

Mémoire original

## Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France pendant l'hiver 2003–2004

### Infant bronchiolitis point of care by physicians in the Île-de-France bronchiolitis network

S. Sebban<sup>a,b,\*</sup>, E. Grimprel<sup>b</sup>, J. Bray<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de rééducation fonctionnelle, coordination du réseau bronchiolite Île-de-France, association des réseaux bronchiolite, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Serrurier, 75019 Paris, France

<sup>b</sup> Service d'accueil des urgences, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital Armand-Trousseau, 27, avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris, France

<sup>c</sup> 87, boulevard de Port-Royal, 75013 Paris, France

Reçu le 26 juin 2006 ; accepté le 26 janvier 2007

Disponible sur internet le 27 mars 2007

#### Résumé

**Objectif.** – L'évaluation interne du réseau bronchiolite Île-de-France a donné l'occasion de mener une enquête portant sur les pratiques de prise en charge de la bronchiolite par les médecins engagés dans ce dispositif. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats portant sur la campagne 2003–2004 et de les analyser au regard des recommandations de la conférence de consensus de septembre 2000.

**Méthodes.** – Les données cliniques et thérapeutiques des patients inclus dans le réseau ont été recueillies par les médecins engagés à l'aide d'une fiche bilan secondairement transmise à la coordination du réseau. L'analyse a porté sur 342 fiches exploitables.

**Résultats.** – L'analyse des prescriptions des patients classés bronchiolite par les médecins a montré une attitude globalement en rapport avec les recommandations. La prescription quasi systématique de la kinésithérapie respiratoire a confirmé les attendus de la conférence. De même les traitements (bronchodilatateurs, corticoïdes) non recommandés n'ont été prescrits que dans environ 1/4 des cas. L'abstention de tout traitement médicamenteux n'a été retrouvée que dans 41 % des fiches classées bronchiolite. Toutefois si l'on ne considère que les premiers accès de bronchiolite, ce taux s'élevait à 54,3 %. La prescription de bêta-2-mimétiques inhalés à titre de test thérapeutique de réversibilité a pu apparaître légitime pour certains. Ainsi dans notre étude 1/3 des patients du groupe bronchiolite traité par bronchodilatateur ont eu un second épisode et 80 % d'entre eux étaient âgés de plus de 6 mois.

**Conclusion.** – L'analyse collective des pratiques des médecins libéraux participant au réseau bronchiolite Île-de-France au regard de la conférence de consensus s'est révélée positive. L'intervention formative du réseau a probablement contribué fortement à ce résultat. Au-delà de l'utilité de poursuivre la diffusion des recommandations, il paraît souhaitable de les élargir à des situations cliniques non abordées, notamment la bronchiolite récidivante. Ce type de travail devrait être renouvelé afin de mesurer l'évolution ultérieure des pratiques au sein de ce groupe, mais également à plus large échelle au-delà du réseau bronchiolite Île-de-France.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objective.** – The Île-de-France bronchiolitis network assessment gave us the opportunity to carry out a survey regarding the customary handling of acute bronchiolitis by physicians involved in this network. The aim of this study was to retrieve results relating to season 2003–2004 and to compare them with the September 2000 French consensus conference recommendations.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sydney.sebban@free.fr](mailto:sydney.sebban@free.fr) (S. Sebban).

**Methods.** – The practitioners engaged using a special form subsequently transmitted to network joint committee collected the clinical and therapeutic data of the patients included in the Network. We analysed 342 exploitable forms.

**Results.** – Analysis of the physicians medications for patients classified as bronchiolitis showed that their behavior was on the whole keeping with the official recommendations. The nearly systematic prescription of specific respiratory physiotherapy (increase in expiratory flow) satisfies the expectations of the French consensus conference. Likewise, treatments such as bronchodilator or corticoids that are not recommended were prescribed only in approximately 1/4 of cases. Abstention from all medical treatment was found in only 41% of cases classified as bronchiolitis. However, in considering only the first episode of acute bronchiolitis, this rate increased to 54,3%. Short-acting bronchodilator usage may appear legitimate as a therapeutic test of reversibility. In our study, 1/3 of patients with bronchiolitis treated by bronchodilator underwent a second episode and 80% of them were older than 6 months.

**Conclusion.** – Analysis of the practices of physicians participating in the Bronchiolite Île-de-France Network proves very positive in light of the comparison with studies prior and subsequent to the consensus conference. In recognition of this, it is necessary to consider the importance of the network's training programs. Beyond the need to go on with the diffusion of the recommendations, it seems desirable to extend them to clinical situations not yet considered, especially recurrent bronchiolitis and infant asthma. Finally, this type of study should be repeated in order to measure the future evolution of medical practices, as well as extended to a larger scope than the Île-de-France bronchiolitis Network.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Bronchiolite ; Soins primaires ; Réseaux de santé

**Keywords:** Bronchiolitis, viral; Primary care; Community care networks; Infant

La bronchiolite est une infection virale aiguë saisonnière des voies aériennes inférieures du nourrisson de moins de 2 ans dont le principal agent responsable est le virus respiratoire syncytial (VRS). Spectaculaire par le nombre d'individus qu'elle touche (450 000/an) [1], elle survient par épidémies automno-hivernales, avec des pics atteints fin novembre et courant décembre sur l'ensemble du territoire et particulièrement dans les grandes agglomérations [1]. Ce phénomène épidémique a pris une ampleur particulière à partir des années 1990 au point de devenir un véritable problème de santé publique [2] du fait des difficultés croissantes rencontrées pour satisfaire les demandes de soins de la population. Cette très forte demande de soins est difficile à satisfaire chaque hiver avec un accroissement très significatif des consultations des médecins généralistes, pédiatres, masseurs-kinésithérapeutes libéraux et une saturation des structures d'urgences pédiatriques [3]. La réponse en termes d'offre de soins est difficile à coordonner au niveau sanitaire, ce d'autant que les professionnels de santé doivent faire face au cours de la même période à d'autres épidémies hivernales (gastroentérites à rotavirus, grippe, etc.) [4]. Ce constat récurrent a conduit des professionnels libéraux et hospitaliers à créer en 2001 le réseau bronchiolite Île-de-France promu par l'association des réseaux bronchiolite.

Le réseau bronchiolite Île-de-France mis en place chaque année et de façon transitoire (saison automne et hiver) depuis octobre 2001 a permis d'orienter, notamment lors de la campagne 2003–2004, près de 14 000 enfants vers le secteur ambulatoire (13 200 vers les kinésithérapeutes et 780 vers les médecins) [5].

Par ailleurs, la constatation d'une importante hétérogénéité des pratiques a conduit l'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France à organiser une conférence de consensus sur la prise en charge des bronchiolites à Paris le 21 septembre 2000 [2]. Celle-ci a choisi de restreindre son champ d'investigation à la prise en charge du premier épisode de bronchiolite du nourrisson entre 1 mois et 2 ans [6].

L'évaluation interne du réseau bronchiolite Île-de-France nous a donné l'occasion de recueillir des informations portant sur les pratiques et les prescriptions médicales des épisodes de bronchiolite ou supposés tels par les médecins du réseau. L'objectif de cette étude est de rapporter les pratiques de ces médecins pendant la campagne 2003–2004 et de les analyser au regard des recommandations de la conférence de consensus de septembre 2000.

## 1. Patients et méthodes

Le fonctionnement du réseau a été le suivant : un numéro de téléphone, relayé par les professionnels de santé auprès du grand public a permis de communiquer aux parents, en fonction des demandes exprimées, les coordonnées des professionnels libéraux de santé, médecins ou kinésithérapeutes, engagés au sein du réseau, disponibles près de leur résidence et organisés afin de renforcer l'offre de soins existante pendant la période épidémique de la « bronchiolite » du 15 octobre au 15 mars. Ces professionnels de santé contactés au préalable par mailing et réunis par la coordination du réseau avant chaque début de campagne ont reçu une formation spécifique et pris l'engagement d'appliquer les recommandations les plus récentes de bonnes pratiques pour la prise en charge de la bronchiolite en signant une charte. Le réseau a assuré ainsi une centralisation des demandes identifiées par l'intermédiaire du standard téléphonique, puis leur réorientation et leur répartition vers les intervenants libéraux disponibles et de proximité recensés par la coordination.

À l'occasion de cette campagne, la troisième pour le réseau francilien, 367 médecins ont été mobilisés, 203 sont venus assister aux formations du réseau et 193 d'entre eux ont été signataires de la charte. Ces médecins étaient essentiellement des praticiens exerçant au sein d'associations de garde et/ou de permanence de soins mais aussi pour 10 %, des médecins généralistes ou pédiatres installés en exercice libéral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149986>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149986>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)