



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1549

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

par

JEMMI Anaïs

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

**Study of the therapeutic triad parents-doctor-physiotherapist in the
management of children with acute respiratory disease in ambulatory
respiratory physiotherapy**

Directrice de mémoire

LECLERCQ Ingrid

Année 2019

Session 1

Membres du jury

FRINDEL Carole

LECLERCQ Ingrid

MARQUET Sébastien

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DRDJSCS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) JEMMI Anaïs

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant : Diplôme d'État en Masso-kinésithérapie

Fait à : Saint Priest Le : 30 avril 2019

Signature :



Zér  **Plagiat**

¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1549

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

par

JEMMI Anaïs

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

**Study of the therapeutic triad parents-doctor-physiotherapist in the
management of children with acute respiratory disease in ambulatory
respiratory physiotherapy**

Directrice de mémoire

LECLERCQ Ingrid

Année 2019

Session 1

Membres du jury

FRINDEL Carole

LECLERCQ Ingrid

MARQUET Sébastien



Université Claude Bernard



Lyon 1

Président

Frédéric FLEURY

Vice-président CA

REVEL Didier

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur

RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie

Directeur

BOURGEOIS Denis

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles
Mérieux

Directrice

BURILLON Carole

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques

Directrice

VINCIGUERRA Christine

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur

SCHOTT Anne-Marie

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation

Directeur

PERROT Xavier

Comité de Coordination des
Études Médicales (CCEM)

COCHAT Pierre



Institut Sciences et Techniques de Réadaptation

Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR

Xavier PERROT

Équipe de direction du département de masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation

Franck GREGOIRE

Responsables des travaux de recherche

Samir BOUDRAHEM

Référents d'années

Geneviève SANSONI

Ilona BESANCON

Dominique DALLEVET

Samir BOUDRAHEM

Référents stages cycle 1

Annie KERN-PAQUIER

Référents stages cycle 2

Franck GREGOIRE

Secrétariat de direction et de scolarité

Pascale SACCUCI

Remerciements

Si l'exercice du mémoire semble entendu de tous, il n'en est pas moins difficile, car ce travail est construit à partir d'encouragements, de conseils, de discussions, de réflexions, et de soutiens. C'est pourquoi je tiens à adresser mes remerciements.

A ma directrice de mémoire Ingrid LECLERCQ, qui a accepté de me suivre pendant deux ans sur ce mémoire. Son expertise scientifique et ses précieux conseils m'ont été bénéfique. Merci pour votre intérêt et votre disponibilité.

A mon tuteur de stage Laurent VALES, qui m'a fait découvrir la kinésithérapie respiratoire et m'a transmis sa passion pour cette spécialité. Je souhaite te remercier pour le temps précieux que tu m'as apporté tout au long de mes études. Merci pour ton soutien et tes nombreux conseils au cours de ce travail.

A l'équipe pédagogique de l'ISTR et aux divers intervenants, pour m'avoir apporté les connaissances et les compétences nécessaires à la pratique de mon futur métier

A ma famille, pour leur soutien inconditionnel tout au long de ces études. Mais surtout à mes parents qui m'ont toujours soutenue dans les choix que j'ai pu faire, qui ont su me guider et m'accompagner. Merci pour votre confiance, votre écoute et votre amour qui font de moi la future kinésithérapeute en devenir que je suis.

A mes amis, pour leur soutien et les moments passés ensemble, en particulier celles qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail, Mélanie qui a participé à la diffusion de mes questionnaires, Marie qui m'a apporté son aide pour la relecture et Louise qui m'a aidé à réaliser des choix que seule elle est capable de prendre.

A Charles, qui m'a accompagné et a toujours cru en moi. Merci pour ta patience et ton soutien.

Liste des abréviations

ABSS : acute bronchiolitis severity scale

AFE : Accélération du flux expiratoire

ANAES : Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé

cCPT : conventional chest physical therapy

cpm : cycles par minute

EBP : Evidence based practice

ELPr : Expiration lente prolongée

HAS : Haute autorité de santé

KR : kinésithérapie respiratoire

MK : masso-kinésithérapeute

nCPT : new chest physical therapy method

SA : semaines d'aménorrhée

SEVA : Score d'évaluation de l'encombrement des voies aériennes

SpO_{2tc} : saturation en oxygène transcutanée

VRS : virus respiratoire syncytial

Sommaire

I. Introduction	1
1. Situation d'appel	1
2. État des lieux de la kinésithérapie respiratoire	2
a) Approche historique.....	2
b) Recommandations de bonne pratique.....	3
c) Contexte de la recherche.....	4
d) Différents acteurs dans la prise en charge	9
e) Remise en question de la prise en charge selon les bases de données de la littérature actuelle	14
3. Problématique	16
II. Matériel et méthodes	17
1. Type de recherche	17
2. Objectifs de l'enquête	17
a) Objectif primaire.....	17
b) Objectif secondaire	17
3. Hypothèse	18
4. Élaboration des questionnaires	18
5. Préparation de l'enquête	20
a) Sélection des échantillons	20
b) Critères d'inclusion	20
c) Critères d'exclusion	20
d) Mode d'administration.....	21
e) Durée de l'enquête	21
f) Étude de faisabilité des questionnaires	21
6. Méthode d'analyse des résultats	22
a) Statistique	22
b) Graphique	22
III. Résultats	23
1. Échantillon kinésithérapeutes	23
a) Présentation de l'échantillon.....	23
b) Bilan diagnostique kinésithérapique	24
c) Retour du bilan au médecin.....	26
d) Intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes.....	27
e) Motifs de prescription selon les kinésithérapeutes	28
f) Attentes des médecins selon les kinésithérapeutes	28

g)	Attentes des parents selon les kinésithérapeutes	29
2.	Échantillon parents.....	30
a)	Présentation de l'échantillon.....	30
b)	Diagnostic.....	31
c)	Motifs de consultation	31
d)	Demande de prescription de kinésithérapie respiratoire	32
e)	Attentes parentales des séances de kinésithérapie respiratoire	33
3.	Échantillon médecins	34
a)	Présentation de l'échantillon.....	34
b)	Motifs de prescription de kinésithérapie respiratoire	35
c)	Motifs de consultation parentaux selon les médecins	36
d)	Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire	37
4.	Résumé des résultats	38
IV.	<i>Discussion</i>	40
1.	Limites de l'étude.....	50
2.	Critique de l'étude.....	52
V.	<i>Conclusion</i>.....	53
VI.	<i>Bibliographie</i>.....	
VII.	<i>Annexes</i>.....	

Index des figures et tableaux

Figures

Figure 1 Hypothèse concernant la présence de marqueurs communs dans la triade thérapeutique	18
Figure 2 Répartition des kinésithérapeutes selon l'année d'obtention du diplôme d'État	23
Figure 3 Répartition des kinésithérapeutes selon leur formation en KR	23
Figure 4 Répartition des kinésithérapeutes selon leur type de pratique	24
Figure 5 Répartition des kinésithérapeutes selon leur activité respiratoire pédiatrique	24
Figure 6 Représentation de la proportion de kinésithérapeutes réalisant un bilan ...	24
Figure 7 Critères de suivi kinésithérapiques	25
Figure 8 Répartition de la proportion de kinésithérapeutes effectuant un retour au médecin.....	26
Figure 9 Justifications données suite au non-retour au médecin	26
Figure 10 Intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire vu par les kinésithérapeutes	27
Figure 11 Motifs de prescription des médecins selon les kinésithérapeutes	28
Figure 12 Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes.....	29
Figure 13 Attentes des parents concernant les séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes.....	29
Figure 14 Répartition des âges des enfants vus en séance	30
Figure 15 Retour sur le diagnostic médical par les parents	31
Figure 16 Motifs de consultation des parents chez le médecin	31
Figure 17 Répartition des parents à l'initiative d'une demande de prescription de kinésithérapie respiratoire auprès du médecin	32
Figure 18 Motifs de prescription médicaux selon les parents	33
Figure 19 Attentes des parents concernant les séances de kinésithérapie respiratoire	33
Figure 20 Répartition des médecins selon leur année de début d'exercice.....	34
Figure 21 Répartition des médecins selon leur spécialisation	35
Figure 22 Représentation du pourcentage d'activité pédiatrique	35
Figure 23 Motifs de prescription médicaux	35

Figure 24 Motifs de consultation des parents selon les médecins	37
Figure 25 Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire	38
Figure 26 Marqueurs communs dans la relation tridimensionnelle	38
Figure 27 Regards croisés des attentes de la kinésithérapie respiratoire	39
Figure 28 Regards croisés des motifs de prescription médicaux.....	39
Figure 29 Regards croisés des motifs de consultation parentaux	39

Tableaux

Tableau I Critères de gravité nécessitant une hospitalisation	13
Tableau II Critères d'inclusion	20
Tableau III Critères d'exclusion	20
Tableau IV Top 5 des critères pour chaque acteur	40
Tableau V Critères communs spécifiques à chaque binôme	46
Tableau VI Biais méthodologiques, effets et moyens pour les atténuer	50
Tableau VII Biais affectifs, effets et moyens pour les atténuer	51

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

Introduction : La prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire fait appel à une relation de soin sous la forme d'une triade thérapeutique incluant les parents, le médecin et le kinésithérapeute. De nombreuses études relatent les effets des différentes techniques de kinésithérapie respiratoire cependant aucune ne s'intéresse en détails à cette relation.

Objectif : Identifier les marqueurs communs aux acteurs de cette triade afin de mieux appréhender la relation de soin qui existe autour de l'enfant dans le cadre de sa prise en charge en ambulatoire.

Méthode : Nous proposons une étude prospective, descriptive présentant une enquête observationnelle réalisée à partir de questionnaires. Un questionnaire a été réalisé pour chaque population étudiée, à savoir : les parents, les médecins et les kinésithérapeutes. L'analyse des résultats a été effectuée à partir d'un système de catégorisation des réponses.

Résultats : L'étude de la relation tridimensionnelle existant autour de l'enfant fait ressortir deux marqueurs communs à l'ensemble des acteurs de cette triade : l'encombrement et l'alimentation. D'autres résultats suite à l'étude des regards croisés nous permettent de dire que les kinésithérapeutes répondent favorablement aux attentes des parents et des médecins. Chaque acteur de la relation de soin a conscience des attentes et des critères relatés par chacun dont nous discutons au sein de ce mémoire.

Conclusion : Cette étude permet d'initier un travail de recherche en proposant une première analyse de la relation de soin présente dans ce type de prise en charge. Elle démontre l'importance de l'identification des éléments attenants à chaque intervenant de la relation de soin, afin de mieux comprendre les attentes de chaque acteur.

Mots clés : ambulatoire, enfant, kinésithérapie respiratoire, pathologie respiratoire aiguë, relation de soin, triade thérapeutique

Study of the therapeutic triad parents-doctor-physiotherapist in the management of children with acute respiratory disease in ambulatory respiratory physiotherapy

Introduction : The care of a child in respiratory physiotherapy is based on a care relationship like a therapeutic triad including parents, doctor and physiotherapist. Many studies report the effects of different techniques of respiratory physiotherapy, but none are interested in this relationship in detail.

Objective : To identify the markers common to the actors of this triad to better understand the care relationship that exists around the child as part of his care in ambulatory practice.

Method : We suggest a prospective, descriptive study presenting an observational survey based on questionnaires. A questionnaire was conducted for each study population, including parents, doctors and physiotherapists. The analysis of the results was based on a response categorization system.

Results : The study of the three-dimensional relationship existing around the child highlights two markers common to all the actors of this triad: obstruction and nutrition. Other results of cross-overs from the study, allow us to say that physiotherapists respond positively to the expectations of parents and doctors. Each actor in the care relationship is aware of the expectations and criteria related by each of us that we discuss in this brief.

Conclusion : This study makes it possible to initiate research work by proposing a first analysis of the care relationship in this type of care. It demonstrates the importance of identifying the elements related to each intervener in the care relationship, in order to better understand the expectations of each actor.

Key words : *acute respiratory disease, care relationship, ambulatory, child, respiratory physiotherapy, therapeutic triad*

I. Introduction

1. Situation d'appel

La kinésithérapie est une profession faisant appel à de nombreux champs cliniques nous permettant d'avoir un large champ d'action en tant que praticien.

Avec la mise en place de la nouvelle réforme des études de kinésithérapie, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un travail de recherche en lien avec mon projet professionnel dès ma première année d'étude. Ce travail visait à s'entretenir avec des professionnels de santé afin de répondre à la problématique posée. C'est naturellement que j'ai orienté cette dernière vers une thématique en lien avec la pratique de la kinésithérapie respiratoire, à savoir : quelle est la part de la technique et du relationnel dans la prise en charge d'un nourrisson en kinésithérapie respiratoire ?

Pour répondre à cette problématique, j'ai effectué des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé. « *Dans les entretiens semi-directifs, l'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer* » (Fenneteau, 2015). La préparation de ces entretiens consistait en la création de questions, permettant le bon déroulement de ces derniers. Travailler sur ce projet m'a permis de comprendre l'importance de la relation tridimensionnelle qui existe entre le thérapeute, l'enfant et ses parents dans la prise en charge en kinésithérapie respiratoire. J'ai donc fait le choix de poursuivre mon questionnement sur ce sujet en l'intégrant à la thématique de mon mémoire.

La pratique de la kinésithérapie respiratoire repose en partie sur l'utilisation de manœuvres et de techniques instrumentales visant au traitement de l'encombrement broncho-pulmonaire. L'objectif de cette pratique chez le petit enfant « *consiste à éliminer les sécrétions en excès, de réduire conséquemment l'hyperinflation et de prévenir les atélectasies* » (Postiaux, 2003). Elle se pratique en milieu hospitalier comme en ambulatoire.

La population concernée par la kinésithérapie respiratoire est très large puisqu'elle concerne les nourrissons et peut aller jusqu'à la prise en charge de personnes en fin de vie. Dans ce mémoire nous nous intéresserons à la kinésithérapie chez l'enfant.

Cette prise en charge permet d'améliorer la tolérance de l'épisode de maladie respiratoire d'un enfant. En effet, elle a non pas une action sur la physiopathologie à

proprement parler mais sur la symptomatologie, c'est à dire notamment sur les troubles alimentaires, les troubles du sommeil et du comportement que peut présenter un enfant. Elle agit donc sur le bien-être de l'enfant de manière plus générale.

Son efficacité « repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000) et non sur la guérison de l'enfant. En effet, « la kinésithérapie respiratoire n'a pas la prétention de traiter la maladie virale, mais d'aider au confort respiratoire et d'accompagner l'enfant et sa famille grâce à des techniques qui se sont améliorées depuis 20 ans, l'indication de la KR se devant de rester plus symptomatique qu'étiologique » (Joud, 2014). Outre l'utilisation de techniques de lavage du nez et de désencombrement des voies aériennes, l'accompagnement, l'éducation à la santé et la surveillance de l'enfant restent des points essentiels dans la prise en charge du petit patient (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000).

2. État des lieux de la kinésithérapie respiratoire

a) Approche historique

C'est au début des années 1960 que le concept de kinésithérapie respiratoire a vu le jour avec l'apparition des premières publications scientifiques relatives à l'utilisation de techniques manuelles de désobstruction bronchique sous le nom de *Forced Expiration Technique* (FET). Ces techniques initialement utilisées dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de mucoviscidose, ont été déclinées par les anglo-saxons. La FET se voit alors ajouter des percussions/vibrations et des positions de drainage, se présentant alors sous le nom de *Conventional Chest Physical therapy* (cCTP). Initialement destinée aux adultes et grands enfants, cette technique a été appliquée en pédiatrie. Aujourd'hui aucun argument scientifique n'appuie cette méthode considérée comme inefficace dans le traitement de la bronchiolite (Roqué i Figuls, Giné-Garriga, Granados Rugeles, Perrotta, & Vilaró, 2016).

Il faudra attendre les années 80 en France pour qu'une nouvelle approche de la prise en charge kinésithérapique voit le jour : l'Accélération du Flux expiratoire (Barthe, 1998). Cette technique consiste à :

- Placer l'enfant en décubitus dorsal sur une table (Barthe, 1998)

- Le kinésithérapeute se place latéralement à l'enfant et place une main thoracique basse (main supérieure) et une main abdominale haute (main inférieure) (Barthe, 1998)
- Dès la fin du temps inspiratoire, la main thoracique exerce une pression de façon à réduire les trois diamètres thoraciques. La main abdominale refoule le contenu de l'abdomen vers le diaphragme de façon à provoquer une chasse expiratoire. (Barthe, 1998)

Depuis 1994, les kinésithérapeutes belges se sont démarqués de cette technique d'AFE en revendiquant une méthode plus lente, l'*Expiration Lente Prolongée* (ELPr). Cette technique se différencie par son approche douce du geste de désencombrement, à laquelle on pourrait « *assimiler l'augmentation lente du flux expiratoire* », elle est accompagnée de la technique de la toux provoquée (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000). Cette méthode est aujourd'hui recommandée en France et ce, depuis la 1^{ère} Conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire en 1994.

b) Recommandations de bonne pratique

La Haute Autorité de Santé (HAS), responsable de la promotion des bonnes pratiques professionnelles en France, prend pour référence la Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, qui a eu lieu à Lyon en 2000.

Ces recommandations réalisées selon les règles méthodologiques de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) font référence dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Concernant l'usage de la kinésithérapie dans le traitement de la bronchiolite du nourrisson, ce document recommande :

- Des techniques de désobstruction des voies aériennes supérieures : la désobstruction rhinopharyngée
- Des techniques de désobstruction des voies aériennes inférieures : l'expiration lente et prolongée (ELPr) « *à laquelle on peut assimiler l'augmentation lente du flux expiratoire* » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000)
- Une formation spécifique des kinésithérapeutes à ces techniques
- La prescription de séances dépendant de l'état de l'enfant, devant être poursuivie jusqu'à une amélioration clinique franche

En sachant que les mesures générales concernant l'hydratation, la nutrition, l'environnement, le couchage et la désobstruction nasale, sont de la responsabilité des parents de l'enfant. Et qu'en l'absence de complication aucune indication médicamenteuse n'est recommandée. Le seul traitement envisagé pour la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson est donc l'utilisation de techniques expiratoires lentes, comme l'AFE lente ou l'ELPr, par un kinésithérapeute formé à ces techniques.

c) Contexte de la recherche

Afin d'effectuer un état des lieux de la littérature, nous avons identifié les principales études et revues de littérature postérieures à la conférence de consensus de 2000, utilisée comme référence dans la pratique de la kinésithérapie respiratoire.

Nous avons interrogé plusieurs banques de données, à savoir : Pubmed Medline, EM Premium, Science direct et Cochrane Library.

Les mots clés utilisés en diverses associations pour effectuer cette recherche sont : *physiotherapy, physical therapy, chest physical therapy, respiratory physiotherapy, bronchiolitis, paediatrics, infant, child*, kinésithérapie, kinésithérapie respiratoire, physiothérapie, bronchiolite, pédiatrie, enfant, nourrisson.

Seuls les résultats portant les critères suivants ont été retenus :

- Publication entre 2000 et 2018
- Publication de langue anglaise ou française
- Étude ou revue de la littérature
- Portant sur les techniques utilisées en kinésithérapie respiratoire pédiatrique

Ce travail de recherche nous a permis de définir le contexte actuel des données de la littérature en kinésithérapie respiratoire, permettant ainsi d'orienter notre axe de travail.

Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lente Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson (Postiaux, 2006)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer l'efficacité et l'innocuité de la séance de kinésithérapie respiratoire seule associant l'expiration lente prolongée et la toux provoquée chez des nourrissons hospitalisés pour bronchiolite aiguë modérée

Méthode : Étude longitudinale, prospective, évaluant 19 nourrissons avant et après 57 séances de kinésithérapie respiratoire associant ELPr et toux provoquée. Cette évaluation est réalisée selon le calcul de l'effet séance à partir de critères cliniques (Score de Wang, saturation, fréquence cardiaque)

Résultats : Effet séances significatif :

- Diminution du score de Wang en faveur d'une évolution favorable
- Amélioration de la saturation et de la fréquence cardiaque
- Amélioration clinique significative des symptômes de l'obstruction bronchique

Limite : Absence de groupe contrôle expliquant qu'on ne puisse pas affirmer que les effets du traitement par kinésithérapie respiratoire soient supérieurs à l'évolution spontanée de la maladie

Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial (Gajdos, 2010)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez des nourrissons sans antécédents particuliers, hospitalisés pour un premier épisode de bronchiolite aiguë

Méthode : Essai clinique, contrôlé, randomisé multicentrique, en aveugle, qui évalue l'effet de la technique d'accélération du flux expiratoire associé à la toux provoquée chez 426 nourrissons, hospitalisés pour un premier épisode de bronchiolite aiguë sur l'ensemble des différents centres.

Résultats :

- Absence d'effet sur le délai de guérison
- Survenue de vomissements dans le groupe expérimental

Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial (Rochat, 2012)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez des nourrissons hospitalisés pour bronchiolite

Méthode : Étude contrôlée, randomisée, monocentrique, évaluant 99 nourrissons âgés de moins d'un an, admis pour bronchiolite. Le critère principal est le temps de stabilisation clinique.

Résultats : L'étude démontre une absence d'efficacité de la kinésithérapie respiratoire

- Le temps de stabilisation clinique est le même pour le groupe expérimental et le groupe contrôle

Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial (Gomes, 2012)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire sur le score clinique chez des nourrissons présentant une bronchiolite aiguë

Méthode : Étude contrôlée, randomisée, en aveugle, évaluant 30 enfants âgés de 28 jours à 24 mois. Le critère de jugement principal utilisé est le score de Wang, évalué au moment de l'admission, puis à 48 heures et 72 heures après hospitalisation. Cette étude compare la nCPT (ELPr + aspiration), à la cCTP (posture, vibrations, percussions + aspiration), à l'aspiration nasale seule

Résultats :

- Les méthodes de nCPT et cCPT améliorent le score de Wang à 48h
- Seule la méthode de nCPT a encore un effet à 72h
- La méthode d'aspiration nasale ne présente aucun résultat significatif
- Pas d'effets indésirables observés

Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in pediatric patients between 0 and 24 months old (Roqué i Figuls et al., 2016)

→ *Revue de la littérature, méta-analyse*

Objectif : Déterminer l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez des enfants de moins de 2 ans présentant une bronchiolite aiguë du nourrisson.

Méthode : Sélection des études contrôlées randomisées incluant des nourrissons ayant une bronchiolite, où la kinésithérapie respiratoire est comparée à un groupe contrôle n'ayant pas reçu de kinésithérapie respiratoire ou utilisant une autre technique. Le critère de jugement principal est l'évolution du score de sévérité clinique et le temps de guérison.

Résultats :

- Pas d'amélioration du score de sévérité clinique
- Pas d'amélioration des paramètres respiratoire ni des besoins en oxygène
- Pas d'effet sur la durée d'hospitalisation

Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville (Evenou, Sebban, Fausser, & Girard, 2017)

→ *Étude ambulatoire*

Objectif : Évaluer l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire sur les paramètres respiratoires de nourrissons atteints d'un premier épisode de bronchiolite via la mesure du score de Wang

Méthode : Étude observationnelle prospective, multicentrique qui évalue la technique d'accélération du flux expiratoire chez 163 nourrissons. Le critère principal est le calcul du score de Wang, évalué au début et à la fin de chaque séance.

Résultats :

- Diminution significative du score de Wang entre le début et la fin de la 1^{ère} séance et entre le début et la fin de la 2^{ème} séance
- Diminution significative du score de Wang entre avant la 1^{ère} séance et après la 2^{ème} séance

Limites :

- Biais d'observation, l'évaluateur est aussi l'opérateur
- Absence de groupe contrôle

Effectiveness of Airway Clearance Techniques in Children Hospitalized with Acute Bronchiolitis (Van Ginderdeuren, 2017)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer les effets de 2 techniques de désencombrement des voies respiratoires chez des enfants hospitalisés pour bronchiolite modérée

Méthode : Étude contrôlée, randomisée qui évalue les techniques de drainage autogène assisté et de percussion intra pulmonaire chez 103 enfants, âgés de moins de 2 ans. Le critère de jugement principal est le temps de guérison jusqu'à la sortie de l'hôpital. Les critères secondaires incluent l'évaluation du score de Wang, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène.

Résultats :

- Le score de Wang diminue significativement pour les 2 groupes ayant reçu des séances de kinésithérapie respiratoire, quelle que soit la technique
- Réduction du temps d'hospitalisation pour les groupes ayant eu recours à la kinésithérapie respiratoire

Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis (G. R. Gomes, 2018)

→ *Revue de la littérature*

Objectif : Évaluer les effets de l'utilisation de la kinésithérapie respiratoire chez des enfants admis pour bronchiolite aiguë

Méthode : Revue de littérature interrogeant 4 bases de données différentes à partir de mots clés définis. Inclusion de 15 articles.

Résultats : Cette revue démontre que l'utilisation de techniques de kinésithérapie respiratoire pour des nourrissons ayant une bronchiolite est très controversée

- La présence d'une hétérogénéité des techniques évaluées ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire
- Peu d'effets indésirables recensés dans les études

Prolonged slow expiration technique improves recovery from acute bronchiolitis in infants: FIBARRIX randomized controlled trial (Conesa-Segura, 2018)

→ *Étude hospitalière*

Objectif : Évaluer les effets des techniques expiratoires lentes (ELPr) pour le traitement des bronchiolites

Méthode : Étude contrôlée, randomisée, mono-centrique, en aveugle qui évalue une technique expiratoire de drainage bronchique lente chez 80 enfants, âgés de 1 à 24 mois, hospitalisés pour bronchiolite virale aiguë. Le critère principal est le calcul du score ABSS, évalué avant la 1^{ère} séance, 10 minutes puis 2 heures après la séance, puis à la sortie de l'hôpital.

Résultats :

- Différence significative entre les scores ABSS du groupe expérimental et du groupe contrôle en faveur du groupe ayant reçu la kinésithérapie respiratoire, 10 minutes après la première séance et à la sortie de l'hôpital
- Aucune différence de saturation en oxygène pour les 2 groupes
- La kinésithérapie respiratoire réduit le temps d'hospitalisation
- Aucun effet indésirable n'est observé

On retrouve dans la littérature une certaine hétérogénéité des techniques pratiquées en kinésithérapie respiratoire. En effet, certaines études traitent de l'utilisation de

techniques considérées aujourd'hui comme obsolètes par la conférence de consensus de 2000. La présence de ces différentes techniques crée une confusion et ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire.

Si on s'intéresse uniquement aux études portant sur l'utilisation de techniques expiratoires lentes recommandées par la dernière conférence de consensus, alors on obtient des résultats fidèles à la pratique française. En effet, les études montrent que la kinésithérapie respiratoire n'a ni d'effet sur les délais de guérison, ni sur le temps de stabilisation clinique chez des enfants hospitalisés pour une bronchiolite du nourrisson. Or la kinésithérapie respiratoire n'a jamais eu la prétention de traiter la maladie, elle a pour objectif d'aider à améliorer la tolérance d'un épisode de maladie en participant au confort respiratoire et à l'accompagnement de l'enfant (Joud, 2014). C'est ce que l'on retrouve dans les études concluant sur l'amélioration des symptômes d'obstruction bronchique, mais également sur l'amélioration de scores cliniques comme le score de Wang ou le score ABSS, et ce dès la première séance.

d) Différents acteurs dans la prise en charge

La prise en charge d'un enfant diffère des prises en charges des adultes. En effet on ne parle pas de relation patient-médecin-kinésithérapeute, mais bien d'une triade thérapeutique parents-médecin-kinésithérapeute.

Le petit patient est au cœur de cette triade puisque c'est lui qui va être soigné, cependant ce sont les parents qui sont à l'initiative de la démarche de prise en charge. Ainsi ils se retrouvent être la source d'information principale concernant leur enfant. La prise en charge d'un nourrisson en kinésithérapie respiratoire fait donc appel à différents protagonistes. On retrouve :

- L'enfant, qui représente le patient
- Les parents, à l'initiative de la consultation médicale
- Le médecin, à l'origine de la prescription de séance de kinésithérapie
- Le kinésithérapeute, qui reçoit l'enfant et les parents en séance

Dans cette étude nous allons nous intéresser en partie à l'enfant, représenté par ses parents mais aussi au médecin et au kinésithérapeute, afin d'établir leurs rôles respectifs dans cette triade thérapeutique.

Il existe au sein de cette triade une relation de confiance entre les différents acteurs. Cette relation est nécessaire autant avec les parents, qu'avec l'enfant, avec lequel

cette relation va passer par le non verbal, notamment par les échanges de regard et le toucher.

En tant que professionnel de santé, il faut apporter aux parents toutes les informations nécessaires à leur bonne compréhension. Donner un sens aux gestes qui vont être réalisés, expliquer ce que l'on va faire et pourquoi on le fait, est une étape importante dans l'élaboration de cette relation tridimensionnelle. « *Le jeune patient et l'adulte qui s'en occupe ont besoin de réentendre de la bouche même du kinésithérapeute un certain nombre d'explications* » (Fausser & Vinçon, 1993). Cette étape participe à l'élaboration d'une relation positive de confiance nécessaire dans cette prise en charge en kinésithérapie respiratoire.

- **Médecin / Pédiatre**

A la demande parentale, le médecin reçoit l'enfant accompagné par ses parents en consultation. Selon l'évaluation clinique du médecin, ce dernier décidera ou non d'une prescription de séance de kinésithérapie respiratoire.

Les recommandations de 2000 indiquent que « *la prescription de kinésithérapie n'est pas systématique : elle dépend de l'état clinique de l'enfant* » (« *Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson* », 2000). Il est intéressant de chercher à déterminer les critères sur lesquels se basent les médecins pour motiver leur prescription. D'autant que « *le pourcentage de prescription de kinésithérapie dans la bronchiolite varie de 82,5 à 99%* » (« *Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson* », 2000), ce qui représente un taux élevé de prescription.

Ces recommandations sont effectives pour une prescription médicale dans le cadre de la prise en charge d'une bronchiolite aiguë du nourrisson. Malgré l'absence de recommandations, on constate que la patientèle suivie en pratique de ville ne présente pas exclusivement de bronchiolite. Or, ces patients sont tout de même pris en charge en kinésithérapie. Il serait intéressant de déterminer sur quels motifs se basent les médecins pour prescrire ces séances.

Si la prescription n'est pas justifiée par les recommandations pourquoi les médecins continuent-ils de prescrire de la kinésithérapie respiratoire, qu'attendent-ils de ces séances ?

- **Parents**

Les parents sont les acteurs majeurs dans le cadre de la prise en charge de leur enfant. Étant à l'initiative de la demande de consultation médicale, ce sont eux qui sont à l'origine de toutes les démarches. Ils représentent donc la source d'information concernant leur enfant, déterminante pour le suivi médical.

Leur rôle n'est pas uniquement limité à celui d'informateur, les parents vont recevoir au cours des séances de kinésithérapie des conseils de mesure générale (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000) qu'il convient d'appliquer afin de participer activement à la prise en charge de leur enfant.

Si les déterminants de prescription restent à explorer afin de les définir, il est intéressant de déterminer les éléments qui ont poussé les parents à la prise de rendez-vous chez le médecin pour leur enfant. A savoir, quels sont les motifs parentaux ayant motivés la consultation médicale ?

- **Kinésithérapeute**

Sur présentation d'une prescription médicale le kinésithérapeute est habilité à prendre en charge l'enfant amené par ses parents. Selon le décret de compétences, dans le cadre d'une prescription médicale le kinésithérapeute effectue un bilan kinésithérapique avant tout début de prise en charge. Le bilan n'a pas de prétention nosologique ou étiologique, il comprend le diagnostic kinésithérapique qui correspond à un « *processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent : d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés, de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre* » (Viel, 2006). Il ne s'agit pas de refaire un examen médical, mais bien de relever un ensemble de données cliniques qui relèvent de la compétence et de la spécialisation du kinésithérapeute. Ce sont ces éléments qui lui permettront d'établir un programme de soin adapté. La décision thérapeutique « *résulte d'une négociation entre le thérapeute et le patient. Dans la prise en charge du nourrisson la négociation se fait à trois : le MK, l'enfant et les parents* » (Fausser, 2004)

En kinésithérapie respiratoire, selon Guy Postiaux, l'examen clinique est le plus souvent la seule référence du kinésithérapeute pour évaluer le site, le degré et la nature de obstruction bronchique. L'objectif du bilan kinésithérapique est d'évaluer

cette obstruction et d'en suivre l'évolution au cours de la prise en charge. Les manifestations cliniques des maladies respiratoires chez l'enfant sont probablement liées au stade de développement du poumon plus qu'aux caractéristiques propres des maladies elle mêmes. En effet, les symptômes cliniques sont identiques, quel que soit l'agent pathogène, VRS, métapneumovirus ou rhinovirus (Manoha, 2007). L'incapacité pour le petit enfant de se prêter à la réalisation de tests fonctionnels rend l'évaluation difficile. Cependant, cette difficulté peut être contournée par le recours à un score clinique spécifique quantifié.

Un score respiratoire consiste en une combinaison de symptômes cliniques et de signes physiques destinée à estimer le degré de sévérité d'une atteinte respiratoire aiguë chez l'enfant (Mulholland, 1990). Les variables les plus couramment relevées sont la fréquence respiratoire, le tirage, les sibilances, l'apparence clinique, l'alimentation, les signes de difficulté respiratoire, la saturation et la fréquence cardiaque. Pour prendre l'exemple de la bronchiolite virale aiguë du nourrisson, de nombreux scores existent. Les scores les plus fréquemment utilisés sont les scores de Kristjansson et Wang dont les variables possèdent un taux élevé de reproductibilité inter-observateurs (Chin, 2004) . On retrouve également le score ABSS, dont le niveau de fiabilité obtenu permet son utilisation dans la pratique clinique (Ramos Fernández, 2014).

Les scores de Kristjansson et de Wang montrent une bonne reproductibilité inter-observateurs mais le score de Wang est le plus simple à utiliser notamment au niveau de l'apparence générale de l'enfant. Il est actuellement le plus utilisé dans les études et c'est un score spécifique à la bronchiolite. Il permet de préciser le degré de sévérité de la bronchiolite virale aiguë du nourrisson et d'induire l'attitude thérapeutique à adopter (Wang, 1992).

Lors du bilan il est nécessaire de rechercher les signes cliniques considérés comme signes de grande gravité. On les retrouve dans les recommandations concernant la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson de 2000 (Tableau I).

Tableau I Critères de gravité nécessitant une hospitalisation

- Aspect toxique (Altération importante de l'état général)
- Survenue d'apnée, présence d'une cyanose
- Fréquence respiratoire > 60 cpm
- Age < 6 semaines
- Prématurité < 34 SA, âge corrigé < 3 mois
- Cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
- SpO₂tc < 94 % sous air et au repos
- Perte de poids > 5%
- Difficultés psychosociales
- Présence d'un trouble de ventilation confirmé par une radiographie thoracique

En présence d'un des critères présentés, une hospitalisation de l'enfant est nécessaire. Le kinésithérapeute possède donc un rôle de vigie thérapeutique visant à assurer le bon suivi de l'enfant, qui consiste à rediriger les parents en cas de présence de signes de gravité.

On retrouve au sein de la profession une véritable volonté de développer nos pratiques en allant dans le sens de *Evidence based medicine*. La définition de 1996 de Sackett la décrit comme telle : « *la médecine basée sur les preuves est l'utilisation consciencieuse et explicite des meilleures preuves actuelles dans l'élaboration des décisions de soins individuelles en associant à l'expertise clinique individuelle, les preuves disponibles résultant de la recherche clinique systématique et des fondements de base de la médecine* » (Sackett, 1996). On recherche donc à faire évoluer notre pratique en la basant sur des preuves fournies par la littérature.

En kinésithérapie respiratoire, malgré la publication d'outils d'évaluation pertinents comme le score de Kristjansson (Kristjansson, 1993), de Wang (Wang, 1992) ou le score ABSS (Ramos-Fernández, 2018) dans la prise en charge de la bronchiolite, la littérature ne référence pas d'étude clinique ayant validé un score à utiliser dans le bilan kinésithérapique. Il n'existe donc pas d'outil d'évaluation validé par la littérature. Ceci s'explique par le fait que cette démarche *d'Evidence based medicine* est une approche très récente (Guyatt, 1992) en plein développement. De ce fait toutes les études n'ont pas encore été réalisées.

On retrouve cependant dans les recommandations de 2000 des critères cliniques permettant d'évaluer l'efficacité d'une séance de kinésithérapie respiratoire, se basant

sur l'état clinique, l'auscultation et un score d'encombrement (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000).

Si l'élaboration du bilan, des objectifs de soins et le choix des techniques utilisées restent à l'appréciation de chaque kinésithérapeute, il est intéressant de déterminer quels sont les critères cliniques communs à évaluer dans le suivi des petits patients en kinésithérapie respiratoire.

e) Remise en question de la prise en charge selon les bases de données de la littérature actuelle

L'édition de ces recommandations de bonnes pratiques date de l'an 2000. Or comme nous l'avons vu, de nombreuses études concernant la kinésithérapie respiratoire que ce soit sur son intérêt, l'utilisation de différentes techniques ou encore sur son efficacité, sont parues depuis cette dernière édition.

Les recommandations éditées en 2000, sont à destination des nourrissons de 0 à 2 ans atteints de bronchiolite. Or nous sommes face à une réalité de terrain qui ne se limite pas à la prise en charge exclusive de cette population. Malgré l'existence de cette diversité de patientèle, il n'existe aucune recommandation pour les petits patients présentant une pathologie respiratoire aiguë autre que la bronchiolite. Il est donc essentiel d'inclure une majorité représentative de cette population concernée par la prise en charge en kinésithérapie respiratoire lors d'études futures. Cela nous permettrait ainsi d'objectiver des données sur cette population et ainsi d'envisager un encadrement de leur prise charge par l'édition de recommandations adaptées et basées sur les preuves.

Dans la population de nourrissons atteints de bronchiolite, on retrouve 2 populations très différentes (Postiaux, 2003) :

- ✓ Ceux atteints d'une forme grave, ayant une prise en charge hospitalière
- ✓ Ceux atteints d'une forme légère à modérée qui sont suivis en cabinet libéral

Or la majorité des études présentes dans la littérature ne traitent que des nourrissons hospitalisés, c'est à dire présentant des formes sévères de bronchiolite alors que nous savons que la kinésithérapie respiratoire ne peut pas agir ce niveau (Postiaux, 2003). Elle a donc été évaluée sur les nourrissons pour lesquels nous savons qu'elle est le

moins indiquée. Les études menées à l'hôpital sur des nourrissons atteints de bronchiolite de forme sévère ne sont pas transposables à la population des nourrissons suivis en pratique de ville.

Si l'étude parue en 2017 (Evenou, 2017) va déjà dans ce sens puisqu'elle évalue les effets de la kinésithérapie respiratoire sur des nourrissons atteints de bronchiolite suivis en cabinet libéral, elle est valable uniquement pour des enfants de 0 à 2 ans présentant une bronchiolite. Les futures recherches en kinésithérapie respiratoire devront s'intéresser à l'ensemble de la population de patient en ambulatoire permettant ainsi d'objectiver les données pour cette population.

La revue systémique de littérature Cochrane de 2016 étudie neuf études parues après les dernières recommandations. Cinq d'entre-elles portent sur des techniques anglo-saxonnes. Cependant il est nécessaire de rappeler que la pratique de la kinésithérapie respiratoire est différente selon les pays :

- Dans les pays anglo-saxons, la méthode utilisée se base sur du drainage de posture et sur l'utilisation du clapping, correspondant à des percussions thoraciques, appelée plus communément *conventional Chest Physical Therapy* (cCTP). Or cette technique n'est plus recommandée en France depuis 1994 (« Recommandations de la 1^{re} conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire », 1995).
- En France, la kinésithérapie respiratoire utilise des techniques de flux expiratoire contrôlé associé à la toux provoquée. Recommandées depuis 1994 pour les pathologies respiratoire sécrétantes (« Recommandations de la 1^{re} conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire », 1995) , et depuis 2000 pour les nourrissons atteints de bronchiolite (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000), ces techniques sont utilisées comme référence.

La conclusion de ces études utilisant les techniques anglo-saxonnes, non utilisées en France depuis près de 20 ans sont à l'origine de la polémique sur l'utilité de la kinésithérapie respiratoire parue dans la revue Prescrire en 2012 (« Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire », 2012). Les professionnels de santé ont cherché à répondre à cette remise en question de la pratique de la kinésithérapie

respiratoire engendrée par cet article (Joud, 2014). Cependant cette image négative de la kinésithérapie respiratoire reste encore bien ancrée dans les meurs.

Face à ces différences de prise en charge selon les pays, il est nécessaire d'identifier les techniques utilisées dans chaque étude. De plus, la recherche en masso-kinésithérapie étant en pleine évolution, il faut donc utiliser les données actuelles fournies par la littérature depuis la dernière édition des recommandations en 2000 afin de faire évoluer la pratique. Ainsi la kinésithérapie respiratoire rentrera dans une démarche d'*Evidence based practice*.

3. Problématique

Si on rappelle les points suivants :

- Actuellement, les données de la littérature s'intéressent à une patientèle non représentative de l'ensemble de la patientèle vue en kinésithérapie respiratoire ambulatoire
- Il existe trop peu d'essais cliniques validés méthodologiquement permettant d'affirmer l'efficacité et l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire en ambulatoire
- La prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire fait appel à 3 acteurs : le couple parents-enfant, le médecin et le kinésithérapeute
- Les déterminants de prescription médicale de kinésithérapie respiratoire restent à explorer dans le cadre de cette prise en charge
- Les motifs de consultation parentaux sont à identifier
- La littérature ne référence pas de critères de suivi en kinésithérapie communs au travers d'éléments de suivi validés et reproductibles

Ma problématique est la suivante :

« Dans la prise en charge en kinésithérapie respiratoire en ambulatoire d'un enfant présentant une pathologie respiratoire aiguë, existe-t-il des marqueurs communs entre les déterminants de prescription, les motifs de consultation parentaux et les critères de suivi kinésithérapique ? »

II. Matériel et méthodes

Dans le but d'obtenir des informations et en vue de comprendre et expliquer les faits, nous avons choisi une approche basée sur l'utilisation de questionnaires.

Le questionnaire est l'une des 3 grandes méthodes pour réaliser un recueil de données. Il s'agit d'un outil qui permet de recueillir et quantifier l'information.

Si les méthodes de recueil des informations les plus couramment utilisées sont l'entretien et l'observation, elles restent des méthodes individuelles et collectives, alors que le questionnaire est une méthode qui est uniquement collective. C'est une méthode quantitative qui s'applique à un échantillon défini, qui doit permettre de « *dissolver par sommation les différents individus et ne conserver que les régularités statistiques* » (De Singly, 2016). C'est pourquoi il s'agit de la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche.

1. Type de recherche

Il s'agit d'une enquête observationnelle à partir de questionnaire.

2. Objectifs de l'enquête

Notre problématique s'intéresse à 3 populations bien distinctes : les parents, les médecins et les kinésithérapeutes.

a) Objectif primaire

Dans un premier temps l'objectif sera de déterminer :

- Pour les parents : les motifs de consultation
- Pour les médecins : les déterminants de prescription
- Pour les kinésithérapeutes : les critères de suivi

Pour répondre à cet objectif, nous avons réalisé un questionnaire spécifique à chaque population enquêtée.

b) Objectif secondaire

Dans un deuxième temps, suite à l'analyse des réponses aux différents questionnaires, nous chercherons à établir des regards croisés sur les différents acteurs dans cette relation afin de pouvoir étudier cette triade thérapeutique.

3. Hypothèse

Nous émettons l'hypothèse qu'il existe au moins un marqueur commun aux 3 acteurs de cette prise en charge, c'est à dire les parents, le médecin et le kinésithérapeute : ●
Lors de l'étude des regards croisés sur les attentes et les critères de chaque protagoniste, nous pensons qu'il existe un marqueur commun propre à chaque duo, à savoir :

- Parents / Médecin : ☾
- Parents / Kinésithérapeute : ●
- Médecin / Kinésithérapeute : ◆

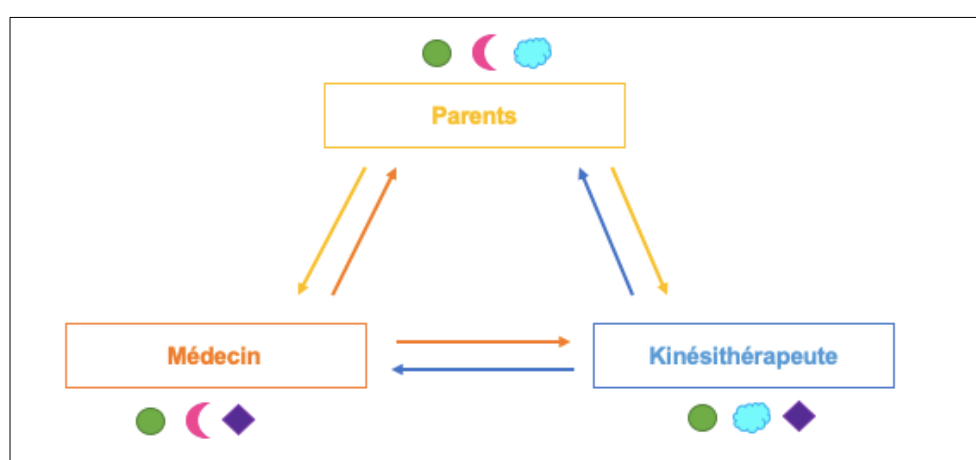


Figure 1 Hypothèse concernant la présence de marqueurs communs dans la triade thérapeutique

4. Élaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été réalisés à partir d'un entretien exploratoire avec un groupe de kinésithérapeutes spécialisés en kinésithérapie respiratoire ainsi que plusieurs entretiens avec des parents d'enfants suivis au sein du cabinet de l'ASFERE kinésithérapie respiratoire à Saint Priest. Ces entretiens ont permis de « *recueillir la palette des catégories mentales et des mots utilisées par des personnes dont le profil correspond à celui des individus de l'échantillon pour l'enquête* » (De Singly, 2016).

Selon François De Singly, « *lors de la rédaction d'un questionnaire, le mieux est d'adopter un compromis entre questions ouvertes et questions fermées* » (De Singly, 2016). Nous avons fait le choix d'utiliser dans nos questionnaires les deux types de questions.

Les questions fermées imposent une forme de réponse et un nombre limité de choix de réponse, « *les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance* » (De Singly, 2016). L'utilisation de ce type de questions permet la facilitation du codage du questionnaire, mais aussi facilite la réponse pour la personne enquêtée en l'obligeant à prendre position.

Dans une question ouverte, la personne interrogée exprime librement son opinion dans sa forme et sa longueur, elle est « *libre de répondre comme elle le veut* » (De Singly, 2016). En utilisant ce type de question on ne contraint pas l'enquêté à donner une réponse préformée qui ne lui correspond pas. Laisser cette liberté d'expression peut faire apparaître des informations auxquelles nous n'aurions pas pensé. Cependant le traitement de ces questions s'avèrera plus fastidieux, nécessitant la mise en place de catégorisation des réponses.

Nous avons donc analysé l'ensemble des réponses avant de déterminer des catégories dans lesquelles nous les avons rangés.

Enfin, nous avons utilisé des questions mixtes, avec une première partie fermée et une seconde ouverte, ce type de question permet de cibler au sein de notre échantillon une catégorie d'enquêtés.

Pour chaque questionnaire, nous avons commencé par des questions d'ordre général. Ces questions sont posées sous forme de questions filtres, destinées à éliminer les personnes ne correspondant pas aux critères d'inclusion ou présentant un critère d'exclusion. Ainsi nous nous assurons que les personnes enquêtées correspondent à la population ciblée. Ces questions permettent également de faire une présentation de l'échantillon enquêté.

Puis dans le but de répondre à notre problématique nous avons posé des questions concernant :

- Les critères de suivi kinésithérapique pour les kinésithérapeutes
- Les motifs de prescription pour les médecins
- Les motifs de consultation pour les parents

Enfin, pour répondre à nos objectifs secondaires, dans le but d'avoir un regard croisé sur les différents acteurs de cette triade nous avons posé des questions concernant :

- Les motifs de prescription médicaux, vus par les parents et les kinésithérapeutes
- Les motifs de consultation parentaux, vus par les médecins
- L'intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire, selon les kinésithérapeutes
- Les attentes des parents et des médecins face aux séances de kinésithérapie respiratoire
- Les attentes des séances de kinésithérapie respiratoire des parents et des médecins vus par les kinésithérapeutes

5. Préparation de l'enquête

a) Sélection des échantillons

Afin de répondre à notre problématique, nous avons constitué 3 échantillons différents : les parents, les médecins et les kinésithérapeutes.

On utilisera la méthode d'échantillonnage dite de convenance. Dans ce cadre, les individus seront sélectionnés par facilité d'accès. Par ailleurs, après analyse de l'échantillon, nous identifierons les éventuels biais liés à ce mode de sélection.

Pour chaque échantillon nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion nécessaires au bon déroulement de l'enquête.

b) Critères d'inclusion

Tableau II Critères d'inclusion

Parents	- Première séance de la prescription de kinésithérapie respiratoire pour leur enfant
Médecin	- Activité pédiatrique
Kinésithérapeute	- Diplômé d'État - Prise en charge d'enfant en kinésithérapie respiratoire

c) Critères d'exclusion

Tableau III Critères d'exclusion

Parents	- Ayant une prescription pour prise en charge de leur enfant dans le cadre d'une pathologie chronique
Médecin	- Non prescripteur de kinésithérapie respiratoire
Kinésithérapeute	- Activité principale hospitalière et/ou salariale

Ici, nous avons fait le choix d'exclure tous les questionnaires dont les réponses aux questions obligatoires (marquées par un astérisque) sont incomplètes.

d) Mode d'administration

L'administration des questionnaires s'effectue de façon différente pour chaque échantillon :

- Pour les parents, l'administration se fait par contact humain direct. Dès la première séance nous leur proposons de remplir le questionnaire. L'enquête a été réalisée au sein du cabinet l'ASFERE kinésithérapie respiratoire à Saint Priest (69).
- Pour les médecins, il s'agit d'une auto-administration. Le lien du questionnaire a été envoyé aux adresses mail des médecins préalablement récupérées par différents contacts. Nous avons également diffusé le questionnaire à l'ensemble des praticiens de SOS Médecin Lyon.
- Pour les kinésithérapeutes, il s'agit d'une auto-administration. Le lien du questionnaire a été envoyé à l'ensemble d'une liste de diffusion par mail laissant la possibilité à chacun d'y répondre. Nous avons également réalisé des publications sur différents groupes de kinésithérapie respiratoire.

e) Durée de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur 8 semaines, de la 2^{ème} à la 10^{ème} semaine de l'année 2019.

Concernant le questionnaire à destination des médecins, une relance a été effectuée par mail la 6^{ème} semaine de l'enquête afin d'obtenir un nombre de réponses suffisant.

f) Étude de faisabilité des questionnaires

Nous avons effectué un test des questionnaires respectifs auprès des parents, des médecins et des kinésithérapeutes afin de vérifier :

- La compréhension des questions
- La facilité à y répondre
- La durée du questionnaire
- Les problèmes que peuvent rencontrer les enquêtés

Selon les résultats obtenus nous avons effectué des corrections sur le questionnaire afin qu'il soit le plus compréhensible et accessible possible pour chaque échantillon. Nous avons décidé de ne pas inclure les questionnaires tests aux résultats de l'étude lorsque des changements ont été effectués. Seul le questionnaire à destination des parents a été modifié dans un soucis de mauvaise compréhension.

6. Méthode d'analyse des résultats

a) Statistique

Certaines données étudiées étant qualitatives, pour faciliter l'interprétation statistique des résultats, nous avons utilisé un système de catégorisation des réponses. Lorsqu'une réponse ne rentrait dans aucune catégorie nous lui avons créé une catégorie propre à elle. Au vu de notre étude nous ne pouvons pas utiliser de test de corrélation, les statistiques utilisées ici sont donc descriptives. Nous tâcherons donc d'effectuer des liens entre les différents résultats au sein de la discussion à partir des résultats descriptifs.

b) Graphique

Pour faciliter l'interprétation visuelle, nous avons créé des graphiques présentant le nombre de fois où chaque réponse a été citée dans l'ensemble des questionnaires respectivement pour chaque question.

Dans une volonté d'être le plus représentatif possible, nous avons représenté graphiquement uniquement les réponses étant citées au minimum 3 fois sur l'ensemble des questionnaires répondant à la question.

Nous pouvons ainsi observer la répartition des réponses pour les différentes populations.

III. Résultats

1. Échantillon kinésithérapeutes

Nous avons eu un retour de 63 questionnaires. Sur l'ensemble des questionnaires reçu :

- 50 questionnaires ont été exploités
- 13 questionnaires ont été exclus de l'étude

a) Présentation de l'échantillon

L'échantillon enquêté représente une population jeune puisque 76% des répondants ont obtenu leur diplôme d'état après 2000.

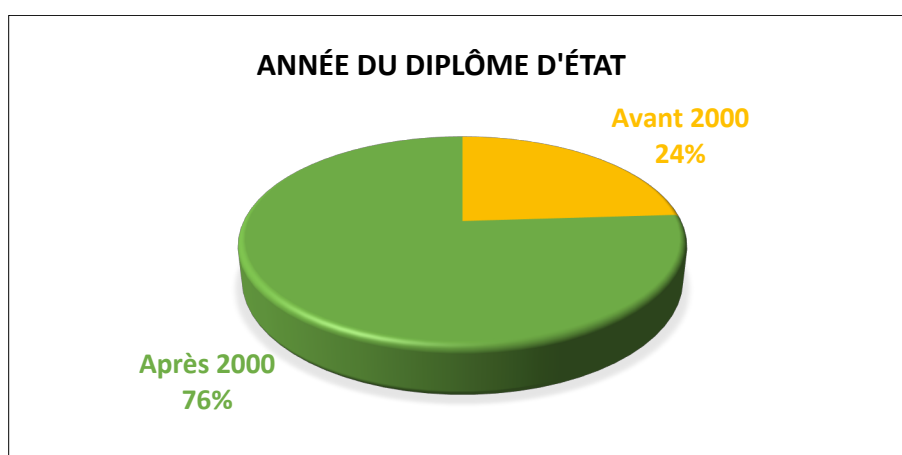


Figure 2 Répartition des kinésithérapeutes selon l'année d'obtention du diplôme d'État

Il se compose d'une majorité, représentée par 78% de kinésithérapeutes, formés en kinésithérapie respiratoire.

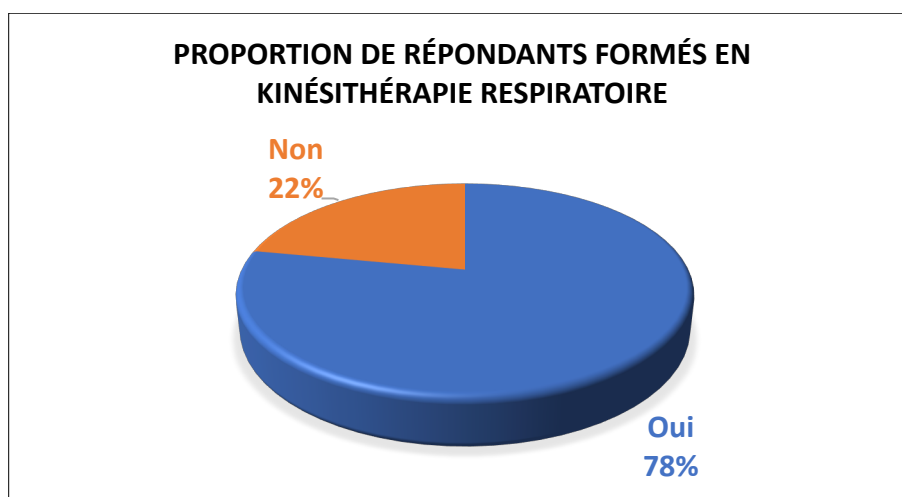


Figure 3 Répartition des kinésithérapeutes selon leur formation en KR

Dont l'activité est majoritairement en cabinet libéral, puisque seulement 20% ont une activité principale à domicile.

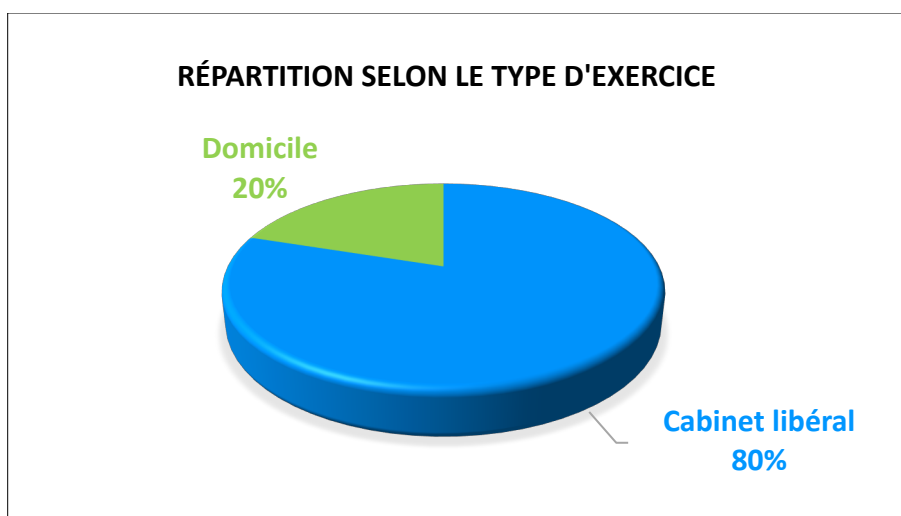


Figure 4 Répartition des kinésithérapeutes selon leur type de pratique

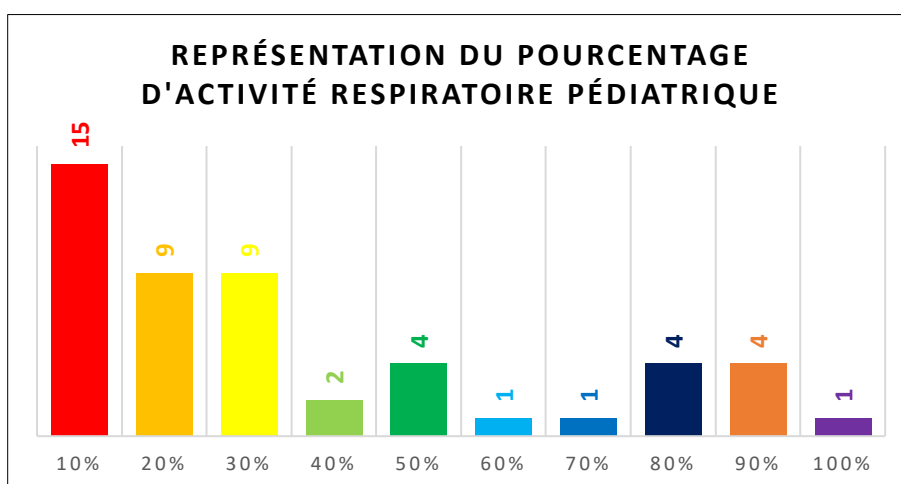


Figure 5 Répartition des kinésithérapeutes selon leur activité respiratoire pédiatrique

b) Bilan diagnostic kinésithérapique

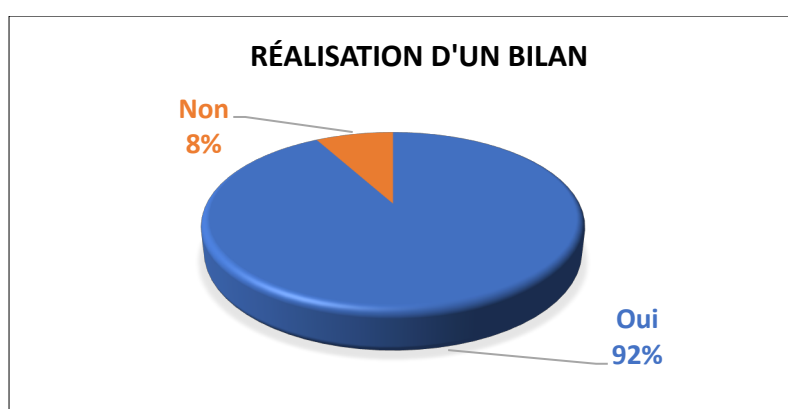


Figure 6 Représentation de la proportion de kinésithérapeutes réalisant un bilan

Même si une majorité franche réalise un bilan, il persiste 8% de la population interrogée qui n'en fait pas.

Nous remarquons par ailleurs, que ce faible pourcentage de l'échantillon enquêté n'a pas réalisé de formation en kinésithérapie respiratoire.

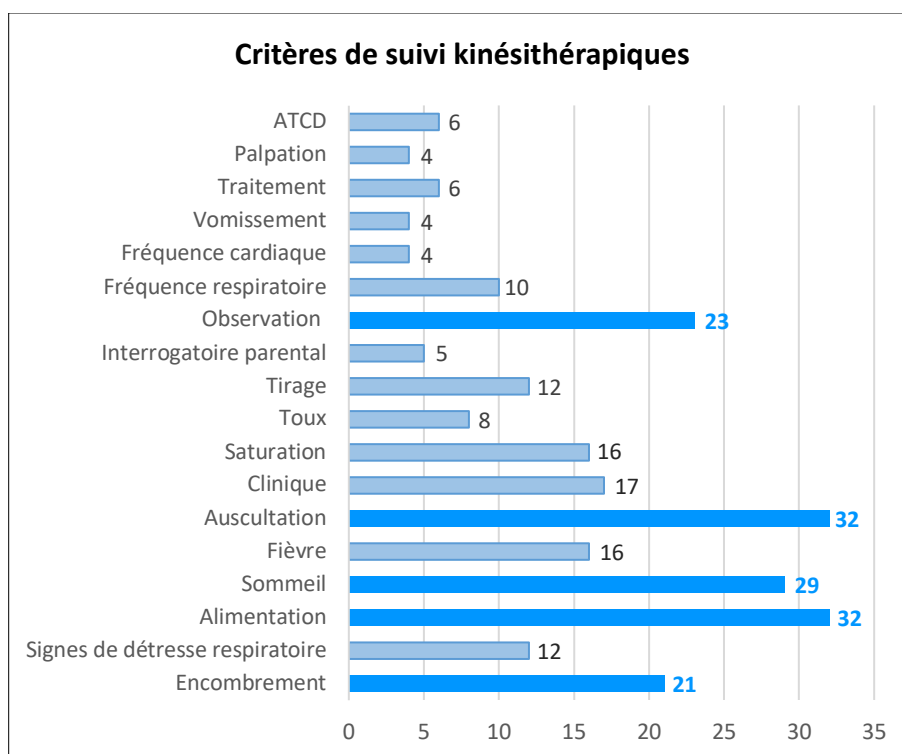


Figure 7 Critères de suivi kinésithérapiques

La question concernant les critères de suivi kinésithérapiques étant une question ouverte, on retrouve la citation de nombreux critères à évaluer. Nous avons représenté graphiquement tous ceux retrouvés au minimum 3 fois sur l'ensemble des questionnaires. Les critères de suivi revenant le plus souvent sont :

- L'auscultation médiate et immédiate confondues
- L'alimentation
- Le sommeil
- L'observation de l'enfant comprenant : l'aspect, la coloration, l'éveil, le type respiratoire
- L'encombrement comprenant les voies aériennes supérieures et inférieures confondues

On note également l'importance de l'évaluation de la clinique comprenant amélioration de l'état général, un soulagement de l'enfant, une amélioration du confort, de la tolérance de l'épisode. Ainsi que la saturation et la fièvre, qui arrivent juste après ces 5 critères principaux.

Les critères non représentés graphiquement mais retrouvés dans notre panel de réponses sont l'évaluation de : la gêne respiratoire, les critères d'hospitalisation, les signes de gravité.

c) Retour du bilan au médecin

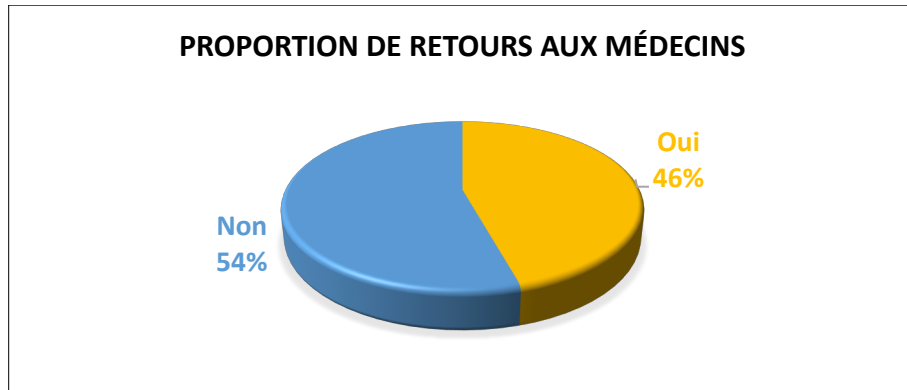


Figure 8 Répartition de la proportion de kinésithérapeutes effectuant un retour au médecin

Sur l'ensemble des kinésithérapeutes réalisant un bilan diagnostic kinésithérapique, seulement 46% effectuent un retour au médecin prescripteur.

Nous avons interrogé la population de répondant « Non » à cette question afin de déterminer la justification de leur non-retour.

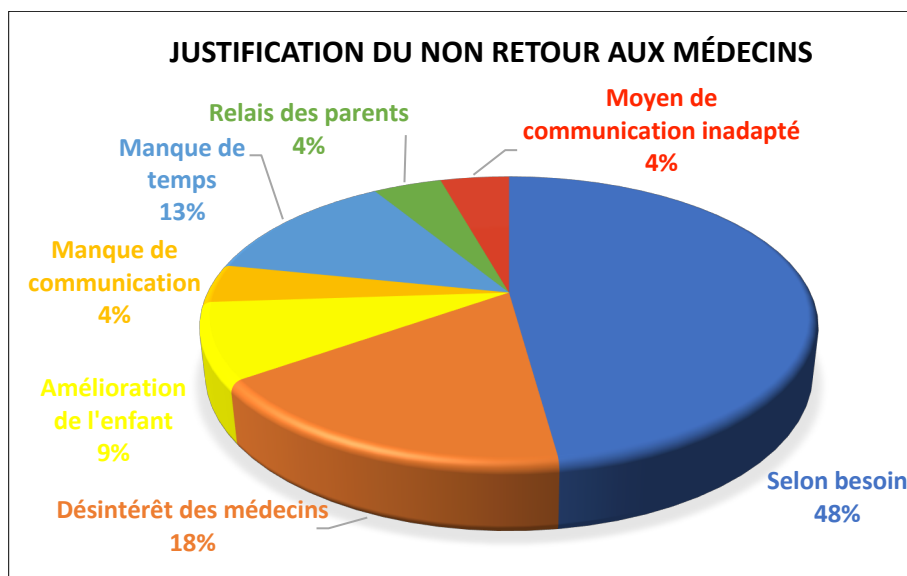


Figure 9 Justifications données suite au non-retour au médecin

On remarque que la moitié de la population concernée effectue tout de même un retour au médecin s'il juge que cela est nécessaire.

d) Intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes

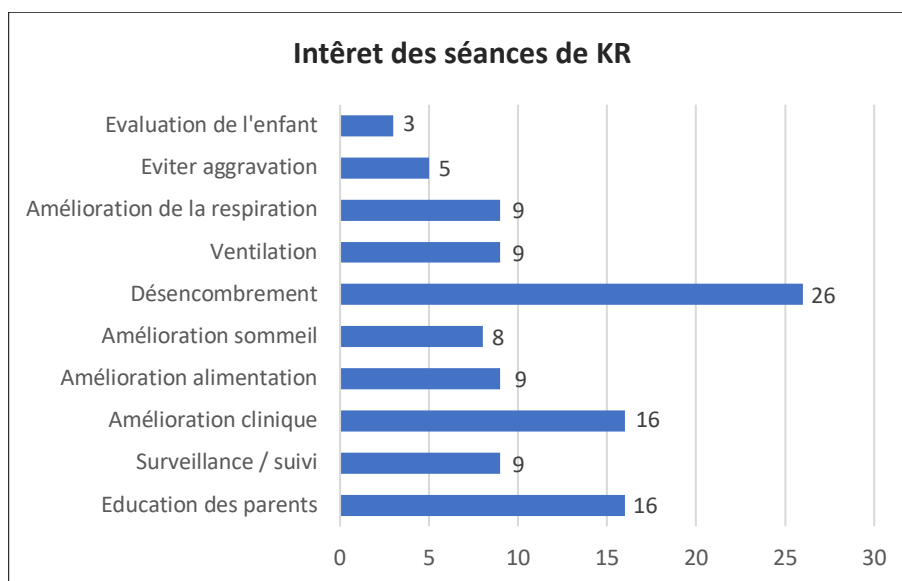


Figure 10 Intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire vu par les kinésithérapeutes

D'après les justifications retrouvées dans les questionnaires, l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire se retrouve principalement dans :

- Le désencombrement des voies aériennes supérieures et inférieures
- L'éducation des parents aux bonnes pratiques comprenant les conseils d'hygiène, de prévention, l'éducation au mouchage, l'éducation à la prise de traitement médicamenteux
- L'amélioration clinique franche comprenant une amélioration de l'état général, un soulagement de l'enfant, une amélioration du confort, de la tolérance de l'épisode

L'amélioration de la respiration, de l'alimentation, du sommeil, la ventilation de l'enfant, et le rôle de vigie thérapeutique restent eux aussi des éléments essentiels que pense apporter la kinésithérapie respiratoire.

Nous avons représenté graphiquement toutes les justifications retrouvées au minimum 3 fois sur l'ensemble des questionnaires. Celles non présentes dans le graphique mais évoqués dans les réponses sont : rassurer les parents, l'amélioration de la tolérance de l'épisode, l'amélioration de l'auscultation, la guérison plus rapide, une proposition de traitement, la diminution de l'hyperinflation.

e) Motifs de prescription selon les kinésithérapeutes

Afin d'avoir un regard croisé sur les différents acteurs de la prise en charge d'enfant en kinésithérapie respiratoire, nous avons demandé aux kinés leur avis sur les motifs de prescription des médecins. Ils pensent que les médecins prescrivent car l'enfant présente un encombrement, une altération de son état clinique ou parce que son état nécessite un suivi.

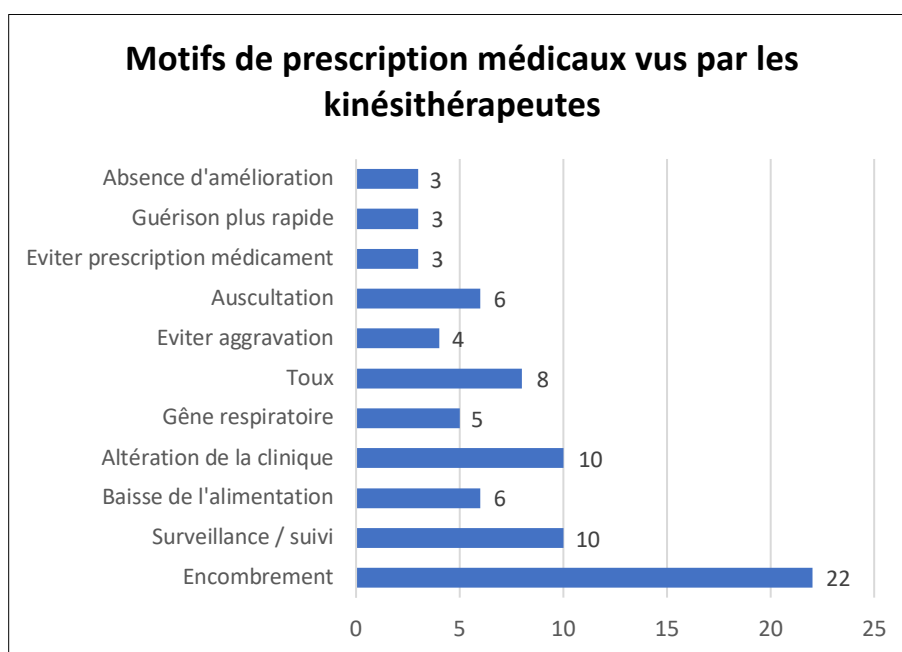


Figure 11 Motifs de prescription des médecins selon les kinésithérapeutes

Graphiquement ne sont représentés que les motifs évoqués au moins 3 fois sur l'ensemble des questionnaires traités. On retrouve de façon moins importante les motifs suivants : la fièvre, l'altération du sommeil, la demande parentale, le retour d'expérience, l'éducation des parents, éviter l'hospitalisation, éviter les récives, le diagnostic de bronchiolite, l'inquiétude parentale.

f) Attentes des médecins selon les kinésithérapeutes

Toujours dans un but de mieux comprendre et analyser cette triade de prise en charge, nous avons demandé aux kinés leurs suppositions quant aux attentes des médecins vis à vis des séances de kinésithérapie respiratoire. Selon eux, les médecins envoient les enfants en kinésithérapie respiratoire pour qu'ils soient désencombrés, qu'ils aient un suivi, et attendent une amélioration de la clinique de l'enfant.

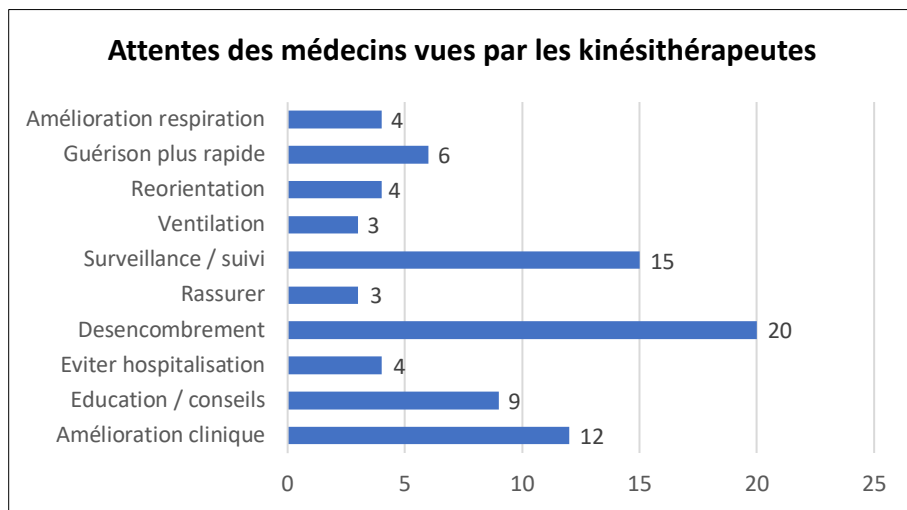


Figure 12 Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes

On retrouve non représentés graphiquement car retrouvés de manière moins importante, des attentes concernant : un retour du kinésithérapeute, un avis diagnostic, éviter une aggravation, une récurrence ou encore un traitement médicamenteux, un adjuvant thérapeutique à ce qui est déjà proposé, un avis positif de la part des parents.

g) Attentes des parents selon les kinésithérapeutes

Enfin, nous avons posé la même question que précédemment aux kinés, concernant les attentes parentales vis à vis des séances de kinésithérapie respiratoire. On retrouve principalement une attente concernant l'amélioration de l'état clinique et une amélioration de l'alimentation et du sommeil.

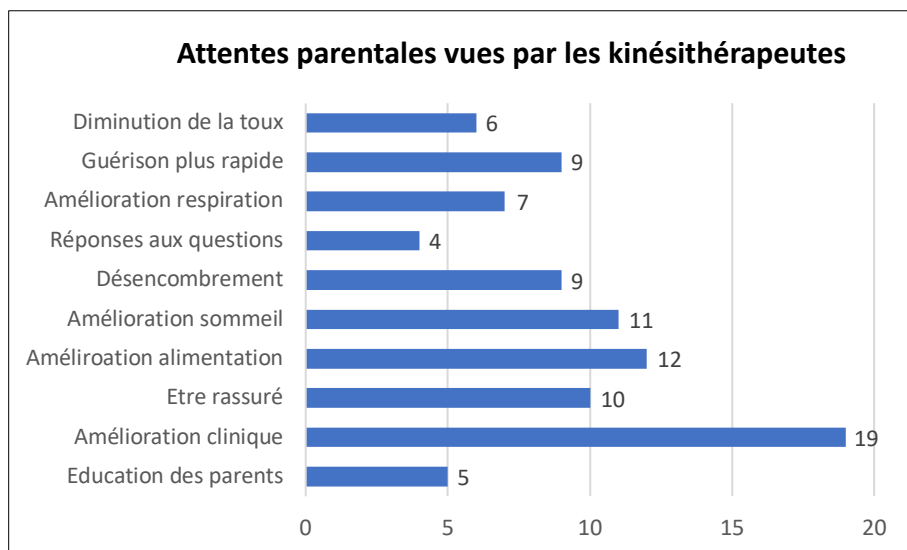


Figure 13 Attentes des parents concernant les séances de kinésithérapie respiratoire selon les kinésithérapeutes

Concernant les attentes non représentés graphiquement on retrouve : une surveillance du kinésithérapeute, une amélioration du sommeil des parents, une diminution de la fièvre, une diminution des bruits respiratoires correspondant à une amélioration de l'auscultation, une meilleure ventilation, une amélioration de la tolérance de l'épisode, une amélioration de l'éveil de l'enfant, et éviter une hospitalisation.

2. Échantillon parents

Nous avons recueilli un total de 55 questionnaires :

- 50 questionnaires ont été exploités
- 4 questionnaires ont été exclus
- 1 n'a pas été traité car la compréhension a été mauvaise

a) Présentation de l'échantillon

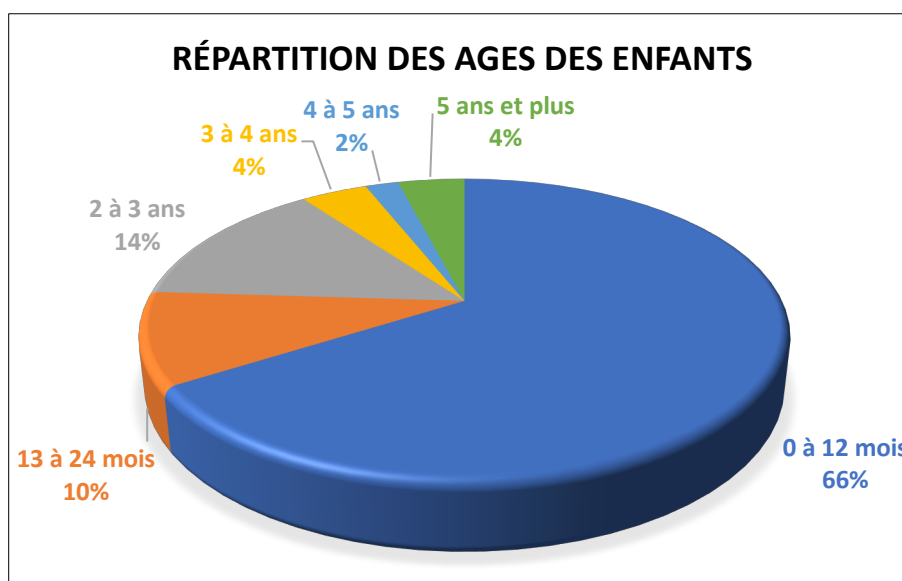


Figure 14 Répartition des âges des enfants vus en séance

La majorité des enfants participant aux séances de kinésithérapie respiratoire sont des nourrissons. En effet, on retrouve 66% d'enfant âgés de 0 à 12 mois et 10% âgés de 13 à 24 mois, ce qui représente 76% de la totalité des enfants.

On remarque qu'il existe également une proportion d'enfants âgés de plus de 2 ans, représentant les 24% restants.

b) Diagnostic

37 des enfants qui ont été vu en séance ont reçu un diagnostic de la part du médecin, 13 enfants n'en ont pas reçu. Parmi ceux ayant eu un diagnostic, 3 réponses restent inexploitables, nous avons donc 35 diagnostics répartis comme suit :

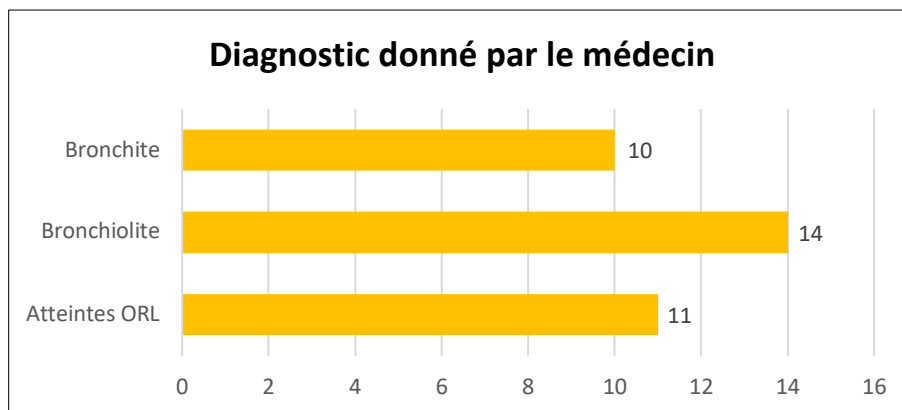


Figure 15 Retour sur le diagnostic médical par les parents

On retrouve dans les atteintes ORL les diagnostics de : rhinopharyngite, trachéite, otite, rhume.

On note que conformément aux recommandations tous les diagnostics de bronchiolite concernent des enfants de 1 à 24 mois.

c) Motifs de consultation

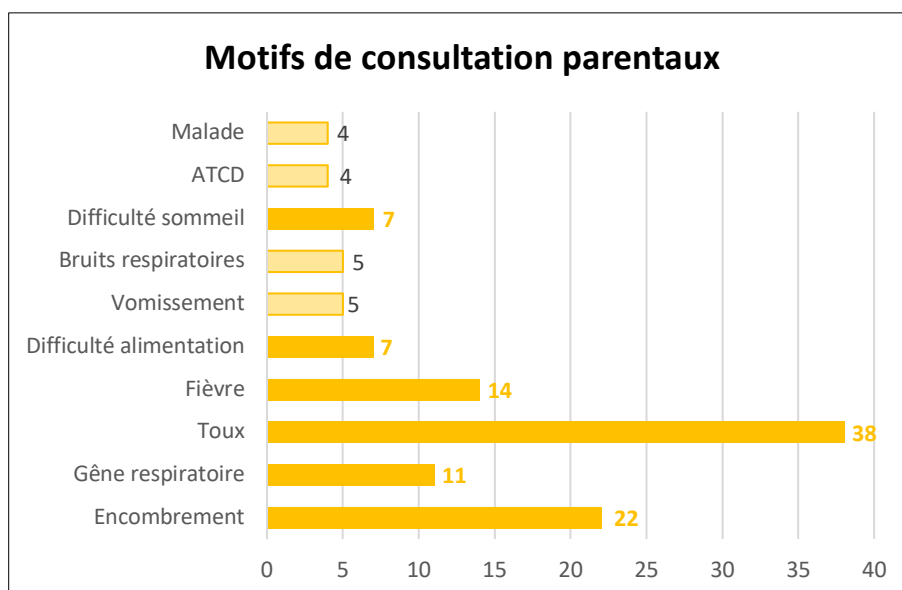


Figure 16 Motifs de consultation des parents chez le médecin

Les motifs de consultation parentaux étant nombreux, nous avons représenté graphiquement tous ceux retrouvés au minimum 3 fois sur l'ensemble des questionnaires. Les éléments revenant le plus souvent sont :

- La toux
- L'encombrement comprenant l'encombrement nasal ou bronchique
- La fièvre
- La gêne respiratoire
- L'altération de la ration et/ou de la prise alimentaire
- L'altération de la qualité et/ou de la quantité du sommeil

On note également que la présence de vomissements, de bruits respiratoires (ronflements, sifflements), ou encore la présence d'antécédents médicaux, sont des motifs évoqués par plusieurs parents.

A moins grande échelle on retrouve : des difficultés de déglutition, la demande d'avis d'un pédiatre, de conseils et la consultation dans le but d'éviter l'aggravation de l'état de l'enfant.

d) Demande de prescription de kinésithérapie respiratoire

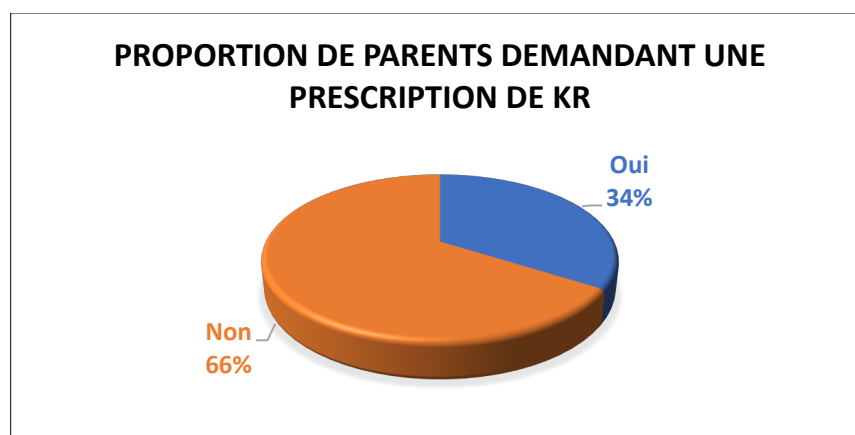


Figure 17 Répartition des parents à l'initiative d'une demande de prescription de kinésithérapie respiratoire auprès du médecin

Sur l'ensemble des parents interrogés, on remarque que 34% sont à l'origine de la demande de prescription de kinésithérapie respiratoire auprès du médecin.

Pour les parents n'étant pas à l'initiative de cette demande, afin de mieux appréhender la relation médecin-parents, nous leur avons demandé leur avis sur les motifs ayant motivé la prescription du médecin. D'après les parents, le motif justifiant la prescription de kinésithérapie est principalement l'encombrement de l'enfant.

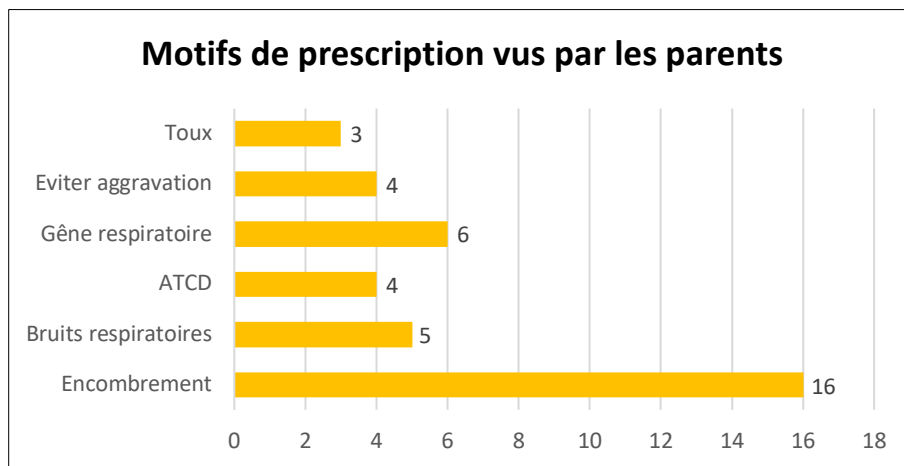


Figure 18 Motifs de prescription médicaux selon les parents

Nous avons représenté graphiquement uniquement les motifs évoqués au minimum 3 fois dans l'ensemble des réponses. Cependant nous retrouvons également comme motif de prescription : la détresse respiratoire, une absence d'amélioration, le besoin et l'efficacité.

e) Attentes parentales des séances de kinésithérapie respiratoire

Nous avons demandé aux parents quelles étaient leurs attentes face aux séances de kinésithérapie respiratoire qu'allait recevoir leur enfant. Ils souhaitent principalement un désencombrement de leur enfant, une amélioration de sa respiration et une amélioration de son état clinique.

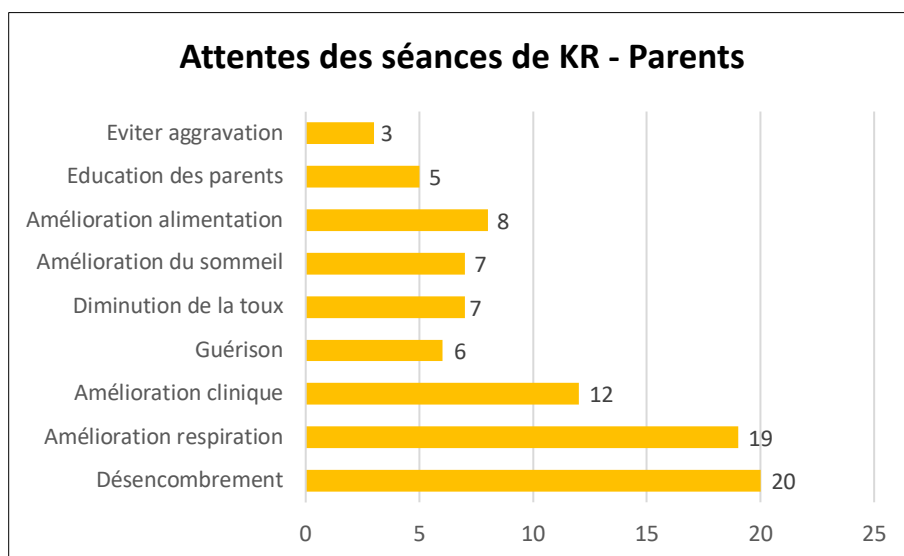


Figure 19 Attentes des parents concernant les séances de kinésithérapie respiratoire

Sur l'ensemble des parents interrogés, cette séance était la première pour 54% des enfants pris en charge. On remarque d'ailleurs que les parents de ces enfants attendent majoritairement une amélioration de la respiration. Pour les 46% des enfants ayant déjà eu une séance de kinésithérapie respiratoire, les parents attendent principalement un désencombrement des voies aériennes supérieures et/ou inférieures.

Concernant les attentes non représentées graphiquement, on retrouve : un arrêt des vomissements, une efficacité.

3. Échantillon médecins

Nous avons recueilli un total de 28 questionnaires :

- 27 questionnaires ont été exploités
- 1 questionnaire a été exclu

a) Présentation de l'échantillon

L'échantillon enquêté représente une population jeune puisque 78% des répondants ont commencé à exercer après 2000.

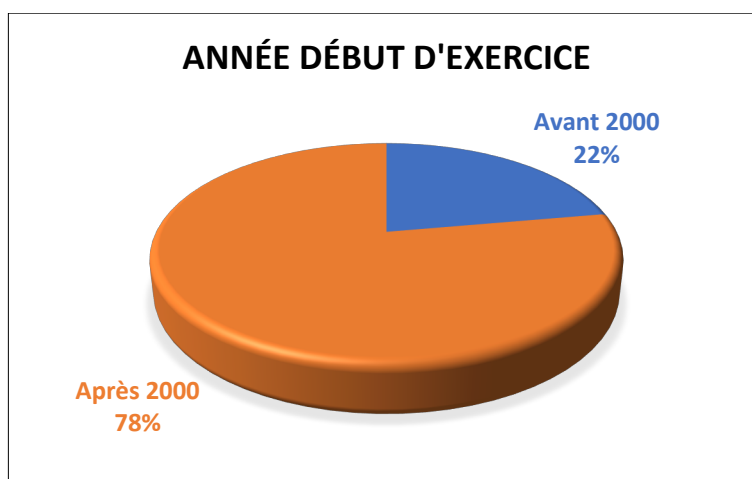


Figure 20 Répartition des médecins selon leur année de début d'exercice

Si 74% exercent en tant que médecin généraliste, 26% sont spécialisés en pédiatrie dont 4 % en pneumo pédiatrie.

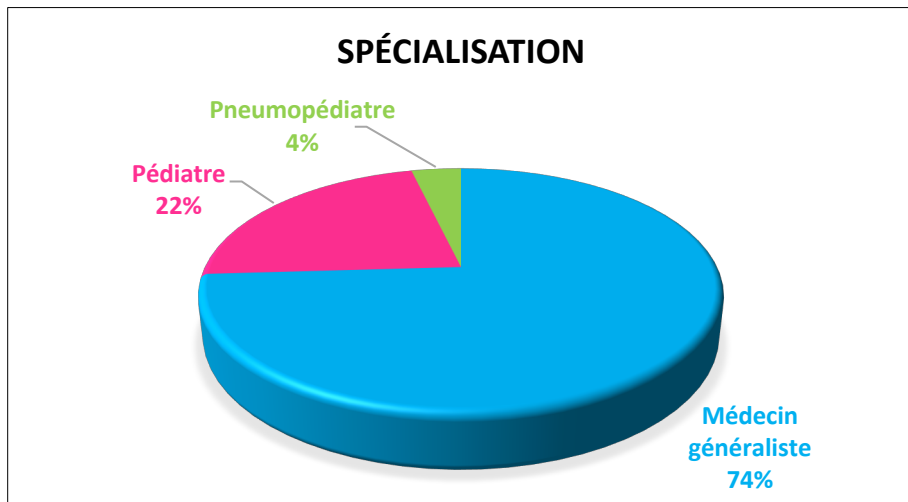


Figure 21 Répartition des médecins selon leur spécialisation

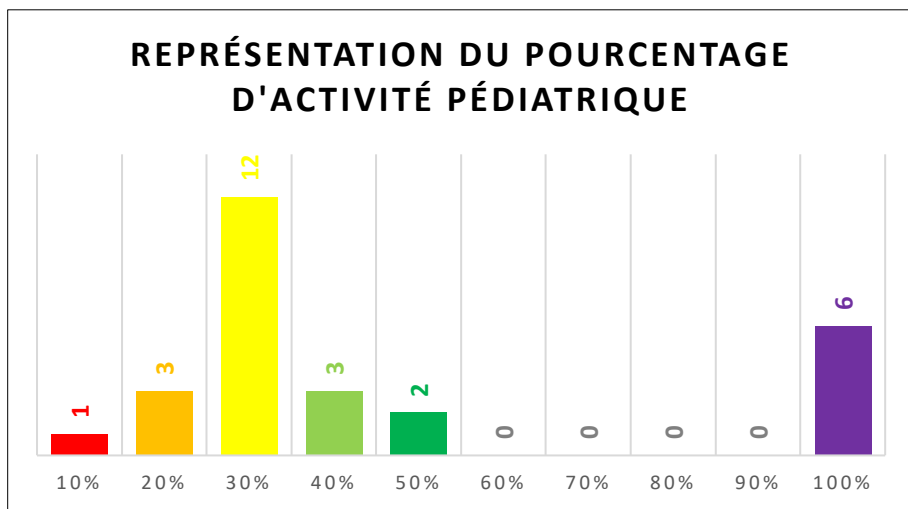


Figure 22 Représentation du pourcentage d'activité pédiatrique

b) Motifs de prescription de kinésithérapie respiratoire

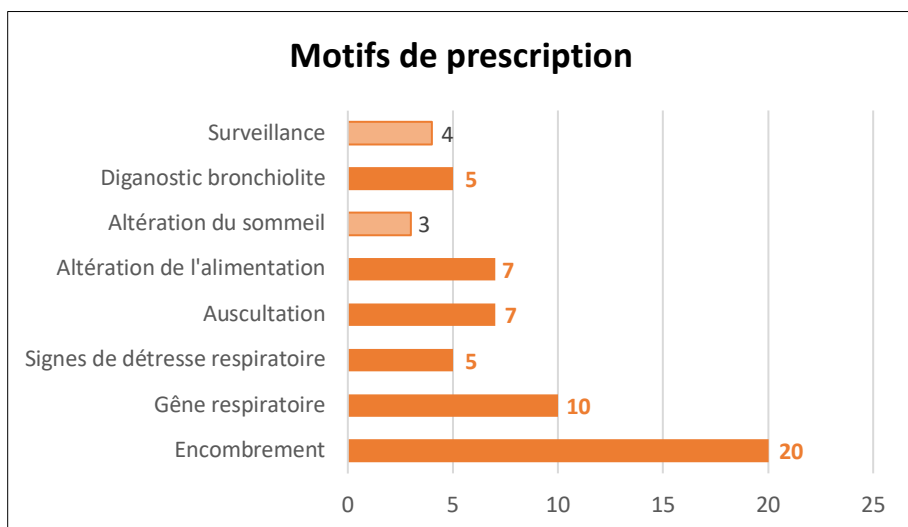


Figure 23 Motifs de prescription médicaux

On note que les motifs de prescription de kinésithérapie respiratoire ressortant le plus sont :

- L'encombrement des voies aériennes supérieures et inférieures confondues
- La présence d'une gêne respiratoire
- La présence de bruits respiratoires adventices lors de l'auscultation médiate et immédiate
- L'altération de la ration et/ou de la prise alimentaire
- Le diagnostic de bronchiolite
- La présence de signes de détresse respiratoire

Certains médecins prescrivent également pour assurer une surveillance de l'enfant. D'autres prennent en compte l'altération de la qualité et/ou de la quantité de sommeil chez l'enfant.

Les résultats non représentés graphiquement car évoqués moins de 3 fois, mais tout de même présents dans les réponses sont : la demande parentale, la mauvaise observance parentale, l'altération de la clinique, le jeune âge de l'enfant, la présence d'antécédents médicaux, la toux, l'inquiétude parentale, les vomissements.

Nous avons également cherché à savoir si le prescripteur envoie les parents vers un kinésithérapeute en particulier. 44% des médecins interrogés recommandent un praticien pour différentes raisons :

- Sa spécialisation
- Ses compétences
- La confiance qu'il lui accorde
- Sa disponibilité
- Son professionnalisme
- Sa proximité

c) Motifs de consultation parentaux selon les médecins

Nous cherchons ici à mieux appréhender la relation parents-médecin afin de déterminer si les médecins ont su identifier les motifs de consultation parentaux.

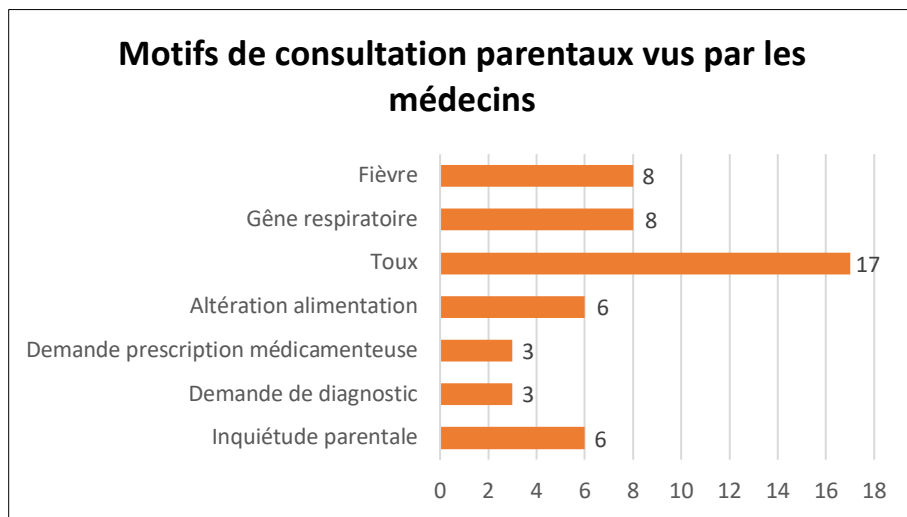


Figure 24 Motifs de consultation des parents selon les médecins

On remarque que les médecins estiment que les parents consultent principalement pour :

- La toux
- La fièvre
- La présence d'une gêne respiratoire
- Une altération de la quantité de prise alimentaire
- L'inquiétude parentale

On retrouve également la demande de prescription médicamenteuse ainsi que la demande de diagnostic. Dans une proportion moindre, on retrouve de nombreux motifs évoqués par les médecins tels que : la fatigue, la demande de prescription de kinésithérapie respiratoire, l'encombrement, la présence de bruits respiratoires (sifflements, ronflements), la présence d'antécédents médicaux, de tirage, une anorexie, un sommeil altéré, une altération de la clinique, pour éviter une aggravation, pour assurer une surveillance, parce que leur enfant est malade.

d) Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire

Nous avons demandé aux médecins quelles étaient leurs attentes face aux séances de kinésithérapie respiratoire qu'ils prescrivent. Ils espèrent principalement une amélioration de la clinique de l'enfant, un désencombrement ainsi qu'un suivi.

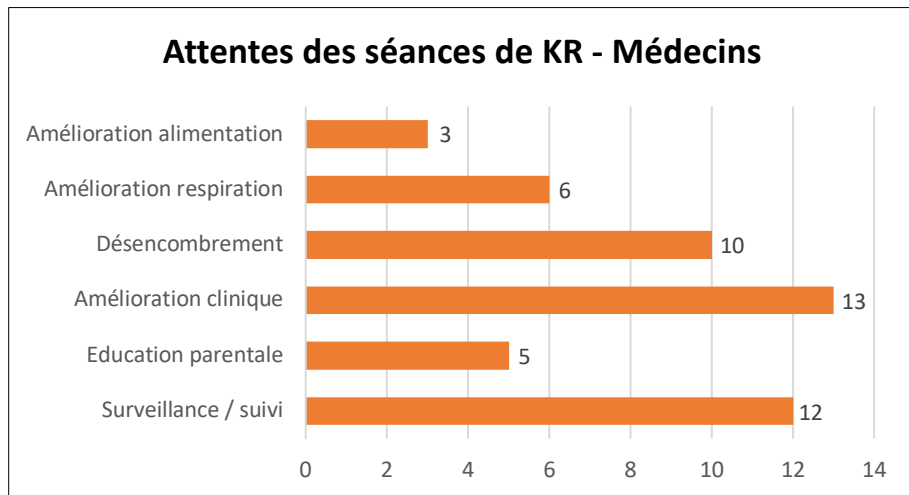


Figure 25 Attentes des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire

De façon moins représentative on retrouve des attentes concernant une amélioration du sommeil et une diminution de la toux.

4. Résumé des résultats

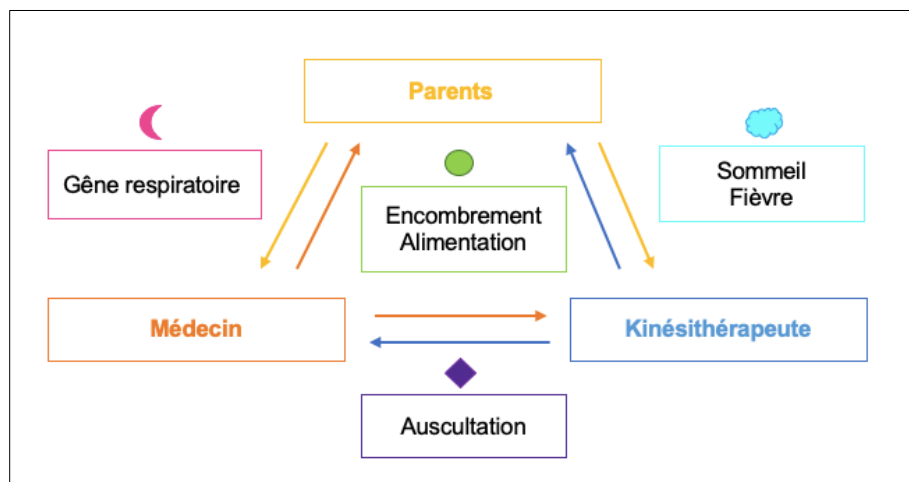


Figure 26 Marqueurs communs dans la relation tridimensionnelle

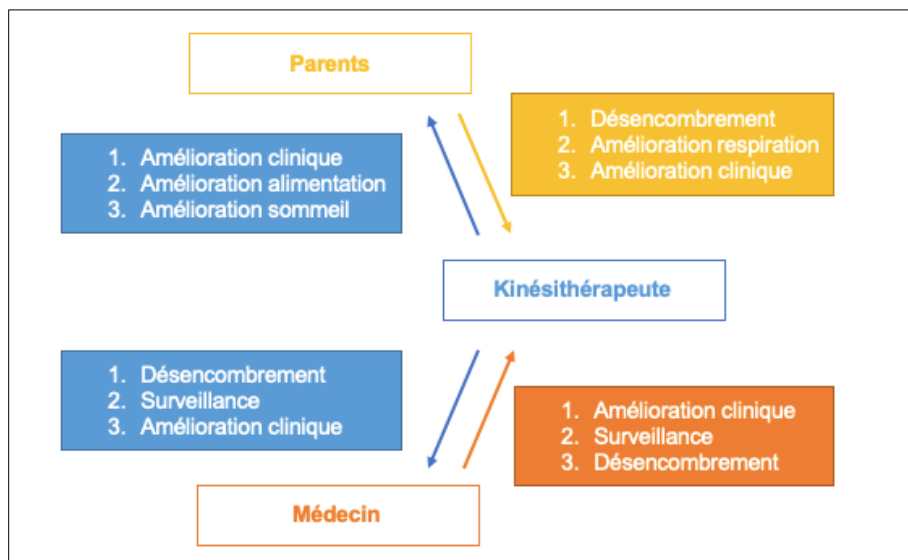


Figure 27 Regards croisés des attentes de la kinésithérapie respiratoire

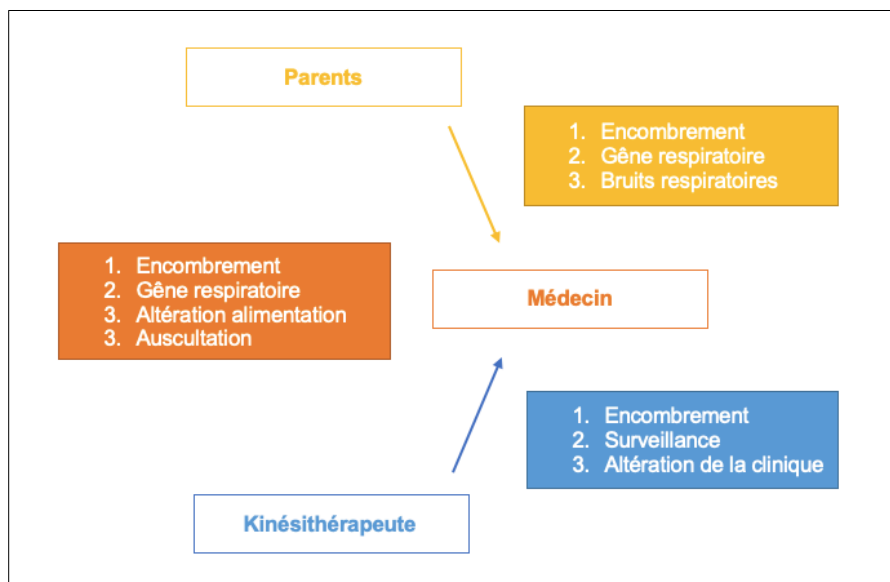


Figure 28 Regards croisés des motifs de prescription médicaux

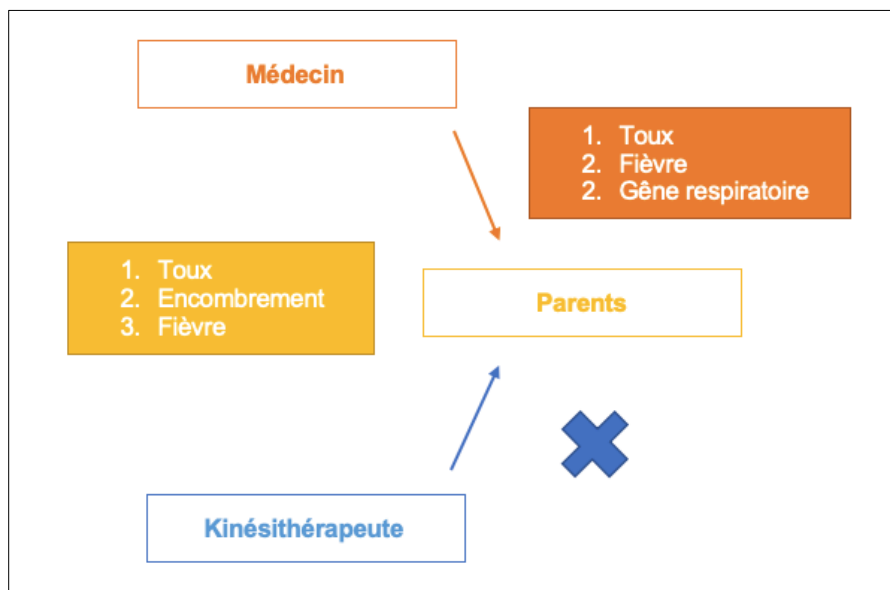


Figure 29 Regards croisés des motifs de consultation parentaux

IV. Discussion

La présente étude a pour objectif principal d'identifier les motifs de consultation parentaux, les motifs de prescription médicaux et les critères de suivi kinésithérapiques, cela dans le but de mieux appréhender la relation de soin qui existe autour de l'enfant.

L'hypothèse initiale était de dire qu'il existe au moins un marqueur commun retrouvé pour chacun des acteurs de cette triade. Pour y répondre nous avons analysé les 5 premiers critères retrouvés pour les parents, médecins et kinésithérapeutes (Tableau IV).

Tableau IV Top 5 des critères pour chaque acteur

Parents	Médecins	Kinésithérapeutes
1. Toux	1. Encombrement	1. Auscultation
2. Encombrement	2. Gêne respiratoire	1. Alimentation
3. Fièvre	3. Auscultation	3. Sommeil
4. Gêne respiratoire	3. Alimentation	4. Observation
5. Alimentation	5. Diagnostic	5. Encombrement
5. Sommeil	5. Signe de détresse	

Les résultats montrent que l'encombrement et l'alimentation sont des éléments que l'on retrouve chez l'ensemble des acteurs de cette triade. Ce sont donc les marqueurs communs que nous recherchions. Bien qu'ils soient retrouvés parmi les critères les plus évoqués par les parents, médecins et kinésithérapeutes, chacun ne leur accorde pas la même importance. En effet, les parents et les médecins accordent plus d'importance à l'encombrement qu'à l'alimentation. Les kinésithérapeutes quant à eux, privilégient l'évaluation de l'alimentation puisque l'évaluation de l'encombrement arrive seulement en cinquième position.

On aurait pu penser que les parents allaient consulter principalement pour l'alimentation qui est un marqueur facilement évaluable par ces derniers. Comme l'enquête est réalisée à postériori du rendez-vous médical on peut imaginer que les réponses ont pu être influencées par ce dernier.

De la même façon on aurait pu imaginer que les médecins et kinésithérapeutes privilégieraient l'évaluation de l'encombrement. Or les kinésithérapeutes mettent en avant l'évaluation de l'alimentation. En effet, une baisse d'alimentation prolongée peut être un motif d'hospitalisation. Le nourrisson est très sensible à la déshydratation et

son état de santé peut vite se dégrader. Comme le médecin voit l'enfant à un instant t il ne peut pas réaliser de suivi de l'alimentation, cependant il peut constater une baisse de poids ou une tendance à une diminution de la ration alimentaire. On suppose que ces petits patients ne sont pas pourvoyeurs de prescription de kinésithérapie respiratoire en ville car leur état nécessite une hospitalisation. Cela expliquerait que le médecin privilégie l'évaluation de l'encombrement à l'alimentation pour justifier sa prescription de kinésithérapie respiratoire en ambulatoire.

Lorsqu'on s'intéresse aux critères de suivi en kinésithérapie respiratoire, on remarque que nous retrouvons l'auscultation et l'évaluation de l'encombrement de manière distincte. Or l'auscultation n'est-elle pas un moyen d'évaluer l'encombrement ?

Si on se réfère au score de Wang, l'auscultation est bien considérée comme un critère d'évaluation de l'encombrement qualitatif (Wang, 1992). Elle permet de situer l'encombrement anatomiquement et d'identifier la survenue de bruits adventices dans le cycle respiratoire. Dans notre étude, les kinésithérapeutes différencient l'auscultation, de l'évaluation de l'encombrement qui correspond à une évaluation des sécrétions nasales et pulmonaires de manière quantitative et qualitative, à savoir : quantité, couleur, aspect, odeur.

On comprend face à ce type de questionnement l'intérêt de s'accorder sur les éléments communs à évaluer dans le cadre de la prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire. De plus, à la question concernant les éléments à évaluer, même si nous avons catégorisé les éléments de réponses afin de les comptabiliser et d'en discuter, aucune réponse ne comprenait les mêmes critères. On retrouve cependant des éléments de suivi communs, dont les résultats sont illustrés dans la figure 7. Les résultats retrouvés dans cette étude mériteraient d'être exploités de façon à retravailler sur une enquête visant à déterminer les critères de suivi à évaluer en kinésithérapie respiratoire, afin de réaliser un bilan commun à l'ensemble des thérapeutes.

Malgré la présence de scores cliniques pertinents dans la littérature tels que le score de Wang (Wang, 1992), de Kristjansson (Kristjansson, 1993) ou encore le score ABSS (Ramos-Fernández, 2018), on ne retrouve qu'un questionnaire mentionnant le score SEVA visant à évaluer l'encombrement, dont la validité méthodologique reste à valider. Bien que ce score soit complet, il comporte des variables aléatoires comme la quantité et l'apparence des expectorations (Joud, 2004). Face à la volonté de la profession de suivre une démarche d'*Evidence based practice*, il est nécessaire de travailler

ensemble sur la création d'un bilan commun à l'ensemble des thérapeutes et validé pour la prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire en cabinet libéral. Une prise en soin adaptée reposant sur un bilan diagnostique kinésithérapique bien mené, ce travail est essentiel à mettre en place.

Par ailleurs bien que nous ayons cherché à déterminer les critères de suivi, il serait intéressant de déterminer les critères d'arrêt des séances. Selon les recommandations « *les séances doivent être poursuivies jusqu'à l'amélioration clinique franche du nourrisson* » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000). C'est bien le suivi de l'enfant qui permettra de constater cette amélioration clinique. On note que l'observation de l'enfant, l'évaluation du sommeil et de l'alimentation sont des critères relatés par les kinésithérapeutes, relevant de la clinique, qui vont déjà dans ce sens. Un travail autour de la recherche ces critères d'arrêt mériterait d'être entrepris.

En pratique libérale, nous nous attendons à ce que les parents consultent un professionnel pour des modifications du comportement de leur enfant. En effet ils « *ne consultent pas leur médecin traitant, pédiatre ou omnipraticien parce que le bébé siffle ou qu'il présente un wheezing, mais parce qu'il mange plus ou moins bien, qu'il tousse et que son sommeil est altéré* » (Beauvois, Fouré, Gouilly, & Reychler, 2007). Lors de notre étude nous remarquons que les motifs de consultation attendus sont évoqués par les parents, à savoir la toux, l'alimentation et le sommeil. Nous constatons cependant que les parents attachent également de l'importance à l'encombrement et à la gêne respiratoire qui se retrouvent être dans les motifs de prescription médicaux. Nous pouvons donc nous interroger sur l'influence de la consultation médicale sur les réponses parentales.

Même si les médecins ont une bonne perception des motifs de consultation parentaux (Figure 24), leur prescription ne dépend pas de ces derniers puisqu'ils n'accordent pas d'importance à la fièvre, la toux et l'altération du sommeil. Ils privilégient cependant les motifs comme l'encombrement, la gêne respiratoire et l'altération de l'alimentation.

D'après les critères de suivi kinésithérapiques (Figure 7), il est important de spécifier que la toux, la fièvre, l'alimentation et le sommeil sont des éléments auxquels les kinésithérapeutes accordent de l'importance, au même titre que les parents. Il aurait été intéressant d'obtenir le regard du kinésithérapeute sur sa perception des motifs de

consultation parentaux. Lors de la création des questionnaires, la question n'a pas été abordée.

Enfin, suite à l'analyse des motifs de prescription, on note que les médecins prescrivent principalement pour 4 motifs : l'encombrement, la présence d'une gêne respiratoire, une altération de l'alimentation et la présence de bruits adventices à l'auscultation (Figure 23). Dans notre étude, on remarque que lors de la consultation médicale, les parents perçoivent bien ces problématiques puisqu'ils évoquent 3 d'entre-elles (Figure 19). Les parents ont donc conscience des motifs de prescription médicaux.

Les kinésithérapeutes quant à eux savent que l'encombrement est un motif important de prescription. Cependant ils pensent que les médecins prescrivent également pour une surveillance de l'état de l'enfant ainsi qu'une altération de la clinique (Figure 11). Bien que les médecins ne prescrivent pas pour de la surveillance, cela reste une des attentes de leur part concernant les séances de kinésithérapie (Figure 25).

On comprend ici que l'encombrement est le motif principal de prescription de kinésithérapie respiratoire. Bien qu'un des rôles de la kinésithérapie respiratoire est de pallier à l'encombrement des voies aériennes de l'enfant ce n'est pas son unique utilité. Il est essentiel d'identifier les attentes des séances de kinésithérapie respiratoire et de redéfinir les rôles qui lui sont attribués afin de les promouvoir auprès des médecins et des parents.

D'après nos résultats, les attentes des médecins et des parents concernant les séances de kinésithérapie sont axées sur le désencombrement des voies respiratoires et l'amélioration de l'état clinique de l'enfant (Figure 27). On remarque que les parents accordent une place plus importante au désencombrement alors que les médecins privilégient l'amélioration de la clinique. En supposant que l'encombrement influe sur l'état clinique de l'enfant, on imagine facilement que le désencombrement entraînera de ce fait une amélioration de l'état clinique. Les parents s'intéressent donc au traitement de la cause et les médecins aux résultats cliniques du traitement.

On remarque par ailleurs que les attentes des médecins trouvées dans notre étude sont en accord avec celles que l'on rencontre dans la littérature, à savoir une amélioration clinique et une surveillance de l'enfant (Michel, 2012).

Par ailleurs, on remarque dans notre étude que les kinésithérapeutes ont conscience des attentes des médecins concernant les séances (Figure 27). D'autant que l'avis des kinésithérapeutes concernant l'intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire (Figure 10) répond aux attentes médicales.

Cependant, les attentes parentales ne sont pas tout à fait perçues par les kinésithérapeutes (Figure 27). Alors que les parents axent leurs attentes sur le désencombrement et la respiration, les kinésithérapeutes pensent qu'ils attendent d'eux une amélioration de l'alimentation et du sommeil. Les kinésithérapeutes pensent donc que les parents attendent des séances une amélioration des éléments qui ont motivé leur consultation médicale. Pour autant, les kinésithérapeutes répondent favorablement à ces attentes parentales puisqu'ils estiment que la kinésithérapie a un intérêt dans le désencombrement, l'amélioration de la clinique et de la respiration (Figure 10).

On remarque dans l'analyse des questionnaires que les attentes parentales diffèrent en fonction du nombre de séance en kinésithérapie respiratoire qu'a reçu leur enfant. En effet, les parents dont l'enfant reçoit sa première séance attendent une amélioration de la respiration, alors que les parents dont les enfants ont déjà consulté se présentent avec une attente concernant le désencombrement de leur enfant.

L'encombrement étant à l'origine de l'obstruction des voies respiratoires, il est responsable d'une mauvaise ventilation et donc impacte en conséquence la qualité de la respiration entre autres. Les parents des enfants ayant déjà reçu des séances ont identifié la cause et attendent de la part des kinésithérapeutes une action sur celle-ci, alors que les autres parents identifient une des conséquences possibles de l'encombrement.

Dans leur rôle d'éducation des parents, les kinésithérapeutes ont su apporter des informations concernant la physiologie de l'appareil respiratoire et donner des indicateurs aux parents leur permettant d'autoévaluer leur enfant et d'effectuer une analyse pertinente de son état de santé. Ainsi les attentes parentales face aux séances de kinésithérapie respiratoire se trouvent changées et s'orientent vers des attentes communes à celles des médecins.

Bien que les attentes parentales et médicales ne soient pas identiques, on peut donc en conclure que les kinésithérapeutes répondent favorablement à ces attentes.

Nous avons demandé aux kinésithérapeutes d'estimer l'intérêt de leur intervention au cours des séances de kinésithérapie respiratoire. Il en est ressorti un intérêt dans le désencombrement des voies respiratoires, une amélioration clinique de l'enfant et un rôle d'éducation et de conseil aux parents. Les kinésithérapeutes ont donc conscience des limites de leur intervention et ne prétendent pas être à l'origine d'une guérison plus rapide (Gajdos et al., 2010). Cependant ils participent à une amélioration clinique franche de l'état de l'enfant conformément aux recommandations (Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, 2000).

On note par ailleurs dans cette étude que conformément aux données de la littérature, le rôle du kinésithérapeute ne se limite pas « à l'exécution de gestes techniques itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles » (Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, 2000) Chaque acteur de la triade est conscient du rôle du kinésithérapeute concernant le rôle de conseil et d'éducation des parents.

Cependant un rôle tout aussi essentiel mais non connu par les parents est celui de vigie thérapeutique. Le kinésithérapeute étant garant du suivi et de la surveillance de l'enfant, il lui appartient de le rediriger vers le médecin ou les urgences quand la situation le nécessite.





Il faut redéfinir ce rôle avec les parents afin qu'ils n'aient pas recours au médecin ou aux urgences de manière déraisonnée. Rassurer les parents, leur donner des moyens d'évaluer leur enfant font partie du rôle d'éducation du kinésithérapeute mais aussi du rôle de vigie thérapeutique. En effet au fur et à mesure des séances les parents arriveront avec des informations de plus en plus pertinentes sur l'état de leur enfant permettant une analyse concise de l'état de ce dernier.

Dans cette étude nous nous sommes également intéressés aux binômes parents-médecin, kinésithérapeute-médecin et parents-kinésithérapeute. Nous avons émis l'hypothèse qu'il existait un marqueur commun propre à chaque couple. C'est ce que nous avons cherché à mettre en évidence dans nos résultats.

On remarque qu'il existe bien des marqueurs spécifiques à chaque binôme (Figure 26). Ces marqueurs sont valables pour les 5 premiers critères retrouvés chez les parents, les médecins et kinésithérapeutes.

Si on s'intéresse à l'ensemble des critères retrouvés au moins 2 fois pour chaque échantillon, les correspondances sont plus nombreuses, on retrouve spécifiquement pour chaque binôme les résultats présentés dans le Tableau V.

Tableau V Critères communs spécifiques à chaque binôme

Parents – Médecin – Kinésithérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> - Encombrement - Alimentation - Gêne respiratoire - Auscultation : bruits respiratoires - Sommeil
Parents – Médecin 	Aucun marqueur spécifique
Médecin – Kinésithérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes de détresse respiratoire - Clinique
Kinésithérapeute – Parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Vomissement - Toux - Antécédents médicaux

Certains critères précédemment spécifiques à chaque binôme deviennent alors communs aux 3 acteurs notamment :

- La présence d'une gêne respiratoire
- L'auscultation, décrite comme la présence de bruits respiratoires par les parents
- La qualité et/ou la quantité de sommeil

On remarque que malgré la présence de marqueurs communs aux parents, médecins et kinésithérapeutes, il n'existe plus de marqueur spécifique au couple parents-médecin (*Tableau V*).

Les médecins et les kinésithérapeutes accordent une place aux signes de détresse respiratoire et à la clinique, que les parents n'évoquent pas. On constate qu'il persiste des éléments propre aux professionnels de santé.

Les kinésithérapeutes quant à eux, s'intéressent à des motifs de consultations pour lesquels les médecins ne prescrivent pas. On peut se demander pourquoi ils s'intéressent à ces critères, quelle place ont ces éléments dans le suivi kinésithérapique ?

- Les antécédents médicaux font partie des « *critères cliniques de gravité à considérer pour un recours hospitalier* » (*Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, 2000*)

- La toux est un marqueur du niveau de l'atteinte des voies respiratoires selon sa période de survenue. « *Une toux nocturne signe une atteinte des voies aériennes inférieures, la toux des voies aériennes supérieures étant uniquement diurne ou à l'endormissement.* » (« Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans », 2011)
- Les vomissements sont liés à des troubles digestifs pouvant être à l'origine d'une aggravation de l'état de l'enfant (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000)
- La fièvre est un signe d'aggravation à surveiller (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000)

Les vomissements, la toux et la fièvre sont des marqueurs permettant un suivi et une surveillance de l'enfant. C'est pourquoi les médecins ne prescrivent pas à partir de ces éléments. Or un élément d'anamnèse comme la présence d'antécédents médicaux mériterait une plus grande attention de la part des médecins. Les enfants concernés par la présence d'antécédents sont peut-être redirigés directement vers un recours hospitalier et ne sont pas à l'origine de prescription de kinésithérapie respiratoire en ville, ne faisant donc pas parti de la population enquêtée, ce qui pourrait expliquer nos résultats.

Si on se réfère à la littérature, la pratique de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge d'une pathologie respiratoire aiguë n'est référencée que dans le cas de la bronchiolite du nourrisson, c'est à dire chez des enfants de 0 à 2 ans. Or on remarque que la population étudiée ici ne reflète pas celle présente dans la littérature. En effet, même si la majorité est âgée de 0 à 2 ans, il reste une part non négligeable représentant 24% d'enfant ayant plus de 2 ans (*Figure 14*). Malgré l'absence de recommandation et de littérature concernant cette population, elle est tout de même suivie en kinésithérapie respiratoire.

De plus, il n'existe pas de différence quant aux attentes des parents quel que soit l'âge de l'enfant. Il semblerait donc que le rôle du kinésithérapeute soit le même que pour celui des enfants de 0 à 2 ans, à savoir : participer à l'amélioration clinique de l'enfant, à l'éducation et conseils aux parents, ainsi qu'au rôle de vigie thérapeutique. Dans une démarche d'amener la profession vers une pratique basée sur les preuves, il est nécessaire d'inclure dans les études futures une population plus représentative de la patientèle présente en cabinet libéral.

De la même façon, la littérature concernant la prise en charge de l'enfant en kinésithérapie respiratoire se limite à la prise en charge d'une seule pathologie : la bronchiolite aiguë du nourrisson. Or dans notre étude, les enfants ayant reçu un diagnostic médical se présentent au cabinet avec d'autres pathologies, notamment des atteintes ORL ou encore une bronchite. 13 enfants restent sans diagnostic et sont pourtant suivis au cabinet. On note par ailleurs que les symptômes cliniques sont identiques, quel que soit l'agent pathogène, VRS, métapneumovirus ou rhinovirus (Manoha, 2007). On se pose alors la question de l'intérêt d'axer nos études sur la nosologie plus que sur la symptomatologie. En effet, on rappelle que la kinésithérapie respiratoire a pour objectif d'aider à l'amélioration de la tolérance d'un épisode de maladie en participant au confort respiratoire et à l'accompagnement de l'enfant (Joud, 2014). De plus, les recommandations de 2000 parlent d'une amélioration clinique franche de l'état de l'enfant suite à ces séances.

Par ailleurs, les motifs de prescription médicaux s'intéressent à des symptômes cliniques plus qu'à la nosologie, puisque seulement 5 médecins justifient leur prescription suite à un diagnostic de bronchiolite.

Sachant que la kinésithérapie respiratoire trouve son intérêt dans l'amélioration de la symptomatologie de l'enfant, et malgré le fait qu'il n'y ait pas de diagnostic posé par les médecins, les enfants sont tout de même pris en charge. Il semble opportun de ne plus s'intéresser à la nosologie, mais d'étudier les effets de la kinésithérapie respiratoire sur l'état clinique de l'enfant, à partir de la symptomatologie, quelle que soit l'atteinte respiratoire aiguë qu'il présente.

La réflexion autour de la réalisation d'un bilan kinésithérapique commun devrait aller dans ce sens en travaillant de façon conjointe avec les médecins sur les signes cliniques à évaluer dans le suivi de l'enfant.

Selon la conférence de consensus de 2000, « *les médecins généralistes et les pédiatres devraient être en mesure de confier leurs patients à des kinésithérapeutes spécifiquement formés à ces techniques* ». Or on retrouve seulement 44% des médecins qui collent à ces recommandations en conseillant aux parents un kinésithérapeute principalement pour sa spécialisation. En effet, même si la majorité des kinésithérapeutes sont formés aux pratiques de kinésithérapie respiratoire, conformément aux recommandations de 2000, il reste 22% d'entre eux qui n'ont pas reçu de formation post-diplôme. Bien que la formation initiale intègre l'apprentissage des techniques et leur adéquation à la prescription, « *la formation continue gagnerait*

à être conjointe. Elle favoriserait la coordination des soins. » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000). Afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces patients, il est donc nécessaire que les kinésithérapeutes prenant en charge ces enfants, soient formés spécifiquement à cette pratique.

La réingénierie des études forme les kinésithérapeutes au bilan diagnostic kinésithérapique. En effet, on retrouve 92% des kinésithérapeutes interrogés qui réalisent un bilan (*Figure 6*). Dans cette démarche d'évolution de la profession, se pose la question de l'accès direct aux soins en kinésithérapie. La loi autorise le kinésithérapeute à prendre en charge un patient dont la nécessité de consulter est urgente. En effet, selon la loi du 26 janvier 2016 et l'Article L. 4321-1 du Code de la Santé Publique : « *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* ». Or aujourd'hui, on est forcés de constater que « *Le système de santé répond mal à l'épidémie de bronchiolite. Chaque année apparaissent des problèmes d'organisation, dont témoignent l'afflux massif d'enfants aux urgences hospitalières* » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000). Une réorientation de ce flux vers la médecine ambulatoire, kinésithérapeute compris, pourrait pallier à cet engorgement.

Face à ces constatations, l'offre de soin actuelle n'étant pas capable de répondre à toutes les demandes, nous proposons d'alléger le nombre de demandes faites aux urgences et aux médecins, en les transférant à d'autres professionnels de santé habilités à y répondre, comme les kinésithérapeutes. « *Des structures de soins ont tenté de s'adapter à cette demande brutale [...] Certaines structures libérales ont organisé des permanences de soins de leur propre initiative améliorant la collaboration médecins/kinésithérapeutes/hôpital, ainsi que l'accessibilité aux soins.* » (« Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », 2000). Le kinésithérapeute devra limiter sa prise en charge à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Et s'il estime ne pas se trouver confronté à une situation d'urgence ou s'il considère ne pas être en mesure de répondre à la demande du patient, il pourra refuser des soins.

Afin d'assurer une prise en charge optimale, le kinésithérapeute doit intégrer à son bilan le repérage de la présence de signes d'alertes, plus connus sous le nom de drapeaux rouges ou *red flags*. Les *red flags* ont fait leur apparition en kinésithérapie dans une publication portant sur les signes d'alerte dans la prise en charge d'une

lombalgie (Williams, 2013). Ils permettent de porter notre attention sur un éventuel diagnostic différentiel. « *Dans le champ cardio-respiratoire, les signes d'alerte portent plus sur le dépistage d'une situation critique, grave et aiguë, rapidement évolutive, conduisant à une réorientation immédiate du projet thérapeutique, notamment du kinésithérapeute* » (Selleron, 2018). Si ces drapeaux sont en cours d'identification dans le cadre de la prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire, il faut travailler à l'identification des situations pathologiques dont la systématisation des signes d'alerte doit être effectuée.

1. Limites de l'étude

Tableau VI Biais méthodologiques, effets et moyens pour les atténuer

Biais méthodologiques	
Effets	Moyens pour les atténuer
Questions ouvertes entraînant un traitement des données difficiles	Organiser un moyen d'analyse et de traitement de l'information Création de catégories après analyse de contenu pour faciliter l'exploitation des réponses
Excès de questions ouvertes qui peut conduire à un évitement de ces questions	Réaliser un questionnaire dans l'esprit de pouvoir y répondre rapidement sans trop de réflexion
Biais de sélection Échantillon non représentatif de la population source que l'on souhaite étudier	Avoir des informations sur la population source Pour limiter ce biais il faut interroger un grand nombre de personnes, or on aura toujours un échantillon et non pas toute la population
Effet de primauté / de récence Donne une importance à ce qui se trouve au début et à la fin du questionnaire	Ne pas sous-estimer les informations présentes entre le début et la fin du questionnaire
Biais de couverture Ne peuvent répondre au questionnaire en ligne uniquement les personnes ayant accès à internet, donc ne couvre pas toute la population à étudier	De plus en plus de médecins et de kinésithérapeutes utilisent des logiciels informatiques pour la gestion des dossiers médicaux, la majorité de la population source a donc accès à internet

Biais de non réponse Traitement de questionnaires incomplets	Exclusion des questionnaires pour lesquels toutes les réponses aux questions obligatoires n'ont pas reçu de réponse Optimisation du questionnaire pour qu'il soit le plus agréable à répondre malgré la présence de questions ouvertes
---	---

Tableau VII Biais affectifs, effets et moyens pour les atténuer

Biais affectif	
Effets	Moyens pour les atténuer
Influence de l'état affectif sur le processus de raisonnement. Interférence des émotions avec le jugement moral pouvant le déformer	Avoir conscience que notre état affectif à un instant donné peut influencer la qualité de recueil de l'information
Biais de désirabilité sociale : comportement consistant à se montrer sur une facette positive lorsqu'on répond à une enquête	Avoir une attitude bienveillante lors de l'administration du questionnaire aux parents Anonymisation des questionnaires Multiplier les questionnaires pour avoir des points de vue variés

Les biais sont propres à chacun, ils seront toujours présents. Cependant il est important d'en prendre conscience, afin de limiter leurs impacts sur notre recueil de données.

Les biais méthodologiques semblent plus faciles à atténuer, il convient d'y être attentif tout en étant conscient des biais psychosociologiques qui viennent interférer.

Il est important de mener un nombre suffisant d'entretiens, pour avoir une vision globale des informations. D'autant que dans notre étude, même si le nombre de questionnaires étudiés est similaire pour les parents et les kinésithérapeutes, le nombre de questionnaire médecins est de moitié ce qui peut influencer la variabilité des réponses obtenues.

De plus il persiste un biais de sélection des parents par méthode de convenance. L'enquête a été réalisée en monocentrique. Il convient dans un étude future d'élargir la sélection de cet échantillon de façon à être plus représentatif de cette population.

Concernant le traitement des données et la catégorisation des réponses, celle-ci a été réalisée par l'enquêteur. Il aurait été intéressant de réaliser cette enquête en aveugle, or nous n'avions pas les ressources humaines disponibles.

Il serait intéressant dans une prochaine étude de limiter les questions ouvertes en proposant des questions à choix multiples basés sur les résultats de cette étude. De cette façon le traitement des données pourra être informatisé et non sujet à la subjectivité humaine.

2. Critique de l'étude

L'originalité de cette étude réside dans le fait qu'elle s'intéresse à une dimension du soin qu'on retrouve peu dans la littérature. Elle s'intéresse à une pratique de la kinésithérapie encore trop peu étudiée : la kinésithérapie respiratoire chez l'enfant.

L'ensemble des résultats retrouvés peut être discuté, cependant il serait intéressant de mener une recherche sur une population suffisamment importante pour réaliser des conclusions pertinentes, avec des moyens plus rigoureux. Ainsi cette étude permet d'apporter une première pierre à l'édifice en faisant un premier état des lieux qu'il faudrait mener de manière plus approfondie pour chacun des sujets. Il faudra donc poursuivre les recherches en perfectionnant les questionnaires, en limitant les questions ouvertes, afin de proposer une étude plus approfondie de la relation de soin et travailler ensemble sur la création d'un bilan commun à la prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire.

V. Conclusion

Bien que la kinésithérapie respiratoire est à l'origine de nombreuses études concernant ses effets, aucune n'a été réalisée spécifiquement à propos de la relation de soin qui existe dans le cadre de la prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire. Pour répondre à notre problématique, il existe en effet des marqueurs communs à l'ensemble des acteurs de la relation de soin autour de l'enfant, à savoir les parents, le médecin et le kinésithérapeute. Selon eux, l'intérêt de la kinésithérapie respiratoire réside dans son impact sur l'encombrement et l'alimentation de l'enfant. La présence d'une gêne ou de bruits respiratoires, ou encore une altération du sommeil sont également des éléments qui préoccupent l'ensemble des acteurs de cette triade thérapeutique.

Cette étude nous montre que la kinésithérapie respiratoire chez l'enfant ne se limite pas à la prise en charge d'une pathologie et mériterait d'être évaluée à partir de la symptomatologie de l'enfant. Les études futures auraient intérêt à aller dans ce sens. De la même façon, dans une démarche d'amener la profession vers une pratique EPB, il faut que les études futures s'intéressent à une population plus représentative de la patientèle présente en cabinet libéral.

L'étude de cette relation nous a permis de définir les attentes des parents et des médecins concernant les séances de kinésithérapie respiratoire. Même si les attentes sont différentes, les kinésithérapeutes y répondent favorablement en redéfinissant leur rôle. Bien que la kinésithérapie respiratoire participe à l'amélioration clinique de l'enfant, elle a également un rôle à jouer dans l'éducation et les conseils auprès des parents, ainsi qu'un rôle de vigie thérapeutique.

En effet, analyser cette relation permet de redéfinir le rôle du kinésithérapeute dans cette prise en charge. Il ne limite pas sa prise en charge à l'exécution de gestes techniques. Le kinésithérapeute joue un rôle dans le suivi de l'enfant en tant que vigie thérapeutique, il lui appartient de rédiger l'enfant vers le médecin ou des urgences quand la situation le nécessite. Le kinésithérapeute a également un rôle dans l'éducation parentale. C'est lui qui va apporter toutes les explications et consignes nécessaires à la bonne compréhension des parents. Il va également apporter des clés d'identification permettant aux parents d'évaluer à juste escient l'état de leur enfant, les rendant acteurs à part entière de sa prise en charge.

Travailler autour de cette problématique m'a permis de me rendre compte de l'importance de la relation de soin qui existe dans la prise en charge d'un enfant en kinésithérapie respiratoire. Bien qu'aucun bilan kinésithérapique commun n'ait été établi pour les kinésithérapeutes, les parents restent la source principale d'information concernant leur enfant. Sans eux la prise en charge en serait altérée car elle serait réalisée en l'absence d'informations. Un travail autour de l'évaluation de l'enfant mériterait d'être entrepris en collaboration avec les médecins, facilitant ainsi la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant.

Pour ma future pratique professionnelle je souhaite me baser sur des recommandations fiables et récentes, me permettant de baser ma pratique sur les preuves fournies par la littérature. Au regard de l'évolution de notre profession, avoir cette démarche d'*Evidence Based Practice* est essentiel. C'est pourquoi la recherche en kinésithérapie a toute son importance. Il s'agit d'apporter les meilleures techniques de soins au patient en regard de son bilan, tout en ayant un esprit critique face aux autres techniques existantes, dans le but d'améliorer la vie des patients.

VI. Bibliographie

- Barthe, J. (1998). Kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, (1), 41-45.
- Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire. (2012). *Prescrire*, (350). Consulté à l'adresse <http://www.prescrire.org/fr/3/31/48334/0/newsdetails.aspx>
- Chin, H. J. (2004). Reliability and validity of the respiratory score in assessment of acute bronchiolitis. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 11(2), 34-40.
- Conesa-Segura, E. (2018). Prolonged slow expiration technique improves recovery from acute bronchiolitis in infants: FIBARRIX randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 1-12.
- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire* (4e édition). Armand Colin.
- Evenou, D., Sebban, S., Fausser, C., & Girard, D. (2017). Évaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(187), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.04.003>
- Fausser, C. (2004). Les bonnes pratiques en kinésithérapie respiratoire pédiatrique. *Kinésithérapie Scientifique*, (448), 60-62.
- Fausser, C., & Vinçon, C. (1993). *Kinésithérapie respiratoire en pédiatrie*. Elsevier Masson.
- Fenneteau, H. (2015). *L'Enquête : Entretien et questionnaire* (3e édition). Dunod.
- Gajdos, V. (2010). Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *PLoS Medicine*, 7(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000345>
- Gomes, E. (2012). Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial. *Revista Brasileira De Fisioterapia*, 16(3), 241-247.

- Gomes, G. R. (2018). Effects of the use of respiratory physiotherapy in children admitted with acute viral bronchiolitis. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 394-398.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.004>
- Guyatt, G. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Joud, P. (2014). La kinésithérapie est-elle toujours la pierre angulaire du traitement ? *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 228-229. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71544-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71544-1)
- Joud, P. (2004). Pour un score spécifique de l'encombrement des voies aériennes chez le nourrisson. *Kinésithérapie Scientifique*, (448), 67-70.
- Kristjansson, S. (1993). Nebulised racemic adrenaline in the treatment of acute bronchiolitis in infants and toddlers. *Archives of Disease in Childhood*, 650-654.
- Manoha, C. (2007). Epidemiological and clinical features of hMPV, RSV and RVs infections in young children. *Journal of Clinical Virology*, 38(3), 221-226.
<https://doi.org/10.1016/j.jcv.2006.12.005>
- Michel, A. (2012). Médecins généralistes et kinésithérapie respiratoire dans le bronchiolite du nourrisson : étude des pratiques professionnelles décalées en soins primaires. *Exercer*, 23(100), 11-17.
- Mulholland, E. K. (1990). Clinical findings and severity of acute bronchiolitis. *The Lancet*, 335, 1259-1261. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)91314-Z](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)91314-Z)
- Postiaux, G. (2003). *Kinésithérapie respiratoire de l'enfant : les techniques de soins guidées par l'auscultation pulmonaire* (3e édition).
- Postiaux, G. (2006). Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lente Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson.

Kinésithérapie, la Revue, 6(55), 35-41. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(06\)70197-8](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(06)70197-8)

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. (2000, septembre 21). Agence Nationale d'Accréditation de l'Evaluation en Santé.

Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans. (2011). *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 24(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2010.11.003>

Ramos Fernández, J. M. (2014). Validation of an acute bronchiolitis severity scale. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 81(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2013.06.001>

Recommandations de la 1re conférence de consensus en kinésithérapie respiratoire. (1995). 22(1), 49-57.

Rochat, I. (2012). Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, 171(3), 457-462. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1562-y>

Roqué i Figuls, M., Giné-Garriga, M., Granados Rugeles, C., Perrotta, C., & Vilaró, J. (2016). Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004873.pub5>

Sackett, D. L. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Journal of Medicine*, 312, 71-72.

Selleron, B. (2018). Les drapeaux rouges (red flags) dans le champ respiratoire et cardio-vasculaire. *Kinésithérapie Scientifique*, (604), 53-55.

Van Ginderdeuren, F. (2017). Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis: Airway Clearance Techniques in

Bronchiolitis. *Pediatric Pulmonology*, 52(2), 225-231.

<https://doi.org/10.1002/ppul.23495>

Viel, E. (2006). *Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique*. Editions Masson.

Wang, E. E. L. . (1992). Observer Agreement for Respiratory Signs and Oximetry in Infants Hospitalized with Lower Respiratory Infections. *American Review of Respiratory Disease*, 145(1). <https://doi.org/10.1164/ajrccm/145.1.106>

Williams, C. (2013). Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008643.pub2>

ANNEXES

VII. Annexes

Sommaire

Annexe I : Questionnaire à destination des parents

Annexe II : Questionnaire à destination des médecins

Annexe III : Questionnaire à destination des kinésithérapeutes

Annexe IV : Réponses questionnaires parents

Annexe V : Réponses questionnaires médecins

Annexe VI : Réponses questionnaires kinésithérapeutes

Annexe VII : Réponses brutes questionnaires parents

Annexe VIII : Réponses brutes questionnaires médecins

Annexe IX : Réponses brutes questionnaires kinésithérapeutes

Annexe I : Questionnaire à destination des parents

Prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire

Chers parents,

Je suis en 4ème année de kinésithérapie à Lyon. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la **prise en charge en kinésithérapie respiratoire d'enfants suite à une prescription médicale**

En remplissant ce court questionnaire, vous m'aidez à faire avancer mon travail de fin d'étude. **Merci** pour le temps que vous accorderez à le remplir !

Passez une belle journée ☀️

Concernant votre enfant qui va recevoir les séances de kinésithérapie

1. Dans quelle tranche d'âge se situe-t-il* ?

Choisissez une seule réponse

- 0 à 12 mois
- 13 à 24 mois
- 2 à 3 ans
- 3 à 4 ans
- 4 à 5 ans
- 5 ans ou plus

2. Est-ce votre premier enfant* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
- Non

Concernant la consultation médicale chez le médecin et/ou pédiatre

3. Citez les éléments qui vous ont motivé à prendre rendez-vous chez le médecin. Parmi ces éléments classez-les selon le niveau d'importance que vous leur accordez*

1 = Élément le plus important

4. Quelles étaient vos attentes de cette consultation médicale* ?

Concernant la prescription de séances de kinésithérapie respiratoire

5. Le médecin a-t-il posé un diagnostic pendant la consultation* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui, lequel était-il ?

6. Est-ce vous qui êtes à l'origine de la demande de prescription de kinésithérapie respiratoire pour votre enfant* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui, précisez pourquoi

Si vous avez répondu non, pour quels motifs pensez-vous que le médecin vous a donné cette prescription de kinésithérapie ?

7. Est-ce la première fois que votre enfant va recevoir des séances de kinésithérapie respiratoire* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
- Non

8. Qu'attendez-vous de ces séances de kinésithérapie* ?

Annexe II : Questionnaire à destination des médecins

Prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire

Bonjour à tous,

Je suis en 4ème année de kinésithérapie à Lyon. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la prise en charge en kinésithérapie respiratoire d'enfants présentant une pathologie respiratoire aiguë. Je souhaite déterminer s'il existe des marqueurs communs entre les déterminants de prescriptions médicaux, les motifs de consultation parentaux et les critères de suivi kinésithérapiques.

Pour cela j'ai réalisé 3 questionnaires différents à destination de chacun des 3 acteurs de cette prise en charge, à savoir les parents, les médecins et les kinésithérapeutes.

En remplissant ce court questionnaire, vous m'aidez à faire avancer mon travail de fin d'étude. Merci pour le temps que vous accorderez à le remplir !

Passez une belle journée ☀️

Concernant votre activité médicale

1. En quelle année avez-vous commencé à exercer* ?

2. Vous êtes* :

Choisissez une seule réponse

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Pneumologue
- Autre :

3. Vous estimez avoir une activité pédiatrique à hauteur de* :

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Dans le cadre de la prise en charge d'un enfant présentant une pathologie respiratoire aigue

4. Posez-vous systématiquement un diagnostic devant les parents* ?

- Oui
 Non

5. Citez les éléments qui déterminent la prescription de kinésithérapie respiratoire*

6. Pour quels motifs pensez-vous que les parents viennent consulter* ?

Concernant les séances de kinésithérapie respiratoire

7. Orientez-vous vers un kinésithérapeute en particulier* ?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, pour quelles raisons ?

8. Qu'attendez-vous des séances que vous avez prescrites* ?

Annexe III : Questionnaire à destination des kinésithérapeutes

Prise en charge des enfants en kinésithérapie respiratoire

Bonjour à tous,

Je suis en 4ème année de kinésithérapie à Lyon. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la prise en charge en kinésithérapie respiratoire d'enfants présentant une pathologie respiratoire aiguë. Je souhaite déterminer s'il existe des marqueurs communs entre les déterminants de prescriptions médicaux, les motifs de consultation parentaux et les critères de suivi kinésithérapiques.

Pour cela j'ai réalisé 3 questionnaires différents à destination de chacun des 3 acteurs de cette prise en charge, à savoir les parents, les médecins et les kinésithérapeutes.

En remplissant ce court questionnaire, vous m'aidez à faire avancer mon travail de fin d'étude. Merci pour le temps que vous accorderez à le remplir !

Passez une belle journée ☀️

Concernant votre activité de kinésithérapeute

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état* ?

2. Avez-vous réalisé des formations dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, lesquelles ?

3. Dans quel cadre exercez-vous principalement* ?

Choisissez une seule réponse

- Cabinet libéral
 Hôpital
 Domicile
 Autre :

4. Vous estimez avoir une activité pédiatrique à hauteur de :

Choisissez une seule réponse

- 10%
 20%
 30%
 40%
 50%
 60%
 70%
 80%
 90%
 100%

Dans le cadre de la prise en charge d'un enfant se présentant avec une prescription de kinésithérapie respiratoire

4. Réalisez-vous systématiquement un bilan* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
 Non

5. Citez les éléments essentiels à évaluer dans votre bilan diagnostic kinésithérapique et classez-les selon l'importance que vous leur accordez*

6. Selon vous quel est l'intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire* ?

Concernant les médecins

7. D'après-vous quels sont les éléments qui ont motivé leur prescription de kinésithérapie respiratoire* ?

8. Selon vous, quelles sont leurs attentes face à ces séances que vous allez effectuer* ?

9. Faites-vous un retour des séances au médecin* ?

Choisissez une seule réponse

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non à la question précédente, précisez pourquoi

Concernant les parents

10. Que pensez-vous qu'ils attendent de ces séances* ?

Annexe IV : Réponses questionnaires parents

Réponses questionnaires parents

Question 1 : Dans quelle tranche d'âge se situe-t-il ?

0 à 12 mois	33
13 à 24 mois	5
2 à 3 ans	7
3 à 4 ans	2
4 à 5 ans	1
5 ans et plus	2
Total	50

Question 2 : Est-ce votre premier enfant ?

Oui	22
Non	28
Total	50

Question 3 : Citez les éléments qui vous ont motivé à prendre rendez-vous chez le médecin. Parmi ces éléments classez-les selon le niveau d'importance que vous leur accordez.

	Placé n°1	Placé n°2	Total
Encombrement	5	8	22
Difficulté déglutition	0	2	2
Difficulté respiratoire	6	3	11
Toux	16	14	38
Fièvre	9	3	14
Malade	3	1	4
Difficulté alimentation	0	4	7
Vomissement	3	1	5
Bruits respiratoires	2	1	5
Difficulté sommeil	0	4	7
ATCD	3	1	4
Avis pédiatre	1	0	1
Conseil	1	0	1
Altération état général	1	0	1
Jeune âge	1	0	1
Éviter aggravation	0	1	1

Question 4 : Quelles étaient vos attentes de cette consultation médicale ?

Désencombrement	9
Prescription médicamenteuse	17
Conseils	5
Explications / Réponses aux questions	2
Diagnostic	6
Prescription KR	8
Amélioration clinique	6
Soulagement	2
Amélioration respiration	6
Auscultation	1
Diminution toux	2
Amélioration alimentation	2
Être rassuré	1
Certificat médical	1
Guérison	4
Amélioration sommeil	1
Avis séance KR	1

Question 5 : Le médecin a-t-il posé un diagnostic pendant la consultation ? Si vous avez répondu oui, lequel était-il ?

Oui	37
Non	13
Total	50

Atteintes ORL	11
Bronchiolite	14
Bronchite	10
Total	35

Question 6 : Est-ce vous qui êtes à l'origine de la demande de prescription de kinésithérapie respiratoire pour votre enfant ?

Oui	17
Non	33
Total	50

Si vous avez répondu oui, précisez pourquoi

Si vous avez répondu non, pour quels motifs pensez-vous que le médecin vous a donné cette prescription de kinésithérapie ?

Oui	17	Non	33
Connaissance	1	Encombrement	14
Toux	2	Sifflement	5
Nez	1	ATCD	4
Efficacité	1	Amélioration respiration	4
Encombrement	6	Éviter aggravation	4
Être rassuré	1	Soulagement	1
Observation des signes clés	1	Besoin	1
Difficulté alimentation	1	Efficacité	1
Altération état général	1	Mouchage	1
Expérience	3	Traitement médicamenteux non suffisant	1
Aide au mouchage	1	Guérison plus rapide	2
Traitement médicamenteux non suffisant	1	Amélioration du confort	1
Guérison plus rapide	1	Nez	1
		Toux	3
		Détresse respiratoire	1

Question 7 : Est-ce la première fois que votre enfant va recevoir des séances de kinésithérapie respiratoire ?

Oui	27
Non	23
Total	50

Question 8 : Qu'attendez-vous de ces séances de kinésithérapie ?

	1ère séance	x séances	Total
Désencombrement	6	14	20
Amélioration respiration	15	4	19
Amélioration clinique	5	7	12
Guérison	3	3	6
Diminution de la toux	3	4	7
Amélioration du sommeil	5	2	7
Amélioration alimentation	6	2	8
Éducation des parents	3	2	5
Efficacité	1	1	2
Éviter aggravation	0	3	3
Arrêt vomissement	0	1	1

Annexe V : Réponses questionnaires médecins

Réponses questionnaires médecins

Question 1 : En quelle année avez-vous commencé à exercer ?

Avant 2000	6
Après 2000	21
Total	27

Question 2 : Vous êtes :

Médecin généraliste	20
Pédiatre	6
Pneumo pédiatre	1
Total	27

Question 3 : Vous estimez avoir une activité pédiatrique à hauteur de :

10%	1
20%	3
30%	12
40%	3
50%	2
60%	0
70%	0
80%	0
90%	0
100%	6
Total	27

Question 4 : Posez-vous systématiquement un diagnostic devant les parents ?

Oui	24
Non	3
Total	27

Question 5 : Citez les éléments qui déterminent la prescription de kinésithérapie respiratoire

Encombrement	20
Demande parentale	2
Gêne respiratoire	10
Observance parentale	2
Signes de détresse respiratoire	5
Auscultation	7
Altération de l'alimentation	7
Altération du sommeil	3
Diagnostic bronchiolite	5
Surveillance	4
Clinique	2
Traitement seconde intention	2
Jeune âge	1
ATCD KR	1
Inquiétude parentale	1
Toux	1
Vomissements	1

Question 6 : Pour quels motifs pensez-vous que les parents viennent consulter ?

Inquiétude parentale	6
Demande de diagnostic	3
Demande prescription médicamenteuse	3
Fatigue	1
Altération alimentation	6
Toux	17
Gêne respiratoire	8
Fièvre	8
Demande KR	1
Encombrement	2
Bruits respiratoires	2
ATCD	2
Éviter aggravation	1
Tirage	1
Anorexie	1
Sommeil	1
Clinique	1
Surveillance	1
Maladie	1

Question 7 : Orientez-vous vers un kinésithérapeute en particulier ? Si vous avez répondu oui à la question précédente, pour quelles raisons ?

Oui	12
Non	15
Total	27

Spécialisation	5
Confiance	1
Compétences	4
Délais rapides	1
Garde 7/7	1
Professionalisme	1
Habitude	1
Proximité	1

Question 8 : Qu'attendez-vous des séances que vous avez prescrites ?

Surveillance / suivi	12
Éducation parentale	5
Amélioration clinique	13
Désencombrement	10
Réorientation si besoin	2
Amélioration respiration	6
Rassurer les parents	2
Efficacité	1
Guérison plus rapide	2
Éviter hospitalisation	1
Amélioration alimentation	3
Sommeil	2
Toux	1

Annexe VI : Réponses questionnaires kinésithérapeutes

Réponses questionnaires kinésithérapeutes

Question 1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?

Avant 2000	12
Après 2000	38
Total	50

Question 2 : Avez-vous réalisé des formations dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire ? Si vous avez répondu oui à la question précédente, lesquelles ?

Réhabilitation respiratoire	5
VNI	3
Éducation thérapeutique	1
G. Postiaux	8
KR pédiatrique	15
DU Kinésithérapie respiratoire	6
DU Ventilation	1
Drainage	8
INK	1
P2r	1
ARB	2
Chevalier	2
Mucoviscidose	1
Emerra	1
Percussionnaire	2
Ergospirométrie	1
AP-HP	1

Oui	39
Non	11
Total	50

Question 3 : Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

Cabinet libéral	40
Domicile	10
Total	50

Question 4 : Vous estimez avoir une activité pédiatrique à hauteur de

10%	15
20%	9
30%	9
40%	2
50%	4
60%	1
70%	1
80%	4
90%	4
100%	1
Total	50

Question 5 : Réalisez-vous systématiquement un bilan ?

Oui	46
Non	4
Total	50

Question 6 : Citez les éléments essentiels à évaluer dans votre bilan diagnostic kinésithérapique et classez-les selon l'importance que vous leur accordez

	Total	1er	2ème
Encombrement	21	2	2
Signes de détresse respiratoire	12	10	0
Alimentation	32	6	9
Sommeil	29	4	5
Fièvre	16	3	4
Auscultation	32	8	11
Clinique	17	10	2
Saturation	16	2	6
Toux	8	0	2
Tirage	12	6	2
Interrogatoire parental	5	2	1
Gêne respiratoire	2	1	1
Observation	23	5	8
Fréquence respiratoire	10	5	0
Fréquence cardiaque	4	0	0
Vomissement	4	0	1
Traitement	6	0	1
Palpation	4	0	1
ATCD	6	0	1
Critères hospitalisation	1	1	0
Signes de gravité	1	1	0

Question 7 : Selon vous quel est l'intérêt des séances de kinésithérapie respiratoire ?

Éducation / conseils	16
Surveillance / suivi	9
Amélioration clinique	16
Alimentation	9
Sommeil	8
Éviter hospitalisation	2
Désencombrement	26
Ventilation	9
Respiration	9
Rassurer	1
Réorientation	2
Éviter aggravation	5
Évaluation	3
Auscultation	1

Guérison + rapide	2
Traitement	1
Diminution hyperinflation	1

Question 8 : D'après-vous quels sont les éléments qui ont motivé leur prescription de kinésithérapie respiratoire ?

Encombrement	22
Surveillance / suivi	10
Clinique	10
Retour expérience	2
Alimentation	6
Fièvre	1
Auscultation	6
Sommeil	2
Respiration	5
Toux	8
Éviter aggravation	4
Demande parentale	2
Éviter prescription médicament	3
Éviter hospitalisation	1
Éducation	2
Guérison plus rapide	3
Éviter récurrence	1
Absence d'amélioration	3
Rassurer	1
Bronchiolite	1

Question 9 : Selon vous, quelles sont leurs attentes face à ces séances que vous allez effectuer ?

Amélioration clinique	12
Éducation / conseils	9
Éviter hospitalisation	4
Désencombrement	20
Rassurer	3
Retour du kiné	2
Surveillance / suivi	15
Ventilation	3
Efficacité	2
Réorientation	4
Éviter aggravation	1
Guérison / + rapide	6
Éviter récurrence	1

Éviter traitement médicamenteux	1
Respiration	4
Alimentation	1
Adjuvant thérapeutique	1
Avis diagnostic	1
Avis des parents	1

Question 10 : Faites-vous un retour des séances au médecin ? Si vous avez répondu non à la question précédente, précisez pourquoi

Oui	21
Non	25
Total	46

Selon besoin	11
Désintérêt des médecins	4
Amélioration de l'enfant	2
Manque de communication	1
Manque de temps	3
Relais des parents	1
Moyen de communication inadapté	1

Question 11 : Que pensez-vous qu'ils attendent de ces séances ?

Éducation des parents	5
Amélioration clinique	19
Surveillance / suivi	2
Parents puissent dormir	1
Éviter hospitalisation	1
Être rassuré	10
Ventilation	1
Amélioration alimentation	12
Amélioration sommeil	11
Désencombrement	9
Fièvre	1
Réponses aux questions	4
Amélioration respiration	7
Guérison plus rapide	9
Efficacité	1
Diminution de la toux	6
Bruits respiratoires	1
Tolérance épisode	1
Éveil	1

Annexe VII : Réponses brutes questionnaires parents

1	2	3	4	5	5Bis	6	6Bis (Oui)	6Bis (Non)	7	8
3 mois	Oui	1 Le petit est encombré, 2 mal à avaler ses glaires	La libération des voies aériennes de mon fils	Oui	Rhino	Oui	Par connaissance		Oui	Que mon fils est moins de glaires, respire mieux
1 mois	Oui	Respire moins bien (car nez bien pris), Toux grasse	Que ma fille soit bien dégagé et qu'elle respire mieux pour bien dormir	Oui	Bronchiolite	Non		Pour la désencombrer	Non	Que mon enfant se porte mieux
8 mois	Non	1 Gêne respiratoire, 2 Toux gênante surtout la nuit, 3 Encombrement nez/gorge	Traitements et réponses aux questions / Conduite à tenir à la maison	Oui	Bronchiolite	Non		Améliorer et dégager les voix respiratoire	Oui	Que mon bébé crache et évacue les sécrétions
2 ans	Non	2 Toux, 3 Nez qui coule , 1 Fièvre	Un soulagement au niveau des bronches	Non		Non		Antécédent asthme dans la famille et sifflements	Non	Un bon mouchage pour dégagement des bronches
9 mois	Non	L'état de santé de mon enfant, Toux, Encombrement	Que le médecin me donne un diagnostic de l'état de mon enfant et biensûr une prescription médicale	Oui	Bronchiolite	Non		Suite à l'encombrement et le sifflement de mon enfant	Oui	Une aide aux encombrement afin de désencombrer mon enfant pour qu'il puisse mieux respirer et biensur guérir
9 mois	Non	suiwie bronchiolite suite hospitalisation 9/12 ----> 1/1/19	que ma fille aille mieux	Oui	Bronchiolite	Non		Pour que Lucile ait de la facilité a respiré	Oui	qu'elle respire mieux
6 mois	Non	1 son jeune âge, 2 que sa empire, 3 la température	Qu'elle me donne une diagnostic	Oui	Rhume	Non		au cas où sa empire	Oui	que mon fils soit soulagé

4 mois	Oui	1 Beaucoup de toux / 2 Mal à respirer	Qui arrive a respirer mieux	Non		Oui	Toux sèche et le né		Oui	Que mon bébé arrive à respirer mieux et que la toux s'arrête
4 mois	Non	Toux grasse importante, mouchage efficacité nul	qu'elle respire mieux / qu'elle soit dégagée	Oui	rhino	Oui	c'est super efficace !!		Oui	que ma fille se sent mieux, qu'elle puisse dormir, manger tranquillement
4 mois	Non	1 Toux, 3 Rhume, 2 fièvre	soulager l'enfant	Non		Non		Pour soulager l'enfant, éviter les complications	Oui	Qu'elle se sente mieux, libérer son nez
7 mois	Oui	Suite de bronchiolite, du mal a respirer	une aide a lui dégager les bronches	Non		Non		Pour dégager les bronches suite à bronchiolites	Oui	une amélioration à la respiratoire et une meilleur alimentation
17 mois	Oui	malade	Amélioration de mon enfant	Oui	Rhino	Non		Ma fille en avait besoin	Oui	des méthodes à refaire à la maison
20 mois	Non	Difficultés a respirer et a déglutir malgré un nettoyage du nez régulier sécrétions épaisses et jaunâtres	Qu'il se sente plus a l'aise pour respirer, et sortir de cette période	Non		Non		Car cela doit être efficace	Oui	Que ça soit efficace
3 mois	Oui	1 toux, 2 ne fini pas son biberon	un traitement	Oui	Bonchiolite	Non		Pour l'aider a respirer	Oui	qu'il respire mieux

2 ans 2 mois	Oui	1 fièvre presistante depuis 2 jours, 2 vomissements, 3 toux	La confirmation du besoin de faire pratiquer des séances de kiné / Prescription médicale	Oui	Bronchite	Non		Nécessité de désencombrer la bronches. Le mouchage à la maison n'est pas suffisant.	Non	Amélioration de l'état général. Eviter que cela ne tombe sur les poumons
6 mois	Oui	2 Toux, 3 nez qui coule, 1 encombré (ronflement, sifflement)	Une ordo pour de la kiné respi car il est encombré et je n'arrivai pas à évacuer les sécrétions malgré le lavage de nez ...	Oui	Bronchiolite	Oui	je savais qu'il en avait besoin. Les poumons étaient pris.		Oui	qu'il puisse mieux respirer
5 mois	Non	toux, nez	osculter ses bronches	Oui	début rhino	Oui	ça me rassurer pour de bronkiolite		Non	dégage les glaires
2 et demi	Non	Toux grasse avec des glaires important	Necessité d'une ordonnance pour et chez le kiné (MKDE)	Oui	Bronchite	Oui	le santé de mon fils empirait		Non	une amélioration respiratoire
4 mois	Non	Rhume (nez coule, pas trop manger, toux	qui soigne mon enfant et pour ordonnance kiné	Oui	bronche prise	Oui	car ma fille était prise		Non	pour soignée son rhume et enlever ses glaires
3 mois 26 jours	Oui	La toux, manque de sommeil, du mal à respirer, manque d'appetit	que la toux cesse, qu'il respire mieux et qu'il mange ossi	Non		Non		Parce que les médicaments n'ont pas fonctionné	Oui	Une bonne respiratoire de mon fils, qu'il retrouve l'appetit et qu'il dort mieux.
4 mois et demi	Non	1 respiration, 2 fièvre, 3 toux, 4 manque d'appétit	Savoir quel traitement pour soulager	Oui	Rhino-trachéite	Non		Sifflement dans les bronches mais qui disparaît avec la toux	Non	Que mon enfant soit plus confortable (respiration et toux) et éviter l'aggravation

6 mois 20 jours	Non	Elle a de la fièvre + vomie + touse + elle mal respiré	De soigné ma fille			Oui	Bronchite		Oui	De fait de bien pour ma fille
3 ans	Oui	1 Vomissement de glaires, 2 Toux importante, 3 Difficultés à dormir la nuit à cause de la toux et des glaires	Prescription médicales pour des séances de kiné respi, traitemetn pour la toux	Non		Oui	Car après 3 ans, j'arrive à reconnaître les signes qui montrent que ma fille a besoin de faire des séances de kiné respiratoire		Non	Diminution des glaires et des quintes de toux, Amélioration de son état de santé, de mailleurs nuit de sommeil pour ma fille
4 mois et demi	Non	1 fièvre, 2 toux, 3 ronflements	Traitement,conseils	Oui	Bronchiolite	Non		Pour soigner la bronchio + vite	Oui	Soulagement nez respiratoire enfant
7 mois	Oui	1 Toux importante, 2 sommeil perturbé, 3 respiration parfois sifflante	D'être rassurée et de mettre un nom sur ce qu'a mon bébé	Oui	Bronchiolite	Non		Pour ameliorer le confort de mon bébé et aider sa lutte contre la maladie	Non	Que bébé soit soulagé, dorme et mange mieux
8 mois	Oui	Toux, fièvre	Fièvre, toux	Non		Non		?	Oui	Que mon enfant aille mieux

7 mois et demi	Oui	1 Avis du pédiatre, 2 Recommandations sur les bienfaits de la kiné respiratoire	Le bébé ressorte moins encombré	Oui	Traquité	Non		Le bébé est très pris du nez, beaucoup d'otites	Oui	Amélioration de l'état général (bébé qui remange, qui puisse dormir)
2 mois 11 jours	Non	il tousse et il a les glaires, il dors mal	Savoir que notre fils avait et ce qu'il fallait faire	Oui	Otite	Non	pour soulager notre fils avec la respiratoire		Oui	l'amélioration de la situation de santé
7 mois	Non	1 encombré	prescription kiné	Non		Oui	pour le désencombrer		Oui	qu'il soit moins encombré, amélioration de son état général
18 mois	Oui	maladie, nez, toux	Un traitement pour soigner mon enfant	Non		Non		encombrement	Non	le désencombrement
2 ans	Non	vomissements, Nuits difficiles, toux	Reprise de l'appétit, respiration / gêne respiratoire normale qui disparaît	Oui	Je ne sais plus	Non		Complication possible dû à son asthme, fragilité respiratoire	Non	guérison, reprise de l'appétit
34 mois	Non	1 Toux incessante (à s'étrangler), 2 Manque d'appétit	avoir un traitement adéquat par apport à son état	Oui	Très pris au niveau des bronches (beaucoup de glaires)	Oui	Manque d'appétit du fait qu'il soit très pris et il ne se nourrissait plus		Non	Qu'il le dégage aux niveaux des voies respiratoires et éviter que ça s'infecte s'il est pris trop longtemps
5 mois	Non	il tousse depuis + de 3 semaines et ça ne passe pas. Je suis donc allé voir le généraliste qui m'a envoyé ici	Qu'il lui fasse sortir les glaires et libérer les bronches	Oui	encombrement des bronches	Non		car la toux ne passe pas depuis 3 semaines	Oui	Qu'il ne tousse plus

2 mois 11 jours	Non	ma fille elle malade	pour avoir ordonnance kiné	Oui	Très bien	Oui	ma fille elle va pas bien	Non	Dégache le net
5 mois et 15 jrs	Oui	Encombrement, gêne respiratoire surtout la nuit, Toux grasse, Fievre entre 38 et 39	Que mon enfant soit un peu plus dégagé au niveau respiratoire	Oui	bronchiolite	Non		Oui	Arrêt de la toux, Arrêt de la gêne respiratoire, Apprendre les sous gestes à refaire à la maison
6 mois	Oui	1 toux grasse depuis 1 semaine, 2 sifflement pendant la respiration	Une aide pour dégager les bronches	Oui	Début de bronchiolite	Non		Oui	Une aide pour que ma fille respire mieux, dorme mieux et mange mieux.
2 ans et demi	Oui	1 Vomissement , 2 Toux	Que mon enfant va mieux	Non		Oui	Parcque mon enfant touser	Non	Que mon enfant ne vomisse plus
5 mois	Oui	fièvre, toux, rhume	Que mon enfant soit soulagé et avoir des conseils	Non		Non		Oui	qu'elle soit moins prise et qu'elle retrouve son sommeil
3 ans	Oui	toux importante et genante plus particulièrement en position allongé, antécédent niveau bronchique	un traitement efficace pour le soulager	Oui	Bronchite	Non		Non	un soulagement pour mon fils et peut-être qu'on lui explique de bien se moucher malgré que nous le lui disons souvent
7 ans	Non	toux et très encombré,	libéré ma fille	Oui	Bronchite	Non		Non	que ma fille aille mieux

8 mois	Oui	sifflement, fièvre	soulagement des symptômes par des médicaments	Non		Non		sifflement du bébé	Non	Dégager les voies respiratoires
2 ans et 10 mois	Non	encombrement		Non		Non		Gêne respiratoire	Non	Dégagement respiratoire
16 mois	Non	Gêne respiratoire		Non		Non			Non	Meilleure respiration
2 ans 3 mois	Non	1 Fièvre, 2 Tous importante, 3 Mauvaise nuit	Conseil, Médicament, Certificat médical, Prescription kiné au besoin	Oui	Nez encombré	Oui	Je trouve que le kiné dégage bien et donc mon enfant est malade moins longtemps		Non	Efficacité dans le traitement, conseil pour améliorer rapidement les symptômes
22 mois	Non	1 suite de bronchiolite, 2 toux sèche importante	qu'elle aille mieux, qu'elle soit soigné	Oui	Rhinopharyngite	Non		pour la guérir plus vite et éviter que "sa maladie" traîne trop	Oui	qu'elle soit en pleine forme après
4 mois et demi	Non	1 difficulté à respirer (souffle), 2 nez bouché/coule, 3 toux grasse avec glaires, 4 difficulté à éliminer les glaires	avoir un diagnostic et l'aider à aller mieux rapidement	Oui	Bronchiolite	Non		sifflement, difficulté à éliminer les glaires	Non	dégager les bronches et l'aider à respirer
4 mois et demi	Non	Fièvre, Respiration	Que l'enfant se sente mieux	Oui	Bronchiolite	Non		Détresse respiratoire, toux	Non	Que mon enfant aille mieux et qu'il se rétablisse

7 ans	Non	Fièvre, toux grasse	ma fille n'arrive pas à tousser et faire sortir les glaires	Oui	une grosse bronchite	Non		pour l'aider à dégager les glaires	Non	aider ma fille à dégager l'encombrement des bronches
18 mois	Oui	1 Tousse beaucoup, 2 N'arrive pas à dormir, manger ...	Diminuer les toux	Non		Oui	expérience hiver précédent		Non	Diminuer les toux, Améliorer sa respiration, Efficacité mouchage et désencombrement
5 mois	Oui	1 Fièvre, 2 Toux, 3 Reflux gastrique	Diagnostiquer se qui rend de la fièvre a mes jumeaux, Pourquoi une perte d'appétit si soudaine ? Quel est cette toux étranger.	Oui	Bronchiolite	Non		engorgement du a la toux	Oui	Rétablissement de mes jumeaux
1 mois	Non	Toux, alimentation difficile, encombrement	Traitement, Prescription kiné	Oui	Bronchiolite	Oui	Expérience autres enfants		Oui	Mange mieux, meilleure respiration
4 ans	Non	Nez encombré, toux, antécédent grippe	soins+ un traitement pour traiter l'infection	Oui	bronchite infectieuse	Oui	partie nez/gorge encombrée, mouchage difficile		Non	que ma fille touse moins et qu'elle ait moins de glaires
7 mois	Oui	1 Cela l'empêche de respirer 2 Parce qu'elle est malade	Qui trouve une solution pour aider mon fils	Oui	Une bronchite	Non		Pour dégager les voies respiratoires	Oui	Aider mon fils à mieux respirer et dégager ces bronches
8 mois	Non	fièvre, encombrement des voies respiratoire, toux	un bien être de l'enfant	Oui	Voix des bronches pas vraiment encombré	Oui	Expérience sur le 1er enfant		Oui	vidé les voies respiratoires
2 mois et 10 jours	Non	Les toux		Non		Oui	Broncolite		Non	Elle respire mieux

Annexe VIII : Réponses brutes questionnaires médecins

1	2	3	4	5	6	7	7Bis	8
1998	Médecin généraliste	20%	Oui	Encombrement des VR basses, gêne respiratoire. Parfois demande parentale	Pour être rassurés	Oui	Professionalisme, habitudes	une surveillance de l'enfant et une amélioration symptomatique
2014	Médecin généraliste	30%	Oui	sécrétions, observance parentale, qualité de la drp, réponse au 1er traitement	demande de diagnostic, de traitement, de réassurance	Oui	cabinet kiné respi 7j/7 avec délai rapide pour bronchiolite	surveillance rapprochée de l'enfant, éducation des parents
1974	Pédiatre	30%	Oui	Encombrement bronchique auscultatoire, détresse respiratoire, persistance symptômes	Inquiétude toux, difficultés respiratoires, fatigue, refus repas.	Non		Amélioration des symptômes et du confort de l'enfant
2012	Médecin généraliste	30%	Oui	Obstruction nasale résistante aux DRP bien conduites à la maison, éléments auscultatoires : ronchi, spasticité bronchique importante et/ou avec retentissement sur état général/fonction respiratoire (signes de lutte)	Toux, encombrement	Oui	Confiance dans les praticiens	Amélioration de l'état respiratoire, parfois participation à l'éducation des parents (DRP notamment), ou encore suivi et surveillance de l'enfant avec possibilité de le ré adresser au médecin si nécessaire
2008	Médecin généraliste	50%	Oui	enfant qui est gêné pour respirer, manger, dormir et surtout signes auscultatoires	toux continue qui les inquiètent(et les empêchent de dormir)et mouchage pas ou mal fait (comme ça c'est "le kiné qui fait mieux")	Oui	Asfere à cause font que kiné respi et très bien	une amélioration rapide et efficace
1998	Médecin généralist	30%	Oui	Tirage / signes auscultatoires	Toux	Oui	Compétences du professionnel	Surveillance enfants et bien sur amélioration clinique de l'enfant

2003	Pneumopédiatre	100%	Oui	engorgement bronchique, surveillance par un professionnel	toux	Oui	connaissance de la pratique de la kiné respiratoire	surveillance, désengorgement, alerte par un professionnel, retour de l'état clinique
2009	Médecin généraliste	10%	Oui	La gêne respiratoire, l'engorgement bronchique et tout diagnostic de bronchiolite	toux	Oui	"spécialisation" et donc plus de compétences pour la prise en charge	amélioration
2003	Pédiatre	100%	Non	alimentation / sommeil	toux	Non		amélioration de l'état clinique (toux, alimentation, sommeil)
2001	Pédiatre	100%	Oui	atteinte voies respiratoires basses	difficultés respiratoires, fièvre, toux, perte d'appétit ... d'où inquiétude et besoin d'un diagnostic et traitement	Oui	pour ses compétences pédiatriques	qu'elles dégagent l'enfant !
1991	Pédiatre	100%	Oui	jeune âge < 12 mois, engorgement, retentissement sur la prise alimentaire	inquiétude par rapport à la toux et la prise alimentaire	Oui	kiné formé à la kiné respi du NR	drainage bronchique et DRP, surveillance en cas de bronchiolite
2009	Médecin généraliste	30%	Oui	Crépitations à l'auscultation, baisse de l'alimentation	Gêne respi, demande prise en charge médicamenteuse et éventuellement kiné	Non		Amélioration de la gêne respi, aspiration et désengorgement
2014	Médecin généraliste	40%	Oui	Degré d'engorgement bronchique, impact ventilatoire, nécessité de surveillance évolutive dans certains cas	Toux, engorgement nasal, "vérifier que ce n'est pas tombé sur les bronches", inquiétude parentale	Non		Amélioration respiratoire, surveillance évolutive +++ surtout si fiabilité parentale limitée
2012	Médecin généraliste	40%	Oui	Ronchi, sibilants, antécédent kiné respiratoire	Fièvre, toux, peur d'aggravation, antécédent de complication	Non		Suivi de l'état respiratoire, réassurance des parents, diminution d'engorgement

1988	Médecin généralist	20%	Oui	engorgement rhino bronchique important et/ou Inquiétude des parents++	Antécédents même pathologie	Non		Amélioration clinique et +/- rassurer les parents inquiets
2000	Médecin généralist	20%	Oui	L'auscultation	Fièvre toux gêne respiratoire	Oui	Il y a des kiné spécialisés en respi	Dégagement des voies aériennes
2014	Médecin généralist	30%	Oui	Encombrement bronchique ou tracheale, toux grasse, signes d'inconfort respiratoire	Essoufflement toux	Non		Drainage, surveillance systematique
2002	Médecin généralist	30%	Oui	Bronchiolite; demande des parents; parents peu compliants aux soins locaux	Rhino bronchite ; bronchiolite ; bronchite asthmatiforme	Non		Expectoration efficace; nettoyage des voies aériennes supérieures; éducation des parents aux soins locaux; diminution de la durée de la maladie
2007	Médecin généralist	40%	Oui	Encombrement. Baisse appétit. Difficultés de décubitus.	Fièvre. Anorexie. Tirage respi	Non		Amélioration symptomatique en complément du ttt médical
2008	Médecin généralist	50%	Oui	Encombrement chez le nourrisson	Gêne respiratoire	Non		Confort / accélération du rétablissement
2010	Médecin généralist	30%	Oui	engorgement bronchique important sans critère de gravité ou justifiant une hospitalisation , éducation aux soins et surveillance	dyspnée, toux, AEG, fièvre	Non		Une amélioration clinique, une diminution du risque d'hospitalisation, éducation des parents

2016	Médecin général	30%	Oui	Encombrement bronchique important	Avoir un diagnostic, une prise en charge et les signes à surveiller	Oui	je sais qu'il fait de la kiné respiratoire	amélioration de l'état respiratoire de l'enfant
1983	Médecin général	20%	Oui	Aucun	Fièvre, dyspnée, toux	Non		Je ne prescris pas
2006	Médecin généralist	30%	Oui	encombrement bronchique, bronchiolite	gêne respiratoire	Non		désencombrement bronchique
1994	Pédiatre	100%	Oui	le degré d'encombrement des voies aériennes, souvent traduit par une baisse de la prise alimentaire, des régurgitations et/ou des vomissements, des troubles du sommeil; des signes de lutte; des signes auscultatoires (ronchi, crépitants).	souvent, la fièvre; la toux; les difficultés alimentaires; les réveils nocturnes ou les difficultés d'endormissement liés à la toux; la gêne respiratoire, la respiration bruyante ; la baisse de l'état général.	Oui	l'expérience du professionnel dans ce domaine, le lieu du domicile	une amélioration clinique , respiratoire , une meilleure prise alimentaire , un sommeil amélioré; le cas échéant, une meilleure efficacité des traitements inhalés; une surveillance par un professionnel averti...
2012	Médecin généralist	30%	Non	bronchiolite nécessitant une surveillance	toux, fièvre, dyspnée, baisse appétit, nez pris ...	Non		une surveillance de l'état respiratoire
2016	Pédiatre	100%	Non	Encombrement chez un enfant avec toux inefficace (surtout sur un terrain pathologique)	La pédiatrie, c'est large! En tête, fièvre, toux et autres symptômes infectieux!	Non		Une aide symptomatique pour l'enfant
2013	Médecin généraliste	30%	Oui	L'état clinique, l'encombrement bronchique, l'encombrement nasal, les difficultés alimentaires , les difficultés respiratoires	Gêne respiratoire, gêne alimentaire , fièvre, toux persistante	Non		Amélioration du confort du nourrisson et non la guérison. Désencombrement bronchique et nasal. Amélioration de l'état respiratoire. Amélioration des prises alimentaires

1	2	2Bis	3	4	5	6	7	8	9	10	10Bis	11
2009	Oui	DU rehab respi, DIU VNI et 42hETP	Cabinet libéral	50%	Oui	Signe détresse , appétit , sommeil , fièvre , auscultation	Éducation parents, améliorer qualité de vie de l'enfant, surveillance	Désencombrement et surveillance	Améliorer qualité de vie et éducation des parents	Oui		Éducation et amélioration qualité de vie et surveillance
2016	Oui	Formation de Guy Postiaux "de l'auscultation à la kinésithérapie", et formation proposée dans le DPC par Abbas Fakhr sur la Kiné respi du nourrisson de 0 à 2 ans.	Cabinet libéral	20%	Oui	1: les signes de détresse respiratoire ou de gravité, 2: l'état général (perte d'appétit, sommeil, reflux/vomissements, fièvre, otite), éveil ou asthénie (correspondance avec l'état habituel), 3:l'encombrement bronchique (auscultation et sécrétions expectorées/dégluties) ex-æquo avec l'encombrement rhino-pharyngé, 4: la toux, 5: l'évolution de l'état pendant la séance.	Améliorer la tolérance de l'enfant, c'est-à-dire améliorer son état général et éviter une dégradation majeure à cause de la perte d'appétit et du sommeil (fatigue, épuisement) qui conduirait à l'hospitalisation. La kiné agit sur l'encombrement bronchique et rhinopharyngé et sur l'hyperinflation thoracique.	Les éléments cliniques et les retours positifs des parents d'autres enfants apres que leur enfant ait eu des séances de kiné.	Éviter une hospitalisation, améliorer l'état de l'enfant rapidement avec peu de médicaments, rassurer les parents et les éduquer et conseiller sur le mouchage du nez et les mesures à appliquer pour compléter.	Oui		La même chose que le médecin. Et de pouvoir eux-aussi mieux dormir le plus tôt possible.
1987	Oui	DU kiné respiratoire et cardio vasculaire, DU ventilation médicale	Domicile	30%	Oui	1 clinique, 2 saturation, 3 alimentation, 4 sommeil	désobstruction des VA permettant un meilleur confort et surveillance du NRS	1 désobstruction, 2 surveillance	1 retour d'information, 2 amélioration de l'état du NRS	Oui		amélioration de l'état clinique

2009	Oui	drainage bronchique	Cabinet libéral	30%	Oui	1:température >39; 2:alimentation (surtout si âge<3mois); 3.état général; 4.signe de lutte respi; 5:toux; 6: couleur sécrétions	meilleure ventilation et dégagement des sécrétions.	dyspnée, mauvaise alimentation perte appétit, affaiblissement état général, température.	améliorer la ventilation, enlever les sécrétions par mouchage et drainage bronchique	Non	Quand aucune amélioration voir dégradations nous demandons aux parents de retourner voir le médecin. Et cas extrême, aux urgences avec un courrier motivé avec nos observations.	Meilleure ventilation, amélioration de l'état général et de l'alimentation, diminution des troubles du sommeil, aide à dégager les sécrétions et peut-être voir à diminuer la température.
1998	Oui	drainage autogène, auscultation, réhabilitation, percussionnaire, ergospirométrie	Cabinet libéral	20%	Oui	auscultation (1), tirage ou non (1), saturation (2), toux (2), nez encombré (3), alimentation (4), sommeil et humeur (4)	améliorer le mode ventilatoire du nourrisson et l'alimentation ou/et nuit	l'auscultation et le nourrisson qui ne mange ou ne dort plus bien	que celui-ci se sentent mieux	Oui		avoir un maximum d'information sur la santé de leur nourrisson
1982	Oui	Du kiné respiratoire pédiatrique et en réanimation	Domicile	30%	Oui	1Signes de lutte 2 auscultation 3 état général	Amélioration de l'état general	La gêne respiratoire	Éviter l'hospitalisation	Oui		Une amélioration de la respi Et une meilleure

		néonatale et pédiatrique									prise alimentaire	
2003	Oui	postiaux, parnasse, chevalier	Hôpital	10%	Oui	ne fonctionne pas de cette façon	surveillance	aucune idée	surveillance	Oui	surveillance	guérison
2011	Oui	Cas cardio respiratoire Drainage autogène	Hôpital	100%	Oui	Aspect clinique (couleur état d'éveil pattern Resp ...) saturation Pouls auscultation reniflement	Soulager l'enfant sans le faire pleurer	Encombrement ou prévention	Amélioration des paramètres vitaux et auscultatoire	Oui		Soulager l'enfant et l'aider à guérir
2006	Oui	Diu kine respi pédiatrique et formation continue tous les ans	Cabinet libéral	50%	Oui	1 signes de détresse respi 2 fièvre 3 alimentation 4 sommeil 5 encombrement 6 bronchospasme	Désencombrer, ventiler et éducation thérapeutique (aérosols ++)	Encombrement, difficultés d'alimentation	Désencombrement, éviter urgences	Non	Je ne le faisais que si j'envoie aux urgences ou si j'ai besoin d'une prescription de ventoline, car en période de pic, on voit plus de 20 enfants par jour donc impossible	Que leur enfant dorme, mange et respire mieux

1990	Oui	DU Lyon	Cabinet	70%	Oui	SàO2 auscultation observation	bilantes l'etat de l'enfant puis traiter	Désencombrement	surveillance désencombrem ent	Non	Selon la situation	comprendre
1995	Oui	DUI kiné respiratoire pédiatrique et réanimation , formation Postiaux	Domicile	40%	Oui	Interrogatoire des parents (Alimentation, sommeil) Auscultation et observation Test de précontrainte	Confort de l'enfant dans un syndrome hypersecretant	Hypersécrétion, surveillance	Quelles parents ne reviennent pas , pas tout de suite	Oui		Guérison de leur enfant et Réconfort pour eux
1980	Oui	INK	Domicile	20%	Oui	fréquence respi,saturation,apétit,sommeil	meilleur confort respiratoire	toux	cofort repi et retour de l'apetit	Non	Désintérêt des médecins	Confort respi et retour apétit
1989	Oui	P2r	Cabinet libéral	90%	Oui	Tirage wheezing encombrement alimentation Sommeil	Amélioration de la respiration et de l'alim	Encombrem ent	Désencombrem ent	Non	Si le bébé va mieux je ne le renvoie pas chez le médecin	Que leur bébé dorme
1995	Oui	DU kiné respi et cardio	Hôpital	10%	Oui	score de Silvermann, auscultation	désencombrement de l'enfant, éducation des parents au mouchage, éducation des parents à la prise des médicaments inhalés lorsque c'est nécessaire.	encombrem ent, spasticité???	désencombrem ent	Oui		amélioration de l'état clinique de l'enfant
2000	Oui	Drainage autogène, bronchiolite du nourrisson avec	Cabinet	60%	Oui	1 = Signes de détresse respiratoire 2 = Alimentation 3 = Sommeil 4 = SpO2, fr 5 = auscultation et bruits à	Permettre aux enfants d'en mieux gérer leur quotidien pendant leur affection respiratoire aiguë	Altération de l'état General, toux nocturnes.	Hélas : faire cracher...	Oui		Une amélioration du sommeil et de l'alimentatio

		drainage autogène adapté, DIU réhabilitation respiratoire du grand Ouest.			la bouche 6 = liberté des voies aériennes supérieures 7 = frein expiratoire 8 = couleur et aspect des sécrétions					n de leur enfant		
1992	Oui	Kiné respi Lyon et Paris	Cabinet	80%	Oui	SEVA	Désencombrement vas vai	oscultation/to ux	efficacité	Non	therapeut e identifié	efficacité
2014	Non		Remplacements en libéral	10%	Non	1 - Signes de détresse respiratoire 2 - Signes de déshydratation 3 - Auscultation	Désencombrement et surveillance	Désencombrement et surveillance.	Désencombrement et surveillance.	Non	Je suis remplaçant, c'est extrêmement rare que je vois un enfant sur toutes les séances. Et vu que généralement ça s'améliore, je ne fais pas de retour.	Un mieux être de l'enfant.
2017	Oui	Bronchiolite du nourrisson Lille Hugues gaucher	Cabinet libéral	30%	Oui	1 interrogatoire des parents (qualité du sommeil, alimentation) 2 observation état général du bébé (cernes, couleur du teint, pleurs, cyanose). 3 auscultation	Rassurer les parents, aider le bébé pour plus de confort, meilleur sommeil, meilleur alimentation Éviter hospitalisation	L'auscultation, le risque de surinfection	Suivi sanitaire des bébés sur plusieurs jours et réorientation si aggravation	Non	Manque de communication dommage	Amélioration clinique de leur bébé, être rassuré en sortant du cabinet

2012	Oui	Drainage autogène du nourrisson	Cabinet	20%	Oui	Alimentation Sommeil Tirage Fréquence respi Saturation	Confort + savoir réorienter les parents si aggravation	Demande des parents	Surveillance, réorientation si besoin	Oui		Désencombr ement et crachat
1979	Oui	DIU PARIS SUD	Hôpital	60%	Oui	1Recueillir les antécédents 1 Niveau d'alimentation dans les 24 heures précédentes 1Fréquence respiratoire 1Signe de tirages 1Perméabilité VAS et VAI 1État general	Surveillance amélioration du confort ventilatoire éducation à la santé en direction des parents	Surveillance de l'état Respiratoire Désencombrement VAS VAI Recueil d'informations sur les capacités ventilatoires	Accompagnement de l'amélioration des paramètres ventilatoires informations sur l'évolution et participation aux décisions liées au traitement médical	Oui	Répondre aux attentes médicales	Amélioration du confort ventilatoire de leur enfant et être rassurés sur son évolution
2017	Non		Cabinet libéral	10%	Oui	1. Examen clinique (Observation signes de tirage, tonus/vigilance, encombrement nasal, fréquence respiratoire) 2. Auscultation pulmonaire 3. Interrogatoire des parents (alimentation, vomissement, température, sommeil, traitement médicamenteux, Antécédents familiaux et personnels)	Favoriser l'alimentation, meilleur sommeil, confort pour l'enfant, limiter la surinfection, apprentissage du mouchage aux parents, conseils aux parents	Souvent le seul traitement donné aux parents pour éviter la prescription de médicaments	Surveillance de l'enfant, conseils aux parents, efficacité	Non		Permettre une meilleure alimentation, limiter la toux, meilleur sommeil, mouchage efficace
2011	Oui	formation ARB	Cabinet libéral	10%	Oui	1 signes de détresse et tirages, 2 fièvre, 3 encombrement VAS et VAI, 3 tolérance à l'épisode (nourriture et sommeil), 4 test de pré contrainte thoracique	désencombrement pour confort de l'enfant, accompagnement et éducation des parents, surveillance de l'évolution	encombrement VAI, éviter aggravation-médication-hospitalisation	traitement de l'encombrement, éducation des parents, aiguillage en cas d'évolution anormale.	Non	manque de temps, supposé désintéret des médecins quand à ce retour	désencombr ement de l'enfant, des explications, être rassurés

2009	Non		Hôpital	40%	Oui	Fréquence respiratoire. Saturation. Et fréquence cardiaque. Balancement et signe de lutte Auscultation Oxygenotherapie	Évaluation et désencombrement Éducation des parents aux bons gestes de bases	Radios et auscultation. Encombrement bronchopulmonaire	Amélioration de l'état clinique	Oui		Amélioration clinique
2011	Oui	Prise en charge kinésithérapie respiratoire pédiatrique	Hôpital	100%		1 observé : présence d oxygene - tirages - type de respiration- cyanose etc - trach? Vni?... 2 mesuré : FR, sat... 3 anamnese	Travail des volumes si restriction de volumes -agir sur le spasme sil y en a - désencombrer si besoin - readaptation a effort si desadaptation-éducation thérapeutique (prise des aérosols...) - jouer sur hypoxie hypercapnie avec réglages vni...	Encombrement. Spasme. Restriction de volume.	Un mieux être global. Eviter la surinfection et un retentissement sur la sat et la radio.	Oui		Éviter que cela s aggrave. Prévention autant que traitement.
1981	Oui	DU	Cabinet libéral	80%	Oui	1 État général ATCD FR FC Tirages et signes de lutte Coloration/SpO2 Vigilance/ sueurs Fièvre Alimentation Sommeil Vomissements Auscultation Traitement médical Faisabilité des manœuvres: AFE test Diagnostic différentiel obstruction/encombrement Tolérance à l'effort (séance)	Évaluation et diminution de l'obstruction des voies respiratoires	Toux grasse et plainte des parents	Diminution des symptômes d'obstruction des voies respiratoires	Non	Alerte si complications, réseau de proximité de confiance	Diminution et résolution des signes de gêne respiratoire

					État général après séance et Check des points précédents							
2007	Non		Cabinet libéral	20%	Oui	1- qualité du sommeil, l'alimentation, bruits respiratoires, signes de tirages, interrogatoire des parents.	Améliorer le confort respiratoire des nourrisson, et enrayer le cercle vicieux de l'encombrement (encombrement, difficultés respiratoires, fatigue, sous alimentation, sommeil perturbé, altération de l'état général, surinfection, encombrement ...)	Difficultés respiratoires	Améliorer le confort respiratoire et éviter la surinfection	Non	Je ne prend pas le temps de le faire	Amélioration du confort respiratoire, du sommeil et de l'alimentation d'enfant. Disparition des bruits respiratoires
2016	Oui	DU de kinésithérapie respiratoire pédiatrique	Cabinet	20%	Oui	1. Interrogatoire 2. Observation 3. Auscultation 4. Palpation	Drainage bronchique et prévention	Conférence de consensus, efficacité sur leurs patients	Retour fiche bilan, avis positif des parents	Oui		Amélioration de l'état de l'enfant, mieux supporter la maladie
1986	Oui	Du	Cabinet	30%	Oui	Fréquence respi Auscultation Cyanose Tirage	Désencombrement bronchique.	Difficulté respi, toux nocturne, chute alimentation.	Désencombrement bronchique, suivi du patient, éducation des parents.	Oui		Un meilleur état général du bébé.
2016	Non		Hôpital	80%	Oui	1 - Etat général de l'enfant (alimentation, fièvre, tonus, hydratation...) 2 - Signes de lutte 3 - constantes 4 - auscultation 5 - VAS 6 - tests de précontraintes 7 - AFE test	Améliorer le confort de l'enfant	Desencombrement VAI	un avis sur l'encombrement pulm	Oui		amélioration du confort de l'enfant, un désencombrement des VAI, et une optimisation de la VNI

					8 - encombrement pulmonaire 9 - tolérance/efficacité de la séance (reevaluation SDL, constantes, auscultation...)					(étant en réa ped)		
2015	Oui	Formation kinésithérapie respiratoire du nourrisson: l'enfant de 0 à 2 ans	Cabinet libéral	10%	Oui	1 Surveillance signes de détresse respi 2 Fièvre- état général de l'enfant 3 Auscultation bronchique 4 Type de toux 5 Couleur et quantité sécrétions 6 Qualité sommeil et alimentation	Apporter du confort à l'enfant pour mieux respirer et du coup permettre une meilleure alimentation et meilleur sommeil. surveillance d'un éventuel tableau clinique qui pourrait se compliquer et passer en détresse respiratoire prévention éducation des parents sur les choses à faire, à éviter, les conseils d'hygiène, de mouchage, température et humidité de la pièce...	Auscultation montrant présence de sécrétions ou d'un territoire mal ventilé. Enfant qui tousse, mange mal et dort mal. Parents qui ont du mal à être efficaces sur le mouchage du nez et besoin de moucher en rétrograde	Confirmer leur diagnostic, aider et rassurer les parents, surveiller l'évolution de manière rapprochée	Non	Si tout se passe bien je ne prends pas le temps. Si en revanche j'ai l'impression qu'il faut qu'elles le revoit pour rajouter des traitements autres je peux contacter ou renvoyer les parents la consulter. Si j'ai un doute par contre sur son état je contacte.	Que l'enfant guérisse et ne soit plus en difficultés. Qu'il mange mieux et dorme mieux et tousse moins

1994	Oui	KR guidée par l'auscultation pulm : guy Postiaux	Hôpital	10%	Oui	1:la clinique 2: la FIO2 3:la sat 4:la FR 5:la TA:6:l'engorgement bronchique...	désengorgement pour plus de confort : mieux dormir ,mieux ventiler,s' alimenter correctement	engorgement bronchique sur patient stable au niveau hemodynamique,peu O2 dépendant,sans pathologie cardiaque,non spastique,atélectasié ...	le confort,augmentation de la sat ,levé d'atélectasie,ECBC ..	Oui		le confort ,l'augmentation de poids , le retour à domicile
2014	Oui	Congrès	Hôpital	90%	Oui	1 type respiration 2 auscultation 3 test manuel	Désengorgement ou ventilation	Engorgement Hyventilation Atelectasie Entretien.resp i	Amélioration radio Diminution.dépendance o2 Entretien	Oui	Stabilité, type de secretions , compte rendu global	Amélioration respiratoire, sortie de reea, extubation..
2013	Oui	PEC insuffisant chroniques respiratoire Bronchiolite	Hôpital	80%	Oui	1- constantes vitales 2- aspect clinique du patient 3-signes de tirages 4-ampliations thoraciques 5-auscultation	Cela depend de la pathologie. Cela va d'un effet sur le confort du patient à l'ameliorations des échanges air/sang.	Peu d'effet des médicaments inhalés.	faire expectorer les patients.	Oui		Faire expectorer.
2016	Oui	Formation continue AP-HP, VNI	Cabinet	20%	Oui	1 = criteres d hospite (fièvre nourriture signe de détresse) 2 = auscultation 3 = engorgement	Évaluer et réévaluer +++ ventiler et ensuite desengorger	Engorgement	Desengorgement	Oui		Desengorger guérison
2009	Oui	Du rehab respi et diu VNI	Cabinet	50%	Oui	1) signe de détresse 2)qualité de vie appétit sommeil 3)fièvre 4)traitement 5)antécédents	Amélioration de la qualité de vie et éducation des parents	Surveillance	Amélioration qualité de vie et gestion de la dégradation de l'état General	Oui		Conseils

2003	Oui	Postiaux	Hôpital	20%	Oui	Pathologie, État clinique (détresse respiratoire ?, tirage respiratoire...), saturation en O2, bruits respiratoires (râles, crépitements, sibilances)	Amener de l'air dans les voies collabées et encombrées, mobiliser les sécrétions.	Pathologie du patient	Aide au désencombrement	Oui		Aider leur enfants à se désencombrer pour que sa guérison soit plus rapide
2012	Oui	Perfectionnement en kine respiratoire Drainage autogène Eltgol	Cabinet libéral	30%	Oui	Auscultation Observation du bébé Saturation Discussion avec les parentz	Activer et améliorer la clearance mucociliaire	La longueur de guérison des pathologies	Surveillance de l'évolution du bébé Amélioration de l'état de l'enfant Diminution du temps de la pathologie	Non	Car ils ne le réclament pas, je fais un retour seulement si je trouve qu'il y a un problème avec l'enfant	Que leur enfant aille mieux après la séance
2016	Non		Domicile	10%	Non	Alimentation Tirage Encombrement	Améliorer la "qualité de vie" de l'enfant	Encombrement	Desencombrer et parfois éduquer les parents aux aérosols et douche nasale	Non	L'enfant allait toujours beaucoup mieux à la fin du traitement . Pas de quoi alerter le medecin qui revient souvent voir l'évolution	Que l'enfant expectore tout en une séance

2018	Oui	Drainage autogène	Cabinet libéral	30%	Oui	1 (le plus important) : signes de gravité (saO2 , tirage, couleur des téguments...), 2: questions à la maman (mange t'il, dort il bien..), 3: auscultation au stethoscope	Ne pas aggraver la situation respiratoire de l'enfant, l'aider à mieux passer ce moment délicat dans les meilleures conditions.	Dégradation de l'état général, signe d'encombrement, analyse du VRS dans le cas de bronchiolite	Une aide au désencombrement et à la ventilation	Non	les médecins manque de considération pour la plupart	que leur enfant soit soigner et traiter
2015	Non		Cabinet	10%	Non	Bruit	Dégager	Gravité de l'emcombrement	Guérison plus rapide et sans rechute	Non	Ils ne sont pas demandeurs	Soulager l'enfant
2000	Non		Cabinet libéral	20%	Oui	1 auscultation 2, saturation 3, l'état de l'enfant	Le desencombrement bronchique bien meilleur que tous les produits, bcp plus de resultats	La non amélioration du desencombrement	Résultats rapides en quelques seances	Non	Dans de rares cas,	Amélioration du bien être de leur chéri, et ne plus entendre leur bb tousser sans savoir expectorer
1985	Oui	guy postiaux	maison de repos	30%		1/ toux productive ou non2/tonalité de la toux;grasse ou sèche3/;la fréquence4/l heure de l'apparition de la toux 5/ l' environnement (allergie)6/ age de l'enfant: passage de dents)	diminuer la durée de la pathologie et diminuer la prise de médicaments(antibiotiques)	la toux grasse et la température , cyanose , parfois radio thorax	dégager rapidement l'enfant et diminuer l'encombrement	Oui		l'efficacité du traitement, guérison rapide de l'enfant , diminution des médicament
1998	Oui	Guy Postiaux	Salarié	10%	Oui	Auscultation stéthacoustique, SaO2, Fc, F Respi, Alimentation , sommeil, T°	Suivi évolution signes cliniques, désencombrement	Suivi de l'enfant et signes cliniques, désencombrement	Surveillance signes cliniques , désencombrement	Oui		Amélioration signes cliniques ,Soulager enfant et dégager voies respiratoires

2003	Oui	Auscultation postiaux et DU kiné cardio respi lyon	Cabinet libéral	80%	Oui	Importance selon âge 1 auscultation 2 alimentation 3 sommeil 4 FR et SPO2...	Que l'enfant puisse bien manger et dormir grâce à une meilleure respiration le temps qu'il combatte le VRS	Respiration sifflante ou craquements présents	Améliorer l'état des bb et éviter hospitalisation et surveiller	Non	Si j'avais un moyen facile et rapide style mail apycrypt alors oui	Meilleure respiration sommeil alimentation
1995	Oui	Drainage autogène	Cabinet	90%	Oui	Etat de l'enfant, couleur, saturation, s'alimente, dors, aérosol, température, historique, bruits respiratoires	Drainer les sécrétions respiratoires des vas et vai, ventiler, éduquer, réentraînement à l'effort	Favoriser la guérison du patient	Rétablissement de la fonction respiratoire	Oui		Amélioration rapide de l'état de santé de leur enfant
2018	Non		Domicile	10%	Oui	1 = constater l'attitude du bébé (agitation, gémissement, léthargique, tirage,...) 2 = bilan respiratoire (auscultation) 3 = cutané-trophiques (couleur de peau, cyanose,...)	Apporter un dégagement des voies aériennes du bébé. Faire ventiler le bébé. Moucher et éduquer les parents au mouchage du bébé. Conseiller les parents sur les bonnes attitudes à faire pour améliorer la situation (aérer la chambre, température entre 18-20 degré,...)	L'encombrement	Guérir le bébé	Non	Pas de demande faite par celui-ci	Une amélioration de l'état du bébé
2018	Non		Domicile	50%	Non	Impression des parents, toux (fréquence et gras ou pas), nez (coule? Quelle couleur?), état générale (sommeil, appétit,...)	Aider l'enfant à se désencombrer plus vite	Auscultation et état générale	Désencombrement pour arriver à une amélioration des l'état' général	Non	Trop de travail	Voir que leur enfant respire mieux, qu'il recommence à jouer, bien manger, bien dormir,...

2018	Oui	Respikids drainage autogene	Cabinet	10%	Oui	Etat patient , encombrement, type de respiration, paramètres (saO2 Fc)	Desencombrer et ventiler le patient	Amélioration du confort respiratoire du patient	Amélioration de la ventilation et desencombrer	Non		Amélioration de l'état de l'enfant, rassurer
2018	Oui	La formation kine respi a l'huberf	Hôpital	100%	Oui	Température, alimentation diminuée, la toux, sommeil, son état (agitée, faible, joue moins), tire (aile du nez), spastique (fréquence respi élevée), couleur de la peau, l'encombrement (diffus haut droite gauche), bruits auscultatoires, prescription de médicament, cb de fois il a eu des pb respi depuis qu'il est né, parents fumeurs, la famille a t'elle des allergies/asthme/pathologies (ATCD)..	permet de le ventiler, désencombrer, aide à faire remonter les sécrétions, ainsi il mange mieux et dors mieux, et lors des séances on voit l'évolution et l'on peut donner également des conseils aux parents.	Détresse respi, bruits auscultatoires , température (histoire de la maladie), fréquence respi/cardiaque. encombrement bronchique/nasale, bronchiolite, bronchite, enfant spastique,	Que l'on fasse décoller /sortir/remonter les sécrétions, que l'on ventile et ouvre les voies aériennes et dc que l'enfant aille mieux.		Pas toujours, lors des consult ext oui si il y a des pb et en Hospi oui dès que l'on est passée ds la chambre de l'enfant	Que l'on soigne leur enfants, et qu'ils aillent mieux. Faut les apaiser, les écouter, certains veulent des conseils, et qu'on leurs apprennent à détecter les signes de détresse respi et d'autres pour les aider à réaliser les soins de nez.
2012	Oui	ULB BRUXELLES CERTIFICATE UNIVERSITAIRE KINE PEDIATRIE RESPI	Cabinet libéral	20%	Oui	Bébé mange bien ? dors bien ? As t il de la fièvre ?	Surveiller l'évolution, ventilation, deconcombrement bronchique (drainage selon Chevalier), vérification et apprentissage rinçage nez (jala neti)	Encombrement bronchique	Le deconcombrement bronchique	Non	Seulement si besoin de plus de séances que les 6 à 9 prescrites , parce que dans la plus	Que leur enfant soit guéri

									part du temps apres les séances l enfant va beaucoup mieux (grace aux médicaments aérosol) selon moi la kiné leur permet d etre dans un meilleur etat general	
2016	Oui	Postiaux	Domicile 10%	Oui	1 état général, 2 auscultation pulmonaire, 3 paramètres (oxy, t°, Fc), 4 questions au parents (alimentation, comportement, température)	Accompagner la guérison, assurer un suivi, conseiller les parents	Bilan du médecin	Surveillance et drainage	Oui	Guérison
2013	Non		Cabinet libéral 10%	Oui	1 état général 2 oscultation -bilan respi 3 éléments médicaux supplémentaires 4 avis des parents	Amélioration de l'instar général et de l'examen oscultatoire	Pas de notion d'urgence médicale - apprentissage aux parents des bonnes pratique	Pas de notion d'urgence médicale - apprentissage aux parents des bonnes pratique	Oui	De la magie/ être rassuré

2013	Oui	chevaillier	Cabinet libéral	10%	Oui	auscultation, anamnèse	dégager les voies aériennes afin de soulager l'enfant+ éducation parents lavage de nez....	soulager l'enfant lui permettre d'être en confort et permettre une remise sur pied pluq rapide	travailler en phase avec le traitement médicamenteux	Non	je le fais uniquement pour des cas compliqués (si les symptômes persistent ou patho particulier	qu'on les soulage, qu'on rassure les parents
2011	Oui	Bronchiolite et mucoviscidose	Cabinet libéral	10%	Oui	Anamnèse, oscultation	Guérison plus rapide	Accélération guérison, éviter aggravation	Prise en charge adapté, accompagnement parents, suivi et les alerter si évolution défavorable	Non	Manque de temps	Conseils, accélération guérison
2012	Oui	Postiaux	Domicile	40%	Oui	1=Fièvre 2=Type d'encombrement + localisation (+si il y a des aérosols et quels produits utilisés) 3= toux (+si crachats) 4=nez	Aide au désencombrement des bronches	Si encombrement bronchique normalement	Désencombrement	Non	Car généralement à la fin des séances, l'enfant n'est plus encombré au niveau des bronches	Que leur enfant guérisse
2003	Oui	ARB, Le Chevalier	Cabinet libéral	30%	Oui	Fréquence respiratoire Tirage Saturation O2 Auscultation pulmonaire état des VRS Alimentation Sommeil RGO ATCD perso et familial	Amélioration de l'état respiratoire de l'enfant afin qu'il puisse mieux manger, dormir et être mieux de manière générale. Surveillance de son état Orientation médecin	Surveillance et désencombrement	Amélioration du patient	Non	Je n'en fait pas après chaque séance mais si besoin de revoir le médecin,	Amélioration de l'état de leur enfant et surveillance afin qu'ils soient rassurés

						ou urgence si nécessaire Conseils parents				je fais toujours un bilan	
2018	Oui	Formations données en Belgique, formation à l'utilisation du percussionnaire, drainage autogène	Cabinet libéral	100%	Oui	Debut des symptomes Age de l'enfant et antécédents médicaux Types de symptomes Médicament prescrit par le médecin (posologie etc) Etat des muqueuses du nez, nettoyage du nez Alimentation et sommeil Situation familiale, membre de la famille malade L'enfant va à la crèche, ...	aider l'enfant à éliminer les glaires de manière rapide et efficace sans trop d'efforts de la part de l'enfant. Éviter que la situation de l'enfant ne dégénère. L'effort à la respiration est diminué et une meilleure prise des médicaments sous forme d'aérosols.	Récidive, surinfection, détérioration de l'état de l'enfant de manière rapide Glaires dans les poumons	Permettre l'enfant de respirer de manière plus efficace et d'éliminer les glaires, prise correcte de médicaments	Oui	Que leur enfant aille mieux
2018	Non		Domicile	10%	Oui	1 État général de l'enfant (couleur de peau. Aspect des yeux. Je me renseigne sur son appétit, son sommeil actuel et habituel, grognon ou souriant...) 2 Respiration nasale ou buccale ? 3 localisation de l'encombrement	Desencombrer un enfant de moins d'1,5 ans maximum. Passer cet âge, je trouve que ce n'est plus utile. Éduquer les parents sur le lavage de nez, les précautions à prendre...	Des encombrer l'enfant. Avoir un suivi de l'état de l'enfant par un professionnel de santé.	Un enfant qui respire mieux, qui se sent soulagé.	Non	Si l'enfant va bien, les parents ne revoient pas le médecin car ce dernier ne le souhaite pas. Un enfant soulagé, désencombré
2009	Oui	Asfère / Réhabilitation à l'effort / Kiné respiratoire de l'enfant	Cabinet libéral	90%	Oui	2. Etat général (Appétit, sommeil, comportement) 1. Gêne respiratoire 3. Aspect général de l'enfant	Amélioration EG / Suivi et surveillance / Conseils aux parents	Encombrement / Qualité de la toux / Etat général	Amélioration rapide de l'enfant / Diminution de la prescription en première intention / Surveillance respiratoire	Oui	Que leur enfant dorme bien, mange bien et qu'il tousse moins

2013	Oui	Réseau Emerra, Bronchiolite	Cabinet libéral	80%	Oui	1. Etat général 2. Résistance thoracique 3. Prise alimentaire 4. Sommeil 5. Qualité et fréquence de la toux	Eviter aggravation état général	Surveillance et amélioration de l'état général de l'enfant	Suivi, éducation à l'hygiène ORL et à la surveillance respi des parents	Oui		Amélioration de l'état général, apprentissage DRP simple, échange, écoute par rapport à leur inquiétude lié à la respiration de leur enfant
2004	Oui	DIU Kiné respi neonat et pédiatrique Paris V	Cabinet libéral	90%	Oui	1. Etat général 2. Dyspnée 3. Toux 4. Encombrement 5. Fièvre	Améliorer le confort et reventiler l'enfant	Altération de l'état général, toux, perte d'appétit	Surveillance de l'évolution de l'enfant	Oui		Arrêt de la toux, désencombrement, reprise alimentaire et du sommeil
2000	Oui	guy postiaux	Cabinet libéral	30%	Oui	auscultation	Récupération plus rapide dans certaines pathologies et en prévention	Éviter prescriptions médicaments usés	récupération plus rapide	Oui		soulagement des symptômes de l'enfant et être rassurés
2000	Non		Cabinet libéral	10%	Oui	fréquence respiratoire, aspect gal de l'enfant, comment se passe les nuits, auscultation, fièvre, médicaments, nez pris et si les parents arrivent à moucher.	désencombrement bronchique et mouchage	encombrement bronchique, suivi du patient, tranquilliser les parents	désencombrement bronchique	Non	retour vers le médecin si évolution négative	guérison du BB et arrêt de la toux