

**PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE EN MEDECINE  
GENERALE : QUELLES DIFFERENCES ENTRE LES  
RECOMMANDATIONS ET LA PRATIQUE ET POURQUOI CES  
DIFFERENCES EXISTENT-ELLES ?**

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes de  
l'arrondissement de Neufchâteau

**DR ANAËLLE JAVAY**

---

**Travail de fin d'études en vue de l'obtention d'un  
Master complémentaire en médecine générale**

Année académique 2019-2020

Promoteur : Dr France Gueibe

## REMERCIEMENTS

*Ce travail de fin d'études n'aurait pu voir le jour sans l'intervention de plusieurs personnes que j'ai à cœur de remercier.*

*Merci à France, ma promotrice, pour ses conseils objectifs, ses encouragements et son soutien dans tous les domaines. Tu m'as permis d'y croire jusqu'au bout et de ne pas baisser les bras.*

*Merci aux six médecins généralistes qui ont accepté de m'accorder du temps et de se confier pour participer à cette étude.*

*Merci à Carol, Gene et Arlette, mes maitres de stage, qui m'ont accompagnée lors de mes premiers pas en tant que médecin et m'ont partagé leur expérience.*

*Merci à mes collègues de la maison médicale pour leurs encouragements et leur compréhension.*

*Merci à mes parents pour leur soutien sans faille durant la réalisation de ce travail mais aussi et surtout au quotidien. Je n'en serais pas là sans vous.*

*Merci à ma sœur d'être mon rayon de soleil et ma confidente.*

*Merci à John pour sa présence, son réconfort et sa gentillesse durant cette période de travail intense, de stress et de confinement.*

*Et enfin, merci à ceux qui sont là sans être là et qui veillent toujours sur moi.*

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>5</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>II. METHODOLOGIE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1. Revue de la littérature</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. Choix de la méthode</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3. Entretiens semi-dirigés</b> .....	<b>9</b>
a) Recrutement et échantillonnage.....	9
b) Guide d'entretien.....	9
c) Déroulement des entretiens.....	10
<b>2.4. Analyse des données</b> .....	<b>10</b>
<b>2.5. Réflexivité sur le travail</b> .....	<b>11</b>
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1. Description de l'échantillon</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2. Bronchiolite or not bronchiolite ?</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3. Un diagnostic clinique et des examens complémentaires non systématiques</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4. Une prise en charge simple mais compliquée</b> .....	<b>14</b>
a) Des recommandations spontanément évoquées.....	15
b) Des parents informés et des conseils avisés.....	15
c) Des aérosols largement utilisés.....	16
d) Des kinés aux multiples fonctionnalités.....	17
e) Un suivi non programmé.....	18
<b>3.5. Je réfère ou je gère ?</b> .....	<b>19</b>
<b>3.6. Les parents, acteurs et influenceurs</b> .....	<b>20</b>
<b>3.7. Vision et application des recommandations</b> .....	<b>21</b>
a) Utilité.....	21
b) Mise à jour.....	21
c) Evolution et influence.....	22
<b>3.8. Ressenti et confidences</b> .....	<b>23</b>
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1. Quelles différences entre les recommandations et la pratique ?</b> .....	<b>24</b>
a) Diagnostic.....	24
b) Traitements.....	25
c) Kinésithérapie respiratoire.....	27
d) Critères d'hospitalisation.....	28
e) Remarques supplémentaires.....	29
<b>4.2. Pourquoi ces différences existent-elles ?</b> .....	<b>30</b>
a) Des difficultés liées aux guidelines.....	30
b) Des facteurs personnels.....	32
c) Des influences extérieures.....	33
<b>4.3. Biais et limites de l'étude</b> .....	<b>34</b>
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>36</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>37</b>
<b>VII. ANNEXES</b> .....	<b>40</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AFE	Augmentation du flux expiratoire
AAP	American Academy of Pediatrics
EBM	Evidence-Based Medicine
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin généraliste
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RSV	Respiratory syncytial virus (virus respiratoire syncytial)
TFE	Travail de fin d'études

## **RESUME**

### **Introduction**

La bronchiolite est une pathologie fréquente dont la prise en charge reste controversée. A l'heure actuelle, aucun traitement n'a démontré d'efficacité et seuls la surveillance et les soins de confort sont recommandés. Les médecins généralistes proposent pourtant régulièrement de multiples traitements, médicamenteux ou non. Ce travail a pour objectif de mettre en évidence les différences entre les guidelines et la pratique ainsi que les raisons qui peuvent les expliquer.

### **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude qualitative menée via la réalisation d'entretiens semi-dirigés de six médecins généralistes de l'arrondissement de Neufchâteau. L'analyse par théorisation ancrée a été choisie. Une revue de la littérature a été effectuée afin de confronter les données relevées aux recommandations.

### **Résultats**

Le diagnostic clinique de la bronchiolite n'est pas toujours aisé et peut se confondre avec l'asthme. Les aérosols et la kinésithérapie respiratoire sont largement prescrits. Le suivi est non systématique. Les parents représentent de véritables acteurs de la prise en charge et peuvent fortement l'influencer. Rester à jour et compliant aux guidelines est compliqué et le profil, l'entourage et l'expérience du médecin constituent des facteurs de discordance.

### **Conclusion**

Il existe encore de nombreuses différences entre les guidelines et la pratique des médecins généralistes. L'effet thérapeutique des traitements proposés et la difficulté du diagnostic différentiel les expliquent en partie mais le vécu, les croyances, les influences et les difficultés de chacun peuvent également orienter vers des choix thérapeutiques non recommandés. La poursuite des études semble indispensable pour éclairer les zones d'incertitude.

### **Mots-clés**

Bronchiolitis, guidelines, management, treatment, general practice, compliance

## I. INTRODUCTION

La bronchiolite représente un réel problème de santé publique. On estime en effet qu'environ un tiers des enfants développent une bronchiolite au cours de leur première année de vie (1). Avec un taux d'hospitalisation allant de 1 à 3%, elle se place en tête des causes d'hospitalisation chez les moins d'un an (2).

L'expression phénotypique de cette infection virale des voies respiratoires est extrêmement variable, tout comme son niveau de gravité. Une multitude de signes et symptômes peuvent donc être observés. La séquence classique consiste en l'apparition d'une phase prodromique de quelques jours (fièvre, rhinorrhée, encombrement nasal) suivie de symptômes respiratoires : tachypnée, toux, respiration sifflante, signes de détresse respiratoire. A l'auscultation, sibilants et crépitants peuvent être retrouvés. (1,2,3,4)

Si ses manifestations cliniques peuvent être impressionnantes, la bronchiolite reste une pathologie spontanément résolutive qui peut être gérée en ambulatoire dans la majorité des cas.

De nombreuses propositions thérapeutiques ont été émises mais les résultats des études restent contradictoires et insuffisants. A l'heure actuelle, aucun traitement n'a pu démontrer une efficacité significative (4,5,6).

Les guidelines les plus récents recommandent un diagnostic clinique et anamnestique et une prise en charge essentiellement supportive basée sur la surveillance, l'hydratation, les soins de nez et l'oxygénothérapie (4,6). Plusieurs études ont cependant mis en évidence une disparité importante entre les recommandations et la pratique, avec une sur-utilisation d'outils diagnostiques et thérapeutiques (5,7).

J'ai pu faire ce même constat sur le terrain, lors de mes stages et de mon assistantat. Chaque médecin avec lequel j'ai eu l'occasion de travailler m'a semblé avoir sa propre approche thérapeutique et celle-ci ne correspondait souvent pas aux recommandations lues et enseignées lors de mon cursus.

Après avoir discuté de cette disparité avec ma maitre de stage en pleine période épidémique, j'ai alors pensé qu'il pourrait être intéressant et pertinent de me pencher sur ce sujet.

Ce TFE (travail de fin d'étude) aura donc pour objectif de mettre en lumière les différences qui existent entre les recommandations et la pratique en médecine générale mais aussi de tenter d'en comprendre les raisons.

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Revue de la littérature**

Après avoir défini ma question de recherche et les objectifs de mon travail, j'ai effectué une revue de la littérature afin de déterminer les bases scientifiques auxquelles confronter les données relevées lors des entretiens à venir.

Pour ce faire, je me suis servie du moteur de recherche Pubmed, en utilisant et associant les mots-clés suivants : « bronchiolitis », « guidelines », « treatment », « management », « general practice », « compliance ».

Seuls les articles rédigés en anglais et en français ont été sélectionnés.

Je me suis, dans un premier temps, concentrée sur la recherche de guidelines et recommandations de bonne pratique. J'ai ensuite affiné ces recherches en me servant notamment des références des différents articles sélectionnés jusque là.

Au cours de cette revue de littérature, j'ai été marquée par la difficulté de trouver des articles pertinents et en adéquation avec mon sujet qui concernent directement la médecine générale et non la pratique hospitalière. J'ai donc été contrainte de sélectionner quelques sources qui s'intéressent davantage aux pédiatres ou aux urgentistes qu'aux médecins généralistes.

Après la réalisation de mes entretiens, j'ai entrepris de nouvelles recherches de littérature afin d'approfondir certains sujets évoqués lors de ceux-ci et d'agrémenter ma discussion de données scientifiques plus spécifiques.

### **2.2. Choix de la méthode**

Le but de ce travail étant de tenter de comprendre les raisons pour lesquelles il existe tant de variabilité entre la théorie et la pratique et tant de diversité de prise en charge concernant la bronchiolite en médecine générale, j'ai choisi de réaliser une analyse qualitative qui permet une approche holistique et l'intégration de données subjectives.

Souhaitant recueillir l'avis, l'expérience et le ressenti des médecins tout en préservant un certain cadre et le choix des thèmes abordés, j'ai décidé de mener cette étude via la réalisation d'entretiens semi-directifs. L'utilisation de questions ouvertes permet ainsi à la personne interrogée de s'exprimer librement et de transmettre un maximum d'informations tout en étant « dirigée » par l'interviewer grâce à l'élaboration préalable d'un guide d'entretien.

## **2.3. Entretiens semi-dirigés**

### **a) Recrutement et échantillonnage**

Pour le recrutement des différents médecins généralistes interrogés, j'ai tout d'abord fait appel à mon propre réseau de connaissances afin d'établir une première liste temporaire. J'ai ensuite profité de l'avis, des conseils et des contacts de mon promoteur afin d'améliorer celle-ci, dans le but d'obtenir un échantillon relativement varié en terme d'âge, de sexe, d'expérience et de type de pratique.

J'ai fait le choix de sélectionner des médecins exerçant dans une même zone géographique par souci organisationnel.

L'ensemble des participants a été recruté par téléphone. Si le thème global qu'est la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale était annoncé, la question précise, elle, ne l'était pas, afin d'éviter toute potentielle influence.

Un descriptif de l'échantillon se trouve dans la section « Résultats ».

### **b) Guide d'entretien**

Pour l'élaboration de mon guide d'entretien, j'ai suivi les instructions reprises dans le chapitre du livre « Réaliser une étude de marché avec succès » dédié aux études qualitatives, lecture proposée sur le site [www.mytfe.be](http://www.mytfe.be) (8).

Comme proposé dans cet ouvrage, j'ai tout d'abord listé l'ensemble des questions que je souhaitais poser avant de rassembler celles-ci en cinq thèmes distincts.

Les questions se veulent aussi larges et ouvertes que possible, afin de laisser l'intervenant s'exprimer de façon relativement exhaustive.

Si ce guide constitue le fil rouge de mes interviews, chaque entretien reste cependant unique et peut nécessiter l'ajout de questions supplémentaires ou de demandes de précisions non reprises dans le questionnaire initial.

Ce guide est repris en Annexe 1.

### c) Déroulement des entretiens

Les interviews se sont déroulées sur une période de trois mois.

Quatre entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin généraliste interrogé. En raison des circonstances particulières liées à la pandémie du Coronavirus, limitant le temps pouvant m'être accordé et les déplacements, les deux autres médecins ont été interrogés par vidéoconférence, via Skype et Facetime.

Avant chaque interview, je me suis assurée d'avoir l'accord des personnes entendues pour l'enregistrement audio et la retranscription intégrale de leurs mots. J'ai également rappelé le thème global de mon TFE en leur signalant qu'ils en apprendraient davantage en cours d'entretien, ainsi que le caractère confidentiel de leurs réponses.

Les interviews ont duré entre 12 et 25 minutes. Leur retranscription complète peut être consultée en Annexe 3.

Les médecins interrogés ont été informés de la possibilité de recevoir la retranscription de leur entretien ainsi qu'une copie de ce travail s'ils le souhaitaient.

## **2.4. Analyse des données**

J'ai choisi comme technique d'analyse la méthode par théorisation ancrée, méthode inductive qui consiste à dégager et organiser les idées intéressantes issues de ma récolte de données afin de tenter de répondre à ma question de départ (8).

Les données à analyser sont constituées par la retranscription mot à mot des six entretiens, préalablement enregistrés par un dictaphone.

## **2.5. Réflexivité sur le travail**

Etant moi-même médecin et confrontée régulièrement à cette pathologie, il est évident que je possède mon propre avis et ma propre expérience concernant la prise en charge de la bronchiolite, cela d'autant plus après mon questionnement et ma recherche de littérature. Je suis donc consciente qu'il existe une part de subjectivité pouvant influencer d'une part les participants lors des entretiens et d'autre part l'analyse et l'interprétation des données. J'ai cependant veillé à ce que ce travail en soit le moins impacté possible.

### III. RESULTATS

#### 3.1. Description de l'échantillon

Six médecins généralistes de l'arrondissement de Neufchâteau, avec une répartition hommes/femmes équitable, ont été interrogés : une femme et un homme avec moins de cinq ans de pratique et deux femmes et deux hommes avec plus de cinq ans de pratique. Deux d'entre eux travaillent en région semi-rurale, les quatre autres en région rurale. Trois des médecins interviewés exercent actuellement en maison médicale, un au sein d'un groupe multidisciplinaire, un autre fait partie d'un groupe mono-disciplinaire et le dernier pratique en « solo ».

Un tableau récapitulatif de l'échantillonnage se trouve en Annexe 2.

#### 3.2. Bronchiolite or not bronchiolite ?

Définir un cas typique de bronchiolite n'a pas été chose aisée pour les médecins interrogés et les définitions qui émergent des entretiens sont relativement disparates.

- « *Il n'y a pas beaucoup de médecins qui savent se mettre d'accord sur (...) ce que c'est que LA bronchiolite typique.* » - MG 2

L'âge de survenue est évoqué par cinq d'entre eux mais diffère d'un MG (médecin généraliste) à l'autre.

- « *Classiquement, la bronchiolite pour moi c'est de 0 mois à 2 ans, peut-être même que c'est avant 18 mois, je ne saurais pas te dire avec précision.* » - MG 6
- « *C'est souvent avant un an* » - MG 4

Les symptômes cités sont nombreux et varient, eux aussi, en fonction de l'interviewé.

La fièvre et la toux sont évoquées à l'unanimité. Trois médecins insistent sur la présence de symptômes ORL (rhinorrhée, encombrement nasal...). Les signes de difficultés respiratoires tels qu'un tirage inter- ou sous-costal, un battement des ailes du nez, du wheezing ou un balancement thoraco-abdominal sont mis en évidence par quatre participants. Le MG 6 ajoute également la possibilité d'une diminution de la prise

alimentaire. L'inconstance des manifestations cliniques et la variabilité de présentation sont donc mises en évidence.

- « *Détresse respi oui ou non, pas nécessairement. Toux grasse ou sèche. Fièvre oui ou non.* » - MG 5

Le diagnostic différentiel est aussi perçu comme un exercice difficile par les MG 2, 4, 5 et 6, notamment avec l'asthme, l'allergie et la bronchite. Ils expriment leur difficulté à poser avec certitude un diagnostic de bronchiolite.

- « *On n'est jamais sûr d'un diagnostic de bronchiolite à 100%* » - MG 6

Ce doute diagnostique peut d'ailleurs influencer le choix du traitement proposé, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des aérosols.

- « *S'il y a quelque chose dans la famille ou dans l'histoire de l'enfant qui me fait penser qu'il peut y avoir un petit terrain allergique, je vais avoir tendance à mettre quand même du Ventolin, même si ce n'est pas conseillé.* » - MG 6

### **3.3. Un diagnostic clinique et des examens complémentaires non systématiques**

Les participants sont unanimes, le diagnostic de la bronchiolite se base sur l'examen clinique de l'enfant et l'hétéro-anamnèse parentale. En plus des symptômes et de l'âge de survenue évoqués ci-dessus, le MG 1 ajoute la période de l'année comme critère diagnostique, sans en préciser davantage.

La description des bruits respiratoires auscultés varie d'un entretien à l'autre. L'ensemble des participants évoque la présence de sibilances, deux parlent de ronchi et deux autres de crépitants.

- « *Vraiment l'auscultation typique avec les ronchi bien diffus (...) Parfois, (...) j'ai un bronchospasme donc avec des petites sibilances qui se surajoutent.* » - MG 2
- « *De tout fins petits crépitants diffus* » - MG 6

La possibilité d'une auscultation pulmonaire normale est également évoquée par le MG 3.

De manière générale, les médecins interrogés considèrent les examens complémentaires inutiles dans la majorité des cas de bronchiolite. Ils nuancent cependant leur réponse en précisant qu'un examen radiologique ou une biologie sont parfois envisagés en cas de suspicion de foyer bactérien, d'inhalation de corps étranger ou lors de cas particuliers avec des signes de gravité plus importants.

- « *Plus pour du diagnostic différentiel alors. Pour être sûre que c'est pas un corps étranger, éventuellement une radio. Ou oui, pour être sûre qu'on n'est pas sur un phénomène infectieux bactérien. (...) Et pareil pour la bio.* » - MG 6
- « *Inutiles. A moins qu'il y ait d'autres signes alarmants, peut-être une pneumonie sous-jacente, bon là oui. Ou prise de sang s'il est vraiment méga moche.* » - MG 5

Si certains n'évoquent pas la détection du RSV (Respiratory Syncytial Virus), ceux qui en parlent ont des avis divergents.

Les MG 5 et 6 n'y voient qu'un intérêt hospitalier. Le MG 3 réalise un frottis uniquement chez les nourrissons les plus jeunes pour mieux anticiper une éventuelle dégradation et le MG 1 le réserve aux cas graves.

- « *Si j'ai vraiment un tout petit loup, un frottis RSV pour moi peut être quand même intéressant, parce qu'on sait que ça peut quand même plus vite décompenser si c'est lié effectivement à un RSV.* » - MG 3

La possibilité qu'un autre virus que le RSV soit responsable d'une bronchiolite est également mentionnée par le MG 6.

### **3.4. Une prise en charge simple mais compliquée**

Lors des entretiens, aucun généraliste n'a décrit de prise en charge typique et figée. Tous ont confié agir principalement « au cas par cas ».

- « *Je dirais que c'est un peu en fonction, de nouveau, de l'état clinique, toujours très clinique et patient-dépendant.* » - MG 3

### a) Des recommandations spontanément évoquées

Lorsque le traitement de la bronchiolite est abordé, la majorité des participants évoque spontanément les guidelines et surtout, le peu de thérapeutiques (médicamenteuses ou non) recommandées.

- « *Parce qu'en soi, les recommandations officielles c'est de ne pas faire grand chose hein (...) il n'y a rien à faire en soi à part attendre que ça passe* » - MG 3
- « *Finalement les guidelines c'est ne rien faire* » - MG 4

### b) Des parents informés et des conseils avisés

La transmission d'informations claires aux parents est perçue par l'ensemble des médecins comme un réel outil thérapeutique qui permet aux proches de mieux comprendre la prise en charge, axée principalement sur la surveillance et les soins de confort.

- « *J'explique l'importance du nursing, du fait que c'est un virus, qu'on ne sait pas le soigner, que c'est le corps qui va s'en débarrasser tout seul et que donc l'important c'est surtout qu'il ne se déshydrate pas et c'est de surveiller les besoins en oxygène.* » - MG 6

De nombreux conseils et mesures non médicamenteuses sont également proposés par les participants. Les MG 3 et 4 citent la surveillance d'une bonne hydratation. L'éviction du tabac et le maintien d'une température adéquate dans la chambre sont cités par les MG 2 et 4. Les MG 5 et 6 conseillent un bon positionnement de l'enfant, respectivement à 45 degrés et à plat. Enfin, le MG 6 recommande le fractionnement de l'alimentation et le MG 2 rappelle l'effet protecteur de l'allaitement maternel.

- « *De bien hydrater, ça c'est important. (...) Ne pas surchauffer la pièce. (...) Si c'est des parents fumeurs, il ne faut pas fumer tout près.* » - MG 4
- « *Dégager le nez, tous les conseils de prévention mort subite donc mettre l'enfant sur le dos. Faire des soins de nez vraiment réguliers* » - MG 6

### c) Des aérosols largement utilisés

L'entièreté des médecins interviewés utilise des aérosols pour prendre en charge la bronchiolite, mais de façon non systématique. Le choix du traitement employé ainsi que les raisons de leur utilisation sont variables.

La nébulisation de sérum physiologique est utilisée dans un but d'humidification par les MG 3 et 5 et pour diminuer les quintes de toux par le MG 6. Les MG 1, 2, 3 et 6 confient également les employer pour rassurer les parents et leur donner le sentiment de « faire quelque chose ».

- *« L'aérosol seul avec un peu de sérum physiologique j'ai l'impression que parfois, dans certaines quintes de toux, ça peut un peu soulager et puis ça donne parfois aux parents la sensation de faire quelque chose pour leur enfant. » - MG 6*

Le MG 6 a temporairement proposé des aérosols de sérum hypertonique à 3%, avant de faire marche arrière en lisant des guidelines qui ne le recommandaient pas.

Les bronchodilatateurs sont, eux aussi, fréquemment prescrits par l'intégralité des médecins interrogés. Les six généralistes ont confié utiliser des beta2-mimétiques (Ventolin) plus ou moins fréquemment. Ils le justifient par la présence de sibilances. Les anticholinergiques (Atrovent) sont également considérés comme efficaces pour diminuer la toux par deux des médecins interviewés.

- *« Si j'entends que ça siffle, je vais y aller plus volontiers avec le Ventolin, si il y a une toux plus invalidante, je rajouterai plus volontiers un peu d'Atrovent. » - MG 1*

Deux participants évoquent l'âge de l'enfant comme élément décisionnel.

- *« En dessous de 6 mois, je vais plutôt à l'Atrovent. Au-dessus de 6 mois, je passe au Ventolin. » - MG 3*
- *« On sait que les anti-muscariniques, à priori, il n'y a pas de récepteurs à cet âge-là. » - MG 6*

Le MG 5 se justifie par la physiopathologie. Mais il ajoute tout de même que le bronchospasme n'est sans doute pas le seul responsable des bruits respiratoires auscultés.

- *« Je le fais parce que ça siffle et en toute logique, physiologiquement parlant, ben si ça siffle c'est que c'est fermé... Après, ça peut aussi se fermer par des sécrétions évidemment... Mais si c'est fermé, tu mets un bronchodilatateur. » - MG 5*

Enfin, un diagnostic différentiel douteux avec l'asthme ou la bronchite asthmatiforme représente également une raison d'utiliser des bronchodilatateurs pour les MG 2 et 6, comme expliqué précédemment.

Les corticostéroïdes inhalés sont mentionnés par quatre des médecins interrogés. Ceux-là les utilisent de façon plus exceptionnelle et généralement, en seconde intention. Ils expliquent difficilement les raisons qui les motivent à en prescrire.

- *« Si je vois pour la deuxième fois pour la même maladie, souvent je rajoute un corticoïde » - MG 4*
- *« Je vais mettre au feeling (...) Ou si ça fait longtemps. Si on a essayé l'Atrovent pendant 5 jours et que ça ne va pas mieux mais que ça ne s'aggrave pas, ok, on peut essayer peut-être un petit cortisoné. » - MG 5*

S'ils prescrivent tous des aérosols en cas de bronchiolite et le justifient par plusieurs raisons, les médecins entendus remettent toutefois leur efficacité en question et envisagent la possibilité qu'ils soient parfois utilisés pour rassurer le parent et le soignant lui-même.

- *« Les aérosols, je reste dans le doute. J'ai parfois l'impression que c'est plus un moyen de faire patienter les parents. (...) Sans doute que sans les aérosols, ça aurait été tout aussi bien. Maintenant, personnellement, ça me rassure quand même aussi quand il y a quand même une composante spastique bien marquée. » - MG 3*

#### d) Des kinés aux multiples fonctionnalités

Les participants proposent tous de la kinésithérapie respiratoire dans le traitement de la bronchiolite, mais à nouveau, de façon non systématique et au cas par cas.

Soulager l'enfant en cas d'encombrement des voies aériennes par des sécrétions abondantes en est la raison principale pour chacun d'entre eux. Mais les MG 1 et 6 prêtent également aux kinés un rôle de surveillance et de réassurance.

- *« C'est vraiment plus s'il y a un encombrement ou si quelque part j'ai besoin d'avoir un suivi un peu plus régulier et que l'enfant soit bien entouré tout en restant conservateur » - MG 1*

Le MG 3 l'envisage aussi pour réaliser des soins de nez plus efficaces que ceux effectués par les parents.

Le choix du kiné en fonction de son expérience et des techniques utilisées est rappelé par le MG 2.

Les avis divergent cependant quant aux potentiels effets délétères de ce traitement.

- *« Je me souviens avoir lu une recommandation par rapport à ça, que ça pouvait même parfois être contre-productif. Donc moi je l'utilise relativement peu. » - MG 1*
- *« Ça ne peut pas faire de mal en tous cas. » - MG 5*

#### e) Un suivi non programmé

En ce qui concerne le suivi de l'enfant après un diagnostic de bronchiolite, deux tendances ont été observées.

L'un des participants propose presque systématiquement de revoir l'enfant.

- *« Souvent, je demande à revoir après 5 jours. » - MG 4*

Pour les autres, en dehors des cas plus graves, aucune consultation de suivi n'est proposée d'emblée et c'est l'évolution clinique qui est déterminante. Ils expliquent aux parents les signes inquiétants qui justifieraient de reprendre contact et leur confient la surveillance de l'enfant.

Le MG 6 s'interroge toutefois sur l'efficacité de sa façon de faire.

- *« Je me suis déjà dit que ce serait peut-être bien que je revoie les enfants systématiquement à J+1 ou J+2, mais c'est vrai que je ne le fais pas. » - MG 6*

### 3.5. Je réfère ou je gère ?

Parmi les critères de gravité qui poussent les médecins à référer l'enfant, cinq des six interviewés citent la présence de signes importants de détresse respiratoire.

- « *Tout signe de détresse respiratoire donc balancement thoraco-abdominal, tout signe de tirage, battement des ailes du nez* » - MG 6

Les MG 2, 4 et 6 ajoutent également la déshydratation clinique et les MG 3 et 6, la présence d'une fièvre persistante.

Trois médecins disent référer en cas de désaturation ou de cyanose. Seuls deux d'entre eux ont exprimé un seuil chiffré : 92% pour le MG 2, 93% pour le MG 6.

L'utilisation d'un saturomètre pédiatrique est variable et discutée.

- « *Ce n'est pas évident d'avoir un bon saturomètre pédiatrique. On en a un ici mais concrètement, il ne fonctionne pas.* » - MG 3
- « *Les saturomètres enfant ça je m'étais déjà dit qu'il fallait que j'achète parce que j'ai parfois du mal chez les tout-petits à avoir une saturation correcte.* » - MG 6

Seul le MG 2 évoque une prise complète des paramètres en cas d'état inquiétant et une hospitalisation en cas de tachycardie ou tachypnée.

Les médecins interrogés ont également largement insisté sur le contexte socio-familial et la capacité de surveillance de l'entourage, qu'ils considèrent tous comme des critères d'hospitalisation à part entière.

- « *Ca m'est déjà arrivé d'hospitaliser une petite parce que je me suis dit que son entourage n'était pas à même de gérer ça correctement. Elle ne m'inquiétait pas en elle-même mais je savais qu'on ne pouvait pas compter sur les proches* » - MG 6

Le rapport avec la seconde ligne peut aussi influencer la décision d'hospitaliser l'enfant, comme l'ont évoqué ces deux médecins :

- « *On a parfois peur de référer ou de prendre un avis, parce qu'on n'est pas toujours bien pris, bien reçu* » - MG 3
- « *J'ai vu qu'ils faisaient en clinique ce que je fais ici donc...* » - MG 4

### 3.6. Les parents, acteurs et influenceurs

Dans cette pathologie, les parents font partie intégrante de la relation thérapeutique et de la prise en charge et tous les participants l'ont souvent répété.

- *« Pour moi, c'est eux qui gèrent toute la prise en charge puisqu'on sait que c'est essentiellement des conseils généraux. C'est eux qui vont veiller à ces signes de dégradation, c'est eux qui vont apporter les soins de base nécessaires » - MG 6*

D'après eux, ils peuvent alors être soit un atout majeur, soit une source d'inquiétude supplémentaire.

- *« Le fait d'avoir des parents qui sont attentifs aux signaux d'alerte est plus rassurant. Une famille moins alerte qui s'inquiète très très peu, beh déjà j'aurais pas spécialement confiance en l'anamnèse » - MG 3*
- *« La personne qui est la plus proche de l'enfant va avoir un impact positif sur la prise en charge parce qu'on sait vraiment interagir avec elle, lui donner des conseils et on reçoit beaucoup d'informations de sa part » - MG 2*

Ces responsabilités qui leur sont confiées mettent le MG 3 mal à l'aise.

- *« On met beaucoup sur le dos des parents en leur expliquant les signes d'alerte mais en n'étant pas toujours sûr qu'ils feront ce qu'il faut. (...) C'est une situation que je trouve stressante » - MG 3*

Quatre participants rappellent qu'il est souvent difficile pour les parents d'accepter qu'aucun traitement ne soit prescrit et que leur anxiété puisse pousser les médecins à céder aux compromis.

- *« Le traitement « minimaliste » ne plaît pas toujours aux parents (...) On essaie, dans la négociation, de trouver quelque chose qui ne va pas être nuisible pour l'enfant mais qui ne va pas non plus laisser le parent en ayant l'impression de ne rien faire » - MG 6*
- *« Pour les rassurer, on a tendance à mettre un aérosol » - MG 3*

### 3.7. Vision et application des recommandations

#### a) Utilité

Pour les MG 1, 3 et 6, les guidelines représentent une proposition thérapeutique utile mais tous les participants estiment qu'ils nécessitent des adaptations au cas par cas.

- « *Les guidelines me servent de ligne de conduite, même si on fait souvent des exceptions en fonction des cas particuliers de nos patients.* » - MG 6

Les MG 1 et 3 apprécient pouvoir utiliser les recommandations pour justifier leur prise en charge auprès des parents.

- « *C'est rassurant et aidant par rapport aux familles (...) d'une certaine manière, ça déculpabilise (...) ça permet de rationaliser les soins.* » - MG 3

#### b) Mise à jour

Tenter de rester à jour est une volonté des participants mais tous en ont exprimé la difficulté. Ils ne se sentent, globalement, ni à jour ni compliants.

- « *J'essaie de me tenir à jour (...) mais je pense que je n'ai pas encore bien trouvé comment par rapport à toutes ces recommandations.* » - MG 6
- « *J'essaie un maximum mais on n'a pas toujours le temps.* » - MG 5
- « *Le problème de ces recommandations, c'est les mises à jour, c'est qu'elles changent (...) c'est un peu frustrant.* » - MG 6

Le MG 5 avoue d'ailleurs ne pas connaître les guidelines qui concernent la bronchiolite tandis que tous les autres disent en connaître au moins les grandes lignes.

La quantité de sources d'informations rend aussi cette tâche difficile selon le MG 6.

Les moyens employés pour rester informé varient selon les médecins interrogés.

- « *J'apprécie pouvoir aller moi-même lire un peu via Prescrire, via le CBIP, (...) via le logiciel* » - MG 6
- « *Je lis tout ce qui paraît dans ce qui est hebdomadaire etc, ça je lis tout.* » - MG 4

- *« Avec les séances de formation, les journées complètes de la SSMG, ça je suis presque un abonné. » - MG 4*

D'après les MG 5 et 6, les spécialistes qui les entourent, eux non plus, ne sont pas toujours compliants aux recommandations et sont pourtant souvent considérés comme des références qui influencent leur prise en charge.

- *« Ce qu'un pédiatre fait, je me disais en toute logique que ça devait être les guidelines » - MG 5*

### c) Evolution et influence

L'idée que notre compliance aux guidelines puisse varier au cours du temps a été émise. Pour les MG 2 et 4, les jeunes médecins seraient plus compliants et comme le MG 6 le précise également, les habitudes ont parfois la vie dure.

- *« Un jour, c'est nous qui serons moins compliants (...) parce que ce n'est pas toujours simple de laisser tomber les anciennes habitudes. » - MG 2*

L'expérience personnelle a aussi été citée comme élément influençant par ce médecin :

- *« C'est des choses qui viennent avec la pratique et qui sont sans doute un peu biaisées par la pratique parce que c'est sans doute pas vrai au niveau statistique mais (...) le fait d'avoir connu un petit cas particulier fait que parfois, on va avoir tendance à modifier les guidelines. » - MG 6*

Trois médecins ont évoqué la possibilité d'être influencé par des collègues ou confrères.

- *« Il y a quand même eu pas mal de changements entre le temps où j'étais assistante et maintenant. A force de discuter avec d'autres médecins, je me suis rendue compte que je ne suivais pas les guidelines » - MG 2*
- *« Parfois, je me retrouve à prendre en charge des patients de mes collègues (...) ça va changer la gestion des choses en fonction de ce que je peux lire dans le dossier et de ce que fait le collègue. » - MG 3*

### 3.8. Ressenti et confidences

Le ressenti des interviewés par rapport à la bronchiolite est très variable.

Les MG 1, 2, 4 et 5 se sentent à l'aise et efficaces, en particulier grâce à la fréquence de cette pathologie et à son issue souvent favorable.

- « *C'est ultra fréquent donc oui, je me sens plutôt à l'aise* » - MG 5

Le MG 2 affirme être d'autant plus rassuré par la proximité d'un établissement hospitalier.

Les MG 3 et 6 sont moins confiants, en raison de l'évolution incertaine et potentiellement péjorative qui s'oppose pourtant à une prise en charge minime.

- « *Cette difficulté de dire « (...) ça va passer mais il faut quand même surveiller parce que ça peut quand même être grave ». On sait que ça peut être mortel mais on doit rassurer les parents.* » - MG 6

Un sentiment d'impuissance et de frustration est confirmé par l'un des médecins et a été plus indirectement perçu chez d'autres.

- « *Il y a quelque chose d'un peu frustrant dans ce côté impuissant, de ne pas avoir le truc magique qui fait que l'enfant est mieux en sortant de notre cabinet.* » - MG 6
- « *On essaie tous de se débrouiller comme on peut* » - MG 1

Les généralistes interrogés ont du mal à se situer par rapport à leurs confrères et à déterminer si la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale est homogène ou non. Le MG 1 a évoqué de possibles différences en fonction de la région où le médecin pratique, les MG 2 et 5 en fonction de l'âge. Pour les trois autres, il existerait relativement peu de disparités.

- « *Parfois quand on entend certains confrères de Bruxelles, il y a plus vite des références en milieu hospitalier* » - MG 1
- « *Les plus jeunes médecins généralistes on est plus sensibilisés par rapport au problème de résistance aux antibiotiques et on a une façon de voir les choses parfois un petit peu différente* » - MG 2

## IV. DISCUSSION

Si la grande majorité des médecins interrogés connaissent les recommandations qui concernent la bronchiolite au moins dans leurs grandes lignes, ils ne les suivent pourtant pas rigoureusement. Une étude française réalisée 12 ans après la parution des recommandations de l'HAS de 2000 rapporte que seuls 52,5% des généralistes proposent une prise en charge concordante aux guidelines (7). Connaître les recommandations en vigueur ne signifie donc pas y être compliant (5).

### 4.1. Quelles différences entre les recommandations et la pratique ?

Pour effectuer la comparaison entre les guidelines et la pratique en médecine générale, j'ai choisi de me baser sur les recommandations américaines, anglaises et françaises. Les recommandations américaines de l'AAP (American Academy of Pediatrics) (3) et les recommandations anglaises du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (1) sont les plus citées et ont été mises à jour respectivement en 2014 et 2015. Elles sont toutes deux considérées comme étant de haute qualité (9). Les recommandations françaises de l'HAS (4) ont retenu mon attention grâce à leur langue de rédaction et leur mise à jour particulièrement récente (en 2019).

#### a) Diagnostic

Les médecins généralistes le confirment : le diagnostic de la bronchiolite doit se baser sur l'histoire et l'examen cliniques de l'enfant. Mais l'exercice n'en reste pas moins compliqué. Si la bronchiolite est souvent définie comme un premier épisode de dyspnée sifflante précédé de prodromes ORL avant l'âge de 12 mois (2,4), la littérature offre tout de même, elle aussi, des définitions légèrement nuancées, tant au niveau de l'âge de survenue que des manifestations cliniques. Cela s'explique par l'importante hétérogénéité de présentation de cette pathologie syndromique (10).

A cela vient s'ajouter la difficulté du diagnostic différentiel, comme l'ont précisé les participants. En effet, la distinction clinique entre la bronchiolite et l'asthme est parfois

pratiquement impossible. Or, si les corticostéroïdes et les bronchodilatateurs sont recommandés dans l'asthme, ils ne le sont pas dans la pathologie qui nous intéresse. Cette confusion peut donc mener à des prescriptions inadéquates (10). Les recommandations françaises et anglaises rappellent toutefois que face à une dyspnée sifflante à caractère récurrent ou chez un enfant âgé de plus de 12 mois, il est préférable d'envisager un diagnostic d'asthme du nourrisson (1,4). Cette nuance n'a pas été abordée par les médecins interrogés. Les antécédents personnels ou familiaux d'atopie orientent, eux aussi, dans ce sens (1,4), comme le précisait le MG 6.

Les généralistes, tout comme la littérature, ne recommandent la réalisation d'une biologie ou d'une radiographie que dans les formes graves ou en cas de diagnostic différentiel douteux (1,3,4). Les enfants atteints de bronchiolite peuvent, en effet, présenter des zones d'hyperinflation et d'atélectasie pouvant être confondues avec une condensation et aboutir à une prescription erronée d'antibiotiques (2). L'imagerie doit donc rester exceptionnelle.

Si la majorité n'a pas abordé ce sujet, un des interviewés a confié réaliser des frottis à la recherche du RSV chez les nourrissons les plus jeunes pour anticiper une éventuelle dégradation. Les bronchiolites causées par ce virus sont, en effet, associées à une clinique plus sévère (10) mais les guidelines ne recommandent toutefois les examens virologiques qu'en milieu hospitalier (1,3,4).

## b) Traitements

La bronchiolite est une pathologie spontanément résolutive et aucun traitement n'a pour l'instant fait ses preuves. A l'heure actuelle, en dehors de l'oxygénothérapie et du support nutritionnel qui sont réservés au milieu hospitalier et ne nous intéressent pas ici, seuls la désobstruction des voies aériennes supérieures, le fractionnement de l'alimentation et le positionnement en décubitus complet sont recommandés par les guidelines les plus récents (1,3,4). L'importance de ces trois actions est bien évoquée par les médecins interrogés. Notons tout de même que l'un d'entre eux recommande la position proclive bien qu'aucune étude ne le conseille. Ce sont donc les recommandations en vigueur pour la prévention de la mort subite qui s'appliquent (4).

La prise en charge des généralistes ne s'arrête cependant pas là, puisque tous proposent des thérapeutiques supplémentaires en dépit des guidelines.

La nébulisation de sérum physiologique est évoquée par quatre d'entre eux, avec pour effets observés une humidification et une diminution de la toux. Ce traitement n'est pourtant ni recommandé ni même discuté dans les trois recommandations de bonne pratique choisies ici comme références (1,3,4). Le sérum isotonique n'est évoqué que pour la réalisation de soins de nez par instillation nasale (4). Selon le kinésithérapeute et professeur Guy Postiaux, ce type d'aérosols permettrait tout de même d'humidifier et de fluidifier les sécrétions bronchiques, ce qui rejoint l'avis des médecins (10). Les résultats des rares études récentes à ce sujet ne semblent ni soutenir, ni réfuter ce traitement (2).

Bien que non recommandés, les aérosols de sérum hypertonique à 3% sont, eux, évoqués dans les guidelines (1,3,4). Un seul des participants racontait l'avoir temporairement proposé. Le sérum hypertonique accentue en effet la clairance mucociliaire, ce qui semble intéressant en cas d'hyperproduction de mucus, comme c'est le cas dans la bronchiolite (3). L'hétérogénéité des études et de leurs résultats ne permet cependant pas d'aboutir à une recommandation (4).

L'utilisation (bien que non systématique) des bronchodilatateurs est commune à tous les généralistes interviewés. Une étude réalisée dans un service d'urgences pédiatriques considère leur non-utilisation comme la recommandation la plus controversée, avec plus de 90% des participants avouant les prescrire à leurs patients (5).

Pour les médecins de notre étude, cette prescription est justifiée par la présence de sibilances à l'auscultation. Mais comme le rappelait l'un d'entre eux, dans la bronchiolite, les voies aériennes subissent davantage une obstruction qu'une contraction. Chez les nourrissons, les sites des récepteurs aux beta2-agonistes seraient également inadéquats et le muscle lisse de leurs parois bronchiques encore immatures (2).

Ils s'expriment peu à propos des effets observés. Seuls deux d'entre eux évoquaient une diminution de la toux grâce à l'Atrovent. Dans la littérature, c'est le Salbutamol (Ventolin) qui semble le plus étudié (4) mais aucun bronchodilatateur n'est recommandé. Il semblerait pourtant qu'ils soient à l'origine d'une amélioration des signes cliniques chez certains sous-groupes de patients. Une fois encore, la variabilité

des populations étudiées empêche de prédire qui sont ces répondeurs et le niveau de preuve reste faible (3,4,10). La difficulté de distinction entre une bronchiolite aigüe et un premier épisode d'asthme représente un élément de difficulté supplémentaire (5). De plus, le calcul de scores cliniques étant en partie subjectif et observateur-dépendant, ceux-ci ne sont pas considérés comme des éléments valables pour mesurer l'efficacité de ces traitements (3). On imagine pourtant bien que cette amélioration clinique puisse suffire à les intégrer dans sa pratique de médecin généraliste. Certains articles évoquent alors la possibilité de tests thérapeutiques, à condition de mettre un terme au traitement en cas d'absence de réponse (3,4,10).

Plusieurs des généralistes interviewés proposent également, plus rarement, des corticostéroïdes inhalés, sans trop pouvoir l'expliquer. Cette prescription arrive souvent en seconde intention. On peut imaginer qu'une fois encore, les similitudes cliniques entre l'asthme et la bronchiolite puissent les influencer. Ces traitements n'ont cependant pas pu démontrer d'amélioration clinique significative, en particulier face à leurs éventuels effets secondaires (2), et ne sont donc recommandés ni par voie orale, ni par voie inhalée (1,2,3,4). Les recommandations françaises précisent également ne pas non plus les recommander en prévention d'asthme ou d'une récurrence du wheezing (4), ce qui va à l'encontre d'une éventuelle recherche d'effets bénéfiques à long terme par le médecin généraliste.

Enfin, l'utilisation des antibiotiques n'a été que très brièvement évoquée par un seul MG. Celui-ci a confié les prescrire en cas de persistance des symptômes sans aucune amélioration clinique. Selon les recommandations, ils ne sont indiqués qu'en présence d'une coïnfection bactérienne documentée ou hautement suspectée et ce, même en cas de bronchiolite fébrile.

### c) Kinésithérapie respiratoire

L'intégralité des médecins sondés dans cette étude ont révélé prescrire des séances de kinésithérapie respiratoire au cas par cas afin de soulager l'enfant en présence de sécrétions respiratoires abondantes. Il existe, en effet, une majoration de la production de mucus en cas de bronchiolite (2,3). L'un d'entre eux rappelait tout de même prêter

une attention particulière à l'expérience du kinésithérapeute dans la prise en charge des enfants et aux techniques utilisées. La littérature distingue, en effet, les techniques conventionnelles (drainage postural, percussion, vibration) de celles basées sur l'augmentation du flux expiratoire (AFE). Les premières seraient à l'origine d'effets secondaires significatifs (bradycardie, vomissements, fractures de côtes) (4,11), poussant l'HAS à les contre-indiquer en cas de bronchiolite (4). Les méthodes par AFE semblent, elles, démontrer une amélioration respiratoire transitoire chez les nourrissons présentant des formes modérées et pris en charge en ambulatoire (3,4,11), c'est-à-dire ceux qui concernent directement les médecins interrogés ici. Le manque de données de haut niveau de preuve ne permet cependant pas de recommander ces techniques actuellement, même dans ces conditions (4).

Les participants ont également prêté aux kinésithérapeutes d'autres rôles éventuels. Certains voient en eux une possibilité de surveillance objective supplémentaire, permettant ainsi de rassurer à la fois les parents et le médecin. Un des interviewés envisage également leur confier la réalisation de soins de nez plus efficaces que ceux effectués par les parents. En effet, seuls 21% des parents réaliseraient un lavage efficace (11). Le coût de leur intervention dans ces contextes peut néanmoins être remis en question.

#### d) Critères d'hospitalisation

Les médecins sondés considèrent la désaturation, la déshydratation, le contexte socio-familial défavorable et la présence de signes de détresse respiratoire majeurs comme des critères d'hospitalisation, et ceux-ci figurent tous dans les guidelines (1,3,4).

Deux médecins citent la persistance de la fièvre comme élément supplémentaire mais ce critère n'apparaît pas dans la littérature. L'un d'entre eux explique prendre l'intégralité des paramètres chez les cas plus inquiétants et cite la tachycardie et la tachypnée comme éléments d'hospitalisation. Ces critères apparaissent, en effet, dans la littérature (1,3,4). Le jeune âge (en général < 2 mois) et la présence de facteurs de vulnérabilité (prématurité, cardiopathie, déficit immunitaire...) s'y retrouvent également (1,3,4) mais ne font pas partie des critères évoqués par les médecins de cette étude.

Les valeurs seuils sont rarement citées dans les entretiens et quand elles le sont, diffèrent quelque peu d'un médecin à l'autre. Cette même variabilité est retrouvée dans les recommandations, notamment en ce qui concerne la saturation. La limite se situe le plus souvent entre <90 et <92% (6), là où deux généralistes parlent de 92 et 93%.

Les résultats l'ont montré, tous les médecins généralistes n'utilisent pas de saturomètre pédiatrique. On comprend donc que si la désaturation leur paraît être un motif d'hospitalisation évident, le chiffre qui les alarme, lui, n'est pas forcément cité.

Même s'ils ne l'ont pas directement expliqué, le sentiment que les médecins interrogés se basent davantage sur leur ressenti et sur un état clinique général que sur la somme de critères précis et chiffrés pour décider de référer a été perçu. Certains guides de bonne pratique établissent des scores de gravité mais aucun d'entre eux n'a démontré de réelle supériorité (4) et on peut imaginer que leur utilisation en médecine générale soit limitée.

#### e) Remarques supplémentaires

Le suivi des patients faisait partie des sujets abordés lors des entretiens. Ceux-ci ont révélé un suivi majoritairement non programmé d'emblée, dépendant uniquement d'un retour des parents préalablement informés des red-flags inquiétants. Un seul des MG interrogés a pour habitude de revoir le nourrisson après cinq jours. Les recommandations françaises suggèrent qu'il serait préférable de programmer un contrôle dans les 24 à 48 heures, timing correspondant au moment où se dégrade le plus souvent l'état de l'enfant (4). Bien qu'ils souhaitent se montrer disponibles, on peut se demander si prévoir une consultation de contrôle systématique soit objectivement réalisable pour les médecins généralistes, en particulier lors du pic épidémique qui survient en hiver (2), à un moment de forte affluence.

Au-delà des traitements non médicamenteux cités précédemment, les guidelines recommandent également une série de mesures de prévention (1,3,4). Parmi celles-ci, l'importance de l'allaitement maternel et de l'éviction du tabac a été abordée lors des entretiens. Dans la littérature, on retrouve également l'hygiène des mains, l'éviction de la crèche ainsi que l'éducation des parents et de l'entourage (1,3,4). S'il a peut-être été

davantage évoqué dans un but thérapeutique que préventif, ce dernier point était, en tout cas, considéré comme un élément indispensable de la prise en charge par les sondés.

Les thérapeutiques liées à une prise en charge hospitalière de la bronchiolite ne sont pas discutées dans ce travail puisque son objectif est de s'intéresser à la pratique des médecins généralistes. L'oxygénothérapie, le support nutritionnel parentéral et de nombreux autres traitements spécialisés étudiés dans la littérature ne sont donc volontairement pas évoqués ici.

Il a également été décidé de ne pas s'attarder sur les propositions thérapeutiques non recommandées par les guidelines et n'ayant pas été abordées par les médecins interrogés (antitussifs, fluidifiants...).

#### **4.2. Pourquoi ces différences existent-elles ?**

Les raisons médicales et symptomatiques qui sont à l'origine des différences entre les recommandations et la pratique des médecins généralistes ont été abordées dans la première partie de cette discussion. Mais au-delà de ces justifications médicales, d'autres facteurs peuvent expliquer cette disparité. Il semblerait en effet que les connaissances, les croyances, le comportement et d'autres barrières externes affectent la compliance aux guidelines (5).

##### **a) Des difficultés liées aux guidelines**

Les trois guidelines choisis comme références dans ce travail s'accordent sur la majorité de leurs recommandations. Mais si l'on parcourt la littérature plus largement, des avis variables et parfois contradictoires s'observent encore. Ces points discordants reflètent en général un manque de résultats significatifs permettant de prendre position clairement (6). Il est donc évident que la réalisation d'études supplémentaires, en particulier en médecine générale où l'on manque de données, est indispensable pour permettre l'élaboration de consensus universels (4). Une plus grande homogénéité permettrait sans doute de diminuer, en partie, la variabilité de prise en charge observée.

Aux contradictions vient s'ajouter l'évolution, puisqu'au fil des années et des nouvelles données, les recommandations subissent des révisions. Ainsi, par exemple, si l'AAP envisageait un test thérapeutique des bronchodilatateurs en 2006, elle ne recommande plus leur utilisation dans la version de 2014 (3). Ces changements, bien qu'indispensables, représentent une difficulté, comme l'expliquait l'un des médecins interrogés.

Conscients de ces modifications, ceux-ci s'interrogent toutefois sur la façon la plus adaptée de rester informés. Là où certains entreprennent des lectures régulières et variées, d'autres privilégient des recherches plus ponctuelles et ciblées. Entre outils numériques, formations et formats papiers, les sources sont nombreuses et variées et ce volume d'informations peut constituer un frein à la connaissance et donc à la compliance aux recommandations (12).

Il semblerait que les formations aient plus d'impact que la diffusion simple de l'information et permettent une meilleure application des recommandations (13). Ces formations ont été évoquées lors des entretiens et semblent, en effet, appréciées. Mais les médecins n'ont d'autre choix que de les sélectionner : le temps a été cité comme facteur limitant par l'un des interviewés et à cela peuvent s'ajouter leur coût et leur accessibilité.

Plusieurs médecins ont exprimé le manque d'applicabilité des guidelines, qu'ils considèrent ne pas toujours tenir compte de la réalité du terrain. En effet, l'implémentation de l'EBM (Evidence-Based Medicine) dans sa pratique n'est pas toujours aisée (5), en particulier quand le médecin se heurte à l'incompréhension des parents face à l'abstention thérapeutique.

Proposer une prise en charge en parfaite adéquation avec les recommandations représente également une « contrainte » organisationnelle. Celles-ci suggèrent, en effet, une anamnèse poussée afin d'établir un diagnostic différentiel correct, une prise complète des paramètres pour définir la gravité, un suivi systématique après 24-48h et l'éducation des parents aux red-flags et aux éléments de prévention (1,3,4), le tout accompagné d'un examen clinique souvent difficile à effectuer chez des nourrissons. Il convient alors de se demander si le manque de temps peut être une source

supplémentaire de non-adhérence et s'il peut parfois, pousser les médecins à céder à une prise en charge plus agressive et moins chronophage.

Enfin, les résultats de cette étude ont mis en évidence une vision plutôt péjorative et minimaliste des guidelines qui concernent la bronchiolite. Or, une perception positive des recommandations serait associée à une meilleure compliance (5).

## b) Des facteurs personnels

La singularité du médecin peut également représenter un élément influençant, puisque chacun possède sa propre expérience et sa propre perception d'une pratique appropriée (5). L'un des participants rappelait, par exemple, que la rencontre d'un cas particulier puisse avoir un impact sur ses prises en charge futures. L'obtention d'un résultat thérapeutique satisfaisant influence également les médecins sondés à prescrire certains traitements, en dépit des avis scientifiques contraires.

Frustration et impuissance sont des sentiments cités lors des entretiens, puisque seuls quelques soins de confort peuvent en principe être proposés et que c'est aux parents qu'est confiée la surveillance de l'enfant. Il est possible que certains médecins généralistes se sentent alors démunis ou « dépourvus d'utilité ». Proposer des thérapeutiques supplémentaires à celles recommandées serait-il une manière inconsciente de reprendre la main et de se donner la sensation d'agir ?

Le ressenti des médecins s'est révélé variable : certains se sentent à l'aise pour prendre en charge les enfants atteints de bronchiolite et d'autres avouent ne jamais l'être complètement en raison de l'inconstance et de la possible gravité de cette pathologie. Or, il semblerait qu'un manque de confiance en soi puisse aboutir à un excès de mesures diagnostiques et thérapeutiques (5,12).

Une étude italienne confirme que les médecins considèrent la bronchiolite comme une pathologie sévère et que leur anxiété puisse les pousser à « faire quelque chose » dans un but de réassurance personnelle (14).

Les habitudes et le manque de motivation à les modifier peuvent également représenter un facteur de non-adhérence aux guidelines (12), comme l'exprimait clairement l'un des participants. Deux médecins suggéraient aussi que les jeunes soient davantage compliants et que cette adhérence diminue avec le temps, ce qui rejoint cette idée. Il semblerait, de plus, qu'il soit plus difficile d'éliminer un comportement préexistant que d'en ajouter un nouveau (12). Or, dans le cas de la bronchiolite, les recommandations évoluent en faveur d'une régression des traitements.

Enfin, l'évocation dans les entretiens de l'âge et du lieu de pratique comme éléments de discordance suggère que le profil du médecin généraliste puisse également être une source de variation de prise en charge et donc, indirectement, de non-respect des recommandations. Dans une étude française, il ressort, par exemple, que les médecins avec plus de dix ans d'exercice prescrivent significativement moins de désobstruction rhino-pharyngée et davantage de corticothérapie (7).

### c) Des influences extérieures

La plupart des sondés l'ont abordé, s'il existe bien un facteur extérieur capable d'influencer le médecin à s'éloigner des soins recommandés, ce sont les parents. La symptomatologie parfois impressionnante chez des enfants souvent très jeunes est, en effet, une source importante d'anxiété pour l'entourage, ce qui peut pousser le thérapeute à modifier ses choix thérapeutiques pour lui donner la sensation d'en faire davantage (5,14).

Les spécialistes, eux non plus, ne respectent pas toujours les recommandations de bonne pratique. Une enquête récente réalisée auprès de plus de 200 médecins issus de services d'urgences pédiatriques a révélé que seuls 49,8% d'entre eux rapportaient suivre à la lettre les guidelines de l'AAP (5). Or, deux MG l'ont rappelé, les spécialistes qui les entourent participent à leur formation continue et sont contactés pour donner leur avis en cas de difficultés. Ils peuvent ainsi transmettre aux médecins généralistes des conseils différents de ceux recommandés et donc constituer un élément extérieur source de disparité. Le contact avec la seconde ligne ne serait, de plus, pas toujours aisé d'après l'un des interviewés et la peur du jugement et d'un mauvais accueil pourrait parfois

pousser le généraliste à éviter une hospitalisation et ainsi, s'éloigner, une fois encore, des recommandations.

Un dernier élément ressort des entretiens : l'influence que peuvent avoir les collègues sur les choix thérapeutiques d'un médecin. L'un des MG a, par exemple, expliqué être tenté de mimer la prise en charge de son confrère lorsqu'il est amené à soigner l'un de ses patients. Un second a mis en évidence les changements opérés entre sa pratique d'assistant et ses débuts en tant que médecin solo indépendant. Des éléments hiérarchiques et sociaux pourraient donc être des causes supplémentaires de discordance entre les recommandations et la pratique des médecins généralistes.

### **4.3. Biais et limites de l'étude**

Au terme de cette étude, on ne peut affirmer qu'une saturation des données ait été atteinte. Il est possible que la réalisation d'entretiens supplémentaires ait pu apporter des éléments nouveaux.

Bien que j'aie tenté d'interroger des médecins d'âge et de pratiques différents, il existe également un biais de sélection. Les participants exercent tous au sein de localités voisines, dans des zones rurales ou semi-rurales. Ce choix était volontaire, mais il est évident que la population étudiée n'est pas représentative de l'intégralité des médecins généralistes. Une étude à plus grande échelle et incluant des médecins issus de l'ensemble du pays pourrait être intéressante.

La méthode choisie est également source de biais potentielle. Les questions posées se voulaient aussi ouvertes et larges que possible, afin de laisser les participants s'exprimer au maximum sans trop les orienter. Mais elles ont de ce fait pu induire une certaine forme de lassitude chez les médecins sondés et finalement limiter le développement de certaines idées.

Les réponses des participants peuvent également avoir été influencées par la peur d'être « jugé » ou de ne pas correspondre à ce que l'on pourrait attendre d'eux.

Enfin, il existe sans doute un biais lié à l'analyse et à l'interprétation des entretiens, puisque celles-ci incluent une part de subjectivité, d'autant plus importante qu'elles ne dépendent ici que d'une seule et même personne.

## V. CONCLUSION

La prise en charge de la bronchiolite par les médecins généralistes comporte encore de nombreuses différences avec les recommandations de bonne pratique, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des aérosols et la prescription de séances de kinésithérapie respiratoire. Les effets thérapeutiques obtenus et les similitudes avec l'asthme en sont en partie responsables.

La poursuite des études semble indispensable afin de confirmer certaines hypothèses et d'aboutir à des recommandations plus standardisées, qui aideront sans doute les médecins à proposer une prise en charge plus homogène. Il faudra cependant garder en tête l'existence de multiples facteurs supplémentaires pouvant influencer leurs décisions.

Prendre en charge un patient signifie, en effet, faire appel à ses connaissances et à son bon sens. Mais le soignant, comme les soignés, n'en restent pas moins des êtres humains et il est impossible de « prendre soin » sans tenir compte du vécu, des croyances, des influences et des difficultés de chacun.

Si ce travail permet une mise à jour non exhaustive des recommandations en vigueur concernant la bronchiolite, il pousse également à une remise en question sur sa propre pratique, afin de mieux comprendre les nombreux éléments qui guident nos prises de décision. J'ose espérer qu'il puisse, peut-être, permettre une réflexion afin de proposer une prise en charge qui tienne compte à la fois des preuves scientifiques, du patient et de son entourage et du médecin lui-même.

Au-delà des causes de disparité entre recommandations et pratique, il existe certainement des conséquences. Il serait, par exemple, intéressant d'évaluer le coût que génère le sur-traitement de cette pathologie et de mettre en balance ce facteur avec les autres éléments discutés ici.

Si, à cette heure, c'est contre un nouveau virus que le monde se bat, l'hiver prochain, la bronchiolite sera toujours là et continuera probablement de faire débat.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Bronchiolitis in children: diagnosis and management* (NICE Guideline NG9). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9/resources/bronchiolitis-in-children-diagnosis-and-management-pdf-51048523717>
- (2) Friedman, J. N., Rieder, M. J., & Walton, J. M. (2014). Bronchiolitis : Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. *Paediatrics & Child Health, 19*(9), 485–491. <https://doi.org/10.1093/pch/19.9.485>
- (3) Ralston, S. L., Lieberthal, A. S., Meissner, H. C., Alverson, B. K., Baley, J. E., Gadomski, A. M., Johnson, D. W., Light, M. J., Maraqa, N. F., Mendonca, E. A., Phelan, K. J., Zorc, J. J., Stanko-Lopp, D., Brown, M. A., Nathanson, I., Rosenblum, E., Sayles, S., & Hernandez-Cancio, S. (2014). Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *PEDIATRICS, 134*(5), e1474–e1502. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2742>
- (4) Haute Autorité de Santé. (2019). *Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aigue chez le nourrisson de moins de 12 mois : argumentaire scientifique*. Retrieved from [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp\\_bronchiolite\\_argumentaire\\_2019\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_argumentaire_2019_vd.pdf)
- (5) Rivera-Sepulveda, A. V., Rebmann, T., Gerard, J., & Charney, R. L. (2019). Physician Compliance With Bronchiolitis Guidelines in Pediatric Emergency Departments. *Clinical Pediatrics, 58*(9), 1008–1018. <https://doi.org/10.1177/0009922819850462>
- (6) Kirolos, A., Manti, S., Blacow, R., Tse, G., Wilson, T., Lister, M., Cunningham, S., Campbell, A., Nair, H., Reeves, R. M., Fernandes, R. M., Campbell, H., Campbell, H., Nair, H., Reeves, R. M., Douglas, A., Cunningham, S., Fernandes, R. M., Meijer, A., ...

- Molero, E. (2019). A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Bronchiolitis. *The Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz240>
- (7) Branchereau, E., Branger, B., Launay, E., Verstraete, M., Vrignaud, B., Levieux, K., Senand, R., & Gras-Le Guen, C. (2013). État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. *Archives de Pédiatrie*, 20(12), 1369–1375. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.09.028>
- (8) Roche, D. (2009). Chapitre 3 : Les études qualitatives. Dans D. Roche, *Réaliser une étude de marché avec succès* (pp. 31–48). Eyrolles. Retrieved from <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
- (9) Cavaye, D., Roberts, D. P., Saravanos, G. L., Hsu, Z. Y., Miyajima, R., Randall, L. E., Salmon, E. D., Tan, Y. Le, Tucker, J. A., Yeoh, S. K., & Britton, P. N. (2019). Evaluation of national guidelines for bronchiolitis: AGREEMENTS and controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(1), 25–31. <https://doi.org/10.1111/jpc.14160>
- (10) Mellick, L. B., & Gonzalez, J. (2019). The Problematic 2014 American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guidelines. *Pediatric Emergency Care*, 35(9), 654–658. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001915>
- (11) Postiaux, G., Maffei, P., Villiot-Danger, J.-C., & Dubus, J.-C. (2018). La kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Arguments pour/contre. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 35(4), 403–415. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.08.003>
- (12) Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C., &

- Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines ? *JAMA*, 282(15), 1458. <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
- (13) Sebban, S., Grimpel, E., & Bray, J. (2007). Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France pendant l'hiver 2003–2004. *Archives de Pédiatrie*, 14(5), 421–426. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2007.01.016>
- (14) De Brasi, D., Pannuti, F., Antonelli, F., de Seta, F., Siani, P., & de Seta, L. (2010). Therapeutic approach to bronchiolitis: why pediatricians continue to overprescribe drugs? *Italian Journal of Pediatrics*, 36(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-67>

## VII. ANNEXES

### Annexe 1. Guide d'entretien

*Prise en charge de la bronchiolite en médecine générale : quelles différences entre les recommandations et la pratique et pourquoi ces différences existent-elles ?*

#### Guide d'entretien

Etude qualitative par le Dr Anaëlle Javay

#### Phase d'introduction

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien qui, comme vous le savez, a pour but de s'intéresser à la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale.

Il n'est évidemment pas question ici de juger votre pratique mais bien de mettre en lumière et de mieux comprendre la diversité retrouvée dans la façon d'appréhender ce diagnostic chez les médecins généralistes.

#### Phase de début d'entretien (mise en confiance)

- Pouvez-vous me raconter votre dernier cas de bronchiolite ?

#### Phase de réponse

##### ▪ **Thème 1 : diagnostic**

- Comment définiriez-vous un cas typique de bronchiolite ?
- Racontez-moi sur quoi se base votre diagnostic.
- Que pensez-vous de l'utilisation d'examen complémentaires ?

##### ▪ **Thème 2 : prise en charge**

- Parlez-moi de la prise en charge que vous proposez en cas de bronchiolite.

- Quels thérapeutiques non médicamenteuses et conseils proposez-vous ?
- Quelles thérapeutiques médicamenteuses proposez-vous ?
- Quel suivi proposez-vous ?
- Selon vous, quel rôle l'entourage de l'enfant peut-il jouer dans la prise en charge ?

(Selon réponses initiales)

- Que pensez-vous de la kiné respiratoire ?
- Que pensez-vous de l'utilisation d'aérosols ?
- **Thème 3 : référer ou pas ?**
  - Parlez-moi des situations/critères qui vous poussent à référer l'enfant.
- **Thème 4 : guidelines/littérature**
  - Parlez-moi de l'influence des guidelines et de la littérature sur votre pratique dans la prise en charge de la bronchiolite.
  - Vous sentez-vous à jour et compliant par rapport aux recommandations de bonne pratique ? Pourquoi ?
- **Thème 5 : ressenti personnel**
  - Quel est votre ressenti personnel par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ? Vous sentez-vous à l'aise face à cette pathologie ? Vous sentez-vous efficace ?
  - Parlez-moi des difficultés que peut rencontrer le médecin généraliste dans ces situations.
  - Comment vous situez-vous par rapport à vos confrères ? Quelle est votre vision globale de la prise en charge de la bronchiolite par les MG ?
  - Quelle est votre ressenti par rapport aux parents/proches de l'enfant ?

### **Phase de conclusion**

- Avez-vous quelque chose à ajouter pour terminer cet entretien ?

## **Annexe 2. Tableau récapitulatif de l'échantillonnage**

	<b>Type de pratique</b>	<b>Profil</b>
<b>1<sup>er</sup> médecin (MG 1)</b>	Pratique solo puis pratique de groupe multidisciplinaire Région semi-rurale	Homme 16 ans de pratique Maitre de stage
<b>2<sup>ème</sup> médecin (MG 2)</b>	Pratique solo Région semi-rurale	Femme 4 ans de pratique
<b>3<sup>ème</sup> médecin (MG 3)</b>	Maison médicale Région rurale	Femme 11 ans de pratique
<b>4<sup>ème</sup> médecin (MG 4)</b>	Pratique solo puis maison médicale Région rurale	Homme 46 ans de pratique
<b>5<sup>ème</sup> médecin (MG 5)</b>	Pratique de groupe mono-disciplinaire Région rurale	Homme 4 ans de pratique
<b>6<sup>ème</sup> médecin (MG 6)</b>	Maison médicale Région rurale	Femme 15 ans de pratique Maitre de stage

### **Annexe 3. Retranscription des entretiens semi-dirigés**

#### **1) MG.1**

##### ***Est-ce que tu peux me raconter ton dernier cas de bronchiolite ?***

C'est compliqué ça... Je n'ai pas spécialement en tête le dernier cas, j'ai l'impression que ces derniers temps, je n'en n'ai pas eu énormément. Le dernier que je pense me rappeler a été de gestion relativement simple, à la maison quoi. C'était une forte suspicion clinique de bronchiolite que j'ai traitée de manière conservatrice à la maison et les choses sont rentrées facilement dans l'ordre.

##### ***Comment est-ce que tu définis un cas typique de bronchiolite ?***

Un jeune enfant avec une difficulté respiratoire, un rhume et une absence de fièvre ou une fièvre très légère.

##### ***Est-ce que tu peux me raconter sur quoi se base ton diagnostic ?***

Essentiellement clinique. La période de l'année, les symptômes respiratoires qui sont présents, le bon état général en dehors, l'exclusion d'autres signes d'infection, qu'il n'y ait pas d'otite, pas d'angine, pas d'autres choses. Et malgré tout, une petite difficulté respiratoire.

##### ***Qu'est-ce que tu penses de l'utilité des examens complémentaires ?***

J'utilise excessivement peu les examens complémentaires par rapport à ça. Je n'ai pas le souvenir d'avoir déjà fait une radio ni même d'avoir fait autre chose. Une aspiration pour le RSV est parfois utile. Maintenant, je ne le mets en place, je n'avance en tous cas vers cette confirmation-là que dans les situations qui sont vraiment très avancées, où je sens que c'est compliqué. J'ai le souvenir d'un cas qui avait été un peu plus sévère et que j'avais envoyé pour faire une aspiration et pour faire un suivi, parce que la gêne respiratoire était assez marquée et je sais que c'était un enfant qui était un peu plus fragile et en bas âge. Mais sinon, je ne fais jamais de radio, jamais de prise de sang, jamais d'autres examens complémentaires.

### ***Qu'est-ce que tu proposes comme prise en charge en cas de bronchiolite ?***

J'explique qu'il n'y a pas de prise en charge et qu'il n'y a pas de traitement, ça c'est la première chose. C'est d'ailleurs ce qui est recommandé actuellement si je ne me trompe pas. Il n'y a rien qui marche, il n'y a rien qui est recommandé.

Maintenant, c'est parfois un peu difficile de mettre ça en pratique, parce qu'en fonction de l'intensité des symptômes et en fonction de ce que les patients attendent, parfois, un petit soutien respiratoire peut être utile. Un aérosol occasionnel ou en fonction de l'état respiratoire peut quand même être utile je pense, même si ce n'est pas dans les recommandations.

J'ai le souvenir d'une discussion avec une pédiatre qui me disait « Beh oui, normalement, on ne fait rien ». Et puis je lui ai posé la question « Et si tu as ce cas-là, tu ne fais rien ? », « Ben si, je donne quand même un aérosol ». Donc je pense qu'on est tous d'accord pour dire que OK, il n'y a rien d'absolument nécessaire mais parfois un aérosol, dans certaines circonstances, parfois un peu de kiné, ça peut rentrer en ligne de compte, mais le plus souvent ça se limite à ça. Sauf situations plus avancées. Comme je disais, j'ai eu, une fois, un cas que j'avais hospitalisé au final parce que la détresse respiratoire était vraiment plus importante.

### ***Et si tu mets des aérosols, tu mets quoi ?***

Ce n'est pas toujours la même chose en fait... Ca dépend un peu des symptômes qui sont présents. Souvent, un petit peu d'Atrovent et un petit peu de Ventolin. Si j'entends que ça siffle, je vais y aller plus volontiers avec le Ventolin. S'il y a une toux plus invalidante, je rajouterai plus volontiers un peu d'Atrovent. Et de manière plus exceptionnelle, parfois, un peu de Budesonide, mais ça c'est vraiment plus rare.

### ***Et la kiné respi tu en penses quoi ?***

Je l'utilise très peu. Je me souviens avoir lu une recommandation par rapport à ça, que ça pouvait même parfois être contre-productif, donc moi je l'utilise relativement peu. C'est vraiment plus si il y a un encombrement ou si quelque part j'ai besoin d'avoir un suivi un peu plus régulier et que l'enfant soit bien entouré tout en restant conservateur et sans hospitaliser. En général hein...

***Qu'est-ce que tu proposes de non médicamenteux aux parents ?***

De patienter et d'attendre. Leur expliquer simplement que c'est une infection virale qui provoque une réaction inflammatoire et de prendre patience, que le corps va éliminer. Donc de non médicamenteux, je ne recommande rien. Pas d'antitussifs. Si, des anti-fièvre s'il y a de la fièvre, mais en dehors de ça, je ne recommande, je pense, rien de particulier.

***Au niveau du suivi, est-ce que tu proposes quelque chose de précis ?***

C'est vraiment au cas par cas. C'est très rare que je propose de revoir. Je laisse en général des messages de prudence, si il y a une mauvaise évolution, évidemment, de revenir voir mais pas systématiquement de revenir consulter. Sauf situation sévère où là, je le demande, mais plus rare quand même.

***Et justement, quels critères te poussent à référer l'enfant ou à les faire revenir ?***

Une détresse respiratoire, des signes cliniques francs d'une détresse respiratoire. Celui que j'avais hospitalisé avait vraiment une détresse franche avec les muscles accessoires qui travaillaient beaucoup, une respiration très sifflante, il était impressionnant en le voyant et c'est quelque part aussi pour rassurer les parents d'avoir une prise en charge hospitalière parce qu'on voyait que l'enfant tirait vraiment fort. Donc c'est vraiment cliniquement.

***Est-ce que tu peux me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur ta pratique à toi dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Ca donne une idée de la prise en charge mais ça n'empêche que je pense qu'en tant que médecin généraliste, on doit quand même adapter au cas par cas. C'est vrai que pour nous ça nous permet parfois de se retrancher derrière des recommandations claires pour dire aux patients que, beh voilà, les recommandations officielles sont qu'il n'y a pas besoin d'avoir de traitement. Mais au cas par cas, voilà, on adapte quand même en fonction de la situation.

Je pense qu'un aérosol d'Atrovent, parfois, permet de soulager, d'avoir peut-être aussi un peu l'impression qu'on fasse quelque chose et qu'il y a un petit soutien quand même qui est derrière et qui n'est pas bien dangereux.

***Quel est ton ressenti par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ? Est-ce que tu te sens à l'aise, est-ce que tu te sens efficace ?***

Oui. Je n'ai jamais ressenti de grosse difficulté par rapport à ça parce que souvent, il y a une évolution qui est rapidement favorable. Les situations extrêmes qui nécessitent vraiment une hospitalisation sont quand même vraiment très rares et le reste du temps, en expliquant bien aux gens et, je pense, surtout en leur laissant une porte ouverte en leur disant que si jamais les choses n'évoluent pas on est toujours là et on peut toujours réexpliquer, la plupart du temps, c'est suffisant pour pouvoir le gérer simplement et facilement.

***Est-ce que tu penses qu'il y a des difficultés pour le médecin généraliste à gérer une bronchiolite ?***

Je ne pense pas. Et je pense que beaucoup de bronchiolites sont gérées simplement et facilement à la maison par les médecins généralistes.

***Comment est-ce que tu te situes par rapport à tes confrères dans la vision globale qu'on a de la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale ? Est-ce que tu penses que tu fais comme la majorité ?***

Oui. En tout cas, du moins dans la région hein. Parfois, quand on entend certains confrères de Bruxelles, il y a plus vite des références en milieu hospitalier ou chez un pédiatre. Ici, dans la région, on a l'habitude de voir beaucoup d'enfants et je pense que pour la majorité des généralistes, on est peut-être plus à l'aise avec les enfants parce que les gens on l'habitude de venir chez nous avec les enfants et qu'on a la main.

***Et tu penses que dans la région on a tendance à faire la même prise en charge et à utiliser les mêmes choses ?***

Oui. J'ai l'impression que oui. Il y avait une réunion dernièrement, une table ronde sur la bronchiolite, où j'avais plus ou moins le sentiment qu'on essaie tous de se débrouiller comme on peut, de limiter un maximum nos prescriptions, mais ça ne veut pas dire ne rien prescrire non plus.

***Comment tu te sens par rapport aux parents ou aux proches de l'enfant dans les cas de bronchiolite ? Est-ce que tu penses qu'ils ont un rôle à jouer ou qu'ils peuvent t'influencer ?***

Oui, ils peuvent influencer effectivement, parce que si on voit un enfant qui n'est pas bien et que les parents sont vite paniqués par la situation, on va essayer de plus les encadrer. Donc oui, le comportement des parents a vraiment une influence dans ce que je vais recommander, dans une éventuelle hospitalisation. Est-ce qu'ils sont capables de pouvoir réagir si à un moment donné, il est moins bien ou s'il est plus en détresse respiratoire ou est-ce qu'il y a une anxiété majeure au niveau des parents qui fait que ça n'ira pas ? Donc oui, ça a vraiment une importance, je pense, dans la manière de prendre les choses en main et qui nécessite d'autant plus de bien expliquer aux parents la pathologie pour qu'ils puissent le comprendre et réagir de manière adéquate le cas échéant.

***Tu as quelque chose à ajouter ?***

Je repense à la table ronde et la pédiatre me disait que ça ne servait à rien de mettre du Budesonide si c'était pour une courte durée, mais moi ça m'est quand même déjà arrivé de mettre 3-4 jours de Budesonide parce que c'était fort inflammatoire... Donc voilà, on sait qu'on n'est pas très EBM mais parfois, on le fait quand même.

J'ai hâte de savoir ce que les autres vont te répondre en tout cas.

**2) MG 2**

***Est-ce que tu peux me raconter ton dernier cas de bronchiolite ?***

Ouf, ça fait un petit temps que je n'ai pas eu de bronchiolite... J'en ai eu une début janvier je pense. C'était un enfant en-dessous d'un an, qui est venu parce qu'il avait de la fièvre depuis 3-4 jours avec de la toux. Sa maman avait essayé de le soigner avec du Perdolan et je pense que c'était tout. Elle avait un petit peu de mal à faire baisser la fièvre. Elle donnait du Perdolan trois fois par jour et elle ne lui donnait pas de Nurofen si je me souviens bien. Elle était quand même fort fort inquiète, parce qu'il mangeait un petit peu moins que d'habitude. Il avait eu des épisodes de vomissements et donc, quand je l'ai ausculté, c'était très clairement une bronchiolite, avec les petits ronchi diffus dans les deux poumons. Je lui avais prescrit des aérosols de sérum physiologique et comme il

vomissait et qu'il m'avait l'air un tout petit peu déshydraté, je lui avais prescrit du Gastrolyte ORS pour juste ce jour-là, essayer de le restimuler un petit peu, qu'il n'ait pas la nausée. Ca avait bien fonctionné. Et j'avais demandé une éviction de la crèche pour le restant de la semaine.

***Comment définirais-tu un cas typique de bronchiolite ?***

Donc souvent, de la fièvre, un enfant toujours en-dessous de deux ans mais le plus souvent, en-dessous d'un an. Des ronchi, vraiment l'auscultation typique avec les ronchi bien diffus, y'a pas un foyer particulier dans le poumon. Parfois, chez certains enfants, j'ai un bronchospasme donc avec des petites sibilances qui se surajoutent. Donc voilà... En général, le nez très très encombré aussi et les parents qui doivent le déboucher plusieurs fois par jour et qui se relèvent la nuit pour le déboucher aussi. De la toux, une perte d'appétit, parfois des vomissements et en général, une température qui peut monter relativement haut si on ne traite pas par Perdolan ou par Nurofen, parfois des enfants qui montent jusqu'à 40,5 sans traitement.

***Est-ce que tu peux me raconter sur quoi se base ton diagnostic ?***

Principalement sur les symptômes : la toux, l'encombrement respiratoire au niveau supérieur avec le nez encombré et une toux qui est plutôt grasse, des ronchi, l'auscultation qui est typique, l'âge de l'enfant. Voilà. Et la température aussi. Et puis je m'interroge sur les antécédents aussi, pour voir s'ils ont des facteurs de risque. Mais voilà, en général c'est quand même relativement typique je trouve.

***Qu'est-ce que tu penses de l'utilisation des examens complémentaires dans la bronchiolite ?***

Parfois, quand il y a une suspicion d'un autre diagnostic comme une pneumonie, j'ai déjà demandé des radios, quand il y a un foyer, enfin, quand il y a des crépitants dans une zone particulière du poumon. Et je fais parfois un lavage nasal quand j'ai un doute si c'est un RSV ou la grippe.

***Est-ce que tu peux me parler de la prise en charge que tu proposes en cas de bronchiolite ?***

Les traitements antipyrétiques principalement. Donc le Perdolan avant tout mais éventuellement le Nurofen si ce n'est pas suffisant. Je mets toujours des aérosols de sérum physiologique et des lavages de nez, mais ça en général, les parents ont déjà commencé avant de venir me voir. Ensuite, s'il y a des nausées et des vomissements chez l'enfant, parfois je mets des solutions ORS et dans les cas où c'est un enfant qui a un asthme du nourrisson et qui a beaucoup de sibilances, à ce moment-là je mets parfois un beta-mimétique et de l'Atrovent.

***Est-ce que tu proposes des mesures non-médicamenteuses aux parents ?***

Oui, parfois je mets de la kiné respiratoire en fonction de l'auscultation. Quand j'entends qu'il y a beaucoup de mucus, c'est que l'enfant a des difficultés à expectorer. C'est vraiment ce que je fais principalement. Et puis les mouche-bébés, les recommandations type maintenir la chambre de l'enfant à 19 degrés, bien le positionner sur le dos, les mesures pour faire baisser la température de façon mécanique donc des compresses d'eau fraîche, mettre le bébé en body etc.

***Donc ça, tu en as brièvement parlé, les thérapeutiques médicamenteuses que tu proposes c'est surtout les aérosols ?***

Oui voilà.

***Et ça, c'est systématique ou c'est vraiment au cas par cas en fonction de ce que tu entends ?***

Je mets toujours des aérosols de sérum physiologique.

***Et pour les autres ?***

Pour les autres, quand il y a vraiment une suspicion d'asthme du nourrisson relativement élevée, à ce moment-là, je mets des aérosols de beta-mimétiques, d'Atrovent, parfois de Budesonide.

***Et tu trouves que ça a quel effet les aérosols ?***

Les aérosols de sérum physiologique, j'ai vraiment l'impression qu'il y a un soulagement du parent et du bébé. Et puis alors, les aérosols que je prescris dans les situations où il y

a une suspicion d'asthme ou un asthme avéré, évidemment voilà, là c'est quand même très très efficace.

***Qu'est-ce que tu proposes comme suivi ?***

Ca dépend un petit peu de la situation. On va dire en général, quand ce n'est pas un enfant qui a des symptômes de gravité ni de signes d'appel inquiétants, je ne donne pas de suivi particulier.

***Selon toi, quel rôle l'entourage de l'enfant peut jouer dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Il y a quand même le rôle du tabagisme passif qui est assez important. Il faut que la chambre de l'enfant soit bien adaptée, qu'elle ne soit pas trop chauffée. Qu'il y ait une bonne compréhension des parents vis à vis de la prise en charge au niveau nettoyage nasal, au niveau de la prise en charge de la fièvre... Donc je pense que le milieu socio-économique ça joue quand même son rôle. Puis il y a le rôle de l'allaitement maternel, je pense que ça a un rôle protecteur aussi au niveau de la bronchiolite. Et puis il y a tout ce qui est subjectif, le parent qui remarque quand son enfant se nourrit moins bien, quand son enfant est plus grincheux, quand il a un comportement « anormal ». Donc tout ça c'est subjectif mais l'avis des parents est quand même important je pense. Et je le prends en compte comme un critère de gravité quand les parents sont très très inquiets, anormalement inquiets. Parce qu'il y a des personnes qui sont facilement inquiètes aussi mais bon, parfois, quand c'est un parent qui relativise facilement et que tout à coup, il nous téléphone en étant paniqué, je pense qu'il faut être un peu plus méfiant.

***Ca aussi on en a un petit peu parlé, qu'est-ce que tu penses de la kiné respi dans la prise en charge ? Pour toi, ça vaut le coup ? C'est efficace ? C'est délétère ?***

Je trouve que c'est efficace. Maintenant, je pense qu'il y a plusieurs méthodes de kiné respiratoires, même pour les adultes. Et je trouve qu'elles ont un impact différent. Donc il y a le drainage postural, le tapotage etc. Donc en général, je recommande un kiné qui a un minimum d'expérience là-dedans, parce que je connais un petit peu les kinés dans les alentours. Et je trouve que ça a un impact quand même fort positif. En général, ils n'ont pas besoin des neuf séances, parfois 2-3 séances c'est largement suffisant. Mais au niveau du confort de l'enfant, il y a quand même des parents qui me signalent que ça

fonctionne bien et que ça fait du bien à leur enfant. Et je pense que les dégager au maximum du mucus ça a probablement un impact positif au niveau du risque de réinfection par rapport à d'autres infections ORL.

***Est-ce que tu peux me parler des situations ou des critères qui te poussent à référer l'enfant ?***

En général, les enfants qui sont en état de déshydratation importante, alors que le parent a déjà essayé de donner des solutions ORS etc. Euh, l'enfant qui désature. Donc quand j'ai le moindre doute, je prends la saturation. Donc une saturation à partir de 92%, j'envoie directement à l'hôpital. La fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque donc une tachycardie, je pense supérieure à 180. La bradypnée aussi, les pauses respiratoires. Et je pense que c'est important de déshabiller l'enfant complètement quoi qu'il arrive, comme ça on voit s'il y a un battement des ailes du nez, la respiration, un tirage intercostal, un tirage des muscles accessoires. Donc voilà... La cyanose c'est très rare, moi j'en ai vue qu'une seule chez un nourrisson dans une situation de bronchiolite mais bon voilà, ça c'est aussi un signe que je regarde. Qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Evidemment, la compréhension des parents. Quand il y a un enfant qui est un peu limite, dans une situation un peu intermédiaire et que je vois que les parents n'ont pas du tout une bonne prise en charge, je réfère un petit peu plus vite. Mais bon, la plupart des parents ce n'est pas vraiment le cas, donc je me base plutôt sur des critères objectifs.

***Et donc les paramètres tu as tendance à les prendre ? La fréquence respi, la sat... Tu as un saturomètre pédiatrique ?***

Oui. Mais je les prends uniquement si il y a le moindre doute, pas d'emblée. Pas la petite bronchiolite classique avec un très bon état général.

***Est-ce que tu peux me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur ta pratique à toi dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

En fait, auparavant, quand j'étais assistante, je prescrivais presque systématiquement des aérosols avec Atrovent, Budesonide plus ou moins le beta-mimétique s'il y avait la moindre petite sibilance. Et maintenant, je me limite beaucoup à ce niveau-là parce qu'apparemment, il n'y a pas d'amélioration. Avant, je prescrivais des antibiotiques. Maintenant, je les prescris quand il y a une surinfection bactérienne ou en tout cas,

quand j'ai une très haute suspicion d'infection bactérienne. Donc il y a quand même eu pas mal de changement entre le temps où j'étais assistante et maintenant.

***Et pourquoi ça a changé entre les deux ?***

A force de discuter avec d'autres médecins, je me suis rendue compte que je ne suivais pas les guidelines, au début de ma pratique en tant qu'indépendante. Et alors, je me suis mise à lire régulièrement les nouvelles guidelines, que ce soit pour les bronchiolites ou sur les autres pathologies, pour essayer d'améliorer un petit peu ma prise en charge.

***Et tu n'as pas vu d'aggravation en retirant les choses que tu faisais avant ?***

Non. Maintenant, il y a des situations un peu complexes. A partir du moment où je considère que je ne suis pas sûre à 100% de ce que je fais, je demande un examen complémentaire. Ou alors je demande à revoir l'enfant plus rapidement.

***Est-ce que tu te sens maintenant à jour et compliant par rapport aux recommandations de bonne pratique ou pas ?***

Je pense que oui, dans l'ensemble, j'espère en tous cas. Je pense que maintenant ça va mieux.

***Quel est ton ressenti personnel par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ?***

***Est-ce que tu te sens à l'aise ? Est-ce que tu te sens efficace ?***

La plupart du temps, je me sens quand même à l'aise parce que j'ai la chance de travailler pas loin de l'hôpital. Donc quand j'ai des situations vraiment ambiguës, je sais que je peux les référer de façon extrêmement rapide et j'ai toujours dans mon sac un beta-mimétique avec un masque adapté pour les bébés en cas de grosse crise d'asthme du nourrisson.

***Est-ce que tu peux me parler des difficultés que le médecin généraliste peut rencontrer dans des situations de bronchiolite ?***

Parfois, le diagnostic différentiel n'est pas toujours très évident, entre la grippe et la bronchiolite, ça peut arriver qu'on ait des doutes, ou entre la bronchiolite et la bronchiolite avec surinfection, voire pneumonie, ça peut parfois être relativement complexe. Ou parfois, chez des enfants qui présentent un facteur de risque, un trouble

de l'immunité ou une cardiopathie etc. Pour l'instant, je n'ai pas d'enfant qui a un trouble immunitaire grave ou de cardiopathie dans ma patientèle mais voilà, je pense que c'est quelque chose qui fait que la prise en charge peut être plus complexe.

***Comment est-ce que tu te situes par rapport à tes confrères dans la prise en charge de la bronchiolite ? Comment est la vision globale de la prise en charge par les médecins généralistes selon toi et comment toi tu te situes par rapport à cette majorité-là ?***

Je pense que ça a beaucoup changé au cours des dernières années, parce que nous les plus jeunes médecins généralistes, on est plus sensibilisés par rapport au problème de résistance aux antibiotiques et on a une façon de voir les choses parfois un petit peu différente, on essaie d'avoir un rapport dans lequel on explique beaucoup les choses aux parents et aux familles, on n'est pas aussi paternalistes. Nous, on est beaucoup plus sensibilisés au risque d'antibio-résistance.

***Et tu penses que les plus jeunes sont plus compliants par rapports aux guidelines que les plus âgés ?***

Je pense que oui, à priori. Mais un jour, ce sera nous qui serons moins compliants par rapports aux nouvelles guidelines, parce que c'est pas toujours simple de laisser tomber les anciennes habitudes.

***Quel est ton ressenti par rapport aux parents et aux proches de l'enfants ? Est-ce que tu penses qu'ils peuvent parfois compliquer les choses, les faciliter ? Est-ce qu'ils influencent la façon dont tu prends en charge la bronchiolite ?***

En général, je trouve que c'est plus pratique d'avoir la personne la plus proche de l'enfant en consultation plutôt que quelqu'un qui le garde occasionnellement, parce qu'elle remarque des changements du comportement chez l'enfant et les changements au niveau alimentaire et ça, c'est un des critères qui est le plus important pour moi. Et je pense que c'est important de bien éduquer les parents et dans certains cas, quand les parents sont résistants aux conseils et qu'on voit qu'ils ne parviennent pas à bien prendre les choses en charge, c'est un facteur qui est quand même inquiétant. Mais moi, je trouve que la plupart du temps, la personne qui est la plus proche de l'enfant va avoir un impact positif sur la prise en charge, parce qu'on sait vraiment interagir avec elle, lui

donner des conseils et on reçoit beaucoup d'informations de sa part, plus d'informations que si c'est la taty ou le grand-père qui le garde occasionnellement.

***Est-ce que tu as quelque chose à ajouter, des remarques ?***

Je pense que ce serait bien qu'on fasse des campagnes encore plus intensives au niveau de l'arrêt du tabac chez les parents, parce qu'il y en a beaucoup qui sont dans le déni à ce niveau-là.

En pratique, il n'y a pas beaucoup de médecins qui savent se mettre d'accord sur « oui, il faut faire ça » ou sur ce que c'est que LA bronchiolite typique.

**3) MG.3**

***Est-ce que tu peux me raconter ton dernier cas de bronchiolite ?***

Ouf. J'avoue que je ne me souviens pas spécialement d'un dernier cas en particulier qui m'ait marquée... Donc je pense que les derniers cas étaient assez simples et classiques. Le dernier que je me souviens c'est un petit loulou qui devait avoir huit mois environ, un petit peu de fièvre, un petit tirage respiratoire, un rhume, une auscultation avec des légers... légers... de bronchiolite quoi, légères sibilances et rien de spécial. Je pense que j'ai mis simplement une humidification.

***Comment est-ce que tu définirais un cas typique de bronchiolite ?***

Un cas typique ? Ben pour moi c'est un peu ça hein. Donc c'est des petits loulous généralement en-dessous de deux ans, qui ont un syndrome grippal avec de la fièvre assez variable, qui peut être quasi nulle à assez haute, une rhinorrhée et un tirage respiratoire. Un état général qui, souvent en tous cas, reste quand même assez bon et les parents qui signalent de la toux aussi. Voilà.

***Sur quoi se base ton diagnostic ?***

Beh sur les plaintes déjà, l'anamnèse. Et alors sur l'examen clinique, avec un tirage respiratoire. Parfois l'auscultation mais parfois, l'auscultation est même claire et pourtant on suspecte une bronchiolite. Mais parfois, on a des petits ronchi ou des petites sibilances. Et quand on sait la prendre, la saturation. Mais généralement, moi je ne sais

pas l'avoir chez des petits comme ça concrètement, donc c'est plus le tirage qui m'oriente.

***Qu'est-ce que tu penses de l'utilisation d'examens complémentaires ?***

Beh ça dépend de nouveau de la situation... Pour moi, ça dépend de l'état clinique de l'enfant et de son âge aussi. Si j'ai vraiment un tout tout petit loup, un frottis RSV, pour moi, peut être quand même intéressant, parce qu'on sait que ça peut quand même plus vite décompenser si c'est lié effectivement à un RSV, ce qui est quand même le plus fréquent aussi. Et de l'état général. Si on a un petit loulou qui est bien et un tirage très très léger, j'irai moins vers des examens complémentaires. Si j'ai un petit loulou qui a une perte d'appétit associée, qui tire vraiment fort, où je crains qu'il y ait un manque d'oxygène, là j'irai quand même prendre une satu.

***Est-ce que tu peux me parler de la prise en charge que tu proposes en cas de bronchiolite ?***

De nouveau, elle varie en fonction des symptômes et de si c'est la première fois que je vois les parents ou si c'est des parents qui ont tendance à revenir. Parce qu'en soi, les recommandations officielles c'est de ne pas faire grand chose hein, c'est plutôt de faire des soins de nez, mais pour la bronchiolite en elle-même, il n'y a rien à faire en soi à part attendre que ça passe et une oxygénothérapie si l'enfant désature. Maintenant concrètement, les parents sont quand même en demande de plus et donc j'ai tendance dans un premier temps, à vraiment insister sur les soins de nez et éventuellement faire des aérosols de sérum physiologique pour humidifier et puis en fonction, parfois, je mets des aérosols d'Atrovent ou de Ventolin. Ca dépend un peu de l'âge de l'enfant. Généralement, en-dessous de six mois, je vais plutôt à l'Atrovent. Au-dessus de six mois, je passe au Ventolin. Et s'il y a un enfant où il y a quand même des signes d'encombrement important en plus, que ce soit vraiment seulement au niveau du nez ou alors bronchiolite mais associée à une bronchite, là j'ai tendance à proposer de la kiné respiratoire.

***Et justement, qu'est-ce que tu penses de l'efficacité des aérosols et de la kiné respi ?***

***Est-ce que tu trouves que ça a sa place dans le traitement de la bronchiolite ?***

De nouveau, ça dépend des cas. Je pense qu'en première intention, non. Les aérosols, je reste dans le doute. J'ai parfois l'impression que c'est plus un moyen de faire patienter les parents, honnêtement, en disant « ben voilà, c'est cinq jours d'aérosols » et au final, ils attendent les cinq jours de traitement et sans doute que sans aérosols, ça aurait été tout aussi bien. Maintenant, personnellement, ça me rassure quand même aussi quand il y a quand même une composante spastique bien marquée.

Et alors, par rapport à la kiné, de nouveau, pour moi, s'il y a un encombrement, même simplement au niveau du nez, souvent, le kiné permet d'aider l'enfant à mieux se dégager que les parents n'osent le faire et donc ça apporte quand même un plus aussi je trouve.

***Est-ce que tu proposes des thérapeutiques non médicamenteuses, des conseils supplémentaires ?***

Beh généralement, les recommandations c'est... au niveau alimentaire, ne pas forcer mais surtout, veiller à bien hydrater l'enfant. Humidifier, faire des bons soins de nez. Pour la bronchiolite, c'est principalement ça.

***Quel suivi proposes-tu dans la bronchiolite ?***

Je dirais que c'est un peu en fonction, de nouveau, de l'état clinique, toujours très clinique et patient-dépendant. Si j'ai vraiment un état clinique qui m'inquiète, je vais parfois revoir l'enfant ou en tout cas, demander à avoir un contact téléphonique 24h après. Sinon, en général, quand j'ai des enfants qui ne m'inquiètent pas, ce que je dis aux parents c'est de me recontacter après 48h si il n'y a pas d'évolution et d'appeler avant s'il y a quelque chose qui les inquiète : apparition d'une forte fièvre ou un état respiratoire qui se dégrade.

***Selon toi, quel rôle l'entourage de l'enfant peut-il jouer dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Beh le fait d'avoir des parents qui sont attentifs aux signaux d'alerte est plus rassurant. Une famille moins alerte, qui s'inquiète très très peu, beh déjà j'aurais pas spécialement confiance en l'anamnèse qu'ils me donnent quant à l'alimentation de l'enfant et par rapport à l'état respiratoire. De là, les examens classiques aussi d'un enfant, comme le

fait de le peser ou quoi, mais voilà, qui ne sont pas du tout spécifiques à la bronchiolite, c'est quand même intéressant chez ces personnes-là d'avoir des éléments plus objectifs.

***Est-ce que tu peux me parler des situations ou des critères qui te poussent à référer l'enfant ?***

Beh pour moi c'est un état respiratoire qui serait inquiétant, d'autant plus si c'est des parents que je ne considère pas fiables ou un enfant qui est dans une situation complexe, dans une institution... Le manque d'appétit, en particulier si c'est objectivé par une perte de poids. Et alors il y a le fait que ça traîne avec une fièvre aussi, ça, ça va m'inquiéter d'une surinfection. Autant si ça traîne avec un enfant qui n'a pas de fièvre, je serai rassurée mais un enfant qui reste fort fébrile et où il n'y a pas d'amélioration...

***Est-ce que tu peux me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur ta pratique dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Beh le fait de savoir que les guidelines recommandent finalement plutôt de ne rien faire, je trouve que c'est rassurant et c'est aidant par rapport aux familles, de leur expliquer que dans un premier temps, on ne fait pas grand chose et effectivement, on redit ce qu'on sort à chaque fois, même pour un bête rhume : d'en venir à des soins de nez, à humidifier, à des choses assez classiques. Et d'une certaine manière, ça déculpabilise de ne pas faire grand chose, parce que c'est des enfants qu'on peut avoir parfois avec quand même des symptômes où on se dit il y a une petite gêne respiratoire ou quoi et on comprend la panique des parents et en même temps, à côté de ça, on a tout à fait du recul scientifique où on sait que ça ne sert à rien pour une bronchiolite d'aller taper un antibio ou des cortico par inhalation. Donc voilà, je trouve que c'est aidant et que ça permet de rationaliser les soins.

***Est-ce que tu te sens à jour et compliant par rapport aux recommandations ?***

Pas toujours. J'ai l'impression de ne pas être trop en retard parce que j'ai eu, je pense que c'était dans le cadre d'un GLEM ou d'un dodeca, où on en a parlé assez récemment. Mais de manière générale, je vais quand même encore bien relire pour voir s'il n'y a pas eu des changements et je trouve que c'est pas toujours évident d'être au taquet, surtout quand il y a des nouvelles recommandations qui sortent.

***Quel est ton ressenti personnel par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ?***

***Est-ce que tu te sens à l'aise ? Est-ce que tu te sens efficace ?***

Au final, je dirais avec le recul, efficace oui, vu que je n'ai pas spécialement connu de soucis dans ma pratique. Donc je n'ai pas l'impression de mal gérer les choses. Maintenant, je trouve que c'est vraiment une pathologie pour laquelle on est toujours dans l'incertitude, parce qu'on sait que c'est une pathologie qui peut décompenser assez vite chez certains enfants, qui peut avoir des conséquences quand même létales et donc je trouve qu'on n'est jamais à l'aise parce que soit on hospitalise et on a toujours peur d'hospitaliser trop vite et de se faire remballer par les pédiatres et les urgences, soit on met beaucoup sur le dos des parents en leur expliquant les signes d'alerte mais en n'étant pas toujours sûr qu'ils feront ce qu'il faut. Donc voilà, c'est une situation que je trouve stressante à prendre en charge.

***Et la question suivante rejoint un peu ce que tu disais, quelles sont pour toi les difficultés que le médecin généraliste peut rencontrer dans les cas de bronchiolite ?***

Je trouve que ce n'est pas évident d'avoir un bon saturomètre pédiatrique. On en a un ici mais concrètement, il ne fonctionne pas.

La fiabilité de l'entourage de l'enfant est très variable et je pense que parfois, on se fait une fausse idée tant dans un sens que de l'autre. On peut avoir un bon état clinique mais ça peut décompenser très vite, donc on ne peut jamais être rassuré juste par ce qu'on voit objectivement. Et puis, il y a le fait qu'on a parfois peur de référer ou de prendre un avis parce qu'on n'est pas toujours bien pris, bien reçu, surtout que la bronchiolite tombe dans une période où il y a beaucoup d'autres pathologies qui sont là et donc on se sent parfois un peu seul.

***Comment est-ce que tu te situes par rapport à tes confrères ? Comment est-ce que tu penses que les MG ont tendance à prendre en charge la bronchiolite majoritairement ? Est-ce que tu penses que c'est plutôt universel ou qu'au contraire, tout le monde fait un peu sa propre popote ?***

Je pense que la prise en charge est un peu variable, que chacun a un peu ses habitudes. Je pense que globalement, les traitements qui sortent sont un peu les mêmes mais qu'on va d'un éventail de ne rien mettre à un éventail d'aller vers des traitements assez lourds et préventifs. Moi, j'ai l'impression que généralement, je suis plutôt vers le moins, en

sachant que je fais quand même des choses donc je me situe plutôt au milieu par rapport à tout cet éventail de possibles. Et j'ai l'impression, en tout cas, que mes collègues ici à la maison médicale sont un peu dans la même optique que moi de manière générale. On a peut-être un médecin qui a tendance à monter plus vite au niveau des traitements, sinon en général, on est tous plutôt, à une première rencontre, si l'enfant a un bon état clinique, à proposer vraiment des soins de confort. Mais c'est vrai que quand les parents reviennent et qu'on fait face à leur anxiété, on a tendance à proposer des traitements un peu plus... des molécules vraiment chimiques.

***Et dans ce cas-là, tu le fais plus pour rassurer les parents que pour l'efficacité en elle-même des médicaments ?***

Beh j'ai l'impression souvent, oui, que mon examen physique n'est pas nécessairement différent du premier mais qu'en voyant que l'évolution n'est pas... Maintenant, ça dépend évidemment. Si les parents reviennent déjà après le lendemain et qu'il n'y a pas de mieux, voire même après deux jours, il y a souvent moyen encore de les tenir. Mais quand ils viennent après quatre jours en disant « ca ne va pas mieux » beh là, oui, c'est vrai que pour les rassurer, on a tendance à mettre un aérosol.

***Tu parlais du fait que dans la maison médicale, vous avez une approche qui est plus ou moins la même. Tu penses que ça peut influencer ta prise en charge le fait de travailler seul ou en maison médicale ?***

Beh disons que si j'ai une incertitude, parfois, je peux demander à un collègue de venir voir aussi l'enfant ou relater le cas et avoir un petit peu son avis. Et parfois, je me retrouve à prendre en charge des patients de mes collègues que je connais moins bien donc ça aussi ça va changer la gestion des choses en fonction de ce que je peux lire aussi dans le dossier et de ce que fait le collègue.

***Quel est ton ressenti par rapport aux parents et aux proches de l'enfant ? Est-ce que tu penses qu'ils compliquent les choses ? Ou qu'au contraire, ils sont plutôt aidants dans la prise en charge ?***

Je trouve que c'est très très variable d'une famille à l'autre et qu'on est parfois très étonné par rapport à la demande des gens. Parfois, on a l'impression de se justifier de ne pas mettre d'antibiotiques par exemple, parce qu'on s'attend à ce que ce soit des parents

qui réclament vraiment des soins. Et en fait, ils sont totalement partants pour ça. Parfois au contraire, c'est vraiment difficile et c'est conflictuel de devoir justifier le fait qu'on ne mette rien, qu'on ne mette pas d'aérosols, qu'on ne mette pas d'antibiotiques. Pour le suivi de l'enfant, c'est variable aussi. Donc voilà, on a de tout. On a des parents qui voudraient qu'on mette moins que ce qu'on ne met, on a des parents qui voudraient qu'on mette beaucoup plus et ça dépend d'une famille à l'autre. Mais globalement, je suis plutôt positivement satisfaite. Je trouve que les gens sont assez en confiance et qu'on peut leur faire confiance aussi.

***Est-ce que tu as quelque chose à ajouter pour terminer ? Des remarques, des questions ?***

Non, pas spécialement. Je pense que tes questions sont judicieuses et que tu ratisses assez large. Et c'est un sujet vraiment intéressant, parce qu'en effet, moi ça m'interpelle toujours de connaître les guidelines et je pense qu'il y a très très peu de médecins qui ne font rien par rapport à une bronchiolite et qui disent juste « ça va passer tout seul, attendez ». Alors que concrètement, c'est ce qui est recommandé.

#### **4) MG.4**

***Comment est-ce que vous définiriez un cas typique de bronchiolite ?***

D'abord, il y a l'âge, c'est souvent avant un an. De l'encombrement bronchique avec asthme souvent. D'origine plus souvent virale.

***Est-ce que vous pouvez me raconter sur quoi se base votre diagnostic ?***

Essentiellement l'auscultation. C'est à la maman de dire comment ça se passe avec le petit. Les quintes de toux, éventuellement de la température. L'auscultation avec des râles diffus ou du bronchospasme. Souvent, mais c'est pas toujours, une infection des voies respiratoires supérieures en même temps.

***Qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation des examens complémentaires ?***

Pratiquement jamais. Maintenant, si j'ai un doute sur un diagnostic différentiel avec un foyer, là je ferai une radio, mais c'est exceptionnel.

***Est-ce que vous pouvez me parler de la prise en charge que vous proposez en cas de bronchiolite ?***

Ce n'est plus d'actualité mais enfin, je fais quand même des aérosols d'Atrovent s'il y a de la toux, Ventolin s'il y a du bronchospasme. Si je vois pour la deuxième fois pour la même maladie, souvent je rajoute un corticoïde et si c'est accessible, je fais faire quand même de la kiné.

***Justement, à propos des aérosols, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous trouvez que c'est efficace ? Est-ce que ça a du sens ou pas d'en donner ?***

Oui je pense.

***Et au niveau de la kiné, quel intérêt ça peut avoir ?***

Disons que pour le confort de l'enfant et puis beh ça rassure la maman de ne pas avoir des quintes de toux tout le temps.

***Est-ce que vous proposez des choses non médicamenteuses aux parents, des conseils etc. ?***

Oui, toujours. De bien hydrater, ça c'est important. Surveiller la température et faire baisser, mais ça c'est médicamenteux tu me diras. Ne pas surchauffer la pièce. Boh, les conseils habituels... Si c'est des parents fumeurs, il ne faut pas fumer tout près.

***Qu'est-ce que vous proposez comme suivi après un diagnostic de bronchiolite ?***

Souvent, je demande à revoir après cinq jours.

***D'office ?***

Oui. Beh... Ou alors... Non, en général oui.

***Selon vous, quel rôle l'entourage de l'enfant peut-il jouer dans la prise en charge ?***

Outre ce que j'ai déjà dit ?

***Oui.***

Je ne vois pas non.

***Ok. Est-ce que vous pouvez me parler des situations ou des critères qui vous poussent à référer l'enfant à l'hôpital.***

Souvent, ça dépend un peu du milieu familial. C'est vrai que si la mère se sent dépassée dès le début, beh ce sera une des raisons d'envoyer. Si l'enfant ne boit pas bien, ça c'est aussi une raison. Mais c'est à peu près tout.

***Est-ce que vous pouvez me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur votre pratique en ce qui concerne la bronchiolite ?***

Non. Finalement, les guidelines c'est ne rien faire... Ce qui n'est pas acceptable dans la relation avec la maman.

***Pas acceptable pour les parents ou pour le médecin ?***

Pour les deux.

***Est-ce que vous vous sentez à jour et compliant par rapport aux recommandations ?***

Compliant, sûrement pas. A jour, ben je les vois mais ce n'est pas pour ça que je suis compliant.

***Justement, est-ce que vous allez souvent relire la littérature et les nouveautés ou pas ?***

Je lis tout ce qui paraît dans ce qui est hebdomadaire etc., ça je lis tout. J'ai la revue médicale de Liège et la revue de Louvain, je lis pratiquement tout. Enfin non, il y en a une que je lis moins parce que c'est des exceptions donc qu'on ne verra jamais. C'est celle de Louvain que je lis moins.

***Est-ce que vous avez d'autres façons de vous tenir à jour des nouveautés ?***

Boh avec les séances de formation, j'ai les journées complètes de la SSMG, ça je suis presque un abonné.

***Est-ce que vous pensez que les recommandations sont vraiment applicables dans la pratique de la médecine générale ?***

Non.

***Et selon vous, les raisons ?***

Beh parce que ça fait fi du fait que la maman va se tracasser et qu'elle n'accepte pas quoi.

***Quel est votre ressenti personnel par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ? Est-ce que vous vous sentez à l'aise ? Efficace ?***

Oui, souvent. Ca dépend aussi de la relation avec les parents, mais si j'ai une bonne relation, ça va, je me sens à l'aise.

***Est-ce que vous pouvez me parler des difficultés qu'un médecin généraliste peut rencontrer dans des situations de bronchiolite ? Qu'est-ce qui peut faire que c'est un diagnostic difficile à gérer pour un médecin généraliste ?***

Il y a parfois l'intrication avec l'asthme du nourrisson...

***Est-ce que vous pensez qu'il y a beaucoup de disparités dans la façon de prendre en charge la bronchiolite ?***

Oui, sûrement.

***Et comment est-ce que vous vous situez par rapport à vos confrères ? Vous avez l'impression de faire beaucoup plus ? Beaucoup moins ?***

Je ne sais pas te répondre.

***Est-ce que vous pensez qu'il y a une différence de prise en charge en fonction de l'âge ou de la provenance du médecin généraliste ?***

De l'âge, sûrement.

***A cause de quoi par exemple ?***

Beh déjà l'application des guidelines.

***Vous pensez que les jeunes appliquent plus les recommandations que les plus âgés ?***

Au départ, en tout cas, oui. A la longue, peut-être plus.

***Voilà, on a fait le tour des questions. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter, des remarques ?***

Je me rappelle d'une kiné, qui ne travaille plus maintenant, qui s'occupait beaucoup des enfants, et c'était une remarque qui va à l'encontre de tout ce qu'on dit : elle travaillait très bien au niveau respiratoire mais elle disait qu'elle n'était à l'aise que si le médecin traitant avait prescrit un antibiotique.

***Ah oui ? Et ça, prescrire des antibiotiques pour une bronchiolite, ça vous arrive ?***

Exceptionnellement. Si ça traîne. Parce que ça peut déraiser dans ce sens-là, ça peut se surinfecter.

Et sinon, c'est peut-être parce que mon épouse travaillait en pédiatrie mais j'ai vu qu'ils faisaient en clinique ce que je fais donc...

***Oui, pas beaucoup plus ?***

Et pas beaucoup moins non plus (rire).

*Quelques minutes plus tard, le MG revient vers moi avec une remarque supplémentaire que je n'ai pas enregistrée. Il me dit avoir été assistant en pédiatrie pendant six mois et que ça aussi, ça l'a influencé dans sa façon de faire.*

## **5) MG.5**

***Comment définirais-tu un cas typique de bronchiolite ?***

Enfant en détresse respi. Enfin, ils ne sont pas tous comme ça mais... On va dire sibilances expiratoires. Détresse respi, oui ou non, pas nécessairement. Toux, grasse ou sèche. Fièvre, oui ou non. Voilà, ça c'est cas typique. Enfant en bas âge évidemment. Mais il faut que ça siffle au niveau respiratoire.

***Est-ce que tu peux me raconter sur quoi se base ton diagnostic ?***

Ben je fais une anamnèse qui m'oriente en tout cas vers des symptômes de bronchiolite ou de bronchite. Et puis, à l'examen clinique, si j'entends que ça siffle, c'est qu'à priori, le tout mis ensemble, c'est une bronchiolite.

***Qu'est-ce que tu penses de l'utilisation d'examen complémentaires ?***

Inutile. A moins qu'il y ait d'autres signes alarmants, peut-être une pneumonie sous-jacente, bon là oui. Ou prise de sang s'il est vraiment méga moche. Je dis inutile mais pas pour le frottis. En hospitalisation en tous cas, ça se fait pour voir s'il n'y a pas un Adénovirus ou...

***Mais en médecine générale ?***

En médecine générale, non, ce n'est pas utile. Enfin je pense, moi je n'en fais pas en tous cas. La majorité vont être à la maison et donc c'est quoi l'intérêt de savoir que c'était un Adénovirus ou un autre ?

***Est-ce que tu peux me parler de la prise en charge que tu proposes ?***

Soins de nez d'abord. Et puis, au niveau respiratoire, comme beaucoup de gens, aérosols. Atrovent et Ventolin.

***D'office les deux ?***

Pas spécialement, ça dépend un peu de son état. Un seul au moins, en général plutôt l'Atrovent pour ne pas que ça accélère le cœur. Et après, on peut toujours rajouter éventuellement un Budesonide ou un équivalent.

***Et qu'est-ce qui fait que tu vas mettre un Budesonide ?***

C'est un peu au cas par cas aussi... Je n'ai pas vraiment de règle. Je ne suis pas vraiment de guidelines pour ça, je vais mettre au feeling. Oui, je dirais plus comme ça. Ou si ça fait longtemps. Si on a essayé l'Atrovent pendant cinq jours et que ça ne va pas mieux mais que ça ne s'aggrave pas, ok on peut essayer peut-être un petit cortisoné.

***Est-ce que tu proposes des thérapeutiques non médicamenteuses ? Des conseils ?***

L'assoir à 45 degrés et aérosols de sérum phy, si on peut considérer que c'est non médicamenteux. Parfois, ça humidifie un peu et parfois, ça peut faire du bien.

***Quel suivi proposes-tu ?***

Bah à priori, s'il ne fait plus de température et qu'il respire mieux, je ne dois pas forcément le revoir. S'il fait toujours de la fièvre au bout de 3-4 jours, j'aime autant le revoir pour vérifier qu'il n'y ait pas d'aggravation. Mais sinon, en dehors de ça, si il

mange bien, qu'il boit bien et qu'il est en forme, je dois pas nécessairement le revoir. Tant que ça ne s'aggrave pas.

***Selon toi, quel rôle l'entourage de l'enfant peut-il jouer dans la prise en charge ?***

Bonne question... A part la maman et le papa qui doivent le prendre en charge et lui donner des soins, pour moi aucun, aucun rôle...

***Qu'est-ce que tu penses de la kiné respi ?***

Oh ben s'ils sont très encombrés, je n'en pense que du bien. Sinon, ça n'a aucun intérêt pour moi. S'ils ne sont pas encombrés et qu'il n'y a pas de sécrétions, je ne vois pas ce que le kiné va faire.

***Donc pour toi, ça a un rôle « évacuateur » quand il y a beaucoup de sécrétions ?***

Ouais.

***Et tu trouves ça efficace ?***

Ah oui. Mais ça, ça dépend aussi du kiné. Il y en a qui vont dire « Oh j'arrive à rien faire sortir, ça n'a pas d'intérêt » et d'autres qui vont bien évacuer et qui vont dire que c'est bien efficace. Mais bon, à cet âge-là, parfois, ce n'est pas évident d'évaluer si oui ou non c'est bien efficace. Boh, ça ne peut pas faire de mal en tous cas.

***Ca, tu en as déjà un peu parlé, qu'est-ce que tu penses de l'utilisation des aérosols ?***

***Surtout, est-ce que tu considères que c'est efficace ?***

Ben, bonne question... A priori, les parents sont toujours inquiets, donc quand ça siffle, ben en toute logique tu mets un bronchodilatateur et tu espères que ça l'aide. Après, je n'ai pas écouté un enfant juste après qu'il ait eu son bronchodilatateur... Mais tu revois parfois un enfant et les parents te disent qu'il a eu un puff de bronchodilatateur avant de venir et que ça a l'air de siffler nettement moins. Mais bon, l'expérience est la plus mauvaise des preuves en médecine, donc ce n'est pas pour ça que c'est utile. Je ne peux pas vraiment te dire si c'est utile ou pas, je le fais parce que ça siffle et en toute logique, physiologiquement parlant, ben si ça siffle, c'est que c'est fermé... Après, ça peut aussi se fermer par des sécrétions évidemment... Mais si c'est fermé, tu mets un bronchodilatateur.

***Et pour le corticoïde ?***

Boh, le cortico c'est surtout à visée anti-inflammatoire. C'est sûr que ça ne va pas l'aider dans l'immédiat, mais peut-être plus sur le long terme.

***Est-ce que tu peux me parler des situations ou des critères qui te poussent à référer l'enfant ?***

Ben s'il présente simplement des signes de détresse respi, je réfère immédiatement. Sinon, pas spécialement.

***Est-ce que tu peux me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur ta pratique dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Je ne les connais pas donc je ne suis pas influencé par elles. Même si je devrais... Voilà. Je dirais ça comme ça.

***C'est dans le cadre de la bronchiolite ou de base, tu n'es pas forcément hyper à jour sur les recommandations ?***

Ah si, si si, j'essaie un maximum, mais on n'a pas toujours le temps. Mais pour la bronchiolite en tout cas, je n'ai que mon expérience et l'expérience que j'en ai tirée en pédiatrie donc je n'ai pas cherché plus loin vu que c'est assez récent. Ce qu'un pédiatre fait, je me disais en toute logique que ça devait être les guidelines, donc je n'ai pas cherché plus loin.

***Est-ce que de façon globale tu vas fréquemment relire des choses dans la littérature et comment est-ce que tu te tiens à jour des nouveautés ?***

En général, c'est quand j'ai un cas qui me pose question, alors là je vais revoir dans la littérature ce qu'ils en disent. Et ce que je sais déjà, si je suis super à l'aise avec le sujet, je ne vais pas forcément revoir. A tort... Clairement. Et voilà, grosso modo c'est ça. Si je me pose une question, je vais voir dans la littérature, idéalement UpToDate, ça c'est vraiment très bien, enfin moi j'aime beaucoup. Et pour des nouveaux traitements ou quoi, là j'en entends parler au fur et à mesure, par des collègues ou quoi.

***Est-ce que tu penses que les recommandations sont toujours applicables dans la pratique ?***

En général, elles essaient de l'être... Mais parfois, il faut s'adapter, effectivement, parce que c'est pas toujours le cas. Dans le cas de la bronchiolite, comme je ne les connais pas, c'est difficile de te donner une réponse.

***Comment est-ce que tu te sens par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ? Est-ce que tu te sens à l'aise, efficace, est-ce que c'est un diagnostic qui t'embête ?***

Boh de manière générale, pour la majorité des enfants, non, ce n'est pas un diagnostic qui m'embête. Et c'est ultra fréquent donc oui, je me sens plutôt à l'aise. Après, pour des enfants qui sont plus en difficulté, ça dans tous les cas, je les réfère. Donc à priori, ça ne me met pas spécialement mal à l'aise.

***Est-ce que tu penses qu'il y a des difficultés que le médecin généraliste peut rencontrer et qui sont typiques de la bronchiolite ?***

Non... Je ne pense pas... C'est plutôt clair en général. Après, c'est vrai que parfois, ça peut ne pas être vraiment une bronchiolite et que ça peut simplement être une bronchite et que ça siffle un peu sans que ce soit nécessairement une bronchiolite.

***Comment est-ce que tu penses te situer par rapport à tes confrères en ce qui concerne la prise en charge de la bronchiolite ? Est-ce que tu penses qu'il existe beaucoup de différences entre les médecins ?***

Je pense qu'ils sont tous plus ou moins... qu'ils font tous à peu près la même chose. Notamment les bronchodilatateurs.

***Et donc toi, tu te situes dans cette norme-là aussi ?***

Ouais, dans la moyenne.

***Quel est ton ressenti par rapport aux proches et aux parents de l'enfant ? Est-ce que tu penses qu'ils peuvent t'influencer ?***

Oui, je dirais que si les parents ont déjà consulté un autre médecin, pas forcément pour cette bronchiolite-là, et qu'ils ont reçu des médicaments, parfois ils disent « Ah mais il a

déjà reçu ça et ça », donc tu vas avoir tendance à lui prescrire des bronchodilatateurs même s'il n'en a pas extrêmement besoin. Voilà. Ca c'est clair...

***Est-ce que tu as quelque chose à ajouter pour terminer, des remarques ?***

Non, rien de spécial.

## **6) MG.6**

***Comment définirais-tu un cas typique de bronchiolite ?***

Oh ! Alors... une détresse respiratoire, avec des signes cliniques marqués soit par le balancement thoraco-abdominal, soit par un battement des ailes du nez, soit par des signes de tirage intercostal ou sous-costal. Chez un enfant... classiquement, la bronchiolite pour moi c'est de zéro mois à deux ans, peut-être même que c'est 18 mois, je ne saurais pas te dire avec précision... Je décrirais aussi que cette difficulté respiratoire s'accompagne de difficultés à l'alimentation quand elle est plus sévère et s'accompagne de température aléatoirement. Je crois que c'est comme ça que je définirais une bronchiolite. Forcément, plus ou moins de désaturation et donc un besoin en oxygène qui peut se faire sentir. Généralement, la dégradation se fait dans les premières 48 heures, à mon sens, mais j'ai déjà eu des cas où c'était plus tardif. Voilà, c'est comme ça que je définirais ma perception de la bronchiolite.

***Est-ce que tu peux me raconter sur quoi se base ton diagnostic ?***

Beh sur ces signes cliniques-là... C'est à dire que généralement, dans l'histoire, j'ai une anamnèse avec souvent des signes ORL précurseurs donc souvent un petit écoulement nasal ou encombrement nasal donc des signes ORL qui ont précédé la difficulté respiratoire. Et puis j'ai une maman qui me décrit parfois rien qu'une toux. Mais souvent, ils ne viennent pas rien que pour ça, ils viennent quand ils constatent une difficulté respiratoire chez l'enfant.

Alors, le diagnostic, on pourrait parler du frottis RSV mais on sait qu'il y a aussi des bronchiolites qui ne sont pas causées par le RSV. Moi je ne me base pas là-dessus pour décréter que c'est une bronchiolite. Souvent, avec l'examen clinique, on a quand même un examen qui est évocateur. Soit de tout fins petits crépitants diffus, soit simplement la

clinique des symptômes que j'ai décrits, donc un balancement thoraco-abdominal, des signes de tirage et des choses comme ça. Maintenant, c'est vrai que parfois, dans les bronchiolites a minima, on a un diagnostic qui est très peu certain, qui est basé sur des suppositions et qu'on peut parfois un peu confondre avec une bronchite. Moi je pense qu'on a tendance à sur-diagnostiquer la bronchiolite. Maintenant, c'est vrai que chez les petits, on ne parle pas non plus facilement de bronchite, donc je pense que c'est le diagnostic qui est un peu compliqué... Maintenant, chez les tout-petits, on sait que de toute façon, une bronchite ne se traite pas très fort différemment d'une bronchiolite... La seule distinction que je fais parfois dans la prise en charge, c'est quand il y a des antécédents allergiques dans la famille. Alors là, je vais avoir plutôt tendance à me dire « Ok, c'est peut-être une bronchiolite mais ça peut être aussi dans cette appellation de bronchiolite, une petite bronchite asthmatiforme ou quelque chose qui pourrait laisser penser qu'il y a un terrain allergique sous-jacent ». Et donc là, j'ai parfois plus facilement tendance à traiter comme on pourrait traiter une bronchite asthmatiforme et à mettre un beta2-mimétique ou quelque chose comme ça, alors que ce n'est pas considéré comme traitement dans la bronchiolite.

***Tu y as déjà un peu répondu mais que penses-tu de l'utilisation des examens complémentaires ?***

Beh oui, éventuellement le frottis RSV quand on a un doute... Maintenant, autant j'en ai vu l'intérêt au début, autant maintenant que je sais qu'il peut y avoir une bronchiolite sans RSV, j'en vois plus forcément l'intérêt. Je pense que le diagnostic est quand même avant tout clinique. Enfin, anamneste-clinique. Maintenant, sans doute que ce frottis RSV garde un intérêt hospitalier ou par rapport à des risques de contagion ou quoi dans l'entourage proche. Pourquoi pas. Mais pour moi, ce n'est pas un facteur-clé diagnostique.

Maintenant, plus pour du diagnostic différentiel alors. Pour être sûr que c'est pas un corps étranger, éventuellement une radio. Ou oui, être sûr qu'on n'est pas sur un phénomène infectieux bactérien ou quoi, éventuellement une radio. Mais c'est plus en terme de diagnostic différentiel si j'hésite. Et pareil pour la bio, je vais aller plus vers la bio si je ne suis pas sûre que ce n'est pas un phénomène plutôt infectieux bactérien. Mais je n'utilise pas d'examen complémentaire si ce n'est la saturométrie, mais ça je suppose

que tu ne considères pas comme un examen complémentaire... Oui, juste saturomètre et examen clinique classique.

***Qu'est-ce que tu proposes comme prise en charge ?***

Alors, je ne respecte pas tout à fait les guidelines puisque les guidelines sont... Enfin, j'explique. La plupart du temps, j'explique quelles sont les guidelines. J'explique l'importance du nursing, du fait que c'est un virus, qu'on ne sait pas le soigner, que c'est le corps qui s'en débarrasse tout seul et que donc l'important c'est surtout qu'il ne se déshydrate pas et c'est de surveiller les besoins en oxygène. Donc c'est généralement ces deux aspects-là que j'explique aux parents en disant voilà, il faut l'hydrater, par petites quantités parce qu'il va pas avoir la capacité de prendre ses biberons comme d'habitude. Je dis aux parents que la principale chose et ce qu'il faut surveiller, c'est des signes de détresse respiratoire qui peuvent apparaître ou s'accroître et que ça, il faut voir si ça ne nécessite pas qu'il y ait un apport en oxygène en milieu hospitalier. Ça, c'est les deux choses sur lesquelles j'insiste. Maintenant, c'est vrai que, comme je l'ai dit, s'il y a quelque chose dans la famille ou dans l'histoire de l'enfant qui me fait penser qu'il peut y avoir petit terrain allergique, je vais avoir tendance à mettre quand même du Ventolin, même si ce n'est pas conseillé.

Tout un temps, j'avais utilisé les aérosols de sérum légèrement hypertonique à 3% et puis comme la dernière mise à jour que j'ai eue ne paraissait pas être très portée là-dessus, j'ai arrêté de proposer ça aussi.

Parfois, je mets un beta2 courte durée, parfois je mets quand même un peu de kiné, même si de nouveau, les guidelines ne le recommandent pas forcément. Pour plusieurs raisons. Chez des parents qui sont plus anxieux, parce que la kiné va permettre d'avoir un regard journalier sur l'enfant et de quand même faire une petite auscultation et de suivre un peu. Et parfois, parce qu'il y a quand même des sécrétions un peu plus importantes à dégager. Parfois, c'est des sécrétions hautes hein, plutôt dues à l'infection ORL, mais voilà... Et puis aussi chez les parents qui sont justement pas inquiets. Quand le milieu socio-culturel... J'ai pas de signe de gravité qui me dit « Ok, on va à l'hôpital » mais que je ne suis quand même pas tout à fait tranquille de laisser cet enfant seul à la maison. Donc dans les milieux où je me sens moins à l'aise de laisser l'enfant sans surveillance, parfois je mets de la kiné aussi.

Quoi d'autre... Parfois aussi, quand les parents sont demandeurs d'avoir quand même quelque chose à faire, des aérosols de sérum physiologique ça m'arrive d'en mettre, juste des aérosols tous seuls. Et évidemment, tous les conseils de dégager le nez, tous les conseils de prévention mort subite donc mettre l'enfant sur le dos. Faire des soins de nez vraiment réguliers. Voilà... Je pense que c'est principalement ça que je dis.

***Quel suivi proposes-tu ?***

Beh ça je me suis déjà dit aussi que je ne faisais pas ça bien. Je ne propose pas de suivi en fait. Je dis aux gens qu'ils reviennent quand ils ont besoin, je leur donne les signes d'alerte. Mais c'est vrai que je me suis déjà dit que ce serait peut-être bien que je revoie les enfants systématiquement à J+1 ou J+2, mais c'est vrai que je ne le fais pas. Je dis aux gens qu'ils reviennent s'il y a une dégradation en expliquant les signes.

***Selon toi, quel rôle l'entourage de l'enfant peut-il jouer dans la prise en charge ?***

Ben énormément. Pour moi, c'est eux qui gèrent toute la prise en charge. Puisqu'on sait que c'est essentiellement des conseils généraux, c'est eux qui vont veiller à ces signes de dégradation, c'est eux qui vont apporter les soins de base nécessaires, dégager le nez, donner une alimentation fractionnée et surveiller l'état général de l'enfant. Donc pour moi, c'est l'entourage qui a le rôle le plus important dans le suivi de cette bronchiolite. Et c'est parfois ce qui nous met mal à l'aise en tant que soignant. Ca m'est déjà arrivé une fois d'hospitaliser une petite parce que je me suis dit que son entourage n'était pas à même de gérer ça correctement. Elle ne m'inquiétait pas en elle-même, mais je savais qu'on ne pouvait pas compter sur les proches. Et d'ailleurs, je crois que c'est dans les critères d'hospitalisation.

***Pour la question suivante, ça aussi on en a déjà parlé, qu'est-ce que tu penses de l'efficacité de la kiné respi et des aérosols ?***

Beh la kiné respi, ça a été très controversé. Enfin, moi ce que j'ai lu, c'était des « très pour » et des « très contre » et puis de ceux qui ne savaient pas se prononcer. Donc c'est vrai que les guidelines ne sont, à ma connaissance, pas en faveur de la kiné respi, mais je pense qu'il y a un rôle de surveillance, de réassurance aussi et je pense que dans certaines situations où les bruits respiratoires parasites sont inquiétants, les bruits plutôt respiratoires hauts en fait, puisque les sifflement, le wheezing, etc., ça on sait qu'il

n'y a pas de traitement efficace, mais je pense que ces bruits parasites en moins peuvent soulager et l'enfant et l'entourage, donc moi c'est vrai qu'il y a des situations où je continue à en mettre.

Et les aérosols, beh oui... On sait que les anti-muscariniques, à priori, il n'y a pas de récepteurs à cet âge-là, que les beta2 c'est très controversé, c'est pour ça que moi j'en mets parfois. Soit sous forme de puff, soit quelques gouttes de Ventolin dans un aérosol. Et puis beh voilà, l'aérosol seul avec un peu de sérum physiologique j'ai l'impression que parfois, dans certaines quintes de toux, ça peut un peu soulager et puis ça donne parfois aux parents la sensation de faire quelque chose pour leur enfant.

***Est-ce que tu peux me parler des situations ou des critères qui te poussent à référer l'enfant ?***

Beh donc des signes, on l'a dit hein... Soit un entourage inadéquat par rapport à la surveillance, soit une saturation trop basse. Maintenant c'est vrai que les saturomètres enfants, ça, je m'étais déjà dit qu'il fallait que j'achète, parce que j'ai parfois du mal chez les tout-petits à avoir une saturation correcte. Evidemment, tout signe de cyanose, ça bien sûr. Mais avant ça, je dirais une saturation en dessous des 93% je pense, j'imagine que ça doit être un peu comme une crise d'asthme. Tout signe de détresse respiratoire donc balancement thoraco-abdominal, tout signe de tirage, battement des ailes du nez. Un enfant qui ne prend plus la moitié de ses quantités sur une journée et donc qui montre des signes de déshydratation ou de grandes difficultés à s'alimenter normalement. Qu'est-ce que je référerais aussi ? Oui, ça c'est peut-être plus vraiment dans la bronchiolite mais une crainte de bronchiolite surinfectée donc une forte fièvre qui ne cèderait pas bien ou une dégradation par rapport à un état stationnaire ou en amélioration, ça j'aurais tendance à référer aussi. Enfin, je n'aurais pas tendance, je le ferais. J'ai sûrement oublié des choses...

***Est-ce que tu peux me parler de l'influence des guidelines et de la littérature sur ta pratique dans la prise en charge de la bronchiolite ?***

Beh je pense que les guidelines sont très intéressantes, je dirais que c'est peut-être une des pathologies pédiatriques pour lesquelles j'ai été le plus influencée par les guidelines. Mais je continue quand même, malgré tout, à faire un peu ma popote, justement parce que, beh parce qu'on est avec de l'humain et que dire aux parents « Il n'y a rien à faire, il

n'y a aucun traitement qui fonctionne », je trouve que c'est quand même vraiment compliqué. Et donc, je continue à faire quand même un peu au cas par cas, avec la demande des parents, pour ne pas dire non à tout et ajuster un peu les choses. Maintenant, sans doute que je suis déjà larguée par rapport à mes dernières mises à jour. Parce que c'est vrai que ça change quand même beaucoup. Mais je pense que c'est bien qu'il y ait une... j'ai l'impression qu'il y a une communication assez claire vers la médecine générale par rapport à ces guidelines pour la bronchiolite. Et voilà. La difficulté, ça reste que c'est un diagnostic clinique et anamnestique qui est un diagnostic comme tous les diagnostics en médecine générale, avec une part d'incertitude et que la difficulté de rester dans du traitement tel que recommandé dans les guidelines c'est aussi compliqué parce que voilà, on fait avec de l'humain et les parents viennent parfois avec des attentes... Et nous-mêmes, c'est parfois difficile de dire « ok, on surveille et on fait rien ». Et donc c'est vrai que je trouve qu'elles sont très importantes, je trouve qu'elles sont généralement bien communiquées, que c'est assez clair, mais que c'est pas toujours évident de les mettre en pratique.

***Est-ce que tu te sens à jour et compliant par rapport aux recommandations de manière générale ?***

Ben là j'avoue que c'est en plus un moment un peu particulier... Ayant été en arrêt de travail, j'ai un peu décroché ces derniers mois. Euh... Non, je ne me considère pas comme à jour et compliant. J'essaie de me tenir à jour et la plupart du temps, les guidelines me servent de ligne de conduite, même si on fait souvent des exceptions en fonction des cas particuliers de nos patients. Mais je pense que je n'ai pas encore bien trouvé comment rester à jour par rapport à toutes ces recommandations. Mes lectures sont encore un peu trop éclectiques et je trouve qu'on dépend encore trop, dans notre système de continuité d'apprentissage, de spécialistes qui n'ont pas toujours non plus une lecture des guidelines très littérale. Et donc, voilà, moi j'aime beaucoup les mises à jour qui sont faites par des spécialistes que je sais être attentifs aux guidelines et j'apprécie pouvoir aller moi-même lire un peu via Prescrire, via le CBIP, via quelques petites sources plus fiables. Mais c'est vrai que les recommandations en tant que telles dans chaque pathologie, le problème c'est qu'il faut aller les chercher là où elles sont. Donc ça m'arrive via le logiciel d'aller cliquer sur le petit code raccourci pour avoir accès aux recommandations, mais c'est difficile de le faire en consultation. Et si on ne le fait pas en

consultation, je trouve que c'est compliqué d'aller chaque fois chercher la source là où elle est. J'ai longtemps pensé qu'on allait mettre en place une bibliothèque à la maison médicale avec tous les documents les plus récents, mais le problème de ces recommandations, c'est les mises à jour, c'est qu'elles changent. Et donc quand j'ai l'impression d'être à jour sur un point, c'est un autre qui a changé, donc c'est un peu frustrant. Mais je pense que c'est important qu'elles soient là et qu'on soit conscient qu'on ne les gère pas toutes.

***Est-ce que tu penses que les recommandations, dans le domaine de la bronchiolite, sont réellement applicables dans la pratique ?***

Euh beh oui, je pense que j'ai déjà aussi répondu en partie à la question. Pour moi, les principales limites c'est qu'on n'est jamais sûr d'un diagnostic de bronchiolite à 100%, enfin rarement sûr. Ca c'est une limite. Je pense que du coup, on va avoir tendance à se dire « Mais si c'est pas ça, il faut que ». Et la deuxième limite ben c'est le traitement « minimaliste » qui ne plait pas toujours aux parents et qui est parfois compliqué à dire quand il y a un enfant qui n'est pas bien au niveau respiratoire. Donc c'est là, je pense, qu'on prend parfois des chemins de traverse et qu'on essaie, dans la négociation, de trouver quelque chose qui ne va pas être nuisible pour l'enfant mais qui ne va pas non plus laisser le parent en ayant l'impression de ne rien faire pour son enfant qui n'est pas bien. C'est les deux limites principales que je vois.

***Quel est ton ressenti général par rapport à la prise en charge de la bronchiolite ?***

***Est-ce que tu te sens à l'aise, efficace ?***

A l'aise et efficace... C'est une bonne question. Pfff... On n'est jamais vraiment à l'aise justement. A cause de cette incertitude, à cause de cette difficulté de dire « Beh c'est viral et comme pour le reste ça va passer. Mais il faut quand même surveiller parce que ça peut quand même être grave ». Cet espèce de discours un peu ambivalent, rassurant et en même temps, en expliquant bien les signes d'alarme, c'est quelque chose qui ne met pas à l'aise, je pense fondamentalement. On sait que ça peut être mortel, mais on doit rassurer les parents. Donc on est dans quelque chose qui est un peu ambivalent et qui est difficile. Donc à l'aise, je pense que je ne serai jamais tout à fait à l'aise. Maintenant, je suis assez au clair par rapport à ce qu'on sait actuellement et qui est le mieux pour l'enfant, pour essayer de donner un discours le plus clair et le plus crédible possible. Et

efficace, beh on l'est de par cette approche d'accompagnement clair qu'on donne aux parents je crois. En tous cas, je pense que c'est la seule efficacité qu'on peut avoir, c'est de pouvoir être clair sur ce qu'il faut faire et être clair sur ce qui doit alarmer. Et je pense que c'est notre rôle de MG. Maintenant, il y a quelque chose d'un peu frustrant dans ce côté impuissant, de pas avoir le truc magique qui fait que l'enfant est mieux en sortant de notre cabinet. C'est pas une pronation douloureuse quoi (rires).

***Comment est-ce que tu te situes par rapport à tes confrères ? Est-ce que tu penses qu'il y a beaucoup de disparités dans la façon de prendre en charge une bronchiolite ? Et comment toi tu te situes par rapport aux autres ?***

Oh moi, j'ai l'impression que le discours est quand même de plus en plus clair et probablement de plus en plus suivi. Je me dis que, sans doute, dans les MG qui se mettent moins à jour ou qui sont un peu moins ouverts à la remise en question, il y a probablement encore des gens qui ont tendance à mettre plus facilement un antibiotique ou à taper beta2, anticholinergiques et tout ce qu'on peut. Je ne me sens pas jugeante par rapport à eux, je me dis que c'est probablement pas l'idéal et que dans la balance risques-bénéfices c'est pas le mieux, mais je peux comprendre que ce soit 1) un peu difficile de ne rien faire, 2) difficile de changer des habitudes. Mais je n'ai pas l'impression que ce soit la majorité. Moi, j'ai l'impression que la majorité des MG ont quand même bien entendu le message et sont dans une prise en charge veillant à ne pas nuire.

***On arrive à la fin des questions, est-ce que tu as des remarques ou quelque chose à ajouter ?***

Euh non... Oui, que je pense que dans toute la médecine, et ça se vérifie encore plus dans la bronchiolite, on a des messages généraux de statistiques etc. et ce à quoi on doit vraiment être attentif, c'est cette espèce de « rien du tout » qui peut faire basculer. Je pense que là maintenant, d'avoir connu des bronchiolites qui étaient apparues sur 24h de temps après la rhinite, je suis maintenant vraiment très précautionneuse par rapport au rhume chez les tout-petits, en disant aux mamans de surveiller tel aspect des choses. Mais ça, je pense que c'est des choses qui viennent avec la pratique et qui sont sans doute un peu biaisées par la pratique, parce que c'est sans doute pas vrai au niveau statistique. Mais c'est vrai que le fait d'avoir connu un petit cas particulier à gauche ou à

droite fait que parfois, on va avoir tendance à modifier ces guidelines. Mais voilà, je pense que c'est plus une considération sur la médecine générale en soi, ou la médecine même en général. C'est juste que c'est vrai que pour la bronchiolite, ça se manifeste aussi par un changement d'attitude.