

Le médecin généraliste face à la bronchiolite aiguë du nourrisson : étude multicentrique à Tunis

The general practitioner facing acute infant bronchiolitis: multicenter study in Tunis

Ahlem Gzara Zargouni¹, Rafla Tej Dellagi¹, Raja Mahfoudh², Hanène Rzigui³, Mounira Chaïeb⁴, Sawssen Doudech⁵, Mohamed Taoufik Rachdi¹

1 : Direction régionale de la Santé de Tunis

2 : CSB Carthage Mohamed Ali

3 : CSB Jebel Lahmer

4 : CSB Ouerdia Mohamed Ali

5 : CSB Jaballah

RÉSUMÉ

Prérequis: La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) constitue un problème de santé responsable d'un encombrement du système de soins notamment les urgences. Objectifs : Evaluer les connaissances, attitudes et comportements du médecin généraliste de 1ère ligne, et décrire la disponibilité de l'équipement de base pédiatrique dans les centres de santé de Tunis.

Méthodes : L'enquête est transversale descriptive réalisée en 2013 au niveau de 50 centres de santé de la région auprès des médecins, effectuée par questionnaire anonyme auto-administré et une fiche de données précisant l'équipement du centre de santé. La saisie et l'analyse des données est faite par Epi info 6.

Résultats: Les médecins répondants ont une ancienneté de plus de 20 ans pour 64% d'entre eux et autant ont bénéficié d'une formation en matière de BAN. En matière de connaissances, 75 et 80% maîtrisent la définition de la BAN et les principaux critères de gravité, mais seulement 35% identifient l'âge de moins de 3 mois comme facteur de risque et moins de la moitié donnent des conseils de prévention. La radiographie de thorax et la kinésithérapie continue à être prescrite dans respectivement 23 et 37 % des cas, il en est de même des corticoïdes (25%). La désobstruction nasopharyngée n'est conseillée que dans 60% des cas. L'équipement des centres de santé, ont été jugés satisfaisants dans l'ensemble, à part l'absence de source d'oxygène dans 66% des cas.

Conclusion : La Bronchiolite aiguë du nourrisson reste surmédicalisée au niveau de la consultation médicale de 1ère ligne à Tunis. Il y a lieu de réviser les modalités de mise à jour des compétences des médecins généralistes en matière de prise en charge et de prévention, réaliser et diffuser des outils de communication simples et attrayants (dépliants et affiches) et mettre en place un recueil des données saisonnier de cette pathologie dans des sites sentinelles.

Mots-clés

Bronchiolite - Nourrisson - Tunis - Comportement du médecin

SUMMARY

Background: The acute bronchiolitis in infants (ABI) constitutes a health problem, responsible for a congestion of the care system, particularly emergencies.

Objectives : This study aims to assess the knowledge, attitudes, and the frontline general practitioners' behavior, and describe the availability of the base pediatric equipment in health centers, in Tunis.

Methods : Cross-sectional descriptive survey was conducted in 2013 at 50 health centers in the region with physicians, conducted by self-administered anonymous questionnaire and a data sheet detailing the equipment at the health center. Seizure and data analysis is made by Epi Info 6.

Results : The responder doctors have over 20 years of seniority for 64% of them and have all received training in ABI. In knowledge 75 to 80% master the definition of the ABI and the main criteria of severity, but only 35% identified less than 3 months of age as a risk factor and less than half provide prevention tips.

Regarding the physicians behavior, chest X-ray and kinesitherapy continues to be prescribed in respectively 23 and 37% of cases, the same applies for corticoid (25%). Nasopharyngeal desobstruction is only recommended in 60% of cases. In regard to the health centers equipment, they were judged satisfactory overall, except for the absence of oxygen sources in 66% of them.

Conclusion : Acute Bronchiolitis in infants remains over-medicated at the level of frontline medical consultation in Tunis. It is necessary to revise the terms of skills updating of the general practitioners in care and prevention, conduct and disseminate easy and attractive communication tools (brochures and posters) and implement seasonal data collection of this disease in sentinel sites.

Key - words

Bronchiolitis - Infant - Tunis - Physician behavior

La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est une infection virale très fréquente. En termes d'évaluation et de prise en charge, les médecins de santé de base sont les premiers concernés par cette pathologie pourtant simple : soins symptomatiques et conseils aux parents.

En période épidémique, cette maladie occasionne un motif important de recours aux soins, 460 000 nourrissons chaque année en France selon Grimpel (1), environ 10% dans le Grand Tunis entre 1996-1998 (2, 3), entraînant une saturation des capacités d'hospitalisation d'enfants chaque hiver (4).

Cette étude a pour objectifs :

- d'évaluer les connaissances, attitudes et comportements des médecins généralistes (MG) de 1^{ère} ligne de la région de Tunis vis-à-vis de la BAN ;
- décrire la disponibilité de l'équipement de base pédiatrique dans les centres de santé de Tunis.

METHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive multicentrique qui s'est déroulée au mois de février 2013 dans 47 centres de santé de base (CSB) de Tunis, 2 centres de protection maternelle et infantile et une clinique de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Le matériel d'étude a comporté :

- une fiche évaluative des connaissances, attitudes et comportements des médecins vis-à-vis de la BAN avec questionnaire auto-administré comportant 7 questions ouvertes et fermées évaluant les connaissances sur la base des recommandations de la société tunisienne de pédiatrie et 3 cas vignettes : le premier décrivant une BAN simple, le deuxième une bronchiolite chez un nouveau-né de 1 mois et le troisième une BAN compliquée d'une otite moyenne aiguë, l'évaluation ayant porté sur l'attitude immédiate recommandée (hospitalisation ou traitement ambulatoire), les examens paracliniques justifiés et les traitements ou mesures symptomatiques adaptés parmi une liste fermée de propositions. Concernant le cas vignette N°2, nous avons choisi de limiter l'analyse à l'attitude immédiate, le traitement hospitalier étant hors sujet ;
- une fiche descriptive sur la disponibilité de l'équipement dans les centres concernés.

L'échantillon était exhaustif (voir tableau 1).

La saisie et l'analyse des données sont réalisées au moyen du logiciel Epi info 6.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon (1)

Données sur l'échantillon
- Centres de santé : 47 fiches exploitées / 50 remplies
- Médecins : 133 réponses / 150 questionnaires distribués
Sex-ratio = 27%
Ancienneté professionnelle = 20 % (2 à 33 ans)
62 % ont eu une formation en BAN datant de moins de 5 ans

RESULTATS

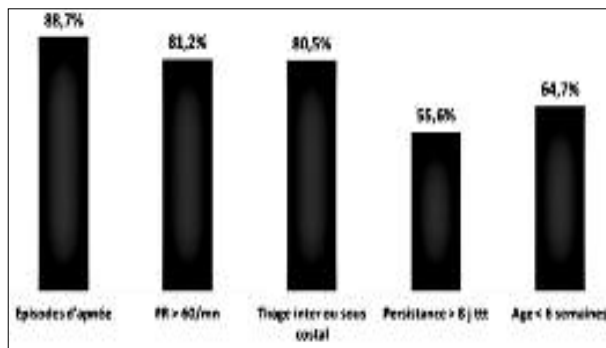
Les connaissances des médecins en matière de BAN

- Les 3/4 des médecins connaissent la définition de la BAN par une

détresse respiratoire d'origine virale chez un nourrisson de moins de 2 ans ;

- Plus de 80% d'entre eux reconnaissent comme critère de gravité les épisodes d'apnée, la polypnée et le tirage inter costal (figure 1) ;

Figure 1: Critères de gravité d'une BAN



- Seulement 35% des répondants identifient l'âge de moins de 3 mois comme facteur de risque pour développer une forme grave (figure 2).

Les conseils des médecins aux familles

91% des médecins déclarent impliquer la famille dans la surveillance de l'état respiratoire des nourrissons mais discutent peu des autres éléments de surveillance (figure 3) ; moins de la moitié d'entre eux abordent les mesures préventives avec les familles (figure 4).

Figure 2: Facteurs de risque pour développer une forme grave de BAN

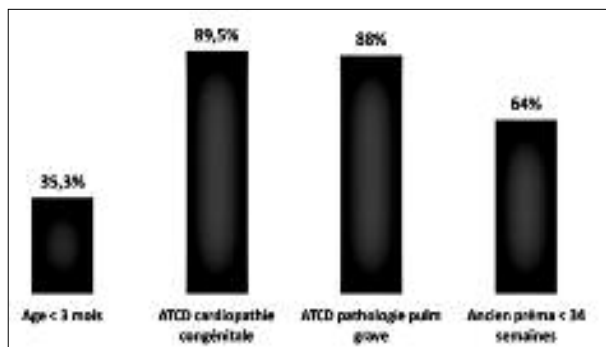


Figure 3: Eléments cliniques de surveillance d'une BAN

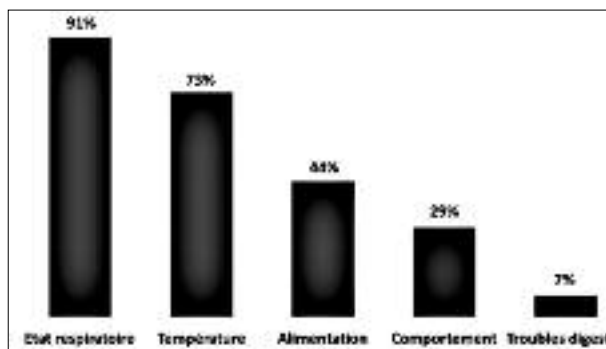
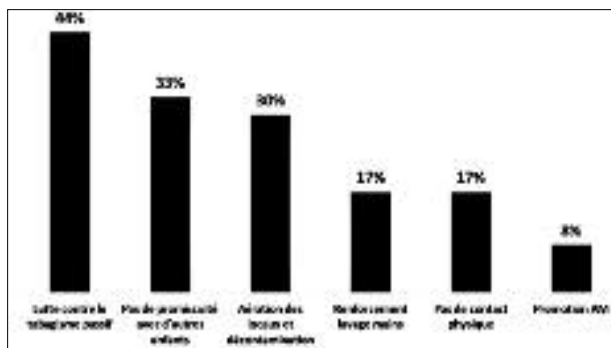


Figure 4 : Mesures préventives d'une BAN**La prise en charge de la BAN selon les médecins (tableau 2)**

- Parmi les mesures générales préconisées, la désobstruction nasale et l'hydratation occupent la 1^{ère} place (60 et 48%) ;
- L'attitude des médecins (cas vignettes) révèle que pour la BAN simple, le quart d'entre eux prescrivent des examens complémentaires et des corticoïdes, le tiers des $\beta 2$ mimétiques ; la bronchiolite chez les moins de 2 mois est référée systématiquement à l'hôpital dans 65 % des cas et la BAN compliquée est mise sous antibiothérapie dans 60% des cas ;
- La BAN n'est notifiée sur le recueil de données quotidien du centre de soins que dans 44% des cas.

Tableau 2 : Attitudes des médecins à partir de 3 cas vignettes

	BAN simple 6 mois	BAN 1 mois	BAN compliquée crite
Pratiquer :			
Bilan complémentaire	8,3%	9%	18%
Radiographie thoracique	7,3%	7,1%	7,1%
De prescrire :			
Mesures générales	83,3%	41%	60%
Séances de kinésio	37%	14%	19%
$\beta 2$ mimétiques inhalés	27%	14%	16%
Corticoïdes per os	25%	11%	21%
Antibiotiques	14%	10,5%	59%
Mucolytiques	13,3%	5%	25%
Antihistifs	13%	7%	7,5%
De l'adresser aux urgences de l'hôpital le plus proche	7,5%	65%	18%

La disponibilité de l'équipement des centres de santé de Tunis

Les centres visités disposent d'une salle d'attente, lave-mains dans 89 à 94% des cas, d'un pèse bébé, thermomètre dans 86% des cas, d'un otoscope dans 83% des cas et d'une source d'oxygène dans 34% des cas.

DISCUSSION**A propos de la méthodologie de l'enquête**

Les études par questionnaires renseignent sur les habitudes déclarées par les réponders et ne sont pas toujours en corrélation

avec la réalité et comportent un certain nombre de biais (taux de réponses dépendant de la bonne volonté des médecins interrogés, réponders correspondant a priori aux médecins les plus intéressés et les mieux informés, caractéristiques des non-réponders inconnues). En regard de la proportion des réponders, cette étude peut refléter les pratiques professionnelles en médecine ambulatoire dans la région sanitaire de Tunis.

A propos de la définition du terme bronchiolite

Ce terme, introduit en 1940 par Angle et News (5), a une triple définition : clinique, virologique et anatomopathologique. Selon McConnochie (6), la définition clinique est la plus adaptée et ses critères sont l'apparition brutale d'un premier épisode de sifflement expiratoire, l'âge inférieur ou égal à 2 ans, des signes d'infection virale respiratoire à type de coryza, d'otite moyenne, présence ou non de signes de détresse respiratoire, de pneumonie ou d'atopie, et premier épisode de ce type de signes. Dans notre série, les médecins maîtrisent cette définition.

A propos des connaissances des réponders

Dans notre étude, les médecins réponders connaissent essentiellement les critères de gravité suivants, à savoir l'apnée et la fréquence respiratoire supérieure à 60/mn. L'âge inférieur à 6 semaines, comme critère de gravité, est moyennement connu (65%) et ceci concorde avec les attitudes, puisque seuls les 2/3 des médecins adresseraient aux urgences le cas vignette N°2. Ce même constat a été retrouvé lors d'une étude menée pendant l'hiver 2003-2004 au sein des médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France (7), car 1 seul des 8 patients de moins de 1 mois a été adressé aux urgences après consultation. Une faible proportion des réponders continue toutefois à adresser la forme simple de BAN aux urgences, peut-être en raison d'un certain désarroi face aux recommandations d'abstention thérapeutique (4).

L'éventualité d'une dégradation clinique rapide impose la vigilance de tous les intervenants (parents, personnes ayant la garde, médecin...) et une réévaluation médicale rapide. Les signes d'aggravation sont le refus d'alimentation, les troubles digestifs, le changement de comportement, la détérioration de l'état respiratoire et l'élévation thermique, toutefois le médecin de Tunis n'insiste que sur les deux derniers éléments.

En ce qui concerne le volet préventif des BAN, très peu de médecins conseillent des mesures d'ordre général pour réduire l'incidence de la bronchiolite en limitant la transmission virale.

A propos des attitudes et comportements des médecins

Pour la majorité des médecins réponders, les mesures générales à savoir la désobstruction nasale, couchage en proclive dorsal à 30°, hydratation correcte et apport nutritionnel adéquat, font partie intégrante de la prise en charge de la BAN simple, cependant lors de leur énumération il y a un oubli de certaines d'entre elles notamment la position proclive peut être du fait du bas niveau de preuve scientifique. La comparaison de notre étude avec celles de David en France (8) et Barben en Suisse (9) révèle que les médecins français respectent mieux ces mesures simples bien qu'eux mêmes n'ont pas bien évolué en 5 ans (tableau 3).

La kinésithérapie respiratoire reste souvent prescrite auprès de nos médecins comme c'est le cas des pays européens notamment en France, bien qu'elle ne soit pas une recommandation scientifique de haut niveau (10, 11, 12).

Tableau 3 : Etude comparative des mesures générales préconisées pour une BAN en Tunisie, France et Suisse

	Notre étude	France	Suisse
	2013	2003 et 2008	2001 et 2006
	133 MG	191 et 185 MG	Pédiatres
Désobstruction rhinopharyngée	60%	90% et 89%	45% et 60%
Hydratation	48%	-	-
Position proclive	19%	64% et 52%	-
Fractionnement des repas	9%	47% et 45%	-
Epaississement des repas	3%	-	-

Les bronchodilatateurs restent prescrits par nos médecins dans le quart des cas. Nos résultats sont comparables aux études françaises (4, 7) et suisses (9). Des méta-analyses systématiques concluent que ces médicaments inhalés ou administrés par voie orale n'influencent ni sur le décours de la bronchiolite aiguë, ni sur la durée d'hospitalisation ou d'administration d'oxygène (13, 14). Les américains suggèrent un test thérapeutique avec poursuite de traitement en cas de réponse favorable (8).

Bien que les données concernant l'inefficacité des corticoïdes systémiques soient établies (8, 13, 14), notre étude trouve une prescription plus élevée que celle des auteurs français et suisses (25% versus 18,6 % et 8%).

Même si elle n'a pas de place en première intention, l'antibiothérapie reste prescrite d'emblée par 14% des médecins de notre série. L'évaluation de cette prescription a évolué dans le bon sens en France passant de 54 à 26 voire 5% de 2001 à 2008 (4, 7, 8) et en Suisse passant de 1 à 0,5 % de 2001 à 2006 (9).

L'analyse des résultats de notre enquête trouve que près du quart des médecins demandent une radiographie du thorax comme examen complémentaire versus 8,6% en Île-de-France durant l'hiver 2003-2004 (7), bien qu'il n'existe pas de preuves que cet examen modifie le pronostic et la présence d'anomalies radiologiques ne permet pas de conclure à une surinfection bactérienne.

Références

- Grimprel E. Epidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France. Arch Pédiatr 2001; 8: 83-92.
- Tej Dellagi R, Tagorti R, Massoudi B, et al. Les bronchiolites du nourrisson : étude multicentrique à Tunis. Tunis Med 2004; 82: 1012-8.
- Malouche S, Boussetta K, Ben Hassen A, Malouche K, Siala M, Mongalgi MA. Profil épidémiologique et évolutif des bronchiolites du nourrisson. Rev Maghr Pédiatr 2003; 13: 295-301.
- Halna M, Leblond P, Aissi E, et al. Impact de la conférence de consensus sur le traitement ambulatoire des bronchiolites du nourrisson. Etude sur trois années dans le département du Nord. Presse Med 2005; 34: 277-

Il existe donc, comme cela a déjà été observé dans d'autres travaux (8, 15) une certaine inadéquation entre les connaissances des recommandations et leur application en pratique quotidienne. Ce phénomène est connu dans les sciences comportementales et soulève le problème du changement des pratiques du médecin et des programmes de formation continue. En effet, le Service Régional des Soins de Santé de Base de Tunis organise depuis trois années des ateliers sur la BAN en période pré épidémique avec diffusion de document, toutefois la portée de ces séances semble modeste du fait soit d'un problème organisationnel, didactique ou de motivation des médecins eux mêmes.

D'autres études montrent que la diffusion passive de l'information (publications, exposés) est généralement sans effet et que les rencontres interactives et les interventions à supports multiples (consensus locaux, audit et retour d'information) sont plus efficaces (4).

A propos de l'évaluation des centres de santé

Les équipements sont jugés satisfaisants dans l'ensemble, à part l'absence de source d'oxygène dans les 2/3 des centres. Certes l'oxygénothérapie est la seule thérapeutique diminuant significativement l'hypoxémie dans la bronchiolite aigue grave avec une désaturation inférieure à 94%. Cette éventualité est en fait rare dans les centres de santé de base et il serait plus approprié de doter ces centres en saturimètre pour éviter les abus en oxygénothérapie.

CONCLUSION

Malgré la conférence de consensus de 2000 et les recommandations de la société tunisienne de pédiatrie, la BAN reste surmédicalisée au niveau de la consultation médicale de 1ère ligne à Tunis. Il y a lieu de réviser les modalités de mise à jour des compétences des médecins généralistes en matière de prise en charge et de prévention, réaliser et diffuser des outils de communication simples et attrayants (dépliants et affiches) et mettre en place un recueil des données saisonnier de cette pathologie dans des sites sentinelles.

Remerciements

Nous remercions tous les médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre à notre enquête.

Nous remercions également les médecins enquêteurs : Dr Dorra Bousnina, Dr Ouarda Chaouch, Dr Abdelkader Garbouj, Dr Nafissa Sghaier, Mme Rim Zaouali.

- nourrisson en médecine générale : évolution entre 2003 et 2008. Arch Pédiatr 2010; 17: 125-131.
9. Barben J, Kühni C, Trachsel D, Hammer J. Traitement de la bronchiolite aiguë – les nouvelles recommandations sont-elles appliquées ? Paediatrica 2008; 19: 42-5.
 10. Bailleux S, Lopes D, Geoffroy A, Josse N, Labrune P, Gajdos V. Place actuelle de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson hospitalisé. Arch Pédiatr 2011; 18: 472-75.
 11. Vallée JP. Bronchiolite : kinésithérapie ? oui, mais...Médecine 2007: 27-8.
 12. Anonymes. Bronchiolite : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire. Rev Prescrire 2012; 32: 927.
 13. ANAES : La conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Texte de recommandations. 21 septembre 2000.
 14. Société Tunisienne de Pédiatrie. La bronchiolite aiguë : diagnostic et traitement. Texte de recommandations. Septembre 2013.
 15. Bourillon A, David S, Luc-Vanuxem C, et al. A propos des bronchiolites du nourrisson. Arch Pédiatr 2004; 11: 709-11.