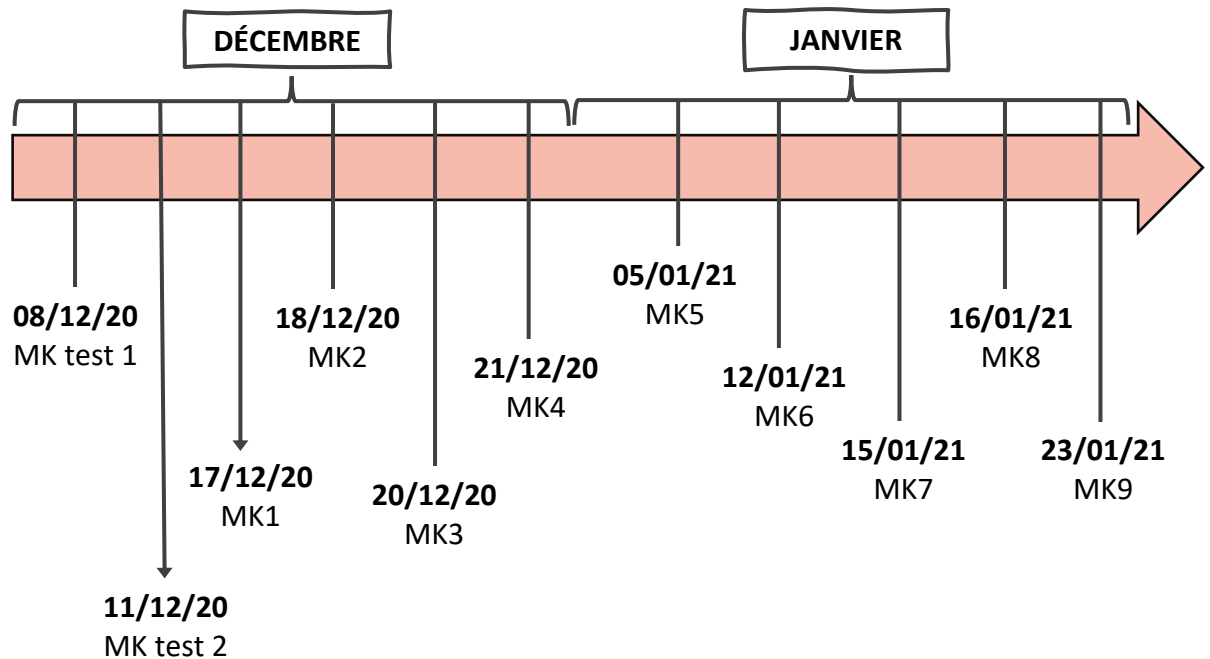


Figure 2 : Chronologie des entretiens

Les conditions sanitaires liées à la présence de la COVID-19, ont modifié le déroulement initialement prévu des entretiens. En effet, ces derniers devaient être réalisés dans le cabinet de chaque MK libéral, en dehors de leur temps de travail, afin qu'ils se déroulent dans le calme. Suite au confinement et au couvre-feu à 20h puis à 18h, il a été proposé aux MK, situés dans le secteur de Thionville, de réaliser l'entretien en présentiel ou en visioconférence à leur convenance. Pour les autres, les entretiens ont été réalisés en visioconférence via différentes plateformes tel que FaceTime, Zoom et Whatsapp selon le choix du MK. Ils ont eu lieu à la date fixée lors de la prise de contact avec chacun d'entre eux. Pour enregistrer l'entretien, une application dictaphone sur un téléphone portable a été utilisée, avec l'accord du MK, pour pouvoir le retranscrire et l'analyser par la suite. Les entretiens ont duré entre 12 et 34 minutes.

Pour mener à bien l'entretien, il est nécessaire de se présenter puis de faire un rappel de l'étude et de son sujet. Il est également rappelé aux MK que cet entretien est anonyme. Cela permet d'instaurer une relation de confiance avec la personne interrogée, dans le but de la mettre à l'aise afin qu'elle réponde aux questions sans craintes et sans retenues. Il est important d'établir un bon climat lors de l'échange afin d'obtenir l'adhésion et la collaboration du MK. Un feuillet d'informations résumant le déroulement de l'étude et de l'entretien ainsi qu'une feuille de consentement éclairé ont été distribués ou transmis par mail avant de débiter

l'enregistrement (ANNEXE VI). Nous avons proposé à chaque MK interrogé de lui transmettre les résultats de l'étude par mail en cas d'intérêt.

2.2.4. Analyse des données

L'analyse des données est considérée comme une étape cruciale dans une étude [55]. Il en existe trois types pour les études qualitatives dites : de contenu, thématique et de discours [57]. L'analyse thématique a été privilégiée pour ce travail car la lecture des entretiens permet de diviser chacun d'entre eux en différents thèmes afin de dégager les données essentielles abordées par les MK [55]. L'analyse des données commence par une retranscription complète des entretiens, le plus rapidement possible après leur réalisation (ANNEXE VII) [59]. Cette étape est suivie par une lecture approfondie permettant de prendre connaissance des informations fournies par les personnes interrogées.

L'étape suivante consiste à dégager les sous-thèmes retrouvés dans chaque entretien. Pour cela, les grandes idées abordées dans chaque entretien ont été insérées dans un document Word. Les idées similaires ont été regroupées permettant de créer différents sous-thèmes.

Finalement, seize sous-thèmes sont ressortis de l'analyse des entretiens. L'étape suivante a consisté à classer les différents sous-thèmes dans chaque thème du guide d'entretien. En revanche, certaines modifications ont été apportées, plusieurs thèmes ont été reformulés comme le premier qui est devenu : « la bronchiolite aiguë du nourrisson et le masseur-kinésithérapeute » et un nouveau thème appelé « place la médiatisation des nouvelles recommandation » a été ajouté.

Pour finaliser l'analyse des entretiens, un tableau Excel a été créé. Ce dernier a permis de classer les propos de chaque MK dans les différents sous-thèmes. Chaque idée abordée par un MK a été associée à une couleur correspondant à un sous-thème défini (ANNEXE VIII). Grâce à cette façon de procéder, nous avons pu avoir une vision globale de toutes les informations recueillies au cours des différents entretiens, mais aussi visualiser plus clairement les idées communes entre les différents MK. Chaque idée abordée par un MK a été associée à une couleur correspondant à un sous-thème défini.

2.3. Matériel

Pour construire la bibliographie, un ordinateur portable ainsi qu'une connexion internet ont été utilisés. Concernant la prise de contact avec les MK libéraux faisant partie de l'étude, un téléphone portable a été nécessaire. Ce même téléphone comportant une application « dictaphone » a été essentiel pour enregistrer les entretiens. Une feuille et un stylo ont également été utilisés afin de noter les expressions et les réactions de l'interrogé aux les différentes questions abordées.

L'ordinateur portable a également permis de retranscrire les données et de les analyser grâce à l'utilisation des logiciels Microsoft Word® et Excel®.

2.4. Aspects réglementaires et éthiques

Ce mémoire ne relève pas de la loi Jardé et ne requiert donc pas de suivre les démarches normalement nécessaires en référence à celle-ci. En effet, l'étude entre dans le champ d'application du paragraphe suivant de la loi : « *II.-2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalité celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.* » [60]

Ce travail ne nécessite pas de suivre une des méthodologies de référence établies par la CNIL qui porte sur les recherches dans le domaine de la santé. En effet, la méthodologie de référence MR-003 « *encadre les traitements comprenant des données de santé et présentant un caractère d'intérêt public, réalisés dans le cadre de recherches pour lesquelles le patient ne s'oppose pas à participer après avoir été individuellement informé. [...] L'information individuelle des patients est obligatoire* » [61]. Cette méthodologie s'applique aux études menées sur les patients, ce qui n'est pas l'objet de mon mémoire.

3. RESULTATS

3.1. La bronchiolite aiguë du nourrisson et le masseur-kinésithérapeute

3.1.1. Évolution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite

Au cours des entretiens, il en ressort que la diminution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite aiguë est évidente pour tous les MK. En effet, tous les MK interrogés évoquent cette évolution relative aux dernières années :

« Je trouve qu'on en a de moins en moins ces dernières années » (MK4) (P1, L18)

« Alors ça devient quelque chose de très rare » (MK6) (P1, L25)

Tous les MK sont unanimes quant à la baisse de nourrissons en consultation, et quelques-uns émettent un sentiment d'incertitude vis-à-vis de son origine. Cette idée est évoquée par MK7 et MK8. En effet, ils s'interrogent sur la cause de cette diminution, assez brutale, concernant les deux derniers hivers :

« Je ne sais pas comment l'expliquer ! Est-ce que c'est les prescripteurs qui ont moins prescrits ? Est-ce que ce sont les informations de la présence des gardes qui ont moins fonctionné cette année ? Je ne sais pas vu l'actualité qui est plutôt tournée sur l'épidémie COVID. » (MK7) (P6, L177-179)

« Alors quelle est la part de la recommandation ? Quelle est la part des mesures sanitaires ? » (MK8) (P4, L116)

Pour les autres, ils sont convaincus de l'origine de la baisse de nourrissons en consultation. En effet, pour cinq MK interrogés, les recommandations ont joué un rôle important dans cette diminution :

« Il y a eu vraiment un avant et après par rapport aux recommandations de la HAS » (MK3) (P2, L43)

« La bronchiolite aiguë, avant les nouvelles recommandations, en fait, représentait une grosse partie de notre activité [...] Désormais, en fait, elle est plutôt anecdotique. » (MK8) (P1, L17-22)

En plus des recommandations, d'autres facteurs pouvant être à l'origine de cette évolution sont mentionnés par les MK. En effet, MK2 souligne l'implication des conditions

météorologiques des derniers hivers dans la diminution du nombre de nourrissons en consultation. Il insiste sur le fait que les recommandations n'en sont pas à l'origine. La crise sanitaire actuelle est également évoquée par six MK sur neuf. Selon eux, il y a une relation de cause à effet entre la pandémie de la COVID-19 et l'évolution du nombre de nourrissons pris en charge pour cette pathologie durant l'hiver 2020-2021 :

« Après cette année, c'est un peu spécial. Il y en a moins aussi pourquoi ? A cause du COVID ! » (MK1) (P6, L180)

« Cette année ça peut être particulier parce qu'avec le Corona virus, il y a quand même heu... il y aurait quand même moins de bronchiolites du fait des gestes barrières » (MK4) (P7, L190)

Suite aux entretiens, il en ressort que la diminution de PEC est plus ou moins importante en fonction des MK. Certains constatent ne plus avoir du tout de nourrissons en consultation, même lors des gardes comme le disent MK4, MK6 et MK9. Alors que d'autres, comme MK1, MK5, MK7 et MK8, en avaient encore l'hiver 2019-2020 mais quasiment plus en 2020-2021.

En conclusion, il est difficile de déterminer l'origine de cette diminution de consultations car différents facteurs sont évoqués par les MK. Au vu de leurs réponses, il semblerait que les nouvelles recommandations soient tout de même responsables dans une certaine mesure de cette évolution.

3.1.2. Généralisation du terme « bronchiolite aiguë du nourrisson »

Selon quatre MK interrogés, ces dernières années le terme « bronchiolite aiguë » s'est « vulgarisé » et « le terme générique est quand même passé sous le terme bronchiolite » (P5, L142) d'après MK5. Ce point est appuyé par MK9 : « Maintenant, la plupart des soins qu'on a en ville en tant que kiné, c'est des bronchites, c'est des bronchites spastiques parce qu'aujourd'hui le terme est largement galvaudé » (P2, L45-47). D'après ces MK, dans l'esprit des parents mais aussi des prescripteurs, le terme bronchiolite, par sa généralisation, regroupe un ensemble de pathologies respiratoires.

Pour appuyer ces propos, MK1 et MK9 évoquent n'avoir eu qu'un et deux vrais cas dans toute leur carrière, sur l'ensemble des prescriptions pour « bronchiolites aiguës » qu'ils

ont reçues : « *Les véritables bronchiolites qu'on voit au cabinet sont quand même assez rares* » (MK1) (P2, L54). MK4, MK5 et MK9 soulèvent que les médecins généralistes et/ou pédiatres prescrivent de la KR pour une bronchiolite alors que le nourrisson peut être atteint d'une autre pathologie respiratoire. En effet, en ne faisant pas la différence entre la bronchiolite et les autres pathologies respiratoires dans leurs prescriptions, les médecins participent à la généralisation de ce terme :

« *On n'a pas forcément les bonnes prescriptions. Fin, moi j'ai souvent des enfants qui sont envoyés pour des kinés respi, mais qui ne sont pas de vraies kinés respi* » (MK4) (P2, L50)

« *J'ai souvent des prescriptions avec kiné respi pour bronchiolite, l'enfant il a pas une bronchiolite, il a une infection ORL* » (MK5) (P5, L153)

Afin d'éviter cette généralisation, les MK ayant évoqué ce point estiment qu'il serait nécessaire de faire une mise au point sur la bronchiolite et les différentes pathologies respiratoires. MK4 trouve qu'il serait important de bien « *repréciser* » la définition de la bronchiolite afin de ne plus généraliser ce terme à d'autres pathologies respiratoires du nourrisson. MK5 pense qu'il faut « *faire le distinguo entre une réelle bronchiolite et puis une infection ORL quoi* » (P5, L144). D'après MK9, le fait que le terme soit « *galvaudé* » entraîne la diminution, voir la disparition de consultations pour la KR chez les nourrissons.

La généralisation du terme « *bronchiolite aiguë* » peut être à l'origine du tort que les nouvelles recommandations ont causé aux MK. En effet, MK9 souligne ce point de vue et selon lui : « *Aujourd'hui, le problème c'est qu'il faudrait refaire, faudrait que la HAS refasse des études sur la bronchite du nourrisson, la bronchite spastique du nourrisson* » (P13, L403-405) ce qui permettrait de dissocier la PEC de la KR pour la bronchiolite des autres pathologies respiratoires. Il semblerait nécessaire de dissocier ces différentes pathologies respiratoires. Cela permettrait d'établir la place de la kinésithérapie pour chacune de ces maladies et éviterait toute généralisation et confusion.

3.1.3. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson

Lorsqu'il est demandé aux MK comment ils se positionnent quant à l'utilité de la kinésithérapie pour la pathologie, huit d'entre eux sont unanimes pour dire qu'elle est « *très utile* » (MK1). Les MK sont convaincus de l'importance de leur place dans cette PEC, comme

le dit MK4 : « *Moi personnellement en cabinet je trouve qu'on a toujours été efficace* » (P1, L20), avis qui est appuyé par MK7. MK5 souligne d'autant plus la nécessité de la kinésithérapie car elle qualifie cette PEC comme « *indispensable* ». C'est aussi ce que nous relevons de l'échange avec MK2, pour qui la kinésithérapie est « *une aide par rapport à l'évolution de la pathologie, mais que c'est une aide qui sert quand même bien* » (P4, L115). MK5 et MK8 insistent également sur leur rôle d'accompagnement auprès des parents, qui est primordial selon eux :

« *Il y a aussi les conseils qui sont importants pour les parents. Des fois, c'est juste ça, ils ont besoin d'être rassurés et conseillés* » (MK5) (P2, L56)

« *Moi je trouve que c'est utile, aussi bien dans le cas du désencombrement quand il a besoin d'être réalisé que dans la surveillance des nourrissons [...] Et du conseil aux parents et heu, pour éviter en fait d'arriver à des stades trop aigus* » (MK8) (P2, L44-47)

Cependant, il semble important pour les MK de rappeler que la KR ne permet pas de guérir l'enfant, mais de l'accompagner pour aller mieux : « *On dit qu'on ne guérit pas la bronchiolite, mais on le sait. On améliore les symptômes, on améliore la qualité de vie du nourrisson, on empêche que ce nourrisson, ben, se déshydrate, il tousse moins, il est moins fatigué* » (MK1) (P4, L126-128). Cette notion s'avère essentielle pour les MK. Six d'entre eux insistent sur ce point lorsqu'ils évoquent leur place dans la PEC des nourrissons. De plus, MK1, MK4 et MK7 rappellent également le fait que le MK est un relais important permettant d'éviter que les parents ne s'orientent trop rapidement vers les urgences. Ce point semble être fondamental pour MK4 qui insiste à deux reprises sur ce sujet : « *Parce qu'au final après les parents ils vont voir qui ? Ils vont voir leur médecin traitant et leur pédiatre et puis après ? C'est les urgences directes, il y a aucun relais. Donc après on se plaint qu'on encombre les urgences mais il y a aucun relais ! [...] On est les seuls en fait !* » (MK4) (P7, L209-213)

En revanche, un MK se différencie des autres de par son avis sur l'utilité de la KR pour la pathologie. MK9 pense « *que c'est pas recommandé d'agir sur des enfants qui sont vraiment atteints de bronchiolite* » (P2, L42). En effet, pour lui : « *On ne peut pas faire de kiné si c'est une vraie bronchiolite* » (P2, L55). Cependant, il précise tout de même que le MK peut avoir une place dans cette PEC : « *On peut avoir aujourd'hui un espèce de rôle, entre guillemets, d'éducation thérapeutique sur la désobstruction rhinopharyngée* » (P4, L119).

Il ressort des entretiens que la majorité des MK sont convaincus de leur place dans la PEC de la bronchiolite aiguë du nourrisson. Au-delà de la réalisation de techniques respiratoires, ils considèrent qu'ils ont un rôle d'accompagnement des parents et du nourrisson même s'ils ne permettent pas de guérir ce dernier. En effet, ils rassurent les parents en leur donnant des conseils et en les réorientant vers les urgences si l'état du nourrisson se dégrade. Grâce à cela, ils assurent le confort et le bien-être des nourrissons et des parents. Les propos tenus par les MK quant à leur place dans cette PEC amèneraient à reconsidérer les recommandations quant à la non-indication de la kinésithérapie ambulatoire pour cette pathologie.

3.2. Réactions des masseurs-kinésithérapeutes suite aux recommandations de la HAS

3.2.1. Ressenti des masseurs-kinésithérapeutes

Lorsqu'il a été demandé aux MK quels étaient leurs ressentis lors de la parution des nouvelles recommandations, un grand nombre de points ont été évoqués. Certains MK ont trouvé que c'était « *bien que ce soit noté noir sur blanc* » (MK2) (P6, L160) et que « *quelque part ça fait du bien parce que ça fait remettre les choses en question* » (MK6) (P3, L89). MK2 a cependant émis une réserve : « *Je me suis tout de suite dit derrière ça va être mal interprété* » (P6, L160). En revanche, certains MK ont ressenti de l'incompréhension et expriment une certaine lassitude face aux recommandations : « *Je ne sais pas pourquoi la kinésithérapie respiratoire chez les enfants est un choix de bataille pour les hautes autorités* » (MK7) (P10, L295).

Pour d'autres, un sentiment de légitimité apparaît. MK4 explique devoir encore plus se justifier quant à son utilité dans cette PEC. Ce point de vue est appuyé par MK3 qui a dû « *remettre les choses dans leur contexte* » (P5, L154). Il en ressort également un sentiment d'inconfort, évoqué par MK6, elle admet ne pas : « *avoir toujours été à l'aise* » (P10, L289) pour se justifier auprès des parents. Elle souligne se sentir partagée face aux recommandations car « *à la fois j'entends bien ce qui a été dit. D'un autre côté, c'est difficile de se dire qu'on se limite à la surveillance et même si c'est une part très importante la surveillance et le conseil* » (P4, L101-103). Durant l'entretien avec MK6, ce sentiment revient régulièrement prouvant que les recommandations l'ont impactée moralement. Elle ajoute

s'être sentie « *un peu désarmée* » car, pour elle, cela a été « *perturbant* » et « *déroutant de plus toucher les enfants* ». De plus, elle a exprimé sa crainte vis-à-vis de certaines familles : « *Je précisais toujours mon inquiétude par rapport à certaines familles où je me dis que voilà, si nous on n'est pas là... ben il y a personne quoi* » (P10, L297).

De nombreux MK expriment avoir vécu la parution comme une attaque envers leur profession. MK4 étaye ces propos en expliquant que ces recommandations ont été « *un sacré coup de massue pour la profession.* » (P3, L88). MK3 se dit « *choquée* » que ces recommandations viennent de la HAS. Un sentiment de déception se dégage de l'entretien avec MK8 : « *On a renié notre spécificité sur l'accompagnement et la quiétude des parents* » ce qu'elle qualifie de « *réducteur* » (P2, L61). Elle ajoute finalement, que selon les recommandations, le MK « *n'est pas si indispensable que ça a priori* » (P6, L187) pour cette PEC. MK1 et MK4 sont déçus par le contenu des nouvelles recommandations. En effet, MK4 a eu « *l'impression que c'est un peu tout fait pour qu'on arrête de prescrire la kiné respi* » (P3, L81). Face aux recommandations, MK6 reste perplexe : « *Dubitative dans le sens où, les formations que j'ai suivies auparavant c'était quand même... on était, à mon sens hein, déjà bien à jour au moment où je les ai faites* » (L11, L341-343).

Le ressenti de l'état d'esprit des MK perçu lors des entretiens est globalement similaire. En effet, suite à la parution des recommandations, beaucoup d'entre eux ont exprimé des sentiments de déception, de lassitude et d'incompréhension ce qui montre combien ils se sont retrouvés désabusés. Malgré cela, MK8 reconnaît : « *On s'implique pas émotionnellement [...] on n'est pas en colère, on n'est pas... on n'est pas tristes.* » (P6, L178).

3.2.2. Avis des masseurs-kinésithérapeutes

Selon plusieurs MK, les recommandations établies par la HAS comparent deux choses qui ne peuvent pas l'être. En effet, elles sont établies sur des nourrissons hospitalisés et la PEC ambulatoire n'a pas été recommandée : « *On peut pas comparer deux choses qui heu se comparent pas quoi* » (MK3) (P4, L114). MK3 rajoute que la population étudiée « *reste une petite cible de patients qui finalement nous touche très peu en cabinet de ville.* » (P6, L184). De plus, les MK mettent en avant la différence entre ce qu'établissent les autorités de santé par rapport à ce que les professionnels voient en cabinet : « *Après entre la théorie et la pratique en cas clinique, il y a un fossé quoi.* » (MK5) (P5, L152). Les MK ne se reconnaissent

pas dans ce qui est énoncé pas la HAS : « *Ça correspondait pas à ce que moi j'avais sur le terrain* » (MK6) (P2, L47). Cette impression est également appuyée par MK4 : « *Je l'ai trouvée infondée [...] par rapport à ce qu'on peut nous voir en cabinet ! [...] j'ai l'impression qu'on n'a pas... qu'on n'a pas les mêmes patients en face de nous* » (P3, L87-90).

Quant au contenu des recommandations, MK1 admet être en désaccord avec certains points abordés : « *Ce qui est étonnant, c'est qu'ils parlent du dégagement des voies aériennes supérieures [...] et que lorsque tu regardes sur leur site, ils décrivent pas du tout la désobstruction.* » (P3, L87-90). Il trouve également que certaines techniques énoncées dans les recommandations sont mal expliquées. Néanmoins, il admet : « *Je me suis un peu quand même retrouvé dans ça, et il y a des choses qui m'ont fait plaisir* » (P5, L154). Il reconnaît également l'importance de faire des études sur la pratique kinésithérapique. D'autres MK ont approuvé certains points des recommandations. Par exemple, MK6 a apprécié que les recommandations aient rappelé que certaines techniques de KR ne devaient définitivement plus être pratiquées. Elle a également apprécié que le rôle de surveillant des MK auprès des nourrissons soit souligné, et qu'ils ne soient plus réduits à des « *désencombreurs de bébé* » : « *je trouvais très intéressant dans les recommandations le côté qu'on puisse être amené à surveiller et à conseiller les parents.* » (P3, L90). De nombreux MK ont avoué trouver « *juste* » le rapport de la HAS. Comme l'exprime MK9, pour lui les recommandations « *ont apporté le savoir finalement sur la bronchiolite* » (P6, L174). MK6 soutient ce point de vue, mais pour elle des points importants des recommandations n'ont pas été assez mis en avant : « *Il fallait mettre à mon avis, beaucoup plus en avant la surveillance, que le "on fait plus de désencombrement"* » (P5, L141). De plus, selon elle, les aspects importants de la PEC n'ont pas été abordés assez rapidement dans le rapport : « *Si on fait le raccourci, c'est, on fait plus de kiné respiratoire. [...] Alors qu'il y a plein de choses en arrière mais ça a été mis un peu tardivement en avant quoi ! Mais elles ont été réduites à dire qu'on ne devait plus faire de kinésithérapie respiratoire* » (P5, L136).

En revanche, deux MK évoquent une certaine indifférence face au contenu des recommandations. En effet, MK5 indique qu'il n'a pas « *prêté attention* » à ces recommandations car, selon lui, « *ça apportait pas de nouvelles informations* » (P5, L151). Du même point de vue, MK2 reproche aux recommandations qu'elles : « *n'ont pas apporté grand-chose.* » (P5, L127) et qu'« *elle n'est pas compréhensible pour tout le monde.* » (P6, L165).

Plusieurs MK reprochent la manière dont les recommandations ont été relayées au public et aux professionnels de santé : « *Le problème c'est que, comme ça a été mis du jour au lendemain sans prévenir, ça a été mal interprété je suppose* » (MK2) (P5, L144). Pour de nombreux MK, les recommandations ont fait du tort à la profession car, en plus de leur publication inattendue : « *Elles créent de l'angoisse des parents, de l'incompréhension pour les parents et même pour les autres professionnels. [...] Ça n'apporte rien de bon pour nous.* » (MK4) (P3, L73-75). Sur un ton sarcastique, MK1 dit que ces recommandations amènent de l'incertitude : « *Parce que déjà les recommandations parlent du 1er (insiste sur le mot), le 1er ! Qu'est-ce que veut dire le 1er épisode ? [...] Donc c'est déjà pas très clair.* » (P3, L82-86). Pour MK8, les recommandations sont ambiguës, elle dit : « *Elles apportent plutôt des choses un petit peu... de la défiance par rapport au kiné. Elles apportent de l'ambivalence en disant que la kiné n'est pas recommandée mais que, il faut quand même que le kinésithérapeute sache surveiller l'enfant* » (P2, L52-55). Selon elle, les recommandations ont « *relativisé le rôle du kiné* » pour cette pathologie car elles ont donné « *l'impression que l'on ne reconnaissait pas notre rôle et qu'on nous limitait en fait, à un rôle de personne qui allait juste faire cracher l'enfant* » (P2, L58). Elle conclut de manière mitigée : « *Peut-être qu'ils ont raison, peut-être qu'ils ont pas raison* » (P6, L180).

Suite aux échanges avec les MK, des avis assez différents ressortent des entretiens. Bien que beaucoup d'entre eux aient perçu les recommandations comme une attaque envers leur profession, certains reconnaissent être en accord avec leur contenu. MK1 reste tout de même pointilleux envers ces recommandations, il critique leur manque de clarté ainsi que la présence de techniques mal expliquées. Ce qu'il ressort de ces entretiens, c'est la mauvaise interprétation des recommandations auprès des professionnels de santé et des parents, qui, selon eux, leur a fait du tort.

3.3. Impacts des nouvelles recommandations sur la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes

3.3.1. Prescriptions

Lorsqu'il a été demandé aux MK s'ils avaient été impactés, depuis les nouvelles recommandations, et de quelles manières, la majorité d'entre eux a évoqué une forte diminution de prescriptions : « *Autant avant tous les jours on avait, on prenait une bronchiolite*

en plus dans nos emplois du temps. Autant maintenant [...] En fait on a même plus d'appel pour ça » (MK3) (P4, L120-122). Elle précise que le nombre de prescriptions est « *passé du tout au tout.* » (P4, L124). Ce point de vue est confirmé par MK9 qui admet ne plus avoir « *personne* » en consultation ces deux derniers hivers.

En revanche, MK2 et MK5 ont un point de vue contrasté. En effet, MK2 relate que : « *Dès le lundi d'après que c'est sorti [...] j'avais de nouveau plein de kiné* » (P8, L254). Ils expliquent que la publication des nouvelles recommandations n'a pas modifié le nombre de nourrissons en consultation, pour eux : « *Les médecins continuent d'envoyer de la même manière qu'avant* » (MK2) (P2, L36).

Pour la majorité des MK les recommandations sont responsables de la diminution du nombre de nourrissons en consultation. En effet, lors de l'entretien avec MK4, elle incrimine les recommandations pour ce phénomène : « *L'hiver dernier avec ce truc-là, ouais ça a quand même foutu le bordel* » (P6, L176). Plusieurs MK, notamment MK6, MK7 et MK8, ont noté une diminution cet hiver mais déjà l'hiver dernier, suite à la publication des recommandations. Ces propos sont appuyés par MK8, qui exprime avoir ressenti une baisse des consultations l'hiver suivant les recommandations, qui ont ensuite reprises : « *Alors l'hiver dernier, dans un premier temps, en fait, on a eu une chute, un arrêt des prescriptions [...] Et donc on a vu revenir les enfants petit à petit* » (P3, L91-95). Par contre, cet hiver elle confirme n'avoir presque pas eu de nourrissons en consultation. Les MK se satisfont, au vu de la baisse de prescriptions, d'avoir vu tout de même trois ou quatre nourrissons lors de leur garde, comme l'explique MK1.

Néanmoins, pour certains MK, cette diminution du nombre de nourrissons pose de nombreuses interrogations. En effet, comme l'exprime MK7, il ne sait pas expliquer pour quelles raisons il y a eu une diminution du nombre de prescriptions : « *C'est vrai qu'avec les confrères aussi qui ont peut-être moins heu... vu de patients et qui ont peut-être moins envoyé aussi en garde [...] Ou alors, je ne sais pas comment l'expliquer ! Est-ce que c'est les prescripteurs qui ont moins prescrit ?* » (P6, L175-177). MK1 laisse sous-entendre, sur un ton sarcastique, que l'origine de cette baisse de consultations reste inconnue : « *Maintenant il y en a peut-être moins qui sont prescrits pour des raisons obscures* » (P1, L30).

Bien que certains MK n'aient pas eu de diminution de prescriptions, la majorité d'entre eux ont remarqué un arrêt des prescriptions suite aux nouvelles recommandations. Beaucoup

de MK insistent sur l'évolution des consultations pour la bronchiolite en comparant le nombre de nourrissons pris en charge avant et après les nouvelles recommandations. Il en ressort que la plupart d'entre eux n'ont plus eu du tout de nourrissons, ou alors très peu, depuis leur parution. Les MK réalisant des gardes évoquent également l'absence d'enfants lors de celles-ci, comparativement aux années précédant les nouvelles recommandations. Finalement, cette diminution de consultations a eu un impact, plus ou moins important, sur l'activité professionnelle de la majorité des MK interrogés.

3.3.2. Pratique des masseurs-kinésithérapeutes depuis les recommandations

Lorsqu'il a été demandé aux MK quel(s) changement(s) ils avaient opéré sur leur pratique lors d'une séance de kinésithérapie respiratoire depuis les nouvelles recommandations, six d'entre eux ont mentionné aucune modification dans leur PEC. MK5 et MK9 ont précisé qu'ils réalisaient déjà, lors des séances, ce qui a été énoncé dans les recommandations : « *Je faisais déjà les recommandations* » (MK9) (P6, L162).

En revanche, la plupart d'entre eux ont dû s'adapter aux conséquences induites par les recommandations. En effet, MK2 n'a pas noté de changements sur ses techniques de rééducation ou la prise de constantes et l'auscultation, mais il dit avoir augmenté le temps consacré à la prévention auprès des parents inquiets de ne plus avoir de KR pour leur nourrisson. Concernant MK4, elle a constaté passer plus de temps à devoir se justifier auprès du public qu'auparavant : « *C'est juste que je passe plus de temps encore à justifier [...] Auprès des parents essentiellement. Et puis ça m'est arrivé aussi ben avec mon entourage professionnel* » (P4, L108-111). MK6 relève le même point, pour elle, le principal changement est qu'elle passe plus de temps pour la prévention et le conseil aux parents par rapport au temps consacré à s'occuper des nourrissons. Cependant, elle note avoir rajouté des éléments dans ses séances : « *Je fais écouter aux parents. Je leur fais écouter l'encombrement [...] Ce que je faisais pas avant que je fais du coup plus systématiquement parce que j'ai plus le temps c'est de noter ça dans le carnet de santé, que voilà, tel jour j'ai ausculté avec telle fréquence respi et tel encombrement et que j'ai donné des conseils aux parents* » (P9, L255-263).

De manière générale, les MK n'ont pas été impactés par les recommandations quant à leurs techniques de kinésithérapie. En revanche, ils ont dû s'adapter aux questionnements et aux changements d'attitudes des différents acteurs de cette PEC.

3.4. Point de vue des masseurs-kinésithérapeutes depuis les nouvelles recommandations

3.4.1. Position des masseurs-kinésithérapeutes

Les MK interrogés sont tous unanimes quant à leur position pour cette PEC suite aux nouvelles recommandations. Globalement, elle n'a pas changé suite à ce qui a été énoncé dans le rapport de la HAS. Malgré ce qui a été établi, les MK restent persuadés de leurs rôles et de leurs places pour cette PEC. En effet, MK6 admet ne pas être totalement convaincue par ce qui a été énoncé, elle exprime : « *Au fond de moi j'aimerais bien qu'on me prouve quand même un jour le contraire* » (P11, L326). Les recommandations ont conforté MK1 dans sa pratique, il dit : « *Ça m'a même donné envie, peut-être d'en faire encore plus, et, de démontrer le contraire.* » (P5, L147). En revanche, MK9 est mitigé sur sa place dans la PEC de la pathologie car il remarque : « *On a toujours eu des parents où finalement quand même les enfants allaient mieux. [...] Maintenant force est de constater, qu'à maintenant deux ans, ça n'a pas spécialement évolué [...] Donc aujourd'hui je pense que la kiné a peut-être pas forcément une utilité principale* » (P13, L389-398). Il ajoute : « *L'éducation thérapeutique au mouchage [...] c'est malheureusement ce qu'il peut nous rester ou ce qui pourrait éventuellement revenir au goût du jour* » (P11, L320-322).

Face aux recommandations, MK8 exprime une position d'impuissance car dans tous les cas, la PEC des nourrissons ne dépend pas des MK mais des médecins : « *C'est pas ma décision en fait. Nous on n'a pas le choix de ça. Donc on le subit. [...] On l'a pas décidé et c'est pas nous de toute façon qui envoyons les enfants* » (P6, L171-175). Bien que les recommandations ne préconisent plus une PEC ambulatoire, MK5 souligne qu'il ne va pas refuser de prendre en charge des nourrissons malades s'ils se présentent : « *Si demain j'ai un enfant qui vient [...] je vais pas dire "ah ben non, la HAS ils ont dit que ça servait à rien, je vais pas vous faire de kiné respi"* » (P6, L166-168). Cependant, MK6 exprime le besoin, depuis les nouvelles recommandations, de réaliser de nouvelles formations sur : « *comment être convaincant pour que les parents me ramènent un gamin alors que je lui fait rien* » (P5-6, L158). En effet, tout au long de l'entretien elle exprime une certaine frustration de ne plus « *toucher* » les nourrissons comme avant. A l'inverse, MK8 est formelle, elle ne compte pas reprendre de formation concernant la KR : « *On a arrêté nos formations en kiné respi hein, ça*

c'est clair. Heu, vous voyez on va pas aller chercher plus loin pour quelque chose qui va pas être rentable derrière » (P7, L213).

Pour plusieurs MK, tels que MK4 et MK9, il est nécessaire de réaliser de nouvelles études sur la PEC ambulatoire de la BAN afin de confirmer leur rôle. Il ressort de l'entretien de MK6, un sentiment de doute sur l'avenir de la KR pour cette pathologie suite aux nouvelles recommandations : « *J'ai vraiment la sensation que c'est une page qui se tourne dans notre profession » (P10, L306).* Elle évoque cette notion à plusieurs reprises lors de l'échange. C'est pourquoi, la plupart des MK avouent attendre les statistiques pour connaître le potentiel impact des nouvelles recommandations.

Il ressort des entretiens que les MK sont dubitatifs face aux recommandations. Bien qu'ils restent convaincus des bienfaits de leur PEC, ils s'interrogent sur l'évolution de cette dernière dans les années à venir d'autant plus qu'ils ne sont pas « *décisionnaires* » car ils dépendent entièrement des prescripteurs.

3.4.2. Motivation des masseurs-kinésithérapeutes

Tous les MK interrogés annoncent que la publication des nouvelles recommandations n'a pas modifié leur motivation pour continuer à prendre en charge ces nourrissons. Ils se disent toujours prêts à prendre en consultation ces enfants : « *Si on en avait de nouveau on les reprendrait » (MK9) (P14, L431).* En revanche, MK8 avoue avoir été un peu démotivée par la publication des nouvelles recommandations et les conséquences que cela a eu. Lorsqu'il lui est demandé si sa motivation a été impactée sa réponse est : « *Oui, un petit peu quand même » (P6, L187).*

3.5. Place de la médiatisation des nouvelles recommandations

3.5.1. Interprétations et attitudes des professionnels de santé

Selon plusieurs MK interrogés, les recommandations ont été mal interprétées et ont entraîné une certaine méprise auprès des professionnels de santé car pour eux, la KR n'était plus nécessaire :

« Je pense que ça a vraiment porté la confusion auprès de mes collègues médecins et pédiatres parce que maintenant, pour eux, la kiné respiratoire pédiatrique sert pratiquement à rien. » (MK1) (P4, L97)

« Ils disaient clairement aux patients "ce n'est plus recommandé" » (MK8) (P4, L102)

Suite à la publication des nouvelles recommandations, les MK interrogés mettent en avant un changement dans la pratique de leurs confrères médecins généralistes et pédiatres. Certains MK, tels que MK1, MK5 et MK8, admettent avoir été contactés par des médecins afin d'obtenir des informations et/ou de connaître leur position concernant la PEC de la pathologie. En effet, MK5 s'est retrouvé, quant à lui, confronté à un médecin demandant aux parents de revenir faire une consultation après les séances de kinésithérapie : *« Il y a un médecin généraliste qui demandait aux parents, chose [...] qu'il ne faisait pas avant pardon, qui demandait aux parents de repasser une fois les séances terminées » (P9, L271-273).*

De nombreux médecins et/ou pédiatres ont arrêté de prescrire de la KR comme évoqué dans le point 3.3.1. Comme le dit MK9, les médecins n'ont presque rien changé dans leur pratique, ils ont juste cessé de prescrire de la kinésithérapie : *« Ils donnent toujours leurs ordos avec tout ce qu'il faut dessus, sauf qu'ils donnent plus de kiné » (P9, L279).* Ce point de vue est partagé par MK6 : *« Je pense vraiment que ce sont les prescripteurs et les médecins qui ne font plus de prescriptions ! » (P6, L176).* Mais certains MK tels que MK2 et MK5 n'ont pas ressenti de diminution du nombre de prescriptions. MK2 précise tout de même s'être retrouvé confronté à un médecin qui a arrêté de prescrire : *« Qui n'a pas, je pense, ni lu les recommandations et qui a pas cherché à comprendre le pourquoi du comment, a dû regarder TF1 et pas regarder la suite » (P2, L51-53).* Pour conclure face à ce changement de comportement des prescripteurs, selon MK9, ils ont simplement suivi les recommandations : *« Les médecins ben c'est la HAS hein, ils suivent » (P9, L276).*

3.5.2. Interprétations et attitudes des parents

D'après certains MK interrogés, les parents ayant entendu parler des recommandations n'ont pas forcément compris ce qui avait été énoncé par la HAS. Comme le souligne MK2, les recommandations ont été mal interprétées par les parents, pour lui, ils ne : *« comprennent pas ce qu'il s'est passé avec les nouvelles recommandations en fait quoi, qui ont été un peu pris de travers je pense » (P4, L109).* Cette notion est appuyée par MK3, qui rajoute que, d'après elle, le public n'a pas essayé de comprendre jusqu'au bout les

informations émises par la HAS. MK6 nuance ces propos, pour elle, les parents n'ont pas eu connaissance de ces recommandations et pour ceux qui les ont entendues, ils : « *trouvaient ça un peu bizarre que tout d'un coup on annonce qu'on en fasse plus* » (P10, L288).

La majorité des MK interrogés ne retrouvent pas de changement dans l'attitude des parents, leur confiance et leur adhésion aux soins lors des séances de KR depuis les nouvelles recommandations : « *Ce qui leur incombe le plus c'est le bien être du petit et leur tranquillité à eux, donc ils viennent et puis de façon générale ils nous font confiance* » (MK7) (P9, L259-261). Au contraire, selon les MK, les parents demandent à être accompagnés et que leur nourrisson soit soulagé. Ils sont inquiets de, potentiellement, ne plus avoir de kinésithérapie : « *Maintenant on se dit "merde il y aura peut-être plus besoin de kiné" et du coup les gens avaient un peu plus peur* » (MK2) (P7, L202). En revanche, MK3 insiste sur le fait que les parents venant au cabinet pour leur nourrisson, sont convaincus des bienfaits de la kinésithérapie, sinon ils ne viendraient pas. Pour MK7 et MK9, les parents ne se posent pas de questions et suivent les préconisations du médecin : « *Les parents de toute façon quand ils sont en détresse, ils se tournent vers le médecin traitant, vers le kiné et puis, après ils jugent eux les résultats* » (MK7) (P3, L87).

En revanche, les MK mettent tout de même en avant un changement dans l'attitude des parents. En effet, ils rapportent avoir été confrontés à plus d'interrogations de leur part qu'avant les nouvelles recommandations. Cette notion est notamment évoquée par MK4 qui donne un exemple de questions posées : « *"Pourquoi mon médecin m'a prescrit de la kiné respi heu alors qu'on dit que ça sert à rien" [...] "Pourquoi alors qu'on dit qu'il faut pas ?" Heu, "est-ce que c'est dangereux ?" Toujours ces questions-là* » (P5, L131-134). MK5 admet s'être également retrouvé face à ces questionnements de la part des parents, plus curieux qu'inquiets : « *J'avais l'impression plus que c'était quand même plus par curiosité que par défiance vis-à-vis de la profession quoi* » (P10, L288). Quelques MK abordent le fait que des parents sont venus aux séances inquiets et sceptiques face aux recommandations et qu'ils avaient besoin d'être rassurés : « *Les parents sont toujours, au départ, inquiets, puis rassurés quand ils voient que ça se passe bien* » (MK8) (P5, L138)

3.5.3. Médiatisation des nouvelles recommandations

Plusieurs MK pensent que les médias ont mal retranscrits les informations des recommandations, et que par conséquent, ils sont responsables de la mauvaise compréhension des différents acteurs de cette PEC :

« En fait c'est plus heu, pas la loi en tant que telle, c'est vraiment tous les médias autour qui ont fait un peu pas leur boulot quoi. » (MK2) (P5, L148)

« Ça a été vachement vulgarisé par les médias. C'est-à-dire qu'on a voilà... On a dit : "la kiné respiratoire n'est pas utile pour les bronchiolites" » (MK5) (P6, L179)

Certains MK ont également trouvé que les médias ont contribué à dévaloriser la kinésithérapie auprès des autres professionnels de santé et auprès du public : *« J'ai trouvé que c'était une attaque par rapport à la profession, que c'était une dévalorisation de notre travail » (MK5) (P6, L180).*

D'après les MK, les médias ont desservi la profession en relayant, au public, de mauvaises informations relatives aux nouvelles recommandations. Cela a entraîné une mauvaise interprétation et un changement d'attitude au niveau des prescripteurs mais également auprès des parents. Face à cela, les MK ont été impactés et ont dû s'adapter de diverses manières.

4. DISCUSSION

4.1. Analyse interprétative des entretiens

4.1.1. Place des recommandations dans l'évolution du nombre de nourrissons

Les résultats des entretiens révèlent un constat commun des MK de la forte diminution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite en consultation ces dernières années. Nous pouvons en déduire qu'un ou plusieurs facteurs sont à l'origine de ce phénomène. Cependant, les MK ne sont pas unanimes sur la cause de cette évolution. Pour la majorité d'entre eux, il n'y a pas de doute, les recommandations ont eu une incidence majeure dans la baisse des consultations. Beaucoup d'entre eux ont remarqué un arrêt des prescriptions suite aux nouvelles recommandations, point sur lequel ils insistent à plusieurs reprises. Ils comparent le

nombre de nourrissons vus en consultation avant et après les recommandations afin d'appuyer leur propos et montrer qu'il y a une véritable différence. Tous concluent qu'ils n'ont quasiment plus traité de nourrissons depuis ces recommandations, même lors de leur garde. En revanche, MK2 et MK5 n'incriminent pas les nouvelles recommandations dans la baisse de nourrissons en consultation. Lors des entretiens, il est évident, selon eux, qu'elles n'ont pas participé à cette évolution.

Cependant, de manière à nuancer ces propos, d'autres facteurs ont été relevés dans l'évolution du nombre de nourrissons prise en charge. Tout d'abord, plusieurs MK sont convaincus que le taux de nourrissons malades est corrélé aux températures extérieures. En effet, ces diminutions de consultations ces dernières années pourraient être associées aux hivers beaucoup plus doux induisant moins de circulation de virus. MK2 et MK4 sont en accord pour dire que cette évolution existe depuis environ sept ans. Il est donc important de souligner que cette diminution a été constatée par les MK avant la parution des recommandations. Cela montre que ce phénomène existe depuis plusieurs années malgré leur parution.

En revanche, ce facteur ne permet pas d'expliquer à lui seul la baisse brutale du nombre de nourrissons malades ces deux derniers hivers. Un autre paramètre est évoqué par la majorité des MK. Ils sont convaincus que la crise sanitaire liée à la COVID-19 a eu un impact dans la diminution du nombre de nourrissons en consultation, au moins pour l'hiver 2020-2021. Ils le caractérisent comme « *particulier* » ou « *bizarre* ». Cette épidémie a pu influencer le nombre de nourrissons malades grâce à la mise en place des mesures sanitaires. Ces propos sont confirmés par les bulletins épidémiologiques publiés chaque semaine, pendant la période épidémique, par Santé Publique France. Deux constats peuvent être faits lorsque nous étudions les courbes de la Figure 3. Dans un premier temps, nous pouvons noter une diminution du nombre de nourrissons malades et hospitalisés cet hiver, en comparaison des hivers des deux années précédentes. En effet, pour l'hiver 2018-2019, nous relevons environ six mille nourrissons malades et hospitalisés lors du pic épidémique durant la semaine 52 (2018), contre un peu plus de deux mille lors du pic épidémique pour l'hiver 2020-2021 durant la semaine 13 (2021). De plus, nous pouvons remarquer un décalage dans l'apparition de l'épidémie cette année avec un pic aux mois de mars/avril alors que les années précédentes le pic avait lieu au mois de décembre [62].

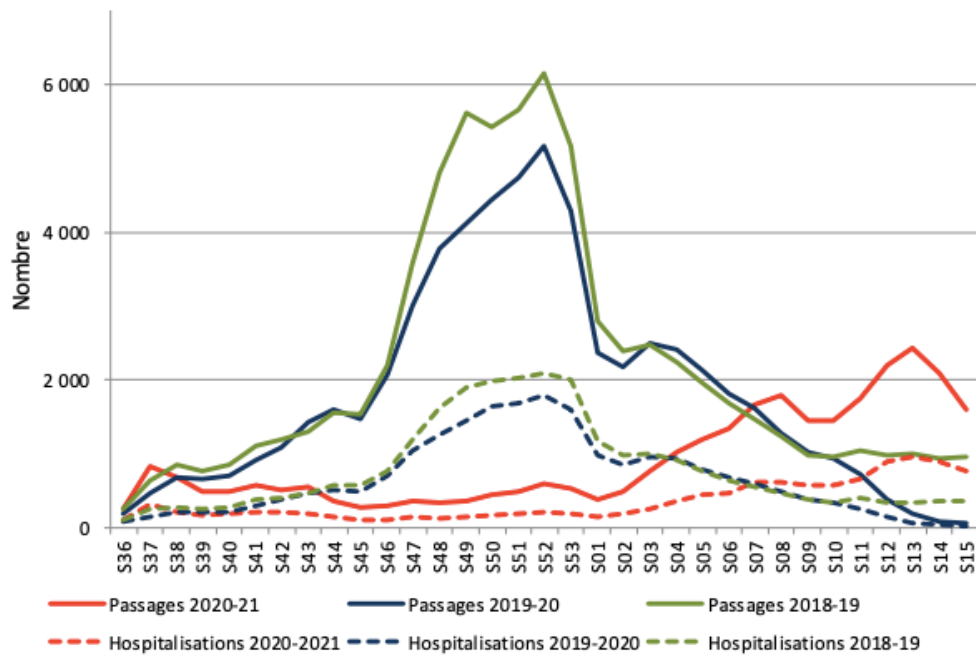


Figure 3 : Passages et hospitalisations suite aux passages aux urgences pour bronchiolite en France métropolitaine, enfants de moins de 2 ans, 2018-2021 [62]

Pour d'autres MK, cette diminution du nombre de nourrissons en consultation soulève quand même des interrogations. MK7 exprime clairement être perplexe face à cette évolution et ne sait pas déterminer l'origine de ce phénomène. Il laisse penser qu'il ne s'était pas réellement posé de questions face à cette diminution avant notre échange. Selon MK1, l'origine de cette diminution est « *obscure* », comme pour sous-entendre que ce phénomène est difficile à expliquer. Il utilise le sarcasme lorsqu'il évoque ces propos, laissant sous-entendre que les recommandations ont joué un rôle dans cette évolution. Nous pouvons conclure que les MK ne savent pas clairement déterminer l'origine de cette évolution. En effet de nombreux facteurs peuvent être incriminés et laissent place à l'incertitude. Ces interrogations sur l'origine de la diminution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite sont évoquées de manière implicite dans le bulletin hebdomadaire de Santé Publique France. Les bulletins de l'hiver 2020-2021 contiennent un encadré concernant la COVID-19. Il est stipulé que la surveillance épidémiologique va permettre d'évaluer de quelle manière la mise en place des mesures sanitaires a impacté la transmission du VRS. De plus, cela permettra également d'analyser la potentielle participation de la COVID-19 sur l'incidence de la maladie [62].

Ces différents éléments ne permettent pas de conclure du poids de l'incidence des recommandations sur la baisse de nourrissons en consultation chez les MK libéraux. En effet, leurs propos nous amènent à relativiser la place des recommandations dans ce phénomène. Les avis de chaque MK sur l'origine de l'évolution du nombre de nourrissons sont trop partagés pour affirmer que les recommandations sont le seul facteur à en être la cause.

4.1.2. Caractéristiques de la population

Les résultats démontrent que la publication des nouvelles recommandations a été vécue différemment selon les MK interrogés. Nous pouvons en déduire deux interprétations face à cela. Dans un premier temps, nous remarquons que certains MK n'ont pas été impactés moralement par les recommandations. Par exemple, nous ressentons plutôt une notion d'indifférence dans le discours de MK2 et MK5, pour eux elles n'ont pas apporté de nouvelles informations quant à cette PEC. Selon MK2, les recommandations ont été faites seulement pour notifier dans un document officiel la PEC de cette pathologie. MK5 souligne plutôt le fait que pour lui, les recommandations en règle générale, ne sont pas assimilables à ce qu'il voit sur le « *terrain* ». De son point de vue, les recommandations relèvent de la théorie, non applicables en pratique pour le traitement des nourrissons malades. C'est pour cette raison qu'il avoue ne pas y avoir prêté attention. De manière générale, ces deux MK n'expriment pas d'avis ou de sentiments négatifs face à la publication des recommandations.

Dans un second temps, nous ressentons que cinq autres MK interrogés ont été touchés par la publication de ces recommandations. En effet, la plupart d'entre eux expriment une certaine déception. Ils évoquent la répétition des remises en question de la KR pour cette pathologie. Nous pouvons en déduire que les MK sont las et fatigués des études dénigrant leur place. Ils ne se sentent pas assez reconnus pour cette PEC, ont le sentiment d'être mis de côté et que leur rôle est banalisé. MK7 dit avoir du mal à comprendre pourquoi il y a une telle obstination quant à cette PEC et insiste à plusieurs reprises sur cet « *acharnement* ». Nous retrouvons dans la littérature, par exemple l'étude « Bronkinou » du Docteur Gajdos, dans laquelle la KR pour cette pathologie est jugée inefficace [63]. Une certaine impuissance ressort des entretiens de ces cinq MK. Plusieurs d'entre eux remarquent une réelle amélioration dans l'état de santé du nourrisson lors des séances. Ce point de vue est également évoqué par Sébastien GUERARD président de la FFMKR dans un article de La Voix du Nord [50]. Les MK se sentent utiles et sont persuadés d'avoir une place importante

dans cette PEC. C'est pourquoi ils ne comprennent pas que leur rôle ne soit pas reconnu. En effet, un sentiment d'incompréhension face à ces recommandations se détache des échanges comme lorsque MK4 insiste à cinq reprises sur le fait qu'elle ne les comprend pas. Pour ces MK, les recommandations ont dévalorisé la profession, et ont apporté de la méfiance des parents et des professionnels de santé vis-à-vis des bienfaits de la kinésithérapie. Ils ont la sensation qu'elles ont déconsidéré le rôle du MK pour cette PEC et que, finalement, ils ne sont pas « indispensables ». MK4 insiste à plusieurs reprises sur cette notion, elle répète quatre fois être sceptique face aux recommandations.

D'autres MK laissent entrevoir une certaine ambivalence dans leur propos. En analysant l'entretien de MK1, nous remarquons qu'il exprime divers sentiments face aux nouvelles recommandations. Il évoque à plusieurs reprises, le fait qu'elles sont confuses, notamment parce qu'elles parlent du premier épisode de bronchiolite l'amenant à s'interroger sur le deuxième épisode. Il aborde cette idée trois fois lors de l'entretien. Lors de l'échange avec MK1, il utilise l'ironie à plusieurs reprises, exprimant semble-t-il, un certain agacement vis-à-vis des recommandations. Nous le ressentons par l'utilisation d'un ton sarcastique comme lorsqu'il évoque plusieurs fois une technique mal décrite dans les recommandations. Le fait qu'il insiste à plusieurs reprises sur ces deux points montre que pour lui les recommandations ne sont pas claires. Il exprime également, plusieurs fois, qu'il a ressenti de la tristesse face à cette publication. Malgré cela, MK1 reconnaît s'être retrouvé dans les recommandations et admet l'importance de s'interroger sur la pratique de la kinésithérapie. Il semble assez partagé face aux recommandations. Même s'il ne comprend pas certains points, il déclare en avoir apprécié d'autres, comme le fait que les bronchodilatateurs ou les antitussifs ne soient pas préconisés pour cette pathologie [18]. Nous retrouvons cette ambivalence lors de l'échange avec MK6 exprimant une déception à plusieurs reprises lors de l'entretien mais elle avoue quand même apprécier que la pratique des MK soit remise en question.

En conclusion, nous constatons que les recommandations laissent un sentiment d'incompréhension chez la majorité des MK. Pour autant, l'avis mitigé de MK1 et MK6 vis-à-vis de leur contenu prouve que certains points des recommandations sont pertinents et importants pour cette PEC. Il est important d'évaluer le ressenti des MK car cela permet de connaître leur position face aux recommandations. En effet, les MK ont pu perdre confiance dans leur pratique, leurs connaissances et la place qu'ils occupent dans cette PEC. A long

terme, cette perte de confiance pourrait se généraliser à l'ensemble des recommandations de la HAS.

4.1.3. Nouvelles recommandations et influences sur les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes

En analysant les entretiens des MK, nous pouvons affirmer que les nouvelles recommandations n'ont pas impacté de manière directe leurs pratiques. Les MK interrogés confient qu'ils n'ont pas eu de changements dans leurs techniques pour la PEC de cette pathologie. Plusieurs MK expliquent qu'ils utilisaient déjà ce qui a été recommandé par la HAS avant la parution du rapport, n'entraînant ainsi pas de modification de leur PEC.

Cependant, nous pouvons en déduire que la pratique des MK a été impactée de manière indirecte par les médias, les prescripteurs et les parents. Nous retrouvons à plusieurs reprises dans les entretiens le rôle important des médias dans le relais du contenu des nouvelles recommandations. Un grand nombre de médecins généralistes et/ou pédiatres et parents se sont référés aux médias qui leur ont, pour beaucoup d'entre eux, apportés de mauvaises informations. Les MK interrogés insistent sur le fait que ces acteurs de la PEC ont, la plupart du temps, suivi ce qui a été mis en avant par les médias et ne sont pas allés plus loin dans la recherche d'informations. Nous pouvons en conclure que les médias ont participé à la dévalorisation de la profession en relayant des informations incomplètes ou erronées. Cela a eu des conséquences et a impacté les MK dans leur PEC pour cette pathologie.

Pour la majorité des MK, une diminution importante de prescriptions pour cette PEC a été observée suite à ces recommandations et leurs médiatisations. La place des prescripteurs dans ce phénomène peut être discutée car beaucoup d'entre eux ont diminué, voire arrêté de prescrire de la KR pour les nourrissons atteints de bronchiolite. Selon les MK interrogés, certains prescripteurs ont conclu des recommandations que la KR n'était plus utile pour cette PEC. Nous pouvons en déduire que les prescripteurs ne les ont pas forcément lues et ont seulement retenu les informations diffusées par les médias. Parallèlement, les MK ont tout de même continué de recevoir des prescriptions, mais beaucoup moins que les années précédant la publication des recommandations. En effet, MK8 dit ne pas avoir eu de prescriptions aussitôt après à leur publication puis elle avoue qu'elles ont reprises quelques temps après. Nous constatons donc une relation de cause à effet entre les recommandations et l'arrêt de

prescriptions chez certains médecins. C'est pourquoi il pourrait être pertinent d'interroger ces acteurs. Dans un premier temps, cela permettrait d'évaluer si les prescripteurs ont eu connaissance des recommandations. Si c'est le cas, il serait intéressant de savoir si c'est par l'intermédiaire des médias et s'ils les ont lues dans leur intégrité. Ensuite, il pourrait être pertinent de connaître si les recommandations ont eu des impacts sur leur PEC de la bronchiolite car ils ont pu modifier leurs prescriptions notamment médicamenteuses ou kinésithérapiques. Nous pourrions également évaluer si les recommandations ont modifié leur point de vue quant à l'utilité de la KR pour la pathologie.

De plus, les MK se sont retrouvés face à des parents un peu perdus suite à la parution des recommandations. Nous pouvons comprendre leur désarroi car du jour au lendemain, une autorité de santé a arrêté de recommander une PEC existante et préconisée depuis des années en France. Il semble alors logique que les parents aient eu des interrogations. Nous pouvons imaginer que la plupart d'entre eux ne les ont pas lues mais en ont eu connaissance via les médias. En effet, les recommandations restent un contenu avec des termes médicaux et scientifiques difficilement accessibles à un public non professionnel. Les MK ont dû s'adapter aux questionnements et interrogations des parents et également donner des explications. En revanche, aucun MK n'a perçu de réticences, de pertes de confiance ou d'adhésion de la part des parents pour les soins pratiqués. La plupart des parents sont prêts à tout pour soulager leur enfant. Lorsque leur médecin prescrit des séances de KR à leur nourrisson, ils ne se posent pas de questions. D'autre part, nous pouvons imaginer que certains parents ont déjà expérimenté des séances de KR pour d'autres de leurs enfants et ont vu les bénéfices de cette PEC. Ce point permet de mettre en avant leur confiance pour la kinésithérapie. En effet, certains MK ont rapporté que plusieurs parents avaient réclamé auprès de leur médecin de la kinésithérapie pour leur nourrisson. D'autres disent même que certains parents ont eu peur de ne plus avoir de prescriptions. Nous pouvons en déduire que les parents n'ont pas changé leur point de vue quant à la nécessité et aux bienfaits de la KR pour soulager leur enfant.

4.1.4. Avenir de la kinésithérapie respiratoire pour la bronchiolite aiguë du nourrisson

Nous pouvons mettre en avant que, durant les entretiens, les MK s'interrogent et montrent une certaine forme d'incertitude quant à l'avenir de la KR pour cette PEC. En effet,

nous pouvons concevoir que les MK aient des doutes. Il est envisageable que face aux multiples études invalidant la KR pour cette pathologie, cette pratique vienne à disparaître si rien ne contrecarre cette idée. Les médecins pourraient cesser de prescrire de la KR si de nouvelles études contre-indiquant cette pratique voyaient le jour dans les années à venir. Sur ce sujet, MK6 est assez peinée de se dire que d'ici quelques années les MK ne pratiqueront peut-être plus de KR pour les nourrissons atteints de bronchiolite. Il est envisageable que les MK, par lassitude face à la non-valorisation de leur rôle, ne prennent plus en charge cette pathologie. Cependant, les MK sont quasiment unanimes, pour le moment, les nouvelles recommandations n'ont pas modifié leur position quant à leur intérêt pour cette PEC. Ils restent quasiment tous convaincus, et insistent sur ce point, qu'ils n'ont pas changé leur regard sur la place de la KR pour cette pathologie. En revanche, MK9 est le seul à remettre en question son rôle pour cette PEC. Effectivement, il en ressort que ces deux derniers hivers les services hospitaliers n'ont pas été plus surchargés de nourrissons atteints de bronchiolite [62]. De plus, les parents ayant l'habitude de venir chaque hiver pour leurs enfants « bronchiteux » ont cessé leur consultation chez le MK ces deux dernières années. MK9 conclut que la KR n'a pas forcément d'intérêt et insiste, d'un air perplexe, sur ce point à trois reprises. Il émet tout de même l'hypothèse que les MK pourraient avoir un rôle de surveillant et d'éducateur thérapeutique auprès des parents. Dans un article du Sud-Ouest, cette idée est appuyée le Pr Le Gruledec présidente du collège de la HAS [49].

De ces entretiens, il en ressort la nécessité de réaliser de nouvelles études quant à la place et le rôle des MK dans la PEC de la bronchiolite. En effet, certains MK insistent sur ce besoin lors de nos échanges. MK4 aborde cette possibilité, convaincue que cela serait intéressant pour déterminer la place de la KR. Pour les MK, il semble important qu'une étude sur la PEC libérale de cette pathologie soit menée car très peu existent sur ce sujet [64]. Il est nécessaire de rappeler que dans le texte des nouvelles recommandations de l'HAS, il est notifié que la KR n'est pas recommandée en ambulatoire « *en l'absence de donnée* » [18]. En effet, Christophe MARGUET, pédiatre ayant participé au groupe de travail de la HAS, a admis qu'il manquait d'études pour cette PEC [50]. Cependant, nous pouvons rappeler que plusieurs sont en cours. Par exemple, nous pouvons citer Bronkiville dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité du désencombrement effectué pendant les séances de KR chez un nourrisson âgé de 3 à 24 mois présentant un épisode de bronchiolite aiguë modérée [65]. De plus, l'étude Bronkilib 2 est le seul essai randomisé réalisé sur les techniques françaises de kinésithérapie respiratoire en ambulatoire [64,65]. Cette étude évoque une amélioration de l'état des

nourrissons ayant eu recours à la kinésithérapie. MK9 souligne qu'il pourrait être intéressant de mener d'autres études également sur les autres pathologies respiratoires. En effet, la généralisation du terme « bronchiolite aiguë » a régulièrement été évoquée dans les entretiens. Pour MK9, c'est d'ailleurs ce phénomène qui est à l'origine du tort causé par les recommandations pour la profession. Nous pouvons imaginer que l'évaluation de la place du MK pour les autres pathologies respiratoires permettrait d'éviter cette généralisation.

4.2. Intérêts pour la pratique professionnelle et la littérature

4.2.1. Intérêts pour la pratique professionnelle

Notre étude peut avoir plusieurs intérêts pour la pratique professionnelle. En effet, elle peut permettre à des MK de voir comment leurs confrères ont été touchés par ces recommandations. Elle peut également rassurer et aider de futurs MK ou jeunes diplômés en montrant que même les professionnels expérimentés se sont retrouvés désemparés et impuissants et qu'ils ont dû adapter leur PEC. De plus, cela peut les aider à prendre du recul et à relativiser ces informations. D'autres part, cette étude peut apporter des réponses aux MK sur l'origine de la baisse du nombre de nourrissons en consultations. Certains d'entre eux ne s'étaient peut-être pas interrogés sur ce phénomène et cela leur permettrait d'obtenir des explications.

De plus, cette étude peut pousser les MK ayant pris connaissance des recommandations uniquement par les médias à lire leur contenu. En effet, au cours des entretiens, quatre MK interrogés ont avoué ne pas avoir lu les recommandations. Différentes raisons ont été évoquées telles que le manque d'intérêt ou encore le manque de temps. Le fait d'aborder ce thème dans notre travail peut potentiellement les amener à se pencher sur le sujet et à lire les recommandations pour se faire leur propre avis sur leur contenu.

Également, cette étude peut être utile pour les prescripteurs en leur faisant prendre conscience du rôle des MK dans la PEC de la bronchiolite. De plus, il en ressort que tous les médecins n'ont pas pris connaissance des nouvelles recommandations. Ce travail pourrait les amener à lire leur contenu.

4.2.2. Intérêts pour la littérature

L'étude relève un point souvent abordé par les MK, il s'agit du manque de données sur l'intérêt de la KR en ambulatoire pour cette pathologie. Ce travail pourrait permettre d'apporter à la littérature le point de vue et l'avis des MK sur leur place dans la PEC ambulatoire de la bronchiolite. En effet, cette notion n'a jamais été abordée, ni étudiée dans la littérature pour cette pathologie. De plus, cela pourrait amener des professionnels à entreprendre des études sur le sujet afin d'enrichir les données concernant cette PEC.

4.3. Critiques du dispositif de recherche

4.3.1. La population

La première limite à cette étude est la sélection de la population. En effet, nous avons d'abord contacté les MK exerçant dans les agglomérations Messine et Nancéenne rencontrés au cours de notre scolarité avec comme critères d'inclusion la PEC des nourrissons atteints de bronchiolite et l'exercice en libéral. Puis, afin de regrouper un plus grand nombre de MK interrogés, nous avons contacté certains d'entre eux réalisant des gardes autour de ces mêmes agglomérations. Ayant atteint un nombre suffisant de MK afin de récolter un nombre d'informations satisfaisant pour l'étude, il n'a pas été nécessaire d'élargir le périmètre de sélection des MK à d'autres régions. Cette manière de sélection entraîne donc une baisse de représentativité des MK interrogés.

Comme axe d'amélioration de l'étude, il pourrait être intéressant de faire une comparaison de la possible incidence de ces recommandations entre les différentes régions de France. Pour cela, il semblerait pertinent d'interroger des MK sur l'ensemble du territoire français afin de mesurer si le potentiel impact des nouvelles recommandations est généralisé ou localisé à la région Grand Est. Il pourrait être intéressant de faire une comparaison de la possible incidence de ces recommandations entre les différentes régions de France. En effet, les facteurs météorologiques ne sont pas les mêmes sur tout le territoire français. Les MK exerçant dans différentes régions de France ne sont donc pas amenés à prendre en charge la même proportion de nourrissons atteints de bronchiolite. Par exemple, le sud de la France comptabilise moins de cas chaque année car le climat est plus doux l'hiver. L'impact des recommandations pourrait être évalué en comparant le nombre de nourrissons en

consultation, après leur parution, entre les régions avec habituellement peu de cas et celles dénombrent beaucoup de cas chaque hiver.

Pour approfondir notre étude, il semblerait pertinent d'interroger les MK hospitaliers afin de recueillir leurs opinions lors de la parution des recommandations. Il serait intéressant de les consulter afin de connaître si ces recommandations ont eu un impact, ou non, sur leur pratique dans la PEC de nourrissons atteints de bronchiolite. Ce questionnement permettrait de comparer l'incidence des nouvelles recommandations sur les différentes PEC hospitalières et ambulatoires. De plus, cela permettrait d'augmenter la représentativité de la population interrogée pour notre étude en prenant en compte toute la profession.

4.3.2. Les entretiens

Cette étude correspondant à une première expérience en termes de recherche qualitative, la réalisation des entretiens s'est avérée parfois difficile. En effet, un temps d'adaptation a été nécessaire avant d'appréhender de façon plus naturelle cet exercice. Une attitude rigoureuse lors des premiers entretiens a ensuite laissé place à une discussion détachée du guide d'entretien amenant plus de fluidité dans l'échange. De plus, certaines questions de relance n'ont pas été utilisées avec tous les MK, certains points n'ont donc pas été approfondis ou abordés avec chacun d'entre eux. Également, certaines questions ont été reformulées face à l'incompréhension de certains MK. Des questions fermées ont été posées suite à un manque d'aisance lors de certains entretiens. Ces deux points ont pu orienter ou influencer les réponses de la personne interrogée. De la même manière, le fait d'être mal à l'aise lors des premiers entretiens a pu raccourcir la durée de ces derniers, du fait d'avoir moins approfondi les différents sujets et thèmes abordés. Pour améliorer cela, il aurait fallu réaliser un plus grand nombre de pré-tests pour gagner en aisance et fluidité lors de la réalisation des entretiens.

De plus, les MK interrogés n'ont pas été contactés au même moment. Ce décalage de date entre la prise de contact avec les différents MK fait que certains entretiens ont eu lieu avant le pic épidémique et d'autres après. Ces paramètres ont pu entraîner une limite dans la méthodologie de l'étude. Les réponses à certaines questions lors des entretiens auraient pu être différentes si les MK avaient été interrogés sur un même mois. La représentativité des

réponses aurait également pu être améliorée si les MK avaient tous été interrogés lors du pic épidémique.

Dans la réalisation des entretiens, il était prévu qu'ils soient menés en présentiel au cabinet de chaque MK interrogés. Suite à la mise en place de confinement face à la crise sanitaire actuelle, il a fallu s'adapter et les entretiens n'ont pas tous pu être effectués en face à face. Sur neuf entretiens, sept ont été réalisés en visioconférence grâce à des logiciels d'appels vidéo. Cette adaptation a pu entraîner des biais dans notre étude. Néanmoins, les MK interrogés à distance par l'intermédiaire d'un appel vidéo nous ont répondu dans un lieu calme, sans élément susceptible de venir perturber notre échange. Cependant, parfois des problèmes de connexion ou un mauvais réseau ont pu interrompre et déranger notre échange. Également, une différence est notable car lors des entretiens avec les MK en présentiel le port du masque chirurgical était nécessaire suite aux gestes barrières présents à ce moment. Les expressions du visage de ces MK étaient donc moins perceptibles et plus difficiles à analyser que celles de ceux interrogés en visioconférence.

4.3.3. Analyse des entretiens

Une troisième limite est retrouvée dans l'étude lors de l'analyse des entretiens. En effet, l'investigation et l'analyse de ceux-ci ont été réalisées par la même personne. Or, chacun peut interpréter les propos d'autrui de manière différente. Il existe une limite lors de l'interprétation car l'analyse des entretiens est subjective [59]. Afin de limiter cette limite, l'analyse des entretiens aurait pu être réalisée par différentes personnes pour ensuite être comparée permettant de maximiser les chances d'obtenir une même interprétation des propos de chaque MK. De plus, à la fin de l'analyse, celle-ci aurait pu être transmise au MK ayant réalisé l'entretien afin d'obtenir son retour.

4.3.4. Autres limites

Une dernière limite apparaît dans cette étude suite au contexte sanitaire présent lors de la réalisation de ce travail. En effet, la COVID-19 est apparue très peu de temps après la parution des nouvelles recommandations de la HAS ne permettant pas de déterminer leur place dans la diminution du nombre de nourrissons atteints de bronchiolite.

4.4. Hypothèses émergentes

La première hypothèse concerne la généralisation du terme « bronchiolite aiguë » au cours des années. En effet, cette maladie semble englober plusieurs pathologies respiratoires. Les prescripteurs participent à cette généralisation en ne faisant pas la différence entre les différentes pathologies sur leur prescription de kinésithérapie. Cet élément entraîne des consultations chez les MK pour des nourrissons atteints de bronchite ou bronchite spastique mais défini comme bronchiolite par le médecin. Ceci cause du tort au MK libéraux car les nourrissons présentant ces pathologies ne sont plus pris en charge depuis les nouvelles recommandations de la HAS. En effet, les recommandations établies pour la bronchiolite ont été appliquées aux autres pathologies respiratoires du fait de cette généralisation alors que ces dernières ne sont pas contre-indiquées à la KR. Au vu de l'hypothèse précédente, il serait nécessaire d'établir des recommandations de bonnes pratiques pour les autres pathologies respiratoires. La réalisation d'études sur la place de la kinésithérapie pour la PEC de ces pathologies permettrait de ne plus généraliser le terme de « bronchiolite aiguë ».

La deuxième hypothèse est qu'il n'existe pas suffisamment d'études sur le rôle prépondérant du MK dans la PEC ambulatoire de la bronchiolite. Il semblerait donc pertinent d'en réaliser afin d'établir la place de la kinésithérapie dans la PEC de la pathologie. Cela permettrait d'étayer les bases de données nécessaires pour la réalisation des recommandations de bonnes pratiques. En effet, la PEC ambulatoire de la bronchiolite n'a pas été recommandée par « *absence de données* » [18]. Il est donc nécessaire d'enrichir la littérature sur ce sujet afin de conclure sur la recommandation ou non de cette PEC.

La dernière hypothèse est qu'à la suite de la publication des nouvelles recommandations, la place du MK libéral dans la PEC de la bronchiolite sera potentiellement réduite à la surveillance et l'éducation thérapeutique des nourrissons. De plus, suite à la diminution de prescriptions pour cette PEC, une méfiance des parents et des professionnels de santé envers la kinésithérapie pourrait apparaître. Cela pourrait entraîner une diminution de l'intérêt des MK pour cette PEC surtout pour ceux ne la pratiquant pas régulièrement. Il se pourrait que dans les années à venir la PEC de cette pathologie n'existe plus si de nouvelles études confirmant la place du MK libéral ne sont pas réalisées.

5. CONCLUSION

Cette initiation à la recherche qualitative a permis d'échanger avec des MK libéraux afin de comprendre la manière dont les nouvelles recommandations de la HAS ont pu impacter leur PEC de nourrissons atteints de bronchiolite. Ces neuf échanges ont permis d'évaluer leur place, leurs ressentis, leurs avis mais aussi leurs positions quant à cette PEC vis-à-vis de ces recommandations. Bien que certains points communs soient présents, une hétérogénéité est retrouvée dans les réponses, offrant ainsi une diversité à l'étude. Malgré les préconisations de la HAS, les MK estiment avoir une place importante dans cette PEC. Selon eux, au-delà de la réalisation de techniques de kinésithérapie respiratoire, leur rôle reste primordial quant à la surveillance du nourrisson, aux conseils donnés aux parents et à l'éducation thérapeutique. En effet, même s'ils ne guérissent pas l'enfant, ils permettent de le soulager, d'apporter un confort et un bien-être essentiel aux nourrissons et également aux parents. De plus, cette PEC permet d'éviter l'engorgement des urgences pédiatriques. Grâce à la surveillance quotidienne des nourrissons, les MK savent rassurer les parents et les réorienter si nécessaire vers une PEC hospitalière. C'est pourquoi, dans l'ensemble, les MK ont été surpris et désabusés face aux nouvelles recommandations de la HAS. Bien que la plupart d'entre eux appliquaient déjà ces recommandations, un sentiment d'incompréhension ressort des entretiens quant à la non-recommandation de la PEC ambulatoire pour la pathologie. Tous ont été impactés d'une manière ou d'une autre par ces recommandations. En effet, leur activité a diminué suite à la baisse voire l'arrêt des prescriptions entraînant une diminution des consultations. De plus, ces recommandations ont eu une incidence sur l'image de la profession entraînant une minimisation de leur rôle dans cette PEC. Face à ces impacts, l'activité professionnelle des MK a été affectée les amenant à s'adapter de différentes façons.

De cette étude qualitative, une des hypothèses établies suite à la réalisation des entretiens concerne le peu d'études réalisées à ce jour sur l'intérêt de la kinésithérapie ambulatoire dans cette PEC. Bien que la kinésithérapie respiratoire ne soit pas préconisée dans les dernières recommandations de la HAS par manque de données, le rôle des MK libéraux n'est pas défini. Ce manque d'étude impacte les MK ne se sentant pas reconnu dans cette PEC. Ils doivent faire face aux interrogations des parents mais aussi des professionnels de santé. Pour pallier ce manque de données, deux études sont actuellement en cours sur cette PEC libérale : Bronkilib 3 et Bronkiville. Il semblerait intéressant d'enrichir la littérature en réalisant une étude quantitative, à l'échelle nationale, évaluant les techniques de

kinésithérapie respiratoire pour cette pathologie. Celle-ci pourrait avoir comme population les MK libéraux prenant en charge des nourrissons atteints de bronchiolite sur tout le territoire français.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Marlais M, Evans J, Abrahamson E. Clinical predictors of admission in infants with acute bronchiolitis. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(7):648-52.
- [2] Rodriguez-Martinez CE, Sossa-Briceño MP, Nino G. Systematic review of instruments aimed at evaluating the severity of bronchiolitis. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2018;25:43-57.
- [3] Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, Cunningham S, on behalf of the guideline development group and technical team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2015;350(14):h2305.
- [4] Dres M, Ferre A, Becquemin M-H, Dessanges J-F, Reyckler G, Durand M, et al. Aérosolthérapie : tests de provocation, risques infectieux, bronchiolites et pathologie ORL. *Aerosolstorming du GAT, Paris 2011. Rev Mal Respir*. 2012;29(10):1186-97.
- [5] Fetouh M, Malot L. Bronchiolite aiguë du nourrisson : aspects de la prise en charge médico-kinésithérapique. 2018.
- [6] Gomes GR, Calvete FP, Rosito GF, Donadio MV. Rhinopharyngeal Retrograde Clearance Induces Less Respiratory Effort and Fewer Adverse Effects in Comparison With Nasopharyngeal Aspiration in Infants With Acute Viral Bronchiolitis. *Respir Care*. 2016;61(12):1613-9.
- [7] Baron J, El-Chaar G. Hypertonic Saline for the Treatment of Bronchiolitis in Infants and Young Children: a Critical Review of the Literature. *J Pediatr Pharmacol and Ther*. 2016;21(1):7-26.
- [8] Corrad F, De La Rocque F, Martin E, Wollner C, Elbez A, Koskas M, et al. Bronchiolite et prise alimentaire des dernières 24h : un outil de dépistage de l'hypoxie. *Arch Péd*. 2013;20(6):700-6.

- [9] Sebban S, Pull L, Smail A, Menier I, Berthaud C, Boulkedid R, et al. Influence de la kinésithérapie respiratoire sur la décision d'hospitalisation du nourrisson de moins d'un an atteint de bronchiolite aux urgences pédiatriques. *Kinésithérapie Rev.* 2017;17(183):3-8.
- [10] Green CA, Yeates D, Goldacre A, Sande C, Parslow RC, McShane P, et al. Admission to hospital for bronchiolitis in England: trends over five decades, geographical variation and association with perinatal characteristics and subsequent asthma. *Arch Dis Child.* 2016;101(2):140-6.
- [11] Rodriguez H, Hartert TV, Gebretsadik T, Larkin EK. A simple respiratory severity score that may be used in evaluation of acute respiratory infection. *BMC Res Notes.* 2016;9(1):85.
- [12] Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Klassen TP, Wainwright C. Nebulized hypertonic saline for acute bronchiolitis: A Systematic Review. *PEDIATRICS.* 2015;136(4):687-701.
- [13] Arnoux V, Carsin A, Bosdure E, Retornaz K, Chabrol B, Gorincour G, et al. Radiographie de thorax et bronchiolite aiguë : des indications en diminution ? *Arch Pédi.* 2016;24(1):10-6.
- [14] Bailleux S, Lopes D, Geoffroy A, Josse N, Labrune P, Gajdos V. Place actuelle de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson hospitalisé. *Arch Pédi.* 2011;18(4):472-5.
- [15] Parikh K, Hall M, Teach SJ. Bronchiolitis management before and after the AAP Guidelines. *Pediatrics.* 2013;133(1):e1-e7.
- [16] Roqué i Figuls, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2016;(2) [consulté le 7 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD004873.pub5>
- [17] Pailhous S, Bresson V, Loundou A, Gras-Le-Guen C, Marguet C, Chabrol B, et al. Bronchiolite aiguë du nourrisson : enquête nationale dans les services d'accueil des urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie.* 2015;22(4):373-9.

[18] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Argumentaire : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois [Internet]. 2019 [consulté le 27 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_argumentaire_2019_vd.pdf

[19] Bronchiolite chez le bébé : la kiné respiratoire n'est plus recommandée par les autorités. Le Monde. [Internet]. 14 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/14/bronchiolite-chez-le-bebe-la-kine-respiratoire-n-est-plus-recommandee-par-les-autorites_6019151_3224.html.

[20] Gajdos V, Perreaux F, Dugelay E, Beliah M. Bronchiolite aiguë du nourrisson. Pédiatrie 1 : Actualités dans les détresses respiratoires de l'enfant. 2012;14.

[21] Bernard L, Lecomte B, Pereira B, Proux A, Boyer A, Sautou V. Optimisation de la prévention de la bronchiolite à VRS chez les nouveau-nés à risque et les prématurés : mesure de l'impact d'une intervention éducative ciblée. Arch Pédi. 2015;22(2):146-53.

[22] Florin TA, Byczkowski T, Ruddy RM, Zorc JJ, Test M, Shah SS. Utilization of nebulized 3% saline in infants hospitalized with bronchiolitis. J Pediatr. 2015;166(5):1168-74.e2.

[23] Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017;(12) [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006458.pub4/full>

[24] Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: The diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics. 2014;134(5):e1474-e502.

[25] Fleming PF, Richards S, Waterman K, Davis PG, Kamlin COF, Stewart M, et al. Medical retrieval and needs of infants with bronchiolitis : an analysis by gestational age : Retrieval of infants with bronchiolitis. J Paediatr Child Health. 2013;49(3):E227-31.

- [26] Baraldi E, Lanari M, Manzoni P, Rossi GA, Vandini S, Rimini A, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatr.* 2014;40(1):65.
- [27] Friedman JN, Rieder MJ, Walton JM. Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. *Paediatr Child Health.* 2014;19(9):485-91.
- [28] Justicia-Grand AJ, Pardo-Seco J, Cebey-López M, Vilanova-Trillo L, Gómez-Carballa A, Rivero-Calle I, et al. Development and Validation of a New Clinical Scale for Infants with Acute Respiratory Infection : the ReSVinet Scale. *PLoS ONE.* 2016;11(6):e0157665
- [29] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Texte des recommandations : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois [Internet]. 2019. [consulté le 27 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf
- [30] Balekian DS, Linnemann RW, Castro VM, Perlis R, Thadhani R, Camargo CA. Pre-birth cohort study of atopic dermatitis and severe bronchiolitis during infancy. *Pediatr Allergy Immunol.* 2016;27(4):413-8.
- [31] Lanari M, Prinelli F, Adorni F, Di Santo S, Vandini S, et al. Risk factors for bronchiolitis hospitalization during the first year of life in a multicenter Italian birth cohort. *Ital J Pediatr.* 2015;41(1):40.
- [32] Murray J, Bottle A, Sharland M, Modi N, Aylin P, Majeed A, et al. Risk factors for hospital admission with RSV bronchiolitis in England: a population-based birth cohort study. *PLoS ONE.* 2014;9(2):e89186.
- [33] Hasegawa K, Pate BM, Mansbach JM, Macias CG, Fisher ES, Piedra PA, et al. Risk factors for requiring intensive care among children admitted to ward with bronchiolitis. *Acad Pediatr.* 2015;15(1):77-81.

- [34] Papoff P, Moretti C, Cangiano G, Bonci E, Roggini M, Pierangeli A, et al. Incidence and predisposing factors for severe disease in previously healthy term infants experiencing their first episode of bronchiolitis: Risk factors for severe bronchiolitis in healthy infants. *Acta Paediatr.* 2011;100(7):e17-23.
- [35] Lanari M, Vandini S, Adorni F, Prinelli F, Di Santo S, et al. Prenatal tobacco smoke exposure increases hospitalizations for bronchiolitis in infants. *Respir Res.* 2015;16(1):152.
- [36] Stevenson MD, Mansbach JM, Mowad E, Dunn M, Clark S, Piedra PA, et al. Prenatal Versus Postnatal Tobacco Smoke Exposure and Intensive Care Use in Children Hospitalized With Bronchiolitis. *Acad Pediatr.* 2016;16(5):446-52.
- [37] Montilla-Pérez M, Zafra Anta MÁ, Palacios-Ceña D. Hospitalization due to bronchiolitis: factors influencing parents' experience. *Enfermería Clínica (English Edition).* 2018;28(5):292-9.
- [38] Tapiainen T, Aittoniemi J, Immonen J, Jylkkä H, Meinander T, Nuolivirta K, et al. Finnish guidelines for the treatment of laryngitis, wheezing bronchitis and bronchiolitis in children. *Acta Paediatr.* 2016;105(1):44-9.
- [39] Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, Oakley E, Craig S, Neutze J, et al. A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis. *N Engl J Med.* 2018;378(12):1121-31.
- [40] Wu S, Baker C, Lang ME, Schragger SM, Liley FF, Papa C, et al. Nebulized hypertonic saline for bronchiolitis: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):657-63.
- [41] Carsin A, Sauvaget E, Bresson V, Retornaz K, Cabrera M, Jouve E, et al. Early Halt of a Randomized Controlled Study with 3% Hypertonic Saline in Acute Bronchiolitis. *Respiration.* 2017;94(3):251-7.
- [42] Fetouh M. Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite : utile ou dangereuse ? *Kinésithérapie, la Revue.* 2014;14(147):1-4.

[43] Postiaux G, Maffei P, Villiot-Danger J-C, Dubus J-C. La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Arguments pour/contre. Rev Mal Respir. 2018;35(4):403-15.

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

[45] ANAES. Conférence de consensus : Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. [Internet]. 2000. [consulté le 11 février 2021]. Disponible sur : <https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/bronchio.pdf>

[46] Mathieu A. Bulletin de veille sanitaire. Cire Normandie. N°7. 2012.

[47] URPS Masseur-Kinésithérapeute Grand Est. Présentation de l'URPS Masseurs-Kinésithérapeute du Grand Est. [consulté le 23 février 2021]. Disponible sur : <https://www.urpsmk.fr/index.php?headingid=349>.

[48] Raulin N. Bronchiolite : le recours à la kiné respiratoire déconseillé. Libération. [En ligne]. 14 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2019/11/14/bronchiolite-le-recours-a-la-kine-respiratoire-deconseille_1763349/.

[49] Bronchiolite chez le bébé : la kiné respiratoire, un réflexe à oublier. Sud-Ouest. [En ligne]. 14 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : <https://www.sudouest.fr/2019/11/14/bronchiolite-chez-le-bebe-la-kine-respiratoire-un-reflexe-a-oublier-6822825-4696.php>.

[50] Bronchiolite : « L'enfant respire mieux après la séance », se défendent les kinés. La voix du Nord. [En ligne]. 15 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : <https://www.lavoixdunord.fr/665943/article/2019-11-15/bronchiolite-l-enfant-respire-mieux-apres-la-seance-se-defendent-les-kines>.

[51] H.B. Bronchiolite : la kiné a un rôle à jouer. H.B. Républicain Lorrain. [Internet]. 18 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-sarrebourg-chateau-salins/2019/11/18/bronchiolite-le-kine-a-un-role-a-jouer>.

[52] Demorand S. Bronchiolite et kinésithérapie, halte à la désinformation ! Le Point.fr. [Internet]. 14 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/sante/kine/demorand-bronchiolite-et-kinesitherapie-halte-a-la-desinformation-14-11-2019-2347474_2467.php.

[53] Daune G. Bronchiolite : les kinés s'estiment victimes d'un mauvais procès. L'Alsace. [Internet]. 27 novembre 2019. [consulté le 14 février 2021]. Disponible sur : <https://www.lalsace.fr/bas-rhin/2019/11/27/bronchiolite-les-kines-s-estiment-victimes-d-un-mauvais-proces>.

[54] Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'assurance maladie. 2001;32(2),117-121.

[55] Démoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. Kinésithérapie la revue. 2016;16(180):32-37.

[56] Gay T. L'indispensable de la sociologie. 196 pages. 2006. ISBN : 2-84472-893-6.

[57] Baribeau C, Royer C. Entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. Revue des sciences de l'éducation. 2012;38(1),23-45.

[58] Foudriat M. Sociologie des organisations : La pratique du raisonnement. 333 pages. 2007. ISBN : 978-2-7440-7222-2.

[59] Kivits J. Chapitre 6 : Le recueil de données qualitatives. Méthode d'investigation quantitatives et qualitatives. Université de Lorraine.

[60] Salomon L, Escarment F. Recherche clinique sur les soins courants. Cadre réglementaire et protection des personnes. Kinésithérapie Rev. 2014;14(156) :34-7

[61] CNIL. Méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement exprès de la personne concernée [Internet]. 2016. [consulté le 29 janvier 2021] Disponible sur : <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/mr-003.pdf>

[62] Santé publique France. Chêne G, Vaux S. Bronchiolite bulletin hebdomadaire. Semaine 15/2021 – Situation au 21/04/2014.

[63] Kinésithérapie respiratoire avec manœuvres d'augmentation du flux expiratoire et aspirations nasales chez des enfants hospitalisés pour bronchiolite aiguë (étude BRONKINO). Kinésithérapie, la Revue. 2011;11(111):15-6.

[64] Sebban S, Evenou D, Jung C, Jeulin JC, Durand S, Bibal M and al. Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. Bronkilib 2. J Clin Res Med. 2019;2(4):1.

[65] RKBE. Baucher T, Trebuchet A, Hussein T, Tirel B et al. Essai contrôlé randomisé multicentrique : Évaluation des effets de la kinésithérapie respiratoire versus placebo chez le nourrisson atteint de bronchiolite aiguë modérée (Bronkiville). Version 4. 30/01/2019.

ANNEXES :

ANNEXE I : Critères de gravité et définition des formes cliniques selon la HAS

ANNEXE II : Fiche conseil de surveillance pour les parents proposée par la HAS

ANNEXE III : Évaluation de la gravité d'un épisode de bronchiolite aiguë et orientation selon la HAS

ANNEXE IV : Feuillelet d'information

ANNEXE V : Formulaire de consentement éclairé

ANNEXE VI : Guide d'entretien

ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien de MK6

ANNEXE VIII : Évocation des sous thèmes par chaque MK

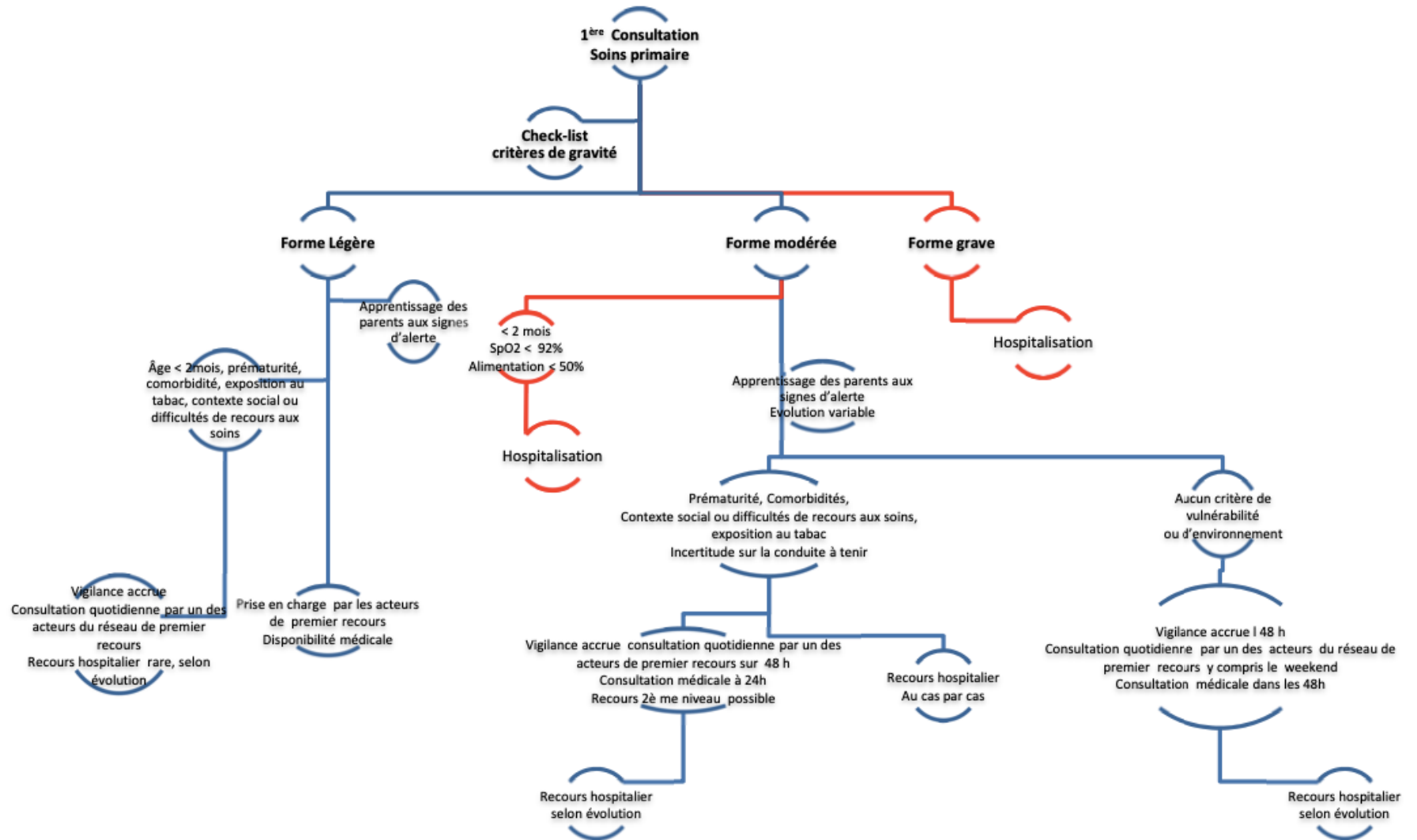
ANNEXE I : Critères de gravité et définition des formes cliniques selon la HAS [18]

Forme clinique	Légère	Modérée	Grave
État général altéré <i>(dont comportement)</i>	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
	*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)		
Interprétation	Les formes légères sont définies par la présence de tous les critères	Les formes modérées sont définies par la présence d' au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Les formes graves sont définies par la présence d' au moins un des critères graves

ANNEXE II : Fiche conseil de surveillance pour les parents proposée par la HAS [18]

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation	
Votre bébé a une « bronchiolite aiguë ». Ses symptômes peuvent évoluer surtout les deux premiers jours. Certains signes, s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé.	
Voici certains signes, qui s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé : Son comportement change et vous paraît inhabituel (il est fatigué ; moins réactif ou très agité ; geint un peu). Sa respiration est devenue plus rapide. Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax. Il augmente sa gêne respiratoire (il creuse plus son thorax). Il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs.	Des paramètres nécessitent de contacter le 15 d'emblée : Il devient bleu, autour de la bouche. Il fait un malaise. Il fait des pauses respiratoires Sa respiration devient lente tout en restant très gêné pour respirer. Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint. Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein.
Suivez les conseils de votre médecin. Pendant les deux premiers jours, une attention accrue envers votre enfant est nécessaire Demander l'avis des autres professionnels prenant en charge votre enfant (Infirmière de PMI, professionnels du réseau bronchiolite etc.) Respecter le ou les RV de de suivi qui vous ont été proposés. La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours. Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines. Si après 4 semaines, votre enfant est encore gêné pour respirer, consulter votre médecin. Si vous allaitez votre enfant, et qu'il boit moins bien, parlez en rapidement avec votre médecin ou soignant compétent. Il ne faut pas l'interrompre et il est possible d'avoir un tire-lait pour continuer de l'alimenter avec votre lait. S'il n'y a pas de recommandation d'éviction de la collectivité la fréquentation de collectivité (crèche, nourrice), la fréquentation de collectivité n'est pas souhaitable en phase aiguë	
Technique de lavage du nez (désobstruction rhino-pharyngée DRP) site AMELI https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/pratiquer-lavage-nez La désobstruction rhinopharyngée est un lavage de nez qui consiste à instiller du sérum physiologique dans les narines pour évacuer les sécrétions nasales. Ce geste est indolore, même s'il peut se révéler désagréable. Avant de commencer, lavez-vous les mains et munissez-vous de dosettes de sérum physiologique à usage unique. Ensuite, procédez en cinq étapes : Allongez votre bébé sur le dos ou sur le côté, et maintenez impérativement sa tête sur le côté. Cela est très important, pour éviter les risques de "fausse route" (passage involontaire de sérum dans les voies respiratoires). Si nécessaire, faites-vous aider pour maintenir votre enfant dans cette position. Placez doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut, par rapport à la position de votre bébé. En appuyant sur la dosette, introduisez entièrement son contenu dans la narine. En même temps, fermez la bouche de votre enfant, afin que le sérum ressorte par l'autre narine avec les sécrétions nasales. Attendez que votre bébé ait dégluti correctement. Essuyez son nez à l'aide d'un mouchoir jetable. Répétez cette opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant votre bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté.	

ANNEXE III : Évaluation de la gravité d'un épisode de bronchiolite aiguë et orientation selon la HAS [18]



ANNEXE IV : Feuillelet d'information

Feuillelet d'information

Thème de l'étude : Les nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge par le masseur-kinésithérapeute libéral de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 12 mois.

Contexte : Mémoire de fin d'études de masso-kinésithérapie

Investigatrice de l'étude : PENELIAU Julie, étudiante en 4^{ème} année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy

- **Téléphone** : /
- **Mail** : /

Supervisée par : FRICHE Corinne, masseur-kinésithérapeute :

- **Téléphone** : /
- **Mail** : /

Déroulement de l'étude :

L'étude se déroule par la réalisation d'entretiens semi-directifs afin d'échanger ensemble autour de votre expérience personnelle et de votre vécu. Ces entretiens se composent de questions ouvertes vous permettant de répondre librement sur le sujet. L'entretien durera environ 15 min et se déroulera en présentiel ou par appel vidéo étant donné la situation sanitaire actuelle. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré par un dictaphone permettant de le retranscrire par la suite.

Confidentialité :

Suite à l'entretien, l'enregistrement réalisé par le dictaphone sera réécouté et retranscrit mot à mot permettant ensuite son analyse. Cependant, toute information personnelle susceptible à l'identification de la personne interrogée restera confidentielle et votre nom sera remplacé par un code alphanumérique.

Liberté de participation :

L'étude est réalisée sur la base du volontariat. Vous pouvez refuser d'y participer à tout moment ainsi que ne pas répondre à certaines questions. Aucun justificatif ne vous sera demandé dans le cas où vous souhaitez mettre fin à l'entretien.

Je pourrai vous envoyer la retranscription de notre entretien ainsi que mon travail final par mail si vous le souhaitez.

Si vous avez une interrogation sur le déroulement de l'entretien ou sur l'étude n'hésitez pas à me contacter par mail ou téléphone.

Guide d'entretien :

Présentation du MK :

Q1. Pouvez-vous vous présenter ?

Objectifs : recueillir des informations pouvant avoir une influence sur les questions suivantes.

Questions de relance :

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Où avez-vous été diplômé ?
- Quelle place prend la pédiatrie dans votre activité professionnelle ?

Q2. Pouvez-vous me parler de la bronchiolite aiguë au sein de votre activité professionnelle ?

Objectifs : introduire la bronchiolite aiguë du nourrisson par cette question.

Évaluer quelle place prend cette pathologie dans la pratique du MK.

Questions de relance :

- Depuis combien d'année prenez-vous en charge cette pathologie ?
- Quelle place prend cette pathologie dans votre activité professionnelle ?
- Êtes-vous amené à réaliser des gardes pour cette pathologie ?
- Comment vous positionnez vous quant à l'utilité de la kinésithérapie respiratoire pour cette pathologie ?

MK et recommandations de la HAS

Q3. Selon vous, qu'est-ce que les dernières recommandations apportent dans les pratiques du masseur-kinésithérapeute ?

Objectif : amorcer l'impact que ces recommandations ont eu sur la prise en charge MK.

Savoir si les MK ont pris connaissances de ces recommandations et ce qu'ils en ont retenu vis-à-vis de leur pratique.

Questions de relance :

- Selon vous, que mettent en avant ces recommandations concernant la prise en charge du kinésithérapeute ?
- Comment vous positionnez vous quant aux préconisations de ces recommandations concernant cette pathologie ?

Q4. En tant que MK, quel était votre ressenti face à ces recommandations ?

Objectif : savoir comment le MK s'est senti face aux dernières recommandations.

Impact des recommandations de la HAS :

Q5. De quelle manière ces recommandations ont changé votre pratique kinésithérapique pour cette pathologie ?

Objectif : connaître de quelle façon et comment les recommandations ont impacté la prise en charge MK.

Questions de relance :

- Pouvez-vous me donner des exemples de changement dans votre prise en charge suite à ces recommandations ?
 - Prescription
 - Technique de rééducation
 - Prévention
 - Prise de constante et auscultation
 - Réorientation
 - Médecins généralistes, pédiatres

- Pouvez-vous me parler de l'attitude des parents depuis ces recommandations ?
 - Confiance des parents
 - Adhésion au soin
 - Arrêt de traitement en cours
 - Interrogations / questionnements des parents
 - Adaptation à l'attitude des parents

Ouverture :

Q6. Aujourd'hui, comment vous positionnez vous concernant la prise en charge de la pathologie en tant que kinésithérapeute depuis ces recommandations ?

Objectif : savoir comment les MK envisagent la PEC de cette pathologie suite à ces recommandations.

Q7. Avez-vous d'autres éléments à rajouter avant de terminer cet entretien ?

ANNEXE VI : Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Participant(e) :

Je, soussigné(e),, né(e) le
Déclare avoir pris connaissance du feuillet d'information et avoir pu poser les questions nécessaires.
Après réflexion, j'accepte de participer librement et de façon éclairée à cette étude.

Fait à :

Signature précédée
de la mention
« Lu et Approuvé »

Le :

Investigatrice :

Je certifie,, étudiante en,
née le, avoir informé suffisamment le participant sur l'étude, son déroulement et ses droits.

Fait à :

Signature précédée
de la mention
« Lu et Approuvé »

Le :

ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien de MK6

JP : Alors avant de démarrer, je vais juste faire un rappel sur le thème de l'étude. Donc ça concerne les nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge libérale du kinésithérapeute pour la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 12 mois.

Donc l'entretien est enregistré, il sera anonymisé. Si vous souhaitez ne pas répondre à une question ou l'arrêter, vous avez pas besoin de donner de justification à côté. Donc voilà, s'il y a besoin, n'hésitez pas.

Hum, donc pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter en tant que masseur-kinésithérapeute ?

MK6 : Alors, heu, donc je suis X. Je suis kinésithérapeute depuis 15 ans hein, donc diplômée depuis 2005. J'ai une activité 100% libérale, plutôt orientée pédiatrie et uro gynéco. J'exerce seule au sein de mon cabinet mais dans une maison de santé pluricite voilà.

JP : D'accord. Heu, où est-ce que vous avez été diplômée ?

MK6 : À Strasbourg ! En 2005.

JP : D'accord, d'accord. Et vous me disiez que donc vous faisiez essentiellement de la pédiatrie. Ça représente, heu, vraiment la grosse partie de vos prises en charge ? Fin en terme de proportion ?

MK6 : Non quand même pas, quand même pas la plus grosse partie. Mais je dirai, allez j'en fais $\frac{1}{3}$ à peu près.

JP : D'accord, ok. Donc oui quand même ...

MK6 : A peu près $\frac{1}{3}$ de pédiatrie et $\frac{1}{3}$ d'uro-gynéco et $\frac{1}{3}$ du reste.

JP : D'accord, ok. Ok. Donc concernant la pédiatrie, est-ce que vous pouvez me parler de la bronchiolite aiguë du nourrisson au sein de votre activité professionnelle ?

MK6 : Alors ça devient quelque chose de très rare. J'en ai toujours fait. Heu... (Réfléchit). Évidemment avant les dernières recommandations, ben c'est pas comme maintenant. Mais j'en ai toujours fait, heu, avec des très grosses années à plusieurs... voilà, parfois pas loin d'une dizaine d'enfants par jour jusqu'à maintenant où on n'en a aucun voilà !

JP : D'accord.

MK6 : Je me suis formée très vite en sortant de l'école parce que j'étais pas formée du tout à l'école de kiné. Donc j'avais fait une formation à l'époque heu... (réfléchit), ça devait être à X me semble-t-il peut être en 2006, ouais je pense 2006, l'hiver 2005-2006. Et j'en ai refaite une il y a (réfléchit), je dirais cinq-six ans pour refaire une mise à jour. Et voilà.

JP : D'accord, ok. Et est-ce que vous êtes amenée à réaliser des gardes pour cette pathologie ?

MK6 : Oui ! Oui, oui, oui. Je l'ai pas dit mais je fais des gardes tous les ans.

JP : Donc vous êtes affiliée à ...

MK6 : A peu près une par mois, j'en fais entre 4 et 5 par hiver.

JP : D'accord. Donc avec un réseau de garde ?

MK6 : Avec le réseau KinéGarde sur la Lorraine.

JP : D'accord. Donc ouais, vous en faites assez régulièrement ?

MK6 : Oui ! Oui, oui.

JP : D'accord. Et comment est-ce que vous vous positionnez quant à l'utilité de la kinésithérapie respiratoire pour cette pathologie ?

MK6 : Alors heu... j'ai toujours pensé qu'on était très efficaces et très bénéfiques. Je suis un peu désarmée par les dernières recommandations. Je... Voilà, je suis assez cartésienne donc quand on me montre une étude, j'y crois ! Mais en même temps, et ben, ça correspondait pas à ce que moi j'avais sur le terrain dans le sens où j'avais quand même l'impression qu'on apportait un réel mieux aux enfants !

JP : D'accord.

MK6 : Du coup, ben voilà, je veux bien croire les chiffres qu'on m'annonce mais bon.

JP : Donc vous avez senti une différence entre, vous, votre vision, fin ce que vous voyez lors de votre pratique et ce qui a été énoncé dans les recommandations ?

MK6 : Ben j'ai toujours su, certainement parce qu'on me l'avait enseigné comme ça, qu'on n'améliorait pas le temps de guérison des enfants. Par contre, j'ai toujours exercé en me disant qu'on améliorait leur état général et les conséquences de l'encombrement et surtout des voies aériennes supérieures. Mais je pensais pas en arriver à ne plus en faire du tout suite à ces recommandations quoi !

JP : D'accord. Oui vous ne pensiez pas que ça impacterait à ce point-là, la prise en charge

MK6 : Ah ben non ! J'avais encore un petit espoir au début quand c'est sorti en me disant que les médecins allaient quand même continuer à nous adresser des enfants pour la surveillance. Mais en fait non.

JP : D'accord.

MK6 : Donc heu... Les données que je n'aie pas moi, parce que j'exerce en libéral, c'est est-ce que ça a changé quelque chose sur les hospitalisations ? Sur les plaintes éventuellement des parents ? Sur heu... Voilà ça on n'a pas. Et bon, voilà, il y a peut-être pas assez de recul non plus, hein !

JP : D'accord. Donc pour revenir à l'utilité, donc pour vous, c'était quand même une prise en charge nécessaire pour cette pathologie ? La kinésithérapie ?

MK6 : Alors, heu, si on parle vraiment de bronchiolites dans le sens, **est-ce qu'on améliorait l'encombrement des bronchioles, ? Est ce qu'on diminuait l'inflammation des bronchioles ? Je pense que non ! Je pense qu'on n'améliorait pas ça. Ce qu'on améliorait, c'est surtout le désencombrement des voies aériennes supérieures et du coup, l'alimentation et du coup, le sommeil.**

JP : D'accord. Et du coup vous trouviez quand même utile de faire de la kinésithérapie pour la pathologie ?

MK6 : Oui !

JP : D'accord, ok.

MK6 : **Oui je trouvais ça utile. Encore une fois, je le redis sur alimentation, sommeil et fatigue quoi.**

JP : Oui oui bien sûr. D'accord. Et selon vous, qu'est-ce que les recommandations ont apporté dans les pratiques du masseur kinésithérapeute ?

MK6 : Alors, **il a été redit définitivement d'abandonner tous les manœuvres de percussion, vibrations et tout ça, machin. Je trouvais que c'était bien de le rappeler encore (insiste sur ce mot) même s'il y avait plus grand monde qui le faisait. Heu, je pense que ça apportait quand même un petit... fin pas un petit, une grosse réflexion de la profession sur l'utilité parce que c'était quand même un peu notre fer de lance hein, la kinésithérapie respiratoire chez les enfants. On mettait tout le temps ça en avant tous les hivers, et puis finalement on vient nous démontrer que finalement, ben non. Donc ça a quand même été un sacré coup de massue pour la profession, mais quelque part ça fait du bien parce que ça fait remettre les choses en question. Je trouvais très intéressant dans les recommandations le côté qu'on puisse être amené à surveiller et à conseiller les parents. Après en pratique, c'est pas fait. Mais je trouvais cette partie-là intéressante qu'on soit pas que des désencombreurs de bébé mais aussi des surveillants. Heu, donc peut être que ça, ça sera à revoir notamment au niveau des prescripteurs. Mais ça, pour le coup, je trouvais ça intéressant de pouvoir accompagner et surveiller l'enfant, faire des petites consultations bronchiolites sans forcément intervenir dessus ça, ça me paraissait la partie intéressante de ces recommandations. Malheureusement en pratique c'est pas ça, mais je trouvais ça bien.**

JP : D'accord. Et comment est-ce que vous vous positionnez vis-à-vis des préconisations qui ont été établies dans les recommandations ?

MK6 : Heu (réfléchit). Ben, encore une fois, **un peu mi-figue mi-raisin**. C'est à dire que... ben, à la fois j'entends bien ce qui a été dit. D'un autre côté, c'est difficile de se dire qu'on se limite à la surveillance et même si c'est une part très importante la surveillance et le conseil, **c'est quand même un petit peu déroutant de plus toucher les enfants ou quasiment plus, quoi**.

JP : Oui.

MK6 : **Donc c'est un peu, heu, déroutant**. Mais bon, on va faire.

JP : D'accord.

MK6 : **A condition encore une fois que les médecins fassent dans le même sens !**

JP : Oui, donc oui, vous savez pas trop comment... fin quand vous disiez « mi-figue mi-raisin » vous...

MK6 : Ben c'est difficile du jour au lendemain... Les séances de kinés respiratoires pour la bronchiolite, elles étaient vachement stéréotypées dans ce que moi je pratiquais en tout cas : le bilan assez rapide, auscultation, hop, paf, voilà. Si ça nécessitait on dégageait, on désencombraiit ou voilà. Et on rendait l'enfant et voilà. **Là du jour au lendemain, on dit ben, en gros, il faut plus toucher l'enfant. Donc déjà les parents ils savent pas trop ce qu'ils viennent faire là. Puisque certains médecins qui nous les envoient quand même leur disent que, voilà, ça a changé, on fait plus même chose. Et, je pense que les parents sont aussi un peu déroutés quand on fait rien à leur enfant parce qu'ils s'attendent quand même à ce qu'il y ait quelque chose et il y a pas. Donc ça c'est un peu ouais, c'est un peu déroutant quand même. Heu, ça sera peut-être amené à changer si le discours de tout le monde change, mais c'est perturbant de plus les toucher. Même si je comprends bien l'intérêt mais c'est quand même ouais, c'est quand même différent par rapport à ce qu'on faisait.**

JP : Et en tant que masseur-kinésithérapeute, quel a été votre ressenti au moment de la publication de ces recommandations ?

MK6 : Heu, alors **c'était mal venu**, d'une part, parce qu'on était, si ma mémoire est bonne, **quand ça a été publié, on était en début de période hivernale**.

JP : Oui.

MK6 : Donc **c'est un peu un vieux serpent de mer hein, annoncer des trucs sur la bronchiolite**. On l'avait déjà vécu quelques années auparavant sur l'étude Bronkilib. Je me souviens que c'était sorti le même soir sur M6 et sur TF1. Ça avait fait grand bruit auprès des parents qui, voilà, nous appelaient le lendemain pour nous dire « ben alors on fait plus de kiné respi ». Bon ça c'était un peu tassé puis finalement, on y est de nouveau. **Il y a ça qui m'avait pas plus, la manière dont ça avait été annoncé**. Et puis c'est comme toujours les recommandations, c'est

quand même très conséquent, et heu, ça a été mal amené je pense auprès des prescripteurs. Et aussi auprès de la profession.

JP : D'accord.

MK6 : Si on fait le raccourci, c'est, on fait plus de kiné respiratoire. Voilà. Le raccourci des recommandations, c'est ça. Alors qu'il y a plein de choses en arrière mais ça a été mis un peu tardivement en avant quoi !

JP : Donc ouais, si vous deviez donner votre ressenti c'était que c'était plutôt mal venu ?

MK6 : Mal rédigé. Pas dans le sens heu... mal fait hein, les recommandations elles sont bien faites. Mais il fallait mettre à mon avis, beaucoup plus en avant la surveillance, que le « on fait plus de désencombrement ».

JP : D'accord. Et de quelle manière ces recommandations ont changé votre pratique de kiné pour cette pathologie ?

MK6 : (Blanc de quelques secondes). Alors, ça l'a changé de manière déjà très importante puisqu'on nous envoie plus d'enfants.

JP : Ouais.

MK6 : Il faut quand même se dire qu'en deux ans de temps, on est passé, ben là typiquement à cette période de janvier où on devrait, fin à moi toute seule, je devrais en avoir trois-quatre par jour, où j'en ai eu un seul depuis le début de la saison, depuis le mois d'octobre. Donc ça, ça a déjà changé fondamentalement, c'est qu'on a plus d'enfants en consulte. Il y a l'effet covid mais je pense qu'il y a surtout l'effet des recommandations, parce que c'était déjà le cas l'hiver d'avant. Donc c'est la première chose, c'est qu'on voit plus les enfants. La 2^{ème} chose dans mes pratiques, quand je reçois les enfants, c'est que, ben je vais plus m'adresser aux parents finalement que m'occuper de l'enfant heu... ben pour tous les conseils de surveillance. Dans le bilan ça ne change pas grand-chose, ça reste toujours de l'auscultation et voilà ça, ça a pas changé grand-chose. Et puis, ce qui me manque un peu, pour le coup faudrait sûrement que je me reforme, c'est comment être convaincant pour que les parents me ramènent un gamin alors que je lui fait rien.

JP : Oui.

MK6 : Comment justifier, alors moi en milieu rural, comment justifier à des parents qui vont faire 15-20 kilomètres pour venir me voir juste pour que j'écoute le gamin en auscultation 5 minutes ?

JP : Ouais je vois.

MK6 : Voilà.

JP : Et pour revenir sur les prescriptions, donc c'est... vous avez noté une diminution de prescriptions depuis les recommandations ?

MK6 : Oui ! Oui, oui.

JP : Donc c'est une diminution de prescriptions ? Ou c'est une diminution de parents qui ont une prescription mais qui ne viennent pas suites aux recommandations par peur de faire de la kiné, faire faire de la kiné à leur enfant ?

MK6 : Je pense que c'est vraiment une diminution des prescriptions.

JP : D'accord.

MK6 : Parce que je pense pas que les parents, hormis quelques-uns, mais je pense pas que les parents aient connaissance de ça. Et il y a quand même très peu de parents, je pense, qui ne suivraient pas la prescription du médecin sur les enfants. Donc je pense vraiment que ce sont les prescripteurs et les médecins qui ne font plus de prescriptions !

JP : D'accord. Et vous aviez noté déjà l'hiver dernier, tout de suite après ces recommandations, une diminution des prescriptions ?

MK6 : Oui, oui. Ben, j'ai plus les chiffres hein, mais de mémoire pour avoir eu mes cinq, ouais, cinq ou six gardes donc l'hiver 2019-2020. Je sais pas si j'ai eu des enfants sur les gardes. Peut-être un samedi ou deux mais très, très peu.

JP : D'accord.

MK6 : Très, très peu

JP : D'accord. Contrairement avant où c'était beaucoup plus ?

MK6 : Avant c'était toujours ouais, trois-quatre heu... Bon, les très grosses années ça a été dix mais là ça fait déjà un moment que c'est plus comme ça. Mais heu... Voilà, c'est... ouais, c'est quand même nettement diminué.

JP : Et du coup est-ce que, donc suite à cette diminution de prescriptions, vous avez eu un contact avec des médecins ou des pédiatres pour justement avoir besoin de se justifier, d'expliquer la nécessité quand même de prescrire pour la bronchiolite ?

MK6 : Non ! J'avoue que j'ai pas fait cette démarche là, heu...

JP : Et eux ne l'ont pas fait non plus ?

MK6 : Non ! Eux ne l'ont pas fait non plus. Heu... les quelques enfants que j'ai pu voir sont ou, avec des contextes pathologiques autres, prématurités heu... (réfléchit) je sais pas ce que je pourrais citer comme exemple, problème à l'accouchement des choses comme ça ou des parents un peu, au niveau social, peut être un peu juste au niveau de la surveillance.

JP : D'accord.

MK6 : Je le vois plus comme ça. Après c'est pas marqué ça sur l'ordonnance hein donc heu...

JP : Non, non je me doute.

MK6 : Mais voilà j'ai plus cette sensation-là, que le médecin se dit « ça va peut-être être un peu juste je l'envoie chez le kiné ».

JP : D'accord mais donc vous n'avez pas eu de **retours de médecin** suite à l'annonce ...

MK6 : **Non ! Non, non.**

JP : Ok. Et donc oui, vous en avez quand même vu des nourrissons depuis les recommandations ?

MK6 : Heu oui, oui, **j'ai dû en voir un peu l'année dernière** quand même. Là, **cette année, on va dire de l'automne 2020-2021 là, non j'en ai vu qu'un, mais l'année d'avant oui j'en avais vu quand même.**

JP : D'accord, et donc concernant vos techniques de rééducation vous disiez ne plus... suite aux recommandations ne plus utiliser les mêmes techniques, faire beaucoup plus de ...

MK6 : **Je fais encore un petit peu d'augmentation du flux expiratoire mais plus dans le but de tester, d'écouter si ça modifie un petit peu la chose au niveau de l'auscultation. J'ai quand même gardé l'habitude du désencombrement des voies aériennes supérieures si c'est nécessaire. Et puis après sinon c'est des conseils et puis voilà, des conseils aux parents et puis c'est tout.**

JP : Donc vous avez la sensation d'avoir dû, fin, si on fait un ratio entre pratique et conseil/prévention, d'avoir **beaucoup plus maintenant une partie prévention/conseils aux parents que de pratique ?**

MK6 : **C'est ça !**

JP :

D'accord.

MK6 : C'est ça.

JP : Donc vous avez quand même dû accentuer cette partie-là. Et vous avez fait ça de vous-même suite aux recommandations ou c'était un besoin envers les parents qui étaient peut-être un peu moins confiants ?

MK5 : Je pense pas que les parents... **Non, je pense pas que les parents avaient moins de confiance. C'est plus moi qui l'annonçais comme ça en disant que voilà c'étaient les nouvelles recommandations, et que, voilà, maintenant on faisait moins de manœuvres d'évacuation qu'avant.** Après moi je faisais pas partie non plus des kinés qui faisaient trop trop. C'est-à-dire que, voilà, j'étais plutôt dans la kiné douce. Je faisais pas de toux provoquées, je ne faisais pas de longues séances. Voilà, moi je faisais surtout de l'AFE et du nettoyage de nez rétrograde mais heu... Je, voilà il y a des choses que je faisais déjà pas depuis un moment. Donc les parents en général savaient, venaient chez moi parce que en gros j'étais un peu plus

douce que certains mais là, je pense qu'ils seraient encore plus surpris de voir comment je fais maintenant.

JP : Ouais.

MK5 : Pour ceux pour qui j'ai pu avoir, par exemple, des grands frères ou grandes sœurs, pourraient être un peu surpris de ça. Heu... et après, alors on parlait tout à l'heure des retours de médecins, j'ai pas eu de retour de médecins par contre j'ai déjà des parents qui m'ont appelé en disant « ah mais la petite sœur ou le petit frère il tousse machin, mais le médecin veut pas donner de kiné respiratoire ».

JP : D'accord !

MK5 : Donc ben j'ai eu à justifier par téléphone à dire « ben oui, maintenant on fait plus comme ci, on fait plus comme ça ». Et ça, ça s'est calmé pour le coup ! Je pense qu'il y a moins de parents qui appellent. Heu... ben ils s'y font en fait qu'il y ait pas d'ordonnance en fait.

JP : D'accord donc vous...

MK5 : Ils font avec (rire).

JP : ... Vous avez quand même eu un retour donc par les parents que les médecins effectivement ne voulaient pas prescrire ?

MK5 : Ouais !

JP : D'accord, ok. Et pour revenir sur le déroulement d'une séance, est-ce que vous avez eu aussi la sensation de devoir augmenter la prise de constantes, l'auscultation pour aussi d'un côté rassurer les parents et vous ?

MK5 : Augmenter non parce que je l'ai toujours fait. Peut-être que ce que je fais que je faisais pas avant, c'est que je fais écouter aux parents. Je leur fais écouter l'encombrement ce que je faisais pas forcément, je prenais pas le temps forcément de faire avant. Heu, la prise de saturation c'est quand même rare que je la fasse en systématique. Si il y a pas de signes d'appel heu je la fais pas parce que ça pour le coup, je trouve que ça stresse plus les parents qu'autre chose. Je leur explique, mais je leur ai toujours expliqué que je regardais la fréquence respiratoire. Ça ça a pas changé puis je leur dis toujours la norme qui va bien fin voilà. Ce que je faisais pas avant que je fais du coup plus systématiquement parce que j'ai plus le temps, c'est de noter ça dans le carnet de santé, que voilà, tel jour j'ai ausculté avec telle fréquence respi et tel encombrement et que j'ai donné des conseils aux parents voilà.

JP : D'accord.

MK5 : Ça c'est vrai que du coup ça laisse un peu plus de temps pour faire ces choses-là.

JP : Oui, ok. Donc vous ça a vraiment été un impact sur les prescriptions et sur, ben du coup vos techniques que vous avez adaptées fin modifiées suite aux recommandations ?

MK5 : Ouais.

JP : Et est-ce que vous avez senti quand même une diminution, fin, une **différence dans l'adhésion aux soins** des parents pour leurs enfants suite aux recommandations ?

MK5 : **Non !**

JP : Est-ce qu'ils étaient un peu **plus réticents** ?

MK5 : **Non, non j'ai pas l'impression.**

JP : Non vous avez pas eu ce ressenti ?

MK5 : Non j'ai pas l'impression, **peut-être même le contraire**. C'est-à-dire que comme on en voit moins, les parents ont moins, notamment les **jeunes parents dont c'est le premier, ne sont pas dans le « bouche à oreille »** du voilà, la copine et le copain de la copine ils sont venus et **« oh la la, tu vas voir c'est dur il va pleurer »** et voilà, du coup, je dirai plutôt le contraire !

JP : D'accord.

MK5 : Je pense, **honnêtement je pense pas que les parents aient connaissance de ces recommandations-là.**

JP : Ouais ? Alors justement, c'était la question que j'allais vous poser. Est-ce que vous avez eu la situation, donc, où les parents ont entendu par les médias, parce que ça a quand même été médiatisé, l'annonce de ces recommandations et ont eu du coup des interrogations et des questionnements vis-à-vis de la kiné pendant la séance ?

MK5 : Ouais ! **Il y en a qui m'en ont parlé**, pas toujours des parents dont j'avais les enfants en charge d'ailleurs. Notamment ceux qui avaient déjà un enfant qui étaient déjà venus, **qui trouvaient ça un peu bizarre que tout d'un coup on annonce qu'on en fasse plus**. Heu **j'avoue pas avoir toujours été à l'aise non plus pour leur justifier**. Dans le sens, ben ouais, **j'ai fait ça à votre premier mais finalement ça servait à rien**. Donc, **je justifiais le truc en disant que, ben, la sécurité sociale considère que faire mieux dormir et faire mieux manger un enfant c'est pas une priorité de soin. C'est du confort c'est pas du soin et que, ben quoi qu'il en est les petits loulous ils s'en sortent sans nous** et du coup voilà.

JP : D'accord ok, donc vous avez quand même était face à...

MK5 : Je précisais... (Pas compris la suite)

JP : Pardon ?

MK5 : **Je précisais toujours quand même mon inquiétude par rapport à certaines familles où je me dis que voilà, si nous on n'est pas là... ben il y a personne quoi. Donc bon, encore une fois j'ai pas les chiffres de ce que ça a pu donner...**

JP :

Ouais.

MK5 : ... Heu, en terme d'hospitalisation. Je sais pas !

JP : Ouais, je sais pas s'il y a encore assez de recul pour...

MK5 : Ben non, déjà parce qu'il y a eu que l'hiver d'avant. **Cet hiver est très bâtard parce qu'il y a aucune épidémie**, tant mieux hein ! Et peut-être que du coup ça sera la fin de la bronchiolite si on garde tous nos bonnes habitudes d'hygiène. Mais heu... Ouais je pense, **j'ai vraiment la sensation que c'est une page qui se tourne dans notre profession**.

JP : D'accord, ouais, vous le ressentez comme ça ?

MK5 : Ouais ! **Pas sûr que les K4 dans trois-quatre ans utiliseront encore la bronchiolite en sujet de mémoire (rire)**.

JP : On verra d'ici là (rire). Ok donc, ouais, vous avez quand même était amenée à devoir **vous justifier ou en discuter avec des parents ?**

MK5 : **Ouais !**

JP : Mais est-ce qu'ils étaient inquiets ? Ou est-ce que c'était vraiment par curiosité de savoir ben pourquoi ils ont dit ça ?

MK5 : Je pense **plus de la curiosité !**

JP : Ouais.

MK5 : Je pense **plus de la curiosité, pour la majorité en tout cas**.

JP : Vous avez pas ressenti d'inquiétude ?

MK5 : Ouais, non. **Globalement, ils font quand même confiance à leur médecin** et les gens ont quand même un peu la sensation qu'il y a des modes en médecine, en règle général, et que ben là, ça a été ça aussi quoi.

JP : Ok, d'accord. Heu, alors du coup aujourd'hui, comment est-ce que vous vous positionnez donc pour cette prise en charge en tant que kinésithérapeute depuis que ces recommandations ont été publiées ?

MK5 : Comment je me positionne, heu ? Ben **je suis encore qu'à moitié convaincue quand même** hein. Heu... ouais, je suis encore heu... **Au fond de moi j'aimerais bien qu'on me prouve quand même un jour le contraire**.

JP : Ouais.

MK5 : Peut-être **pas qu'on revienne heu sur des, de l'abattage de kinés respiratoires comme on pouvait le faire y'a dix ou quinze ans**. Peut-être qu'il fallait effectivement mieux bilanter et mieux raisonner, mais de là à avoir complètement abandonné, **c'est quand même très déroutant**.

JP : Après il manque aussi beaucoup, fin il n'y pas d'études de faites sur la prise en charge ambulatoire de cette pathologie donc heu...

MK5 : Ben oui, puis là pour le coup ça va être une étude, si étude elle se faisait, qui serait quand même très compliquée à mener hein !

JP : Effectivement.

MK5 : Heu... Alors, est-ce qu'il faudrait de nouveau une grosse épidémie des bronchiolites pour que les médecins se disent « ouille, ouille, ouille ! » on est bien, enfin les médecins généralistes ou les médecins voilà les médecins de ville, se retrouvent bien désemparés. Je le souhaiterai pas hein, mais je suis quand même, ouais, je suis quand même dubitative dans le sens où, les formations que j'ai suivies auparavant, c'était quand même... on était, à mon sens hein, déjà bien à jour au moment où je les ai faites. C'était pas n'importe quoi ! Et en, voilà, en deux ans de temps, pouf, ça c'est complètement retourné donc c'est... c'est quand même déroutant quoi !

JP : Et est-ce que vous avez perdu entre guillemets la motivation de prendre en charge cette pathologie ? Ou ça n'a rien changé si vous aviez des prescriptions vous seriez toujours aussi...

MK5 : Ah non non je prendrais toujours !

JP : Ouais ça vous a pas...

MK5 : Je prendrais toujours !

JP : Ça vous a pas découragée à ...

MK5 : Faisons déjà...

JP : A prendre en charge ces patients ?

MK5 : Non, je pense que je serai toujours motivée. Par contre, s'il venait à re-avoir plus, je pense que je referai une formation, notamment ce que je disais sur le « comment être sûre » que les parents n'aient pas l'impression de venir pour rien.

JP : Ok, d'accord donc oui ça...

MK5 : Peut-être qu'il me manque un petit peu de ça.

JP : D'accord. Mais sinon, ouais, vous vous positionnez et vous êtes toujours à l'aise et motivée pour prendre en charge votre pathologie ?

MK5 : Oui ! Oui, oui.

JP : D'accord, ça n'a pas affecté votre état d'esprit là-dessus ?

MK5 : Non ! Non !

JP : D'accord, ok. Ben est-ce que vous avez d'autres éléments à rajouter avant de clôturer cet entretien ?

MK5 : Heu ben non ! Non, non je pense que ça va aller !

JP : On a fait bien le tour

MK5 : Il... Ouais, ouais, non c'est bien !

JP : Ben dites si vous avez quelque chose à rajouter.

MK5 : Ben juste, vous avez quand même réussi à en trouver suffisamment des entretiens ou ?

JP : Oui oui ça va ! J'arrive au bout !

MK5 : D'accord tant mieux.

JP : J'arrive au bout oui.

MK5 : Parce que sur les kinés que je côtoie, notamment dans le réseau de garde... mais bon ça va être à peu près la même chose que moi, c'est sur le même secteur donc je pense pas qu'il y ait une grosse différence d'un week-end à un autre quoi.

JP : Oui ça risque d'être le même impact en terme de prescription et de...

MK5 : Ben je pense oui, je pense parce que si... ouais on est sur un secteur assez grand, on n'a pas tous les mêmes prescripteurs ouais. Mais globalement, ouais. Mais *je sais pas si c'est encore quelque chose qu'on pratiquera. Je pense notamment aux jeunes confrères qui vont travailler en libéral là, qui vont sortir en libéral dans ces prochains mois ou prochaines années. Heu... est-ce qui, n'ayant pas connu la forme d'avant, qu'est-ce qu'ils feront ? Je m'interroge quand même est-ce que ça vaudra encore le coup de faire la kiné respiratoire...*

JP : Ouais.

MK5 : ... Fin de suivre des ordonnances de bronchiolites ?

JP : Ben effectivement, c'est vrai qu'au vue de la diminution du nombre de prescriptions et comme vous disiez là actuellement, avec la situation sanitaire actuelle, ouais, est-ce que dans quelques années heu...

MK5 : *Ça sera peut-être une pratique qu'on aura complètement perdue. Mais bon après c'est l'évolution du métier c'est comme ça hein !*

JP : Effectivement mais du coup à part attendre et voir...

MK5 : C'est ça, c'est ça.

JP : On peut pas trop se projeter la dessus.

MK5 : C'est ça.

JP : Bon, ben écoutez je vais arrêter l'enregistrement.

Annexe VIII : Évocation des sous thèmes par chaque MK

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7	MK8	MK9
T1. La BAN et le MK									
<i>ST1. Généralisation de la BAN</i>	✓		✓	✓	✓				✓
<i>ST2. Évolution du nombre de nourrisson atteint de BAN</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST3. Place du MK dans la BAN</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST4. Recherches en pédiatrie</i>	✓					✓			
T2. Réactions des MK suites aux recommandations de la HAS									
<i>ST5. Ressenti des MK</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<i>ST6. Avis des MK</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
<i>ST7. Réactions des MK</i>	✓					✓			
T3. Impact des nouvelles recommandations sur la PEC des MK									
<i>ST8. Prescriptions</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST9. Pratique des MK</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST10. Contact avec des médecins et/ou pédiatres</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T4. Point de vue des MK sur la PEC de la BAN depuis les nouvelles recommandations									
<i>ST11. Position des MK sur la PEC de la BAN</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST12. Motivation sur la PEC de la BAN</i>					✓	✓	✓	✓	✓
T5. Place de la médiatisation									
<i>ST13. Interprétation par les professionnels de santé</i>	✓	✓				✓		✓	
<i>ST14. Attitudes des professionnels de santé</i>		✓		✓	✓	✓		✓	✓

<i>ST15. Interprétation par les parents</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>ST16. Attitude des parents</i>	✓	✓	✓			✓			
<i>ST17. Médiatisation face aux nouvelles recommandations</i>		✓	✓		✓		✓		

Bronchiolite aiguë du nourrisson : Étude qualitative de l'impact des nouvelles recommandations de la HAS sur la prise en charge de la pathologie auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Introduction : La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie respiratoire qui touche chaque hiver près de 500 000 nourrissons. Bien que cette maladie se révèle majoritairement bénigne, elle nécessite une prise en charge hospitalière dans 3% des cas. Les avant-dernières recommandations datant de 2000, une actualisation a été nécessaire afin d'uniformiser cette prise en charge. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer l'impact de ces nouvelles recommandations sur la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Matériel et Méthode : Pour répondre à cet objectif, une étude qualitative a été menée par la réalisation d'entretiens semi-directifs. Neuf masseurs-kinésithérapeutes libéraux, prenant en charge la bronchiolite aiguë du nourrisson, ont été interrogés entre les mois de décembre 2020 et janvier 2021.

Résultats : Les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé ont impacté de façon hétérogène les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professionnels de santé ont dû s'adapter à l'évolution du nombre de nourrissons atteints par cette pathologie mais également aux réactions des différents acteurs de cette prise en charge. L'importance de leur place ainsi que leur position quant à cette prise en charge ont également été mises en avant.

Discussion/Conclusion : De nombreuses interrogations sur l'avenir de cette prise en charge subsistent. La principale concerne la réduction du rôle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la surveillance des nourrissons et à l'éducation thérapeutique des parents. C'est pourquoi, de nouvelles études seraient nécessaires afin de déterminer quelle est la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge ambulatoire de cette pathologie.

Mots clés : Bronchiolite aiguë du nourrisson – Impact – Masseurs-kinésithérapeutes – Nouvelles recommandations – Recherche qualitative

Acute bronchiolitis in infants: Qualitative study of the impact of the new HAS recommendations on the management of the pathology among private practice physiotherapists

Introduction: Acute infantile bronchiolitis is a respiratory pathology that affects nearly 500,000 infants each winter. Although this disease turns out to be mostly benign, it requires hospital treatment in 3% of cases. Since the penultimate recommendations were dating from 2000, an update was necessary in order to standardize their care. The objective of this work is therefore to evaluate the impact of these new recommendations in the care of private practice physiotherapists.

Material and Method: To meet this objective, a qualitative study was conducted by carrying out semi-structured interviews. Nine private practice physiotherapists treating infants with acute bronchiolitis were interviewed between December 2020 and January 2021.

Results: The new recommendations from the French National Authority for Health have had a heterogeneous impact on physiotherapists. These healthcare professionals have had to adapt to the changes in the number of infants affected by this pathology, but also to the reactions of the various actors involved in this type of care. The importance of their role as well as their opinion on this type of care were also highlighted.

Discussion / Conclusion: Many questions about the future of this type of care remain. The main one concerns the reduction of the role of private practice physiotherapists in the supervision of the infants and the therapeutic education of parents. This is why new studies would be necessary to determine the role of the physiotherapist in the outpatient of this pathology.

Keywords: Acute bronchiolitis in infants – Impact – Physiotherapists – New recommendations – Qualitative research