Quels sont les déterminants de la prescription de KR chez le nourrisson de moins de 12 mois en médecine de ville ?

AKCR, 5 décembre 2022

A. Jemmi & D. Billet

Contexte

- **Epidémiologie**
  - 450 à 500 000 cas /an
  - 2 à 3% d'hospitalisation
  - 1 à 2% de décès

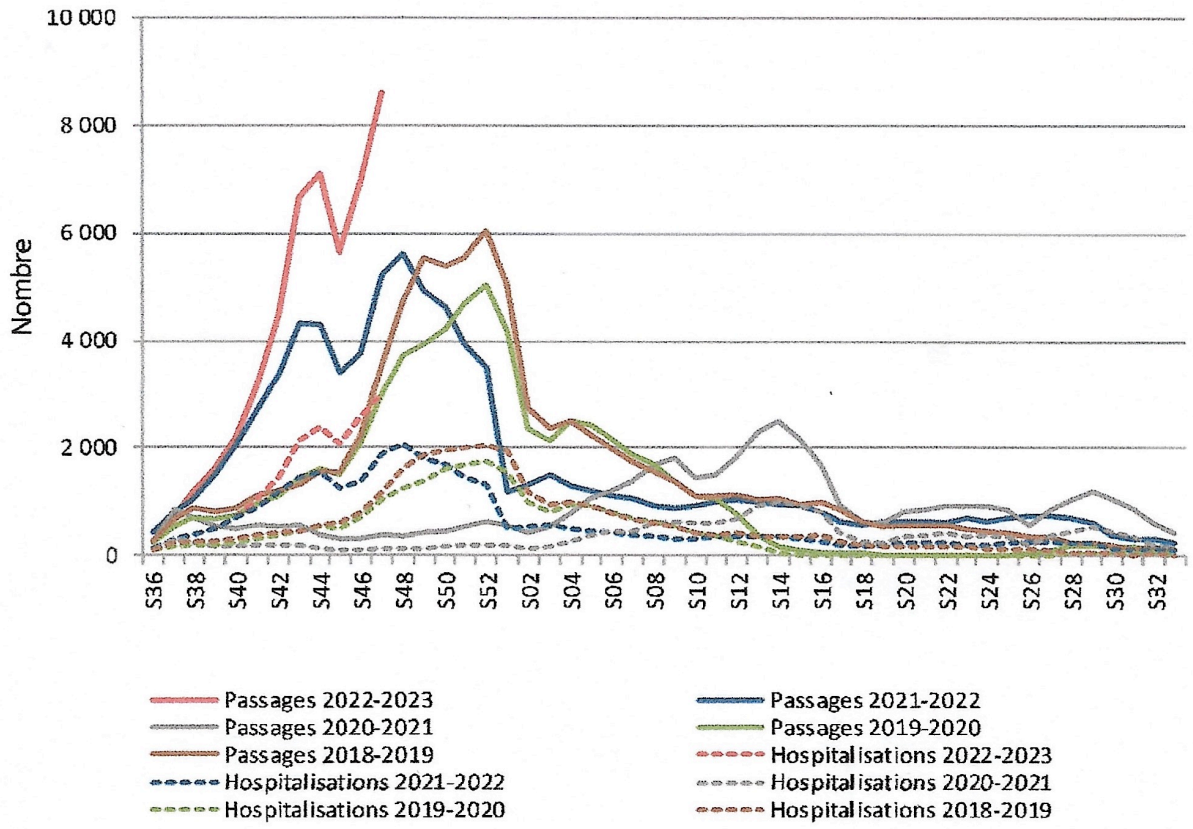
- **Automne 2022 :** Bulletin épidémiologique semaine 47, Santé Publique France.
  - 34% d'hospitalisation sur les nourrissons consultant à l'hôpital
  - 95% des nourrissons hospitalisés sont âgés de moins de 12 mois
    - ➢ Hypothèse de contamination des 12-24 mois erronée

Contexte

- **Automne 2022 :** Bulletin épidémiologique semaine 47, Santé Publique France.
  - Poursuite de l'augmentation des passages aux urgences et des hospitalisations pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en France métropolitaine, à des niveaux très élevés et supérieurs aux épidémies des 10 dernières années.
  - En semaine 47, les hospitalisations pour bronchiolite représentent pour la quatrième semaine consécutive la moitié des hospitalisations suite à un passage aux urgences chez les enfants de moins de deux ans

Contexte

Fig.1-Passages et hospitalisations suite aux passages aux urgences* pour bronchiolite en France métropolitaine, enfants de moins de 2 ans, Saisons 2019-20 à 2022-23



Bulletin épidémiologique semaine 47, Santé Publique France.

Contexte

- ANAES, conférence de consensus sur la PeC de la bronchiolite 2000 :

« l'indication de la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aigües du nourrisson est basée sur la constatation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne. » AE

- Recommandation grade D

Contexte

- AFSSAPS, avis sur la toux du nrs 2010 :

« le recours à la kinésithérapie respiratoire peut permettre une réévaluation de la toux du nourrisson à distance de la consultation médicale, conduisant ou non à l'indication d'un désencombrement bronchique. C'est aussi le lieu d'une éducation thérapeutique en direction des jeunes parents, évitant ainsi l'automédication intempestive. » AE

- Recommandation grade D

Contexte

- **HAS novembre 2019 :**

Pour un **premier épisode de bronchiolite**, chez un enfant de **moins d'un an,** « en l'absence de données, la kinésithérapie respiratoire **(KR)** de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation du flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier. » AE

- Recommandation de grade D

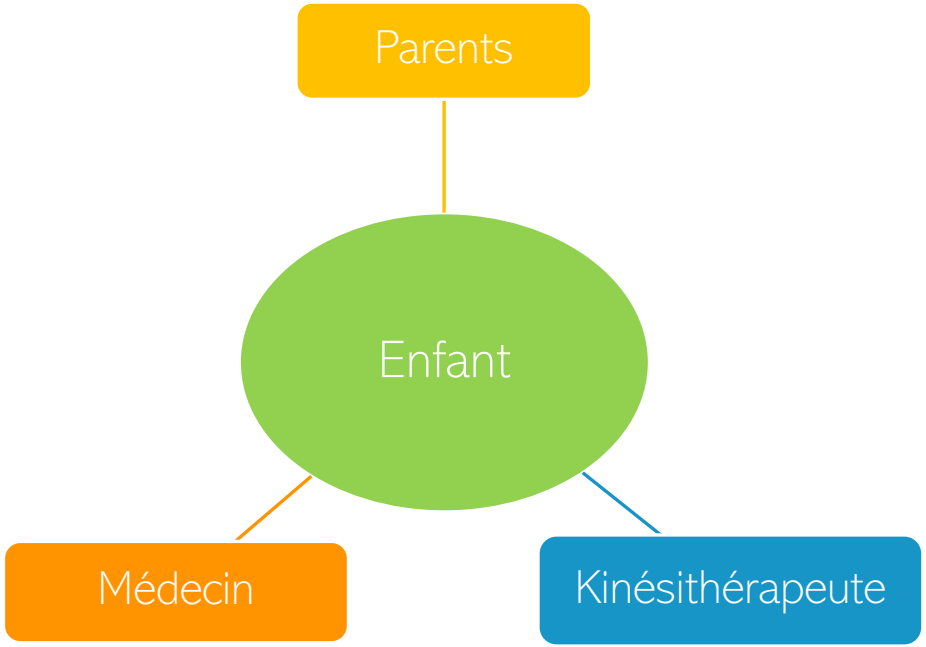
SO WHAT ???

Est-ce que les déterminants de prescription avant-après les RBP ont changé ?

Est-ce que les attentes des prescripteurs après les RBP ont changé ?

Étude de la triade thérapeutique parents-médecin-kinésithérapeute dans la prise en charge d'enfants présentant une pathologie respiratoire aigüe en kinésithérapie respiratoire ambulatoire

Prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire



<u>Problématique</u> :
Dans la prise en charge en kinésithérapie respiratoire en ambulatoire d'un enfant présentant une pathologie respiratoire aiguë, existe-il des marqueurs communs entre les déterminants de prescription, les motifs de consultation parentaux et les critères de suivi kinésithérapique ?

<u>Hypothèse</u> : Il existe un ou plusieurs marqueurs communs à l'ensemble des acteurs de la prise en charge

- **Recommandations Prise en charge de la BAN 2000 : La prescription de kinésithérapie n'est pas systématique, elle dépend de l'état clinique de l'enfant. Le pourcentage de prescription de kinésithérapie dans la bronchiolite varie de 82,5 à 99%**

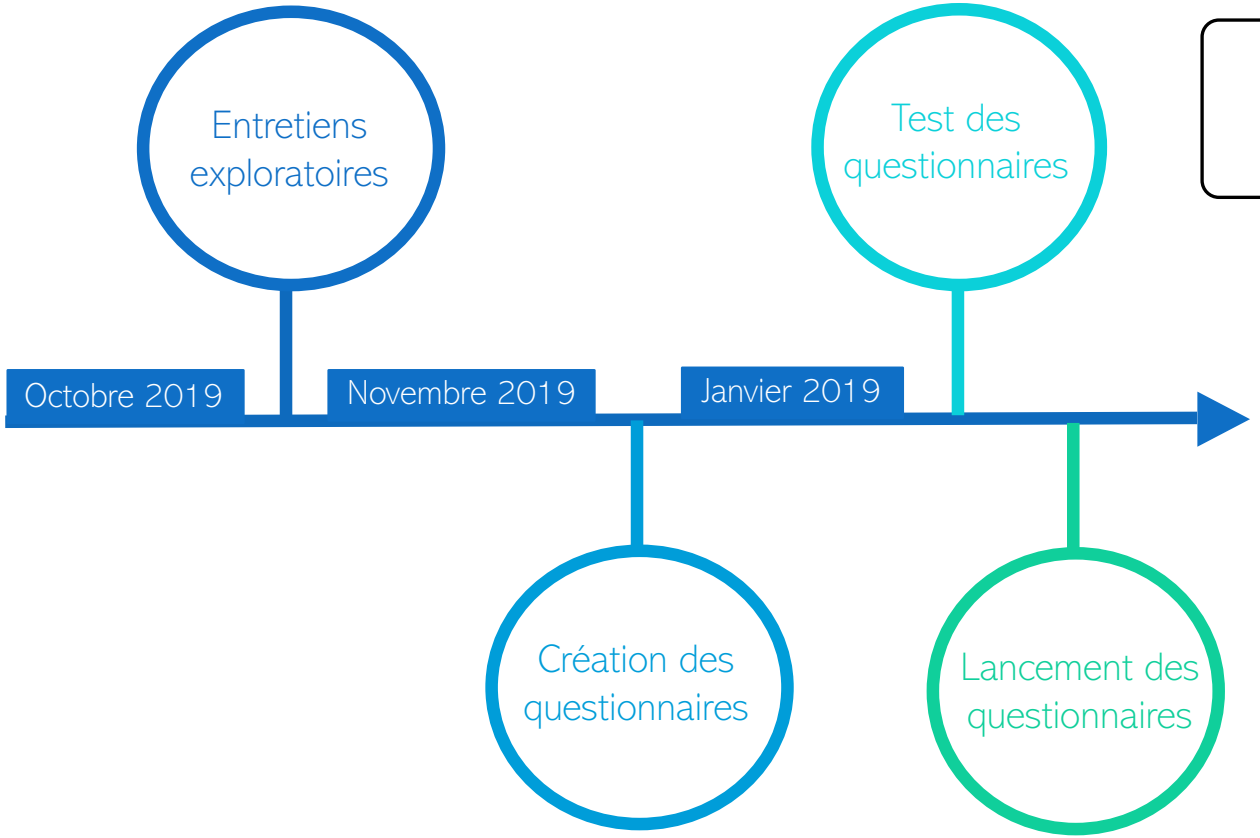
Présentation

Objectif primaire, déterminer :

- Motifs de consultation parentaux
- Motifs de prescription médicaux
- Critères de suivi kinésithérapique

Objectif secondaire, déterminer :

Regards croisés des acteurs de la triade thérapeutique



- Collecte des données
- Catégorisation des réponses
- Analyse des résultats

Méthode

OBJECTIF PRIMAIRE

Motifs de consultation parentaux

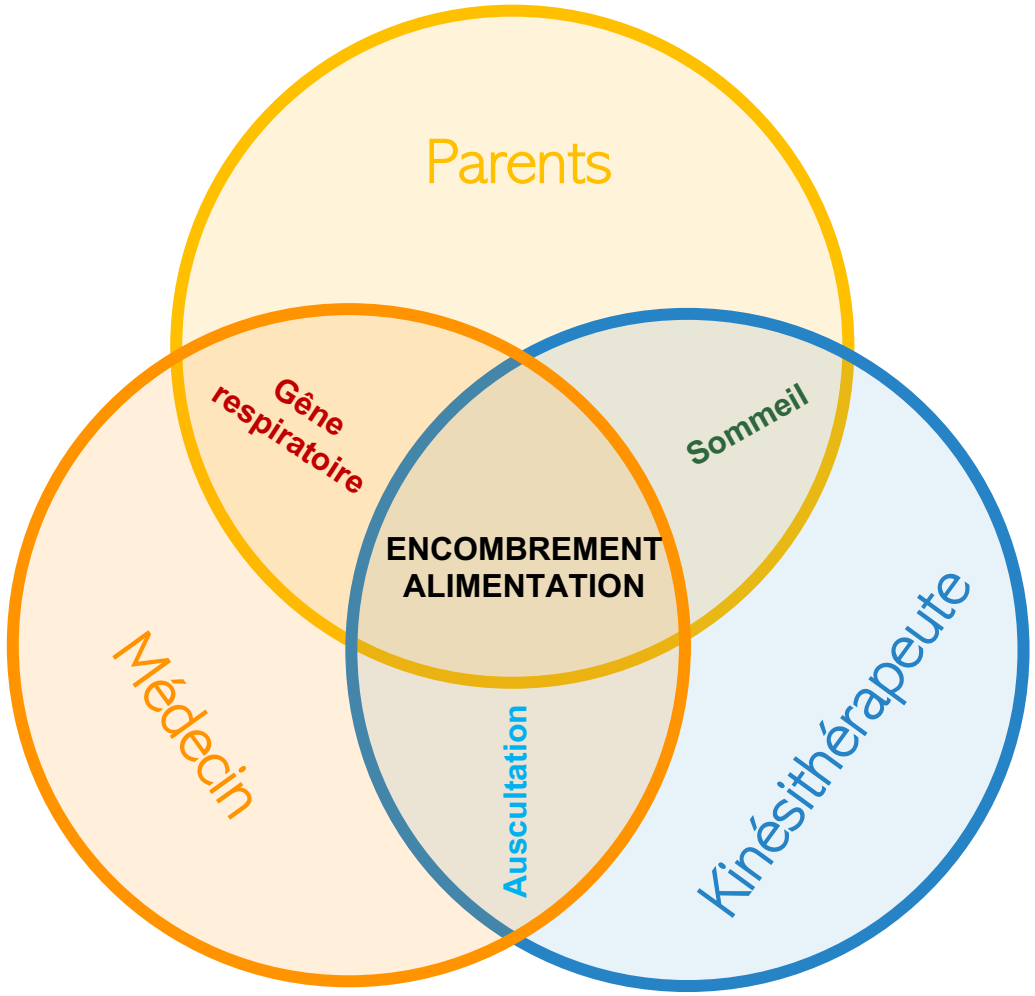
- Toux
- Encombrement
- Fièvre
- Gêne respiratoire
- Alimentation
- Sommeil

Critères de suivi kinésithérapique

- Auscultation
- Alimentation
- Sommeil
- Observation
- Encombrement

Motifs de prescription médicaux

- Encombrement
- Gêne respiratoire
- Auscultation
- Alimentation
- Diagnostic bronchiolite
- Signes détresse respiratoire



Résultats

Attentes des séances de kinésithérapie respiratoire

Parents

- ✓ Désencombrement
- ✓ Amélioration respiration
- ✓ Amélioration état clinique
- ✓ Amélioration de l'alimentation
- ✓ Amélioration du sommeil
- ✗ Amélioration de la toux

Médecins

- ✓ Amélioration état clinique
- ✓ Surveillance/suivi
- ✓ Désencombrement
- ✓ Amélioration de la respiration
- ✓ Education parentale

Apport des séances de kinésithérapie respiratoire

Kinésithérapeutes

- ✓ Désencombrement
- ✓ Amélioration état clinique
- ✓ Education des parents
- ✓ Surveillance/suivi
- ✓ Amélioration alimentation
- ✓ Amélioration respiration
- – Ventilation
- ✓ Amélioration du sommeil

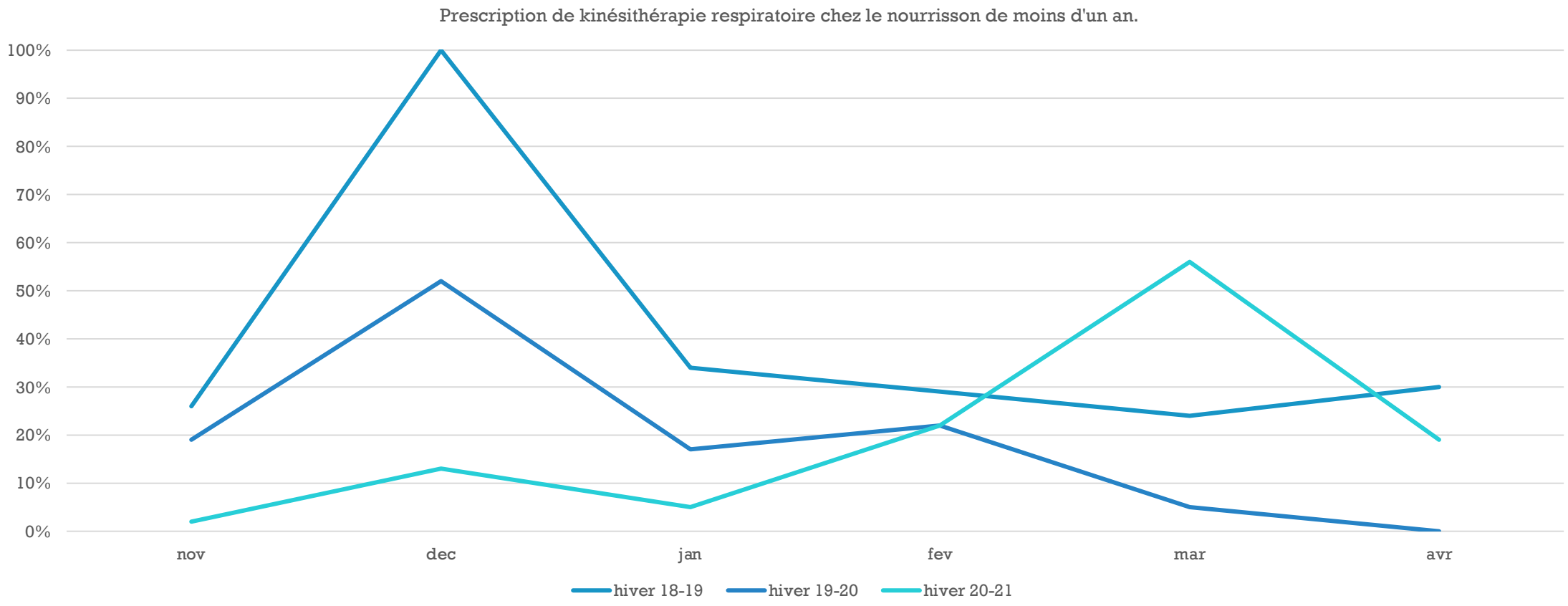
Résultats

- Motifs de prescription :
  - Encombrement avec altération de l’tat général
  - Surveillance nécessaire
  - Jeune âge
  - Antécédents respiratoires
  - Demande parentale
  - Prescription médicamenteuse limitée

- Attentes du prescripteur :
  - Amélioration état clinique/confort
  - Surveillance/suivi
  - Désencombrement/efficacité des soins
  - Education parentale
  - Eviter l’hospitalisation
  - Guérison plus rapide

Zoom sur les retours médecins

Quels sont les déterminants de la prescription de KR chez le nourrisson de moins de 12 mois en médecine de ville ?



Evolution de la prescription de KR

Problématique

- Analyse de la Cochrane revue **discutable** : études rapportent des prises en charge très hétérogènes et peu comparables
- **Intervention complexe** : état clinique de l'enfant, très labile

  Compétences et savoir-faire du kinésithérapeute

  Contexte socio-culturel familial

- **Très peu d'études** en ambulatoire
- **Prise en charge** ne se résume pas à une technique :
  - Surveillance des nourrissons avec des formes de bronchiolite modérées
  - Contexte familial socio-culturellement défavorisé

Postiaux G. La Cochrane Review : ce qu'elle a dit, n'a pas dit, dira/ne dira pas à propos de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson Kinesither Rev 2013;13(140–141):52–55

Postiaux G, Zwaenepoel B, Louis J. Chest Physical Therapy in Acute Viral Bronchiolitis: An Updated Review. Respir Care 2013 ;58(9) : 1541-1545.

Sarhan F-R. Effets mesurés à 24h de la prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite du nourrisson en pratique de ville. Kinésithérapie Rev. 2013;13(134):48-9.

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

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

Sebban S , Evenou D , Jung C , Fausser C , Jeulin JC , Durand S et al. Symptomatic Effects of Chest Physiotherapy with Increased Exhalation Technique in Outpatient Care for Infant Bronchiolitis: A Multicentre, Randomised, Controlled Study. Bronkilib 2. J. Clin. Res. Med. 2019. 2 (4) : 1-7.

Audag N, Combret Y, Dubus JC, Reychler G, Poncin W. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson : approche raisonnée. EMC kinésithérapie-Médecine Physique-Rééducation. 2020. 33 (4) : 1-9.

Joud P, Fetouh M, Billet D, Pierre B, Bellaiche s, Gauchez H & al. La kinésithérapie est-elle toujours la pierre angulaire du traitement ? Arch. Péd. 2014 ; 21 : 228-229.

Objectifs

- Objectif principal :
  - Comprendre les décisions des praticiens de ville et leurs motivations à continuer à prescrire de la KR pour une population pour laquelle ces soins ne sont plus conseillés.
- Objectif secondaire :
  - Comprendre ce que les prescripteurs attendent de l'intervention du kinésithérapeute.

Justification

- Nouvelles RBP :
  - ✓ Ne rien proposer pour les nourrissons présentant des formes légères de bronchiolite
  - ✓ Hospitalisation pour ceux présentant les formes les plus graves.
  - ✓ Forme légère à modérée

- ➢ Aggravation peut être rapide, de cause respiratoire ou extra-respiratoire (alimentaire)
- ➢ Justifie une mortalité plus importante chez les nourrissons de moins de 12 mois

- **Aucune étude** postérieure aux nouvelles RBP

Che D, Nicolau J, Bergounioux J, Perez T, Bitar D. Bronchiolite aigue du nourrisson en France : bilan des cas hospitalisés en 2009 et facteurs de létalite. Arch. Ped. 2012 ; 19 : 700-706

Méthode

- **Etude qualitative** phénoménologique (Husserl), entretiens semi-directifs
- **Population :**
  - Médecins prescripteurs habituels du cabinet
- **Echantillonnage :**
  - Choix raisonné : médecins répertorié dans la base de données du logiciel métier ayant adressé des nourrissons de moins de 12 mois dans un contexte de bronchiolite après les RBP.
- **Recueil des données :**
  - Utilisation d'un guide d'entretien
  - Enregistrement audio des entretiens
  - Saturation des données
- **Analyse des verbatim :**
  - Codage en unités de sens, regroupées en catégories partageant concept ou idées communes
  - Analyse par 2 co-chercheurs indépendants (principe de triangulation)

Résultats

48 médecins pressentis

3 n'exercent plus

9 « copains » exclus

11 n'ont pas voulu participer

13 n'ont pas répondu

12 entretiens effectués

7 MG

5 Pédiatres

Résultats

- Saturation :
  - Groupe d'étude homogène, définition claire du sujet d'étude, bonne qualité des données recueillies => six à douze entretiens suffisants.
  - 11° et 12° entretien n'ont pas apporté de donnée nouvelle

Marshall B, Cardon P, Poddar A, Fontenot R. Does sample size matter in qualitative research ? : A review of qualitative interviews in IS research. Journal of computer information systems, 2013. 54(1) : 11-22.

Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate ? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. Qualitative Research in Sport, Exercice and Health. 2021. 13(2) : 2011-2016.

Résultats

- **Critères de prescription :**
  - Encombrement avec conséquences fonctionnelles
  - Risque d'aggravation dans les 48 à 72 premières heures
  - Très jeune âge
  - Récidive
  - Antécédents familiaux
  - Contexte parental « limite »
  - Demande parentale, réassurance
  - Prescription médicamenteuse limitée dans le contexte

Résultats

- **Attentes du prescripteur :**
  - Surveillance de l'évolution
  - Eviction de l'hospitalisation
  - Efficacité des soins en KR
  - Disponibilité, permanence des soins
  - Amélioration du confort du nourrisson et des parents
  - Souhaits particuliers (soins à domicile p.e)

Résultats

- Analyse des résultats à partir du **cadre conceptuel** :

  Theoretical Domain Frame analyse les réticences et freins aux RBP

  Littérature

  - Influences sociales : pressions parentales et influence des pairs
  - Facteurs environnementaux : pression lors d'épidémie, ressources disponibles
  - Facteurs individuels : influences cognitives, croyances, empathie, subjectivité

Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Sci. 2011. 6(42) : 1-11

Gray AZ, Soukaloun D, Soumphonphakdy B. A qualitative study of provider perceptions of influences on uptake of pediatric hospital guidelines in Lao PDR. *Am J Trop Med Hyg* 2017. 97 : 602–610.

Yamada J et al. Using the theoretical domains framework to identify barriers and enablers to paediatric asthma management in primary care settings. *J Asthma* 2018. 55 : 1223–1236.

McGann J *et al*. Caring for crying babies: a mixed-methods study to understand factors influencing nurses' and doctors' management of infant colic. *J Paediatr Child Health* 2018. 54 : 653–660.

Mayer J. Place de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson. Thèse. Université de Lorraine. Faculté des Sciences pharmaceutiques. 2015. Nancy. hal-01731905.

Froment A. (2001), Médecine scientifique. Médecine soignante. 2001 . Paris, Ed. des archives contemporaines. p 179.

Hardy, A. (2012). À propos de la signification « médicale » d'une prescription: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30, 103-114.

Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?. Pratiques et Organisation des Soins. 2012. 43 : 111-119.

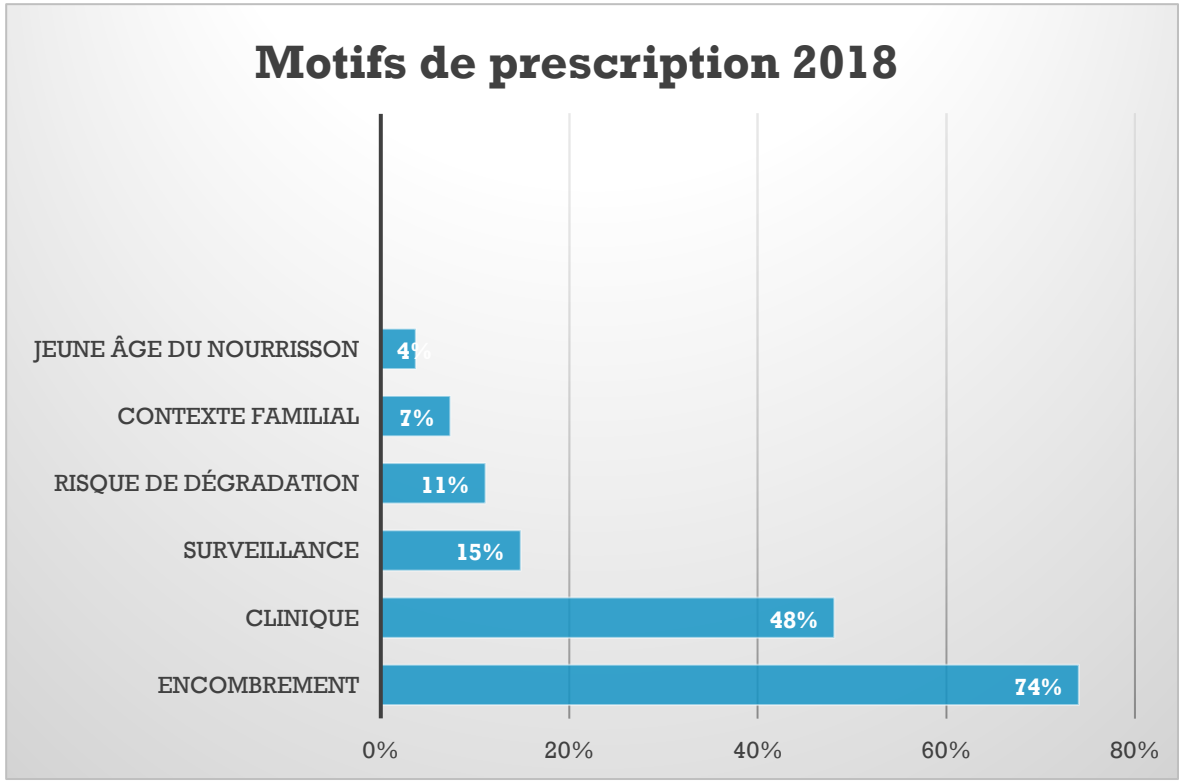
Vega A. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Sciences sociales et santé. 2012. 30 : 71-102.

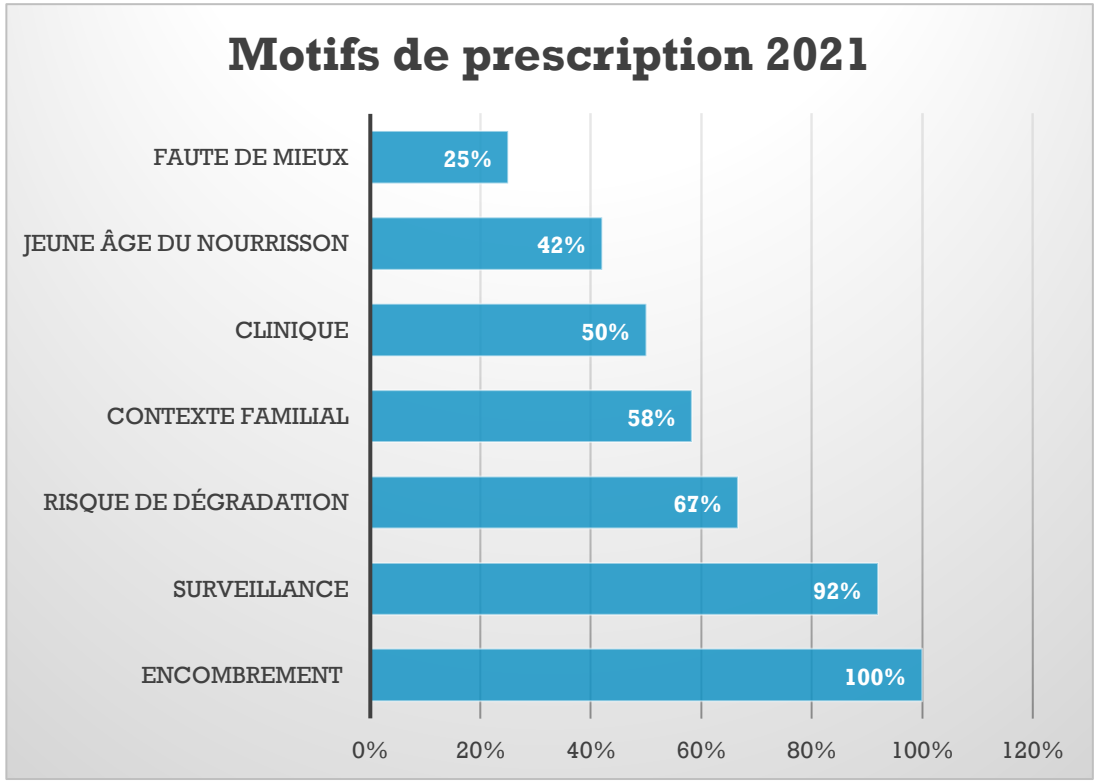
Résultats

- **Déterminants forts de prescription :**
  - Attentes : surveillance et amélioration clinique
  - Influences sociales : empathie
  - Culture médicale : réparation, réponse immédiate
  - Contexte : durée de la consultation, pression en période épidémique, recours le week-end
  - Subjectivité : récit parental
  - Croyances et peurs

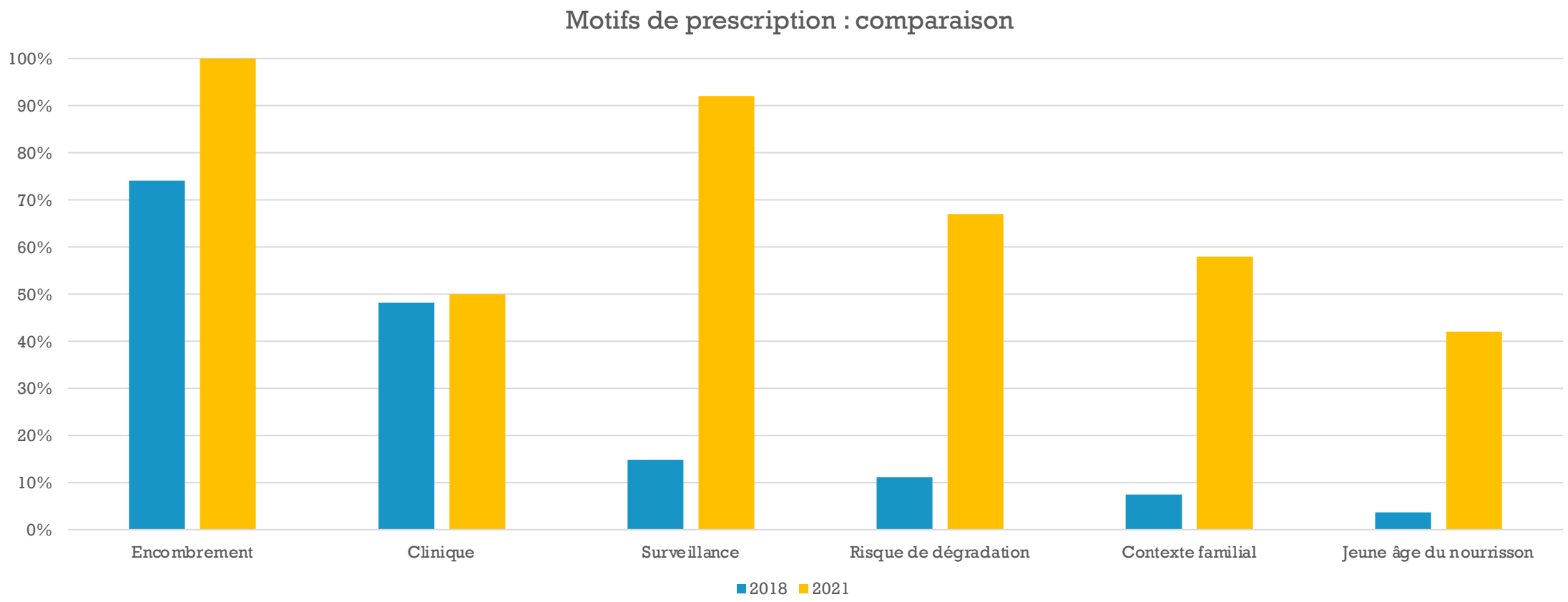
- **Déterminants faibles de prescription :**
  - Attentes : confort
  - Influences sociales : pression parentale

Analyse comparative

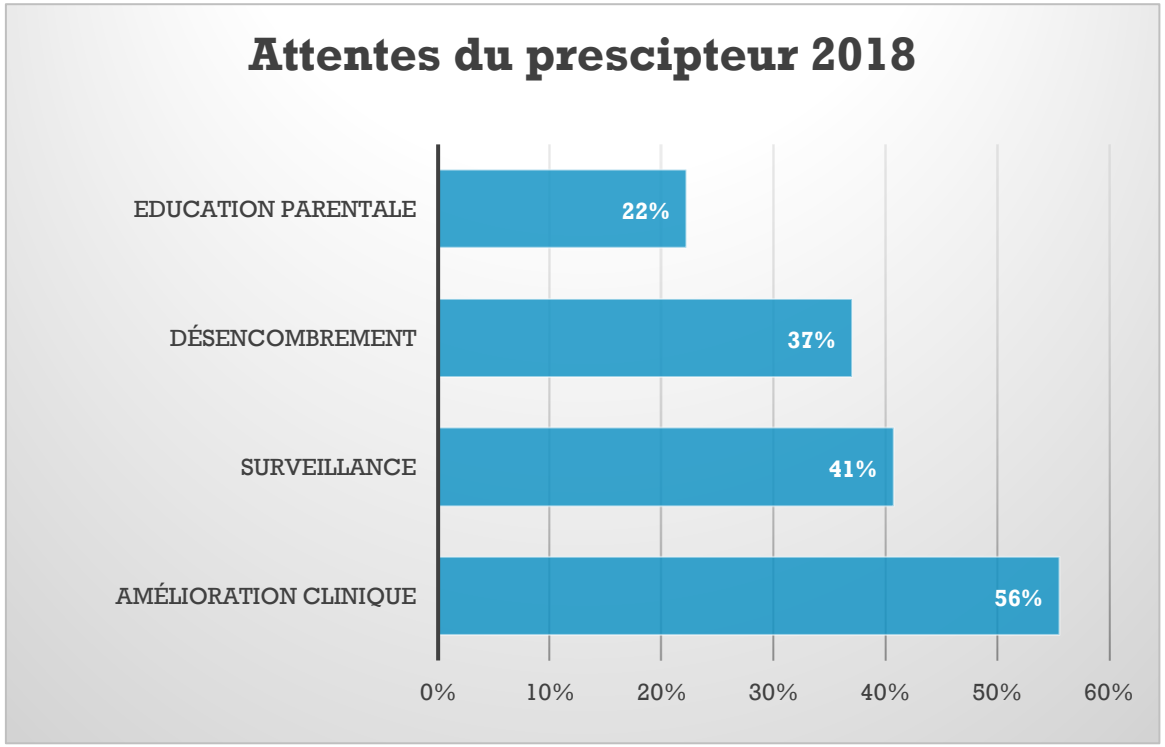


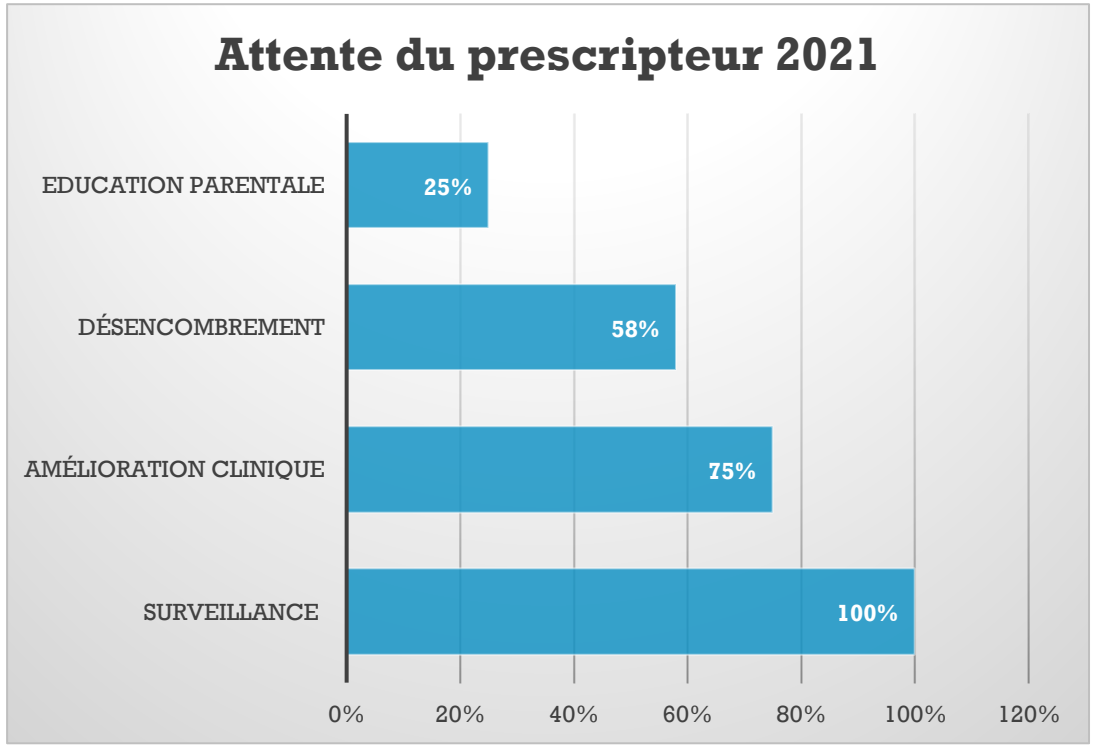


Motifs de prescription

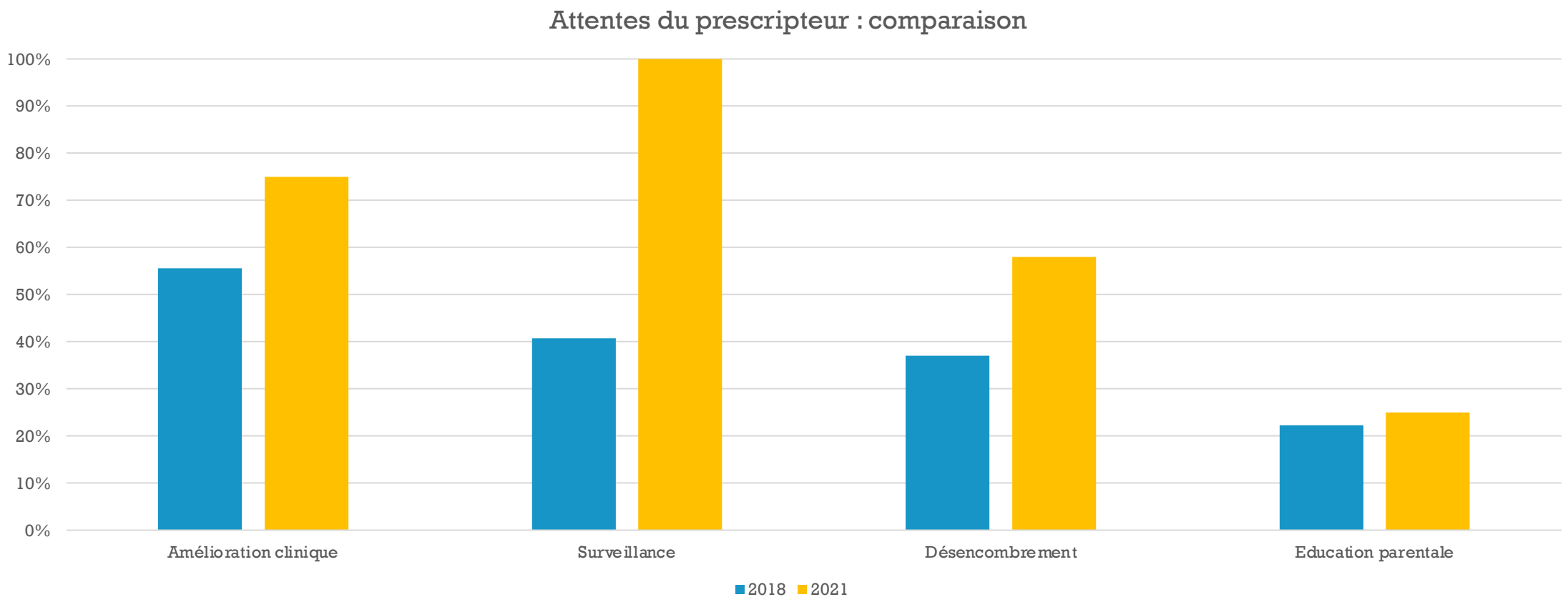


Motifs de prescription

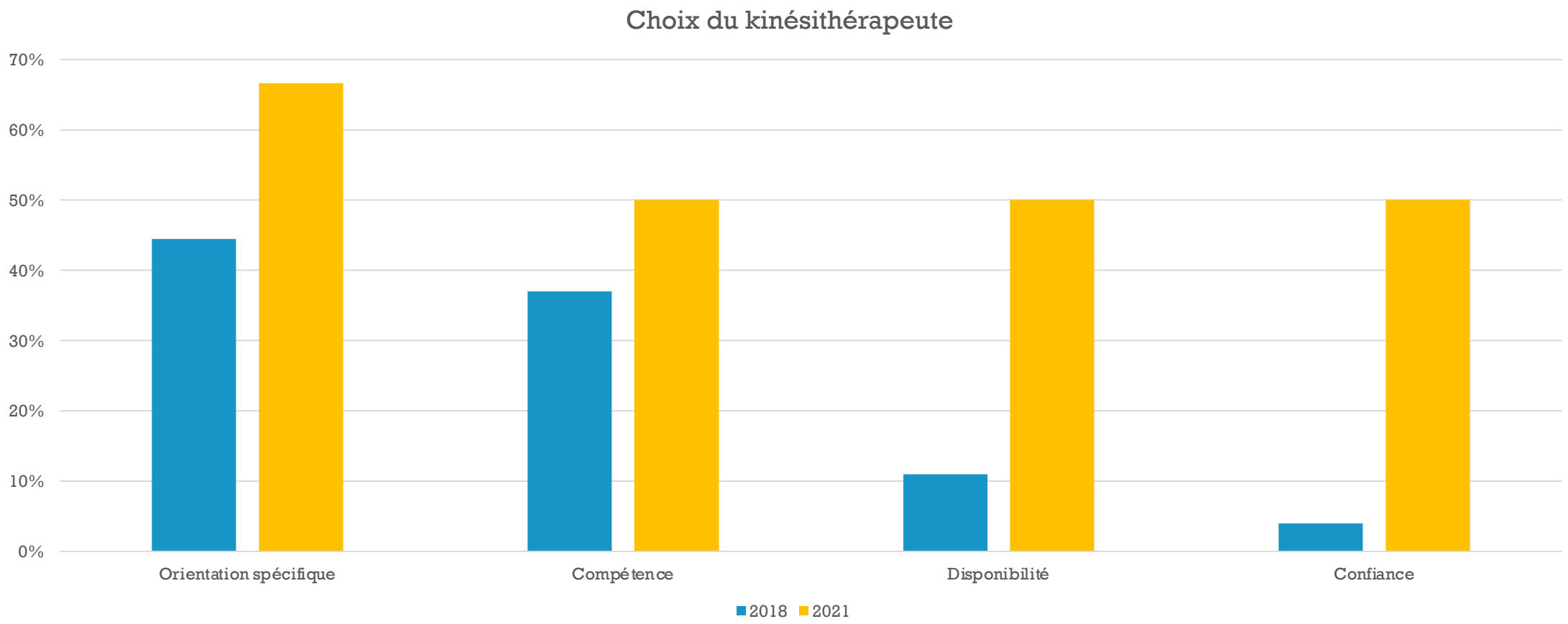




Attentes du prescripteur

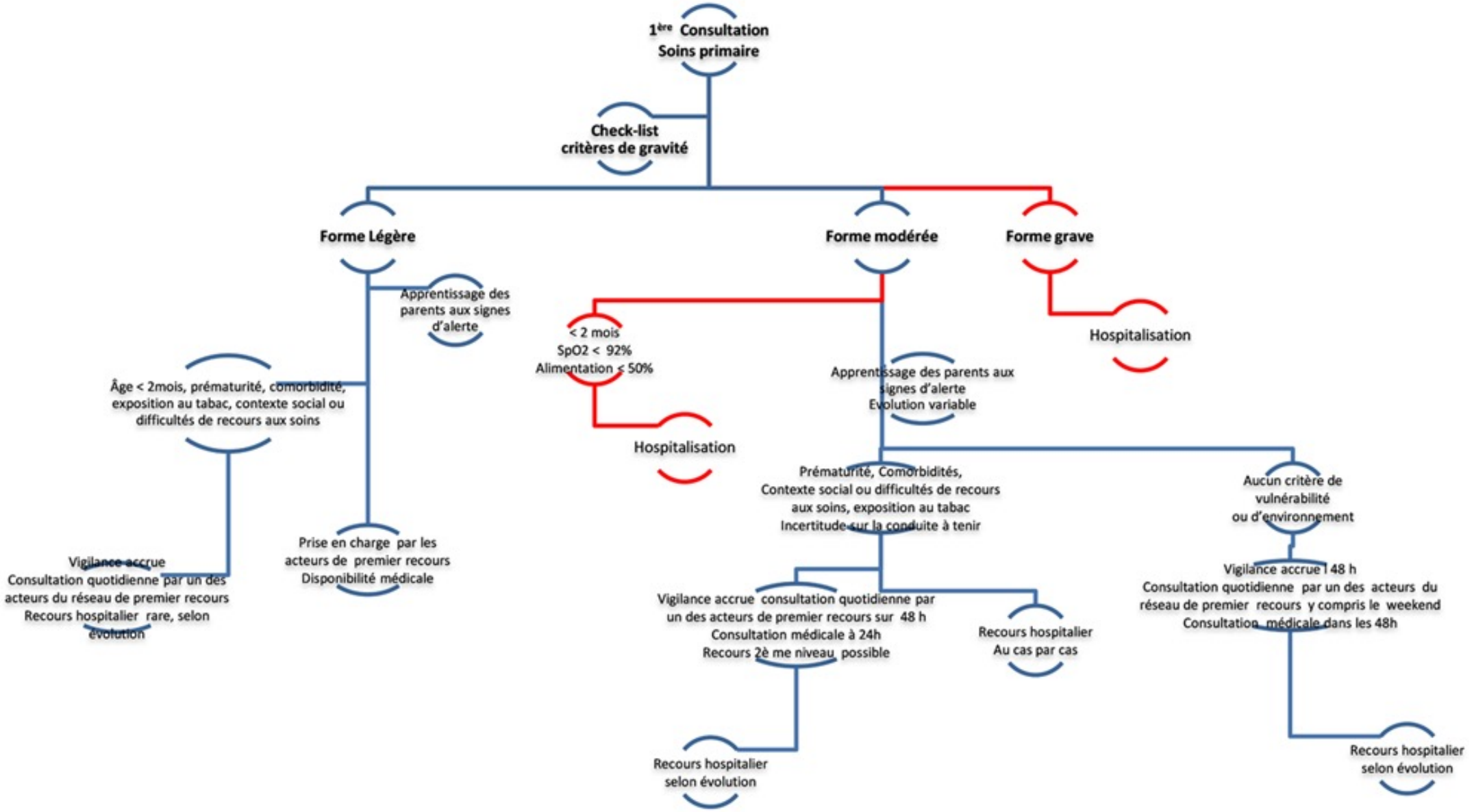


Attentes du prescripteur



Choix du kinésithérapeute

Conclusion



Place de la KR dans la prise en charge de la BAN

Organigramme RBP HAS prise en charge de la BAN, novembre 2019

INSTRUCTION N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17/11/2022

- ANNEXE 1 Présentation des mesures
  - III Focus sur la situation de la pédiatrie

Quand cela apparaît nécessaire au terme de l'évaluation par le médecin de soins primaires, il est essentiel d'assurer une **surveillance pluridisciplinaire** du nourrisson afin de ne pas le perdre de vue pendant cette période critique en **associant notamment les kinésithérapeutes libéraux** si l'enfant est au domicile.

Le médecin généraliste ou le pédiatre assurant le suivi devra s'assurer après l'évaluation du nourrisson de la mise en place des **mesures éducatives** et de **surveillance** adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours, dont les **kinésithérapeutes ou les réseaux bronchiolite.**

INSTRUCTION N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17/11/2022

- ANNEXE 1 Présentation des mesures
  - III Focus sur la situation de la pédiatrie

En dehors des manipulations de désencombrement bronchique, le kinésithérapeute peut donc agir en participant à l'évaluation de l'évolution de l'état de santé du bébé, et en contribuant à la désobstruction des voies aériennes supérieures du bébé avec du sérum physiologique.

L'acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) est toujours inscrit à la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes.